

## EL PROCESO DEL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO AL NIÑO SANO EN UNA INSTITUCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE MÉXICO<sup>1</sup>

Yolanda Flores Peña<sup>2</sup>

Maria Cecília Puntel de Almeida<sup>3</sup>

Rafael Luis Castillo Duranza<sup>4</sup>

*El objetivo fue analizar el proceso de trabajo de la enfermera en el Programa de Vigilancia y Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo (VNCD) del menor de cinco años, en la Seguridad Social de México. El estudio, de aproximación cualitativa, se fundamentó en la categoría trabajo, en los conceptos de proceso de trabajo en salud y en enfermería, en la micropolítica del trabajo vivo en salud, así como en el análisis institucional. Se realizaron observaciones sistemáticas directas y entrevistas a un grupo de enfermeras, sus asistentes y a las madres que acudieron con sus hijos a la consulta de enfermería. El proceso de cuidado identificado fue procedimiento-centrado, basado en protocolos de atención con consultas rápidas y con poco espacio de interacción entre la enfermera y la madre. Sin embargo, la enfermera fue capaz de producir, en ocasiones, trabajo vivo a partir de su autogobierno, permitiéndole establecer un núcleo de cuidado madre/hijo-centrado.*

**DESCRITORES:** cuidado del niño; enfermería materno-infantil; tecnología biomédica

## THE NURSING WORK PROCESS IN CARE FOR HEALTHY CHILDREN AT A SOCIAL SECURITY INSTITUTION IN MEXICO

*We aimed to analyze the nursing work process directed at care in the Nutrition, Growth and Development Surveillance and Control Program (VNCD) for children under five years at a social security institution in Mexico. The study adopted a qualitative approach and was based on the work category, on conceptions of the work process in health and on institutional analysis. We carried out direct systematic observations and interviews with a group of nurses and their assistants and with mothers who attended nursing appointments with their children. The care process was identified as procedure-centered and based on care protocols, with rapid appointments and little room for interaction between nurses and mothers. However, on some occasions, nurses were capable of producing live work as a result of their self-government, which allowed them to establish a mother/child-centered care nucleus.*

**DESCRIPTORS:** child care; maternal-child nursing; biomedical technology

## O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NO CUIDADO À CRIANÇA SADA EM UMA INSTITUIÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL DO MÉXICO

*O objetivo foi analisar o processo de trabalho da enfermeira orientado ao cuidado no Programa da Vigilância e Controle da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento (VNCD) do menor de cinco anos na Seguridade Social do México. O estudo, de abordagem qualitativa, se fundamentou na categoria trabalho, nas concepções do processo de trabalho em saúde e em enfermagem, na micropolítica do trabalho vivo em saúde assim como na análise institucional. Realizaram-se observações sistemáticas diretas e entrevistas com um grupo de enfermeiras, suas assistentes e as mães que compareceram com seus filhos à consulta de enfermagem. O processo de cuidado identificado foi o procedimento-centrado baseado em protocolos de atenção, com consultas rápidas e pouco espaço de interação entre enfermeira e mãe. No entanto, a enfermeira foi capaz de produzir, em ocasiões, trabalho vivo a partir do seu auto-governo, o que lhe permitiu estabelecer um núcleo de cuidado mãe/filho-centrado.*

**DESCRITORES:** cuidado da criança; enfermagem materno-infantil; tecnologia biomédica

<sup>1</sup> Trabajo extraído de la Tesis de Doctorado; <sup>2</sup> Doctor en Enfermería, docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, e-mail: yolaflo@hotmail.com; <sup>3</sup> Doctor en Salud Pública, Profesor Titular, e-mail: cecilia@eerp.usp.br; <sup>4</sup> Doctorando, e-mail: rcastilloduranza@yahoo.com.br. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el desarrollo de la investigación en enfermería

## INTRODUCCIÓN

La población infantil es un grupo prioritario en los esfuerzos mundiales de atención a la salud. En la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia celebrada en 1990 se adoptó una Declaración y un Plan de Acción que incluye 27 metas para la supervivencia, el desarrollo y la protección de la infancia y la adolescencia. Entre ellas se destacan la atención al recién nacido, la promoción de la lactancia materna, el seguimiento al crecimiento y desarrollo del menor, las inmunizaciones, así como la prevención y control de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas.

El seguimiento al crecimiento y desarrollo del menor, identificado también por los profesionales de salud y los usuarios como Cuidado del Niño Sano, es un componente central de los servicios de salud comunitarios. Este cuidado tiene tres elementos principales: inmunización, evaluación del crecimiento y desarrollo y educación para la salud. Dicho cuidado puede ser realizado por médicos o por enfermeras<sup>(1)</sup>. En México, estas acciones se encuentran contempladas en la Norma Oficial Mexicana para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente de 1994. El cuidado al menor implica implementar actividades de promoción, diagnóstico, tratamiento y mantenimiento de la salud, que en el caso de la Seguridad Social Mexicana forman parte del Programa de Vigilancia de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del menor de 5 años (VNCD). El VNCD es una estrategia para proporcionar atención integral con el objetivo de incrementar el nivel de salud de la población menor de 5 años, disminuir las tasas de desnutrición en la población infantil y preescolar y disminuir la morbimortalidad en este grupo<sup>(2)</sup>.

La Seguridad Social es el principal componente del Sistema de Salud Mexicano, atendiendo a casi el 50% de la población. El programa VNCD se desarrolla en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) por un equipo integrado por médico familiar, trabajador social, psicólogo, odontólogo, nutricionista, asistente médica de la enfermera materno-infantil (AEMI) y enfermera materno-infantil (EMI)<sup>(2)</sup>. El recién nacido es valorado por el médico familiar durante los primeros tres meses de edad, quien posteriormente lo envía con la EMI para continuar la atención de VNCD hasta los 5 años de edad. Entre las actividades principales de EMI se

encuentran: realizar la atención de la VNCD al menor de 5 años, detectar factores de riesgo, cumplir las indicaciones del médico familiar y educar a la madre o familiar responsable para lograr hábitos y conductas favorables<sup>(2)</sup>.

Se han realizado estudios para evaluar la calidad de la atención que la EMI proporciona al menor en éste programa mediante indicadores cuantitativos, tales como número de consultas durante el primer año de vida e inmunizaciones. Sin embargo, éstos estudios no han evaluado cualitativamente como se realiza esta atención, cual es su finalidad y como las madres acompañantes la perciben<sup>(3)</sup>.

Esta investigación tiene como objetivo analizar el proceso de trabajo de la enfermera materno infantil (EMI) en el Programa de Vigilancia de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del menor de 5 años en una institución de la Seguridad Social en México, con foco en el proceso de producción de cuidado de enfermería.

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Este estudio se desarrolló basado en las consideraciones teóricas sobre el trabajo en la concepción marxista<sup>(4)</sup>, agregando aquellas que estudian las especificidades del mismo en la salud<sup>(5)</sup> y en la enfermería<sup>(6)</sup>. También se fundamenta en las concepciones de la micropolítica del trabajo vivo en acto en la salud<sup>(7)</sup> y en los procesos instituyentes e instituidos<sup>(8)</sup>.

El trabajo es una categoría esencial para el estudio de las prácticas sociales, incluidas las de salud y las de enfermería. Los componentes del proceso de trabajo son "la actividad adecuada a un fin, o sea, el propio trabajo; la materia a la que se aplica el trabajo, el objeto de trabajo; los medios de trabajo, los instrumentos de trabajo"<sup>(4)</sup>.

En la salud, para realizar la aprehensión del objeto de trabajo, o sea, el hombre con sus necesidades, es necesario que los agentes utilicen instrumentos de trabajo, tanto en la dimensión intelectual (por ejemplo los saberes) como en la material (herramientas, máquinas, materiales)<sup>(5)</sup> y también establezcan relaciones de interacción con los usuarios, produciendo subjetividades<sup>(9)</sup>.

La concepción teórica que sustenta el concepto de proceso instituyente es aquella traída del Movimiento Institucionalista o Instituyente que

agrega diferentes corrientes desarrolladas por autores franceses y latino-americanos. Tres grandes vertientes están presentes en la literatura latino-americana: el sociopsicoanálisis de Gérard Mendel, el análisis institucional de Georges Lapassade y René Lourau y el esquizoanálisis de Félix Guatari y Gilles Deleuze. El presente estudio toma algunos conceptos que son comunes en estas corrientes, tales como procesos instituyentes e instituidos, así como molar y molecular<sup>(8)</sup>.

Todo proceso de producción tiene siempre un producto, genera un resultado. Esto es lo instituido. "Lo instituido es el efecto de una actividad instituyente (...) lo instituyente aparece como un proceso, mientras lo instituido aparece como un resultado. Lo instituyente transmite una característica dinámica y lo instituido transmite una característica estática, congelada"<sup>(8)</sup>. Lo instituido es importante, pero tiene que acompañar la dinámica de transformación de la vida social. En este sentido, lo instituyente no siempre es bueno y lo instituido es malo. "Lo instituyente aparece como actividad revolucionaria, creativa, transformadora por excelencia. En realidad, no es exactamente así, por que lo instituyente carecería completamente de sentido si no se plasmase, si no se materializase en lo instituido. Por otro lado, lo instituido no sería útil, no sería funcional si no estuviese permanentemente abierto a las potencias instituyentes"<sup>(8)</sup>.

Los conceptos de molar y molecular se remiten a los campos de macro y de micro que son inmanentes, así la vida social es una red en que estas dimensiones están presentes. Las pequeñas conexiones locales (moleculares) son el lugar de lo instituyente<sup>(8)</sup>. Así, es en la micropolítica del trabajo que se dan los procesos de producción de subjetividades.

La terminología usada en el texto, producción de salud, producción de cuidado en salud, acto productivo, se fundamenta en el institucionalismo que define producción como "aquello que procesa todo lo que existe, natural, técnica, subjetiva y socialmente"<sup>(8)</sup>. En la producción de salud, significa producir bienes/productos, subjetividades y relaciones para atender las necesidades de salud individuales y colectivas.

La enfermería, como práctica social (como trabajo), permite estudiarla en su propio desempeño, identificando sus momentos, sujeto/objeto de atención, agentes de trabajo, instrumentos y finalidad, para lo cual se consideró el concepto de organización

tecnológica del trabajo<sup>(6)</sup>. Aquí tecnología no solo tiene el significado común de conjunto de instrumentos materiales, sino también se considera como un conjunto de saberes y medios que se expresan en los procesos de producción de servicios, la red de relaciones sociales en la cual sus agentes articulan su práctica en una totalidad social<sup>(5)</sup>. Añádase a esta concepción la "tipología de las tecnologías" leves (producción de vínculo, autonomización, acogida), leves-duras (saberes bien estructurados de las áreas y profesiones de la salud) y duras (equipamientos tecnológicos del tipo máquina, normas y estructuras organizacionales)<sup>(7)</sup>. Es a través de las tecnologías leves que se da el encuentro entre profesional de salud y usuario. Esa clasificación de las tecnologías en salud permite comprender la micropolítica del trabajo en salud, trayendo la discusión del autogobierno del trabajador y del trabajo vivo en acto<sup>(7)</sup>.

En el proceso de trabajo en salud están presentes tanto el trabajo vivo como el trabajo muerto, pudiendo prevalecer uno sobre el otro. Trabajo muerto se refiere a todos aquellos productos-medios que en él están presentes (o como herramienta o como materia prima) y que son resultado de un trabajo humano anterior. Trabajo vivo significa trabajo en acción que se produce "dándose" en el acto de su realización, permitiendo procesos instituyentes. El trabajador puede tener cierto autogobierno, el cual estará marcado por la acción de su trabajo vivo sobre lo que le es ofertado como trabajo muerto y la finalidad que persigue. El consumo por el usuario se da inmediatamente en la producción de la acción. De este modo, en el caso de la producción/consumo en salud, tenemos la construcción de un espacio de interacción e intervención entre el usuario y el trabajador, productor de la acción, en el cual el trabajador instituye necesidades y modos de capturarlas, de actuar, y el usuario también<sup>(7)</sup>. En los actos de cuidar en salud, se espera que prevalezca la dimensión del trabajo vivo, pues este opera con tecnologías de relaciones, de encuentros de subjetividades, espacios de acogida y escucha, más allá de los saberes tecnológicos estructurados y de los equipamientos. Sin duda alguna, el trabajo muerto inscrito en los materiales, normas, rutinas, protocolos de atención es importante para la producción de actos de salud, no obstante, estos instrumentos no son suficientes para la producción de cuidado centrado en las necesidades de los usuarios.

Consideramos el cuidado como el alma de los servicios de salud, como la esencia de la enfermería, característica central, dominante y unificadora de esta. Se trata de una intervención terapéutica que debe estar centrada en las necesidades del usuario. En el caso de la consulta de la EMI, corresponde a ella la producción de un núcleo cuidador, es decir, un espacio de interacción trabajador-usuario que permita la escucha, así como la formación de vínculo y la confianza para que la madre pueda expresar las dudas relacionadas al cuidado de la salud de ella y de su hijo<sup>(7)</sup>.

## METODOLOGÍA

La metodología cualitativa se consideró apropiada para el desarrollo del presente estudio, ya que permitió realizar un análisis crítico y reflexivo del proceso de trabajo de la EMI. Los participantes en el estudio, identificados como personal de salud, fueron: 4 enfermeras (EMI) que realizan la consulta de la VNCD, y 2 asistentes médicas de EMI (AEMI), que son las responsables de la recepción del usuario, en éste caso madre/hijo. También fueron incluidas 25 madres que acudieron con su hijo a la consulta y se identificaron como tales, pues las consideramos como sujeto/objeto del cuidado de enfermería.

Las técnicas para la colecta de datos fueron: la observación sistemática directa de 87 consultas de EMI y la observación al área de recepción atendida por la AEMI; además, entrevista semiestructurada a éste personal de salud (6 entrevistas) y entrevista a las madres (25 entrevistas). Las técnicas fueron aplicadas hasta la saturación de los datos y comprensión del significado del proceso de trabajo de EMI. Previo a la realización de la observación y de las entrevistas, se expusieron a los participantes los objetivos de la investigación y se obtuvo el Consentimiento Libre Informado.

Se registraron los aspectos relativos a la forma como se da la producción de cuidados realizados durante la consulta, como el tiempo de duración, las interacciones, los diálogos establecidos entre el personal de salud y el usuario madre/hijo, procedimientos realizados y como los realizaban, instrumentos utilizados así como aspectos generales que permitieron caracterizar al menor que acude a la consulta (edad, sexo, primera consulta o subsecuente). Los datos fueron registrados en un

instrumento diseñado especialmente para colectarlos.

Las entrevistas fueron grabadas en cintas de audio. En el caso del personal de salud, la entrevista estaba dirigida a los aspectos de producción de la asistencia, permitiendo a los sujetos expresar libremente sus opiniones.

Las madres fueron abordadas al salir de la consulta de EMI, realizándose 20 entrevistas en la sala de espera, alejadas del área de trabajo de la EMI, así como otras 5 entrevistas realizadas en domicilios para un total de 25 entrevistas. La técnica se orientó a los aspectos de la producción del cuidado, permitiendo que la madre expresara con libertad cómo percibió la atención, si durante la consulta tuvo la oportunidad de manifestar sus preocupaciones y necesidades, cómo fue el trato y la interacción de la AEMI y de la EMI con ella y su hijo. El período de colecta de los datos fue de febrero a julio de 2004.

Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de análisis temático. La noción de tema está ligada a una afirmación respecto a determinado asunto, intentando descubrir los núcleos de sentido que integran una comunicación cuya presencia o frecuencia significan alguna cosa para el objetivo propuesto<sup>(10)</sup>. Cualitativamente, la presencia de determinados temas denota los valores de referencia y los modelos de comportamiento presentes.

De los tres temas identificados (configuración institucional, producción del cuidado de EMI y control del niño sano), se optó por discutir y analizar la producción del cuidado de enfermería por ser el propio proceso de trabajo de enfermería en el control del niño sano el objeto central de este trabajo. En términos de *producción de cuidado de enfermería*, se analizaron los aspectos relacionados a la dinámica del proceso de trabajo, el objeto/sujeto del trabajo, los agentes responsables, los procesos que acontecen en el interior del espacio de interacción trabajador/usuario, trabajo vivo/trabajo muerto, tecnologías y autogobierno del personal de salud, producción de un núcleo cuidador procedimiento-centrado o usuario-centrado (madre/hijo-centrado).

En la última etapa, se consideraron las unidades temáticas empíricas identificadas correlacionándolas a las concepciones teóricas, lo que permitió reconstruir los momentos del proceso de trabajo de EMI para establecer conclusiones.

Esta investigación se realizó de acuerdo a los lineamientos éticos propuestos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de

Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos y contó con la autorización de la Coordinación de Investigación en Salud del Estado.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los casos estudiados, la madre es la que asume el rol de cuidadora de los menores, por lo que es considerada como sujeto/objeto del cuidado de EMI por el personal de salud: *Los niños son totalmente dependientes de la mamá (Ent. EMI 3)*. Esta situación conduce al personal de salud a pensar, de modo general, que quien acude con el menor para solicitar la consulta es siempre la madre, por lo que no se verifica de modo rutinario el parentesco de la persona que lo acompaña. Tampoco son verificados durante la consulta datos como edad del acompañante, número de hijos, grado de escolaridad entre otros.

En nuestro estudio, las madres tuvieron una media de edad de 29 años, una escolaridad de preparatoria (11 años), dedicadas al hogar 76% y casadas 76%. La media de edad de los menores fue de 12 meses. El tiempo de espera medio para recibir atención fue de 19 minutos, aunque en dos casos aguardaron hasta 90 minutos. El 84% de las consultas fue subsecuente.

La situación económica desfavorable fue citada tanto por el personal de salud como por las madres como un aspecto para acudir al servicio, situación que muestra coincidencia con la literatura publicada, al referir que la condición socioeconómica es un factor determinante en la selección de los servicios de salud<sup>(11)</sup>. Las madres relacionaron la cuestión económica con la dotación de leche, que fue un aspecto que emergió como un orientador/desorientador de la atención: *El interés de la mayoría de la gente es la leche por la situación económica, un bote de leche cuanto cuesta 60 a 80 pesos y solo te dura 3 días (Ent. AEMI), Ya no tengo leche, la estaba comprando, pero cuesta 55 pesos y a veces uno no tiene (Ent. madre 8)*.

El personal de salud reconoce que viene aumentando la escolaridad materna así como la existencia de grupos con necesidades especiales de atención como las madres adolescentes y las madres trabajadoras. Sin embargo esto no modifica la forma como se realiza la atención. Una de las madres entrevistadas refirió que la cuestión de poder prevalece sobre el nivel académico, lo que constituye un fuerte impedimento para el diálogo: *Tu nivel académico*

*te da seguridad, pero allí todos se creen con poder, te minorizan creen que toda la gente que va allí es analfabeta (Ent. madre 25)*.

Las madres se refirieron a las tecnologías de relación como un elemento esencial en la prestación del servicio, solicitando el reconocimiento del usuario como ser humano portador de necesidades: *Que nos vean como seres humanos, si uno va es porque necesita y que no salga uno de allí y necesites ver al psiquiatra, por lo que te hacen (Ent. madre 25)*.

Otro aspecto de interés detectado fue la identificación de las EMI por las madres indistintamente como doctoras o enfermeras, señalando que a las EMI no les gusta ser identificadas como doctoras. Algunas consideraron como adecuado el hecho de que sean enfermeras, destacando la necesidad de que sus conocimientos estén actualizados. Sin embargo, las madres refirieron que a las EMI no les gusta ser identificadas como doctoras, mas la EMI no percibe que está reproduciendo el modelo médico centrado en parámetros anatómo-fisiológicos, situación ya documentado en otros estudios realizados tanto en áreas de atención ambulatoria como hospitalaria<sup>(12)</sup>.

Una gran cantidad de oportunidades para identificar y responder a las preocupaciones y preguntas de los acompañantes del menor son desperdiciadas por las EMI, pudiendo afirmarse que la atención proporcionada en el programa de VNCD estudiado se conforma como una práctica de salud procedimiento-centrada. El modo de producir cuidado no alcanza la integralidad, entendida ésta como el reconocimiento a la variedad completa de necesidades relacionadas a la salud del usuario, lo que dificulta el establecimiento de relaciones a largo plazo productoras de vínculo EMI-madre, que es uno de los principios de la atención primaria<sup>(13)</sup>.

El personal de EMI realiza 12 consultas de control del niño sano por día, programadas para 10 minutos. Mediante la observación de 87 de estas consultas, se identificó un tiempo de duración promedio de 11 minutos, con un valor mínimo de 4 minutos y un valor máximo de 32 minutos. Las madres calificaron las consultas como rápidas, comentando que en ocasiones no compensa el hecho de esperar mucho tiempo para ser atendido de modo rápido y rutinario. Así mismo, la cuestión del tiempo programado de consulta fue identificada por el personal de EMI como factor limitante para el establecimiento del espacio de interacción trabajador/usuario. El tiempo de 10 minutos programado para

una consulta y el tiempo promedio real observado de 11.34 minutos de duración es insuficiente para permitir el establecimiento de un núcleo cuidador madre/hijo-centrado. Estos datos se asemejaron a los 11.85 minutos de duración de una consulta realizada por médicas del Programa de Salud de la Familia en Brasil, en comparación con 9 minutos que dedican los médicos en el mismo programa. Así mismo, es importante señalar que un mayor tiempo de consulta está asociado a una mejor calidad de la atención: mejor interrogatorio, mejor explicación del problema y verificación del médico sobre la comprensión del paciente<sup>(14)</sup>.

Para identificar si la producción de cuidado era del tipo procedimiento-centrado o usuario-centrado, fue necesario analizar el espacio de interacción trabajador/usuario. Se identificó que las consultas de enfermería seguían la misma sistematización de los protocolos, diferenciándose sólo por la edad del menor como menores de 1 año y de 1 a 4 años. Las consultas de EMI a menores de 1 año se caracterizaron por verificar el peso, medir la estatura, medir perímetro cefálico, torácico y abdominal, comparar las mediciones de peso y estatura con lo recomendado en las tablas de la institución, revisar la cartilla de vacunación, entregar receta por dotación de leche, registro de datos en el expediente, canalizar al menor a odontología preventiva, a medicina preventiva para administración de vacunas y solicitar a la madre registrar la próxima cita con la AEMI. En los menores de 1 a 4 años, prácticamente se realizan los mismos procedimientos, exceptuando la medición de perímetros y agregando la revisión de pie plano. Por tanto, el trabajo vivo de EMI es capturado por el trabajo muerto, por la configuración institucional expresado en los protocolos y rutinas del servicio. Los protocolos que fueron producidos en la atención en salud para garantizar los aspectos mínimos necesarios de la asistencia, para grupos o patologías específicas, pueden provocar un trabajo alienado, cuando son utilizados de forma mecánica y pueden dificultar que sean escuchadas o identificadas otras necesidades de los usuarios, mas allá de aquellas presentes en los protocolos<sup>(15)</sup>.

El patrón de comunicación monosilábica y el modo rápido de realizar la consulta genera confusión en la madre acerca de las indicaciones que se le proporcionan. Existe gran preocupación en obtener información de la madre sobre la alimentación del menor, datos relativos al crecimiento y desarrollo con

la finalidad de registrarlos en el expediente, sin la finalidad de permitir a través de este interrogatorio un espacio para que las madres expresen sus dudas, sus sentimientos, sus dificultades y necesidades para proporcionar el cuidado a sus hijos, por lo tanto el diálogo establecido es más bien un monólogo dirigido de la EMI a la madre. Este resultado coincide con otros estudios que señalan que el 65% de los pacientes son interrumpidos por los médicos a los 15 segundos de la explicación de su problema y que en el 91.4% de las consultas no se exploran los miedos y ansiedades de los pacientes<sup>(13-14)</sup>.

La información que proporciona la EMI y la AEMI es reducida e incompleta, por lo que no podemos considerarla como educación para la salud si entendemos esta como una educación para la transformación, procurando romper con los métodos educativos centrados en el ejercicio del poder que promueva la participación de los individuos y la colectividad en la identificación y análisis crítico de sus problemas.

Las madres expresaron la necesidad de que la EMI se les reafirme su autonomía en el cuidado a la salud de los hijos. Ninguna de ellas consideró al personal de salud (EMI y AEMI) como consejeras o educadoras, lo que difiere de los hallazgos de otros estudios realizados en los Estados Unidos de América, que concluyeron que, de modo general, las enfermeras son más activas en cuestiones como consejería y educación en salud en comparación con los médicos<sup>(1)</sup>. Sin embargo, también fue posible identificar que en ocasiones la EMI es capaz de producir trabajo vivo, trabajo creador, basado éste principalmente en su autogobierno, que le permitió salir de la configuración institucional y conseguir la atención a las necesidades de los usuarios, lo que fue facilitado por la producción de vínculo que se establece cuando la madre es atendida por la EMI durante la gestación y la subsecuente atención del menor en el programa de VNCD.

El trabajo de la AEMI está reducido al control de los usuarios que acuden con EMI, orientando su trabajo para el registro de citas de primera vez y subsecuentes, la actividad es rutinaria y la información está limitada a indicar a los usuarios la localización de algunos de los servicios. Así mismo se verificó también que el acceso a los servicios es interceptado en varios momentos y situaciones por éste personal.

Las EMI que actualmente laboran en el servicio tienen la categoría de enfermeras

especialistas. No existe una oferta educativa para satisfacer sus necesidades de capacitación, por lo que muchos de los conocimientos son adquiridos a través de la experiencia cotidiana. Para ocupar el puesto de AEMI no se requiere preparación académica relacionada al área de la salud. Este personal se capacita en las propias unidades.

## CONSIDERACIONES FINALES

La EMI fue considerada por las madres como poseedora de conocimientos. Se identificó que el trabajo de la EMI está centrado en tecnologías duras, es decir, por los protocolos de atención y la configuración institucional. El tiempo destinado para la VNCD es otro factor que favorece la producción de consultas procedimiento-centrada, dejando poco espacio para los procesos instituyentes. Sin embargo

son las tecnologías leves, las de interacción, las que permiten el establecimiento de un núcleo cuidador madre-hijo/centrado, ya que las madres perciben que la confianza se establece y se desarrolla, a través de la interacción con la EMI desde la atención a su embarazo y la subsecuente atención del menor.

La EMI dentro del equipo de salud que realiza la VNCD podría contribuir a un mayor acercamiento entre el personal de salud y los usuarios a través de la escucha y la producción de vínculo, así como a alcanzar la integralidad de la atención a la salud del menor. Esto puede ser posible mediante el trabajo vivo de EMI, basado en su autogobierno, que le permite actuar más allá de la configuración institucional. Recomendamos la flexibilización de las normas y rutinas y la reflexión educacional con el personal de salud para restaurar la relación de los trabajadores con la finalidad de su trabajo, que es la integralidad de la atención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hemmelgran BR, Edouard L, Habbick BF, Feather J. Duplication of well-baby services. *Can J Public Health* 1992; 83(3): 217-20.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Normatividad en salud infantil: manual de procedimientos para la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del menor de 5 años. México: IMSS; 1998.
3. Vega-Vega G. Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar. *Rev Salud Pública de México* 1993; 35(3):283-7.
4. Marx K. *O Capital*, v. 1. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira; 1980.
5. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologias e organização social das práticas de saúde*. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 1994.
6. Almeida MCP. *O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva*. Rede Básica de Ribeirão Preto. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1991.
7. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 1997. p. 71-112.
8. Barembliit G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Rosa dos Tempos; 1994.
9. Ayres JRCM. Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde. In: Saeki T, Sousa MCB, organizadores. *Cuidar: tão longe...tão perto*. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002. p 13-26.

10. Minayo M C S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1993.
11. Ramos DD, Lima MAD. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(1):27-34.
12. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(2):191-7.
13. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
14. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ci Salud Coletiva* 2004; 9(1):139-46.
15. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo (SP): Hucitec; 2005.