


Artigo original

Desafios de profissionais no atendimento à diversidade de cuidadores de bebês na Atenção Básica

Challenges for professionals to assist the diversity of baby caregivers in Primary Care

Desafíos de los profesionales para atender la diversidad de cuidadores de bebés en Atención Primaria

Pedro Henrique Conte Gil¹ 
Rita de Cássia Sobreira Lopes²  

¹Autor para correspondência. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre). Rio Grande do Sul, Brasil. pedro_gil12@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre). Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO | INTRODUÇÃO: As políticas de saúde infantil da Atenção Básica preconizam pela perspectiva do cuidado integral, associadas ao princípio da territorialidade. Contudo, abarcar a diversidade do território constitui-se enquanto um importante desafio para os profissionais de saúde responsáveis pelas consultas periódicas dos bebês, sobretudo em locais com forte tradição cultural hegemônica. **OBJETIVO:** O presente estudo buscou investigar as experiências e desafios de profissionais de saúde com a diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidado nos atendimentos a bebês de 0 a 2 anos na Atenção Básica de Caxias do Sul, RS. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo qualitativo envolvendo entrevistas online com 12 profissionais de saúde de quatro UBS da cidade, cujos dados foram analisados através de uma leitura psicanalítica. **RESULTADOS e DISCUSSÃO:** Constatou-se que há uma diversidade de cuidadores nas consultas dos bebês, sobretudo mães italianas, avós italianas e cuidadores imigrantes não italianos. Ainda, as consultas acabam se tornando um palco de embates entre profissionais e cuidadores, especialmente no tocante às dissonâncias sobre os saberes e práticas de cuidado ao bebê. **CONCLUSÃO:** Os saberes dos cuidadores que não estão em consonância com as políticas de saúde são percebidos pelos profissionais de saúde enquanto desafios na efetivação do cuidado integral dos bebês.

PALAVRAS-CHAVE: Diversidade Cultural. Atenção Básica. Profissional de Saúde. Cuidadores. Lactente.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Child health policies in Primary Health Care (PHC) operate from the perspective of comprehensive care, associated with the principle of territoriality. However, embracing the diversity of the territory is an important challenge for health professionals responsible for the infant's periodic consultations, especially in territories with a strong hegemonic cultural tradition. **OBJECTIVE:** This study sought to investigate the experiences and challenges of health professionals with the diversity of caregivers, traditional knowledge, and care practices regarding infants aged 0 to 2 years in PHC, in a southern city of Brazil. **METHOD:** This qualitative study involved online interviews with 12 health professionals from four PHC Centers, whose data were analyzed through a psychoanalytical reading. **RESULTS and DISCUSSION:** It was found that there is a diversity of caregivers in the infant's consultations, especially Italian mothers, Italian grandmothers and non-Italian immigrant caregivers. Moreover, the consultations become a stage for disparities between professionals and caregivers, especially because of the disagreements about the traditional knowledge and baby care practices. **CONCLUSIONS:** The caregiver's traditional knowledge that differs from the health policies end up being perceived by health professionals as challenges in the achievement of comprehensive care for infants.

KEYWORDS: Cultural Diversity. Primary Health Care. Health Professionals. Caregivers. Infants.

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: Las políticas de salud infantil en Atención Primaria abogan por prácticas profesionales basadas en la perspectiva de la atención integral, asociada al principio de territorialidad. Sin embargo, acoger la diversidad del territorio es un desafío para los profesionales de la salud responsables de las consultas periódicas con los bebés, especialmente en lugares con una fuerte tradición cultural hegemónica. **OBJETIVO:** Este estudio investigó las experiencias y desafíos de los profesionales de salud con la diversidad de cuidadores, saberes y prácticas de cuidado en consultas de bebés de 0 a 2 años, en Atención Primaria de una ciudad del sur de Brasil. **MÉTODO:** Se trata de una investigación cualitativa que involucra entrevistas online con 12 profesionales de cuatro centros de salud, cuyos datos fueron analizados a través de una lectura psicoanalítica. **RESULTADOS y DISCUSIÓN:** Se encontró que existe diversidad de cuidadores, especialmente madres/abuelas italianas y cuidadoras inmigrantes no italianas. Las consultas se convierten en escenario de enfrentamientos entre profesionales y cuidadores en lo que se refiere a los diferentes conocimientos y prácticas del cuidado. **CONCLUSIÓN:** Los conocimientos de los cuidadores que no se ajustan a las políticas de salud acaban siendo percibidos por los profesionales como desafíos en la concreción de la atención integral al bebé.

PALABRAS-CLAVE: Diversidad Cultural. Atención Primaria. Profesional de la Salud. Cuidadores. Lactantes.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública gratuita do mundo, sendo responsável pelo cuidado de mais de 140 milhões de brasileiros (Ministério da Saúde, 2012). Articulado por diferentes níveis e densidades tecnológicas, apresenta-se a Atenção Básica, a principal porta de entrada dos usuários ao SUS e ordenadora do cuidado à saúde. A organização da Atenção Básica acontece através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, especialmente, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os profissionais de saúde das equipes ESF são compostos, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e quatro agentes de saúde (Monteiro et al., 2020).

Em termos do cuidado à saúde da infância na Atenção Básica, o Ministério da Saúde articulou uma conjuntura de políticas e programas existentes para a construção de um pacto federativo que organiza toda a rede de atenção à saúde materno-infantil (Ministério da Saúde, 2018). Desta forma, em 2015, criou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a qual objetiva proteger e promover a saúde de bebês e crianças e o aleitamento materno, desde a gestação até os nove anos. Em suas prerrogativas, a PNAISC estabelece suas estratégias e práticas pela perspectiva do cuidado integral, principalmente à primeira infância e populações vulneráveis (Ministério da Saúde, 2018). Em teoria, esse novo paradigma representa um avanço em relação ao antigo modelo biomédico e sintomatológico, uma vez que a concepção de cuidado integral passou a abarcar outros aspectos e marcadores de saúde dos bebês e crianças, como as dimensões cognitivas, motoras, emocionais, sociais e contextuais.

Dentre as estratégias da PNAISC para efetivação do cuidado integral na infância, destaca-se o eixo de “Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral” (Ministério da Saúde, 2018). A proposta é descrita como uma vigilância e estímulo ao crescimento e desenvolvimento da infância, a partir de ações e orientações aos cuidadores em consultas periódicas para os bebês. Embora a política vise atender a todo o período do desenvolvimento infantil, o Ministério da Saúde recomenda periodicidade sistemática para as consultas dos bebês de 0 a 2 anos: sete consultas no primeiro ano de vida e duas durante o segundo ano. Importante mencionar que outros termos são utilizados na literatura da área para se referirem a essas consultas, como “puericultura”, “consultas do pediatra”, “consultas de enfermagem”, principalmente em publicações das áreas da medicina e enfermagem (Moreira & Gaíva, 2017).

Enquanto práticas em saúde, o trabalho do profissional de saúde responsável pelas consultas envolve avaliar e registrar o peso, altura, estado nutricional, desenvolvimento global, vacinação, intercorrências e identificar problemas ou riscos para a saúde do bebê (Ministério da Saúde, 2018). Além disso, tem a função de orientar os cuidadores para os cuidados gerais dos bebês, enfatizando a importância do aleitamento materno, da higiene individual e ambiental, prevenção de acidentes, estimulação e cumprimento do calendário de vacinação.

Associado ao cuidado integral na infância e à posição estratégica próximo à população, as equipes de saúde da Atenção Básica preconizam o princípio da territorialidade, conforme orientações das políticas de saúde (Monteiro et al., 2020). Assim sendo, os profissionais de saúde precisam considerar as especificidades do seu território em suas práticas de saúde, através da contemplação e validação da diversidade de subjetividades da população local, bem como de marcadores e saberes tradicionais, sociais, econômicos, raciais, culturais, religiosos e territoriais (Amarante & Costa, 2012). Portanto, as práticas e orientações dos profissionais de saúde não devem assumir um caráter mecânico ou normativo, tendo em vista que a adesão aos tratamentos e cuidados dos bebês estão diretamente relacionados aos saberes dos cuidadores, representados por diferentes concepções de saúde-doença e em seus modos e práticas de existência e cuidado (Terra & Campos, 2019).

Entretanto, os estudos disponíveis sobre as consultas dos bebês na Atenção Básica sinalizam alguns desafios dos profissionais de saúde em atuar pela perspectiva do cuidado integral (Monteiro et al., 2020), em virtude das dissonâncias entre os saberes e práticas de cuidado dos usuários e as recomendações das políticas de saúde, o que implica em orientações e práticas profissionais mais associadas a uma perspectiva biomédica (Araújo et al., 2021; Terra & Campos, 2019). Sendo assim, a contemplação da diversidade de subjetividades dos cuidadores e bebês e das particularidades do território, como os saberes e práticas de cuidado da população, tornam-se importantes desafios nos dispositivos de saúde pública (Moreira & Gaíva, 2017).

Esses desafios são amplificados quando situados em UBSs localizadas em territórios com uma forte tradição cultural hegemônica, como em Caxias do Sul, cidade do interior do Rio Grande do Sul (RS), colonizada pela imigração italiana. Trata-se de um território que se mantém cultivando os valores e saberes de seus colonizadores, sobretudo em relação à importância

do trabalho, da religião, da família italiana e de papéis de gênero, em termos de cuidado infantil (Manfio & Pierozan, 2019). Além disso, é imprescindível considerar os atravessamentos da estrutura social racista e xenofóbica brasileira nas tessituras das relações interpessoais nos dispositivos de saúde (Werneck, 2016), ainda mais em territórios do interior do RS, em que esses fenômenos discriminatórios parecem ser intensificados devido à histórica reprodução e identificação dos modos e práticas de existência de seus colonizadores europeus (Manfio & Pierozan, 2019).

Tendo em vista a lacuna da literatura sobre os embates entre saberes e práticas de cuidado presentes nos atendimentos do bebê, sobretudo de territórios interioranos, torna-se importante investigar a temática para compreensão de seus impactos tanto nos sujeitos envolvidos quanto nos próprios processos de saúde infantil no SUS. Assim sendo, o presente estudo buscou investigar as experiências e desafios de profissionais de saúde com a diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidado nos atendimentos a bebês de 0 a 2 anos na Atenção Básica de Caxias do Sul, RS.

Método

Participantes

Participaram 12 profissionais de saúde — pediatras, enfermeiros e técnicos em enfermagem — responsáveis por consultas dos bebês de 0 a 2 anos, de quatro UBSs da cidade de Caxias do Sul, RS. Maiores informações dos participantes encontram-se na Tabela 1. Importante mencionar que, dentre os relatos dos participantes sobre as condições socioeconômicas do território e população atendidos, duas UBS foram referidas como possuindo casos de vulnerabilidade (UBS 2 e 4), uma por condições de extrema vulnerabilidade (UBS 3) e outra sem vulnerabilidade (UBS 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes

UBS	Participante	Formação	Raça/Etnia	Gênero	Filhos	Religião
1	P1	Enfermeiro	Negra	Masculino	Não	Cristã
1	P2	Enfermeira	Branca	Feminino	1	Não
1 e 2	P3	Pediatra	Branca	Feminino	2	Católica
2	P4	Enfermeira	Parda	Feminino	Não	Acredita em deus
2	P5	Enfermeira	Branca	Feminino	Não	Católica
2	P6	Tec. Enferm.	Parda	Feminino	2	Católica
3 e 4	P7	Pediatra	Branca	Feminino	1	Espírita
3	P8	Enfermeira	Parda	Feminino	2	Espírita
3	P9	Enfermeira	Branca	Feminino	Não	Espírita
4	P10	Enfermeira	Branca	Feminino	1	Católica
4	P11	Enfermeira	Branca	Feminino	2	Católica
4	P12	Tec. Enferm.	Branca	Feminino	2	Católica

Notas. *Pediatras da cidade trabalham em mais de uma Unidade de Saúde
Fonte: os autores (2024).

Os participantes deste estudo integram o banco de dados do projeto intitulado “SUSBEBÊ: Ações do SUS implicadas com a saúde psíquica do bebê”, conduzido pelo Núcleo de Infância e Família (NUDIF) vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Iniciado em 2019, o SUSBEBÊ tem como objetivo conhecer as experiências e os desafios dos profissionais da Atenção Básica do SUS em seu trabalho com bebês de 0 a 2 anos e seus cuidadores, da região metropolitana de Porto Alegre e cidades do interior do RS. Enquanto critérios de inclusão dos participantes, o projeto incluiu profissionais de saúde que atuem na Atenção Básica há pelo menos um ano, além de serem responsáveis por atendimentos em saúde de bebês de 0 a 2 anos. Enquanto formação, preconizou-se pela participação de diferentes áreas da saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos, psicólogos, agentes comunitários e demais, a depender das condições das UBS.

Para fins do presente estudo, selecionou-se 12 profissionais de saúde entrevistados de Caxias do Sul, os quais estavam vinculados a quatro UBS da cidade. Salienta-se que todos os profissionais responsáveis pelos atendimentos dos bebês nas respectivas UBS foram entrevistados. Ainda, destaca-se que a partir da análise dos dados dos 12 participantes não se objetivou a saturação dos dados (Fontanella & Magdaleno Júnior, 2012), mas os casos foram escolhidos por conveniência, através da indicação da Secretaria Municipal de Saúde do município.

Instrumentos

O instrumento utilizado na investigação foi uma entrevista tópica semiestruturada (Gil, 2022). Essa modalidade de entrevista não possui um roteiro com questões preestabelecidas, mas apenas tópicos amplos que convidem o entrevistado a falar sobre o fenômeno investigado. As subquestões de cada tópico são provocações para que o participante possa ampliar o seu relato sobre a temática.

Além disso, a entrevista foi orientada pelos pressupostos da teoria psicanalítica, a qual buscou propor um espaço de escuta que permitisse ao participante seguir suas próprias associações sobre as temáticas apresentadas, com mínima ou nenhuma orientação do pesquisador (Rosa, 2004). Sabe-se que o método psicanalítico integra teoria, prática e a pesquisa, proporcionando o movimento do fenômeno ao conceito. Nessa direção, torna-se possível trabalhar a escuta psicanalítica em depoimentos e entrevistas, mesmo que colhidos em função do objetivo do pesquisador.

Tendo em vista que o inconsciente não está restrito a manifestações da prática clínica, mas implicado em todo enunciado e recortando qualquer discurso pela enunciação que o transcende (Rosa, 2004). Portanto, a relação transferencial, dispositivo que permite a escuta e produção de saber, mesmo que imaginariamente colada às situações de atendimento clínico individual, pode ser ampliada para pesquisas e leituras de fenômenos sociais. Ao mesmo tempo, é necessário que o entrevistador se desloque do âmbito clínico e escute do lugar que rompe com as barreiras de um sujeito psicológico ou sociológico, fruto de seus predicados, para acessar a experiência partilhada com o outro, a escuta como testemunho e resgate da memória. Assim sendo, o relato estará atravessado por suas resistências e limites, aquilo que suporta compartilhar em experiência com o sujeito em sua história, que pode ser de sofrimento, seu próprio ou do outro.

Delineamento e procedimentos (coleta de dados e éticos)

O presente estudo é fruto da Dissertação de Mestrado do primeiro autor, produzida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS, sob a orientação da segunda autora. Trata-se de um estudo de desenho qualitativo exploratório transversal (Gil, 2022). Esse modelo de pesquisa permite uma produção de conhecimento mais adequada à realidade por sua flexibilidade, sendo assim o seu objeto de estudo atingido com maior precisão e consciência dos fenômenos apresentados.

As UBS incluídas nesse estudo foram indicações provenientes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de Caxias do Sul (RS), sob a justificativa de que esses territórios de cobertura das UBS possuíam maiores índices de bebês adscritos. De início, as respectivas coordenadoras das UBS foram contatadas e autorizaram a condução do estudo. Tendo em vista o contexto de pandemia do COVID-19, o convite para participação da pesquisa não pode ser feito diretamente aos profissionais de saúde, portanto, disponibilizou-se para as coordenadoras um cartaz digital informativo, com a divulgação da pesquisa e acesso a um formulário online, que foi encaminhado aos profissionais participantes em potencial. Ao acessarem esse formulário, os interessados confirmaram que eram profissionais de saúde da Atenção Básica e que

prestavam atendimentos em saúde para bebês de 0 a 2 anos e seus cuidadores, além de assentirem à leitura e às condições do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e preencherem dados básicos de identificação.

Com o retorno desses formulários, o pesquisador primeiro autor desse estudo contactou aos interessados, agendou um horário conforme disponibilidade dos participantes e realizou as entrevistas. Em termos práticos, as entrevistas foram conduzidas individualmente na modalidade *online*, com duração entre 90 e 120 minutos, sendo gravadas e transcritas para fins de análise. Os dados foram coletados no período de novembro de 2020 a janeiro de 2021 pelo primeiro autor desse estudo.

O projeto SUSBEBÊ foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS (CEP; Proc. N° 3.807.849) e, para a condução na cidade de Caxias do Sul (RS), pela Secretaria Municipal de Saúde local (Proc. N° 3.935.809). A pesquisa adotou todos os princípios éticos preconizados pela Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016. Com o objetivo de garantir a confidencialidade dos participantes, os seus nomes foram substituídos pela letra "P", seguidos de uma numeração.

Análise de dados

As entrevistas foram analisadas por meio de uma leitura psicanalítica dos dados (Rosa, 2004). Esse movimento de análise permite considerar tanto os conteúdos manifestos quanto latentes nas falas dos participantes. Algo que se tornou possível em virtude de alguns conteúdos que foram desprovidos de representação e fogem da literalidade do texto, mas munidos de conteúdos latentes foram passíveis de serem conjecturados pelo pesquisador enquanto ditos não-ditos (Ferrari, 2012).

Norteadado por essa proposta de análise, o pesquisador esteve em constante movimento de ilustrar e interrogar os dados, como em um processo de ir e vir. Observou detalhes que não foram mencionados verbalmente, mas que foram percebidos na relação transferencial no momento da entrevista, ou até mesmo, no áudio e leitura das transcrições. Salienta-se que o processo de análise assumiu uma postura sem teorizações *a priori*, na qual o pesquisador orientou a escuta dos dados a partir da atenção flutuante,

conforme postulada por Freud (2010/1912) “escutar sem se preocupar em notar coisa alguma” (p. 150). Nessa perspectiva, também não se pressupôs interpretações no primeiro momento, para que estes processos não comprometessem a escuta do pesquisador e o impedissem de se disponibilizar para vivenciar a experiência posta junto à relação transferencial com os dados. Oportunizou-se, assim, a interpretação dos dados a partir de uma operacionalização de alguns conceitos clássicos da psicanálise, ao mesmo tempo que se contemplou a articulação de conceitos das ciências sociais e da saúde coletiva.

Ainda, destaca-se que as análises consideraram que os profissionais de saúde não são a origem absoluta de seu discurso, uma vez que se encontram atravessados pelos saberes vigentes e validados em seu contexto histórico e territorial, no caso, os saberes hegemônicos dos descendentes de italianos de Caxias do Sul.

Resultados

Os resultados das entrevistas foram agrupados em três eixos de análise, os quais emergiram espontaneamente dos dados e versam sobre as experiências e desafios dos profissionais de saúde com a diversidade de cuidadores (mães italianas, avós italianas e cuidadores imigrantes não italianos) e seus respectivos saberes e práticas de cuidado. Inicialmente, o foco do estudo era investigar apenas os saberes e práticas tradicionais imbricados nas consultas dos bebês. Contudo, passou a contemplar os cuidadores *a posteriori*, quando se observou, através de releituras dos dados e supervisões, que um dos maiores desafios dos profissionais de saúde nas consultas dos bebês consistia em lidar com a diversidade de cuidadores. Além disso, foi surpreendente que, apesar das entrevistas terem acontecido no contexto de pandemia do COVID-19 e envolverem questões ao período pandêmico, houve tímidas menções dos profissionais que pudessem ser relacionadas ao objetivo desse estudo.

Idealização da figura materna: “la mamma”, a mãe descendente de italianos

A cultura dos descendentes de imigrantes italianos de Caxias do Sul idealiza um modelo materno, a mãe

italiana, que chamaremos de uma representação “la mamma”. Trata-se de uma figura representada na materialidade histórica da cidade, através de registros, monumentos e estátuas em praças centrais, os quais desvelam a importância do papel da mãe italiana na geração e no cuidado dos filhos (Bisol, 1999). Inclusive, essa formação discursiva também surge nos relatos dos profissionais de saúde do estudo: “As imigrações italianas são muito mais cuidadosa com os filhos e com os cuidados do bebê” (P8).

Assim, a partir da análise dos dados das entrevistas com os profissionais, percebeu-se que essa centralidade se apresenta também no âmbito da saúde pública, pois a figura materna surge em todas as falas dos participantes quando se referiam aos cuidadores de bebês. Na maioria das vezes, as mães eram descritas como as únicas ou principais responsáveis pelo cuidado. Ou seja, direta e indiretamente, os profissionais de saúde reproduziram expectativas sociais que as mães precisavam corresponder, seja em termos de priorizar os filhos: “Com o fato de ser mãe, ela coloca a criança em primeiro lugar” (P4), seja a nível de conduta pessoal exemplar: “A criança vai sempre seguir o que ela está percebendo naquele cuidador, naquela mãe” (P9).

Tendo isso em perspectiva, percebeu-se que outros arranjos de cuidado que não fossem centrados na mãe do bebê eram mais desafiadores para os profissionais de saúde lidarem. No único caso em que um pai foi mencionado como principal cuidador de um bebê, curiosamente, as suas práticas de cuidado foram percebidas pelas profissionais como um “descuido”: “Ao mesmo tempo que ele cuida da criança, ele descuida” (P2). O fato desse pai estar constantemente buscando auxílio com diferentes profissionais é paradoxalmente recebido com uma crítica por parte da profissional, pois o pai estaria em constante deslocamento com este bebê: “Esse pai adora ir em todos os tipos de consulta. Essa criança fica mais dentro do carro pra cima e pra baixo” (P1). Interessante perceber que também há resistências quando as avós participam de cuidado dos bebês, mesmo que estas também sejam mães de outro estágio geracional: “Daí ficam meio assim, um pouco descuidados né porque um pouco a avó cuida, outro pouco a mãe cuida” (P5).

Nesse sentido, a ausência materna biológica parece ser uma questão que os profissionais de saúde

consideram um importante dificultador na condução das consultas dos bebês. Nas ocasiões em que as mães não podem comparecer às consultas, os profissionais questionam suas motivações, tendendo a traçar avaliações a partir de seus valores e ideais, que são um reflexo do pensamento da cultura local: *“E quando eu digo cuidar, não é, por exemplo, a minha mãe cuida da minha filha durante o dia, né? Só que as consultas médicas sou eu que levo. Não é a avó que leva, é a mãe que leva”* (P2). Embora alguns profissionais digam não se importarem quando outros cuidadores levam os bebês às consultas, a maioria dos relatos convergem para uma lógica de hierarquização na responsabilidade do cuidado do bebê, novamente apontando a mãe como principal figura: *“Eu trato familiar como se fosse a mãe (...) Vou orientar essa pessoa como eu orientaria a mãe”* (P9). Portanto, os profissionais de saúde apresentaram maiores resistências em atender famílias com arranjos de cuidado que não centralizavam a figura materna, uma vez que podem entender tal questão como uma certa “terceirização do cuidado materno”. Nos saberes atuantes no território, tal configuração de cuidado não atingiria o ideal de maternidade e cuidado da figura *“la mamma”*, estabelecido pela tradição de descendentes de italianos.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que a representação materna de *“la mamma”* é idealizada, sendo a representante dos ideais sociais da cultura e dos saberes hegemônicos dos descendentes de italianos, outras mães são percebidas como mais desafiadoras de serem atendidas, seja por não corresponderem as responsabilidades que lhes são atribuídas ou quando, de alguma forma, desafiam os profissionais de saúde na sua função de orientação no cuidado do bebê. Assim, os profissionais parecem usar de um mecanismo de clivagem da figura materna, entre *“la mamma”* e as *“outras mães”*. Esse mecanismo, o qual parece estar fundamentado nos saberes e valores da cultura local, separa as mães em dois grupos, de acordo com seus saberes, condições socioeconômicas, intelectuais, étnico-raciais e de práticas de cuidado ao bebê. Algo que, mesmo sem os profissionais se darem conta, acaba por atravessar e emergir no seu discurso e, provavelmente, influenciar nas práticas de cuidado nas consultas dos bebês.

As *“outras mães”*, geralmente em condições de vulnerabilidade, são nomeadas de diversas formas pelos

profissionais, mas que os todos significados denotam o desafio de lidar com a população marginalizada, sobretudo em relação as suas formas de cuidado ao bebê. Nesse sentido, os profissionais estabelecem relações de causalidade direta entre cuidado materno e condições socioeconômicas: *“Quanto menos o índice socioeconômico, tem suas exceções, mas o cuidado é mais precário”* (P7). É como se as diferenças de classe das mães fossem utilizadas para explicar as diferentes condições de cuidado: as mães (*“la mamma”*) com o cuidado idealizado são geralmente abastadas e vivem em territórios privilegiados, enquanto as *“outras mães”*, com cuidados “precarizados”, encontram-se em condições de vulnerabilidade e vivendo em territórios pobres.

Além disso, mesmo que os profissionais destaquem que as “mães em melhor condição financeira” sejam mais exigentes e impositivas, podendo desafiar o controle dos profissionais nos atendimentos, são as mães de nível socioeconômico mais baixo que são consideradas mais difíceis de serem atendidas, especialmente pelas supostas resistências em seguirem as recomendações dos profissionais: *“É até uma consulta mais simples no sentido técnico, mas mais complexa no sentido de cuidado, tu tem que ficar de olho”* (P7). O nível educacional é outra característica que fundamenta a clivagem das *“outras mães”*, sendo estas consideradas com um “menor entendimento” para compreenderem a importância das recomendações profissionais, consistindo em outro desafio para os profissionais lidarem: *“Numa UBS mais pobre não, a família mais pobre não, mas o problema maior é de entendimento”* (P7).

Apesar dos profissionais não reconhecerem conscientemente essa distinção entre as mães: *“Eu não diferencio na hora de tratar: tanto o paciente mais pobre como o paciente mais informado, eu trato da mesma maneira”* (P10), o próprio recorte já ressalta certa divisão entre “pobres” e “informados”. Nesse sentido, os profissionais atribuem maior necessidade de dar mais orientações para os “pobres”, ou seja, as *“outras mães”*: *“A gente nunca sabe quem é o outro, que contexto tem o outro de vida pra saber até onde você vai, até onde você conseguiu interferir. E tá ligado a exatamente isso, ao grau de instrução”* (P3). Tal prerrogativa é novamente justificada pela suposta dificuldade dessas mães de seguirem estritamente as orientações em saúde dos profissionais.

Portanto, parece que a clivagem da figura materna parece ser situar não apenas no campo dos saberes, mas também se reflete nas práticas e recomendações dos profissionais de saúde para com populações marginalizadas e em situação de vulnerabilidade. Em termos figurativos, é como se as “outras mães”, em condições de vulnerabilidade, não atingissem o ideal da verdadeira “*la mamma*”, a mãe descendente de italianos. E, talvez, de fato nunca atinjam. O tensionamento proposto é que não se trata da adequação das mães em situação de vulnerabilidade ao modelo idealizado, mas em questionar os saberes biomédico-cientificista e regionais que elegeram esse ideal. Assim acontecendo, acredita-se ser possível criar fissuras no modelo idealizado de maternidade e cuidado dos profissionais, para que então pudessem validar outros saberes e modos de existência na atenção à saúde dos bebês e de seus cuidadores.

As “interferências” das avós italianas no cuidado ao bebê

A presença das avós italianas nos atendimentos e sua atuação no cuidado aos bebês mostra-se ambivalente para os profissionais de saúde. Se, por um lado, as avós ajudam a compor a rede de cuidados e são valorizadas pela cultura local, por outro, podem criar outros desafios nas consultas do bebê: “*Nós pediatras preferíamos muito mais atender a criança sozinha (...) a vó, principalmente, vem e às vezes atrapalha na consulta*” (P7). Nesse sentido, por vezes, o termo utilizado para designar a função da avó no cuidado do bebê é “interferência”: “*Os avós eles têm bastante, pelo que a gente nota, bastante interferência nos cuidados da criança*” (P10).

A maioria dos profissionais de saúde se identificam com essa lógica, percebendo as avós mais como dificultadoras nos processos de saúde dos bebês do que uma figura importante no arranjo de cuidados familiar. Assim sendo, o cuidado das avós parece ser entendido como uma interferência por contrariar as orientações e práticas dos profissionais de saúde, as quais, comumente, se baseiam nas recomendações preconizadas pelas políticas públicas de saúde infantil. Nesse sentido, constitui-se um palco de embates nas consultas dos bebês: os saberes tradicionais das avós e mães dos bebês em contraponto aos saberes biomédicos-científicos dos profissionais de saúde.

Os saberes locais, de tradição italiana, fundamentam algumas práticas de cuidado, como tratamentos alternativos e não validados pelo saber biomédico-científico. Dentre os casos relatados, as práticas oriundas desses saberes que surgem com maior frequência envolvem a cicatrização do coto umbilical do bebê por uso de faixas abdominais e a utilização de outros recursos terapêuticos, como benzeduras, ervas e chás: “*Tem essa mania de colocar no umbiguinho moeda e fita e prender ali. Só que isso é muito ruim para a criança, não pode*” (P7) e “*Essas coisas [benzeduras] têm bastante, aparece bastante, principalmente no de descendência italiana*” (P10). Em relação aos saberes religiosos, alguns profissionais partilham de resistências quanto às crenças e práticas religiosas nos processos de saúde dos bebês, associando menores condições socioeconômicas à maior religiosidade: “*Desde a religiosidade, e a questão socioeconômica. E a intelectual. Que acho que uma coisa está ligada na outra, sabe?*” (P10). Nesse jogo de atribuições, os saberes tradicionais religiosos também são percebidos como outro desafio a ser superado, em detrimento da distância entre o saber religioso e o científico: “*Quanto mais defasado for teu intelecto mais fácil para tu ter essas crenças, né? Você não vai ir para o lado da ciência*” (P10).

Os profissionais de saúde também relataram os possíveis efeitos desses saberes de tradição italiana na alimentação dos bebês: “*Então tem a vó, a história da, de querer os netos tudo gordinho*” (P7). Apesar de as políticas de saúde recomendarem o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê (Ministério da Saúde, 2018), os saberes tradicionais das avós italianas referem certa insuficiência do leite materno (o “leite fraco”), em termos de quantidade e qualidade nutricional – algo que leva as mães a introduzirem outros alimentos na dieta do bebê. Embate que estabelece outro desafio para os profissionais de saúde, já que precisam orientar os cuidadores pelas diretrizes das políticas de saúde: “*A gente estimula muito a amamentação, que é muito importante pra criança, tem tudo que necessita. A gente tenta, reforça*” (P10).

Apesar de referirem a importância de legitimar os saberes de tradição italiana, os profissionais demonstram-se resistentes às práticas das avós, seja por não acreditarem em sua eficácia clínica ou, de maneira mais enfática, em situações em que a prática tradicional italiana coloca a saúde do bebê em risco:

“Algumas vezes eu acho que é essa a minha reação de surpresa de dizer: ‘Não! Não faz assim, não se faz mais assim. Não se coloca mais isso!’” (P9).

Nota-se nas falas dos profissionais as propostas de “desmistificar” ou “modificar” os saberes e práticas de tradição italiana, como uma tentativa de exclusão de determinados saberes, os adaptando ao que estabelece as políticas de saúde: *“Então tem muitas culturas que estão bem enraizadas, então o trabalho é bem importante na questão de desmistificar algumas coisas” (P1).* Por outro lado, alguns profissionais relatam não se importar com essas questões, desde que os cuidadores também atendam às recomendações de saúde dadas pelos profissionais: *“Eu não me importo, tá, tudo bem, desde que você faça também a parte técnica” (P7).*

Por fim, os embates também se apresentam em uma perspectiva interpessoal, envolvendo a dinâmica avó-mãe-profissional de saúde. Apesar de reconhecerem que há uma complexa transmissão de saberes sobre cuidado entre gerações, os profissionais se mostraram receosos sobre seus efeitos, devido a uma suposta postura dominadora das avós sob as mães: *“Não sei se é uma coisa meio dominadora das avós, às vezes elas querem dominar a mãe, né?” (P7).* Essa dominação das avós extrapolaria o campo familiar mãe-filha para o campo das relações com o próprio profissional nos atendimentos: *“Elas [as avós] querem saber mais, querem saber mais até que o pediatra, que o psicólogo” (P7).* Ainda, ressaltam como as avós questionam a qualificação do profissional pela diferença de idade e experiência prática: *“Às vezes vem uma pessoa de idade, os avós [e dizem]: ‘não-não-não-não, tu é muito nova, tu não sabe ainda das coisas’” (P10).* Portanto, torna-se importante ponderar o entrelaçamento dessas relações, já que, por questões da cultura local, o cuidado desprendido pelas avós aos bebês ainda é valorizado por famílias do território.

Os cuidadores imigrantes não italianos, os “estrangeiros”

Como destacado, a cidade de Caxias do Sul legitima os saberes hegemônicos e práticas da tradição da imigração italiana. Trata-se de saberes que reverberam desde as formas de cuidado ao bebê até os arranjos familiares. Contudo, as famílias da região que não se enquadram nesse modelo de família nuclear ou de cuidado idealizado, comumente provocam estranhamentos nos profissionais de saúde da cidade:

“Essa concepção de núcleo familiar tão fechada como nós temos culturalmente aqui em [Caxias do Sul] né? De ser o pai, a mãe e a criança” (P8). Além dos profissionais relatarem maior importância e facilidade de trabalhar com famílias nucleares, as demais, que não correspondem ao modelo idealizado, são nomeadas “desestruturadas”, denotando certo preconceito dos profissionais e os desafios que envolvem atendê-las: *“A maioria das vezes uma desestrutura familiar assim mesmo” (P11).*

Apesar de haver certo estranhamento dos profissionais de saúde quanto aos arranjos familiares do território que não se enquadram nessa normatividade, ainda assim, parecem ser mais tolerados por serem reconhecidos na região. Por outro lado, esses estranhamentos amplificam-se quando a cultura, os saberes e práticas de cuidado com os bebês tem origem em outros países ou de povos com diferentes raças-etnias, o qual denominados os “saberes (dos) estrangeiros”. Nesse caso, a utilização do termo estrangeiro é proposital, uma vez que a representação do sujeito imigrante para os profissionais parece ficar restrita aos “descendentes de italianos” da cidade, sem poder ser atribuída a outros e novos imigrantes, de outras nacionalidades: *“Percebo dentro da própria cidade que tem uma diferenciação dentro dos... dos... dos estrangeiros, né?” (P9).*

Os profissionais de saúde relatam atender “mães e bebês estrangeiros” da Venezuela, Senegal e, principalmente, Haiti. Em linhas gerais, os participantes relataram que atender aos cuidadores de diferentes nacionalidades implica em múltiplos desafios: *“Dificuldade que a gente [profissionais] tem por serem de outro lugar” (P9),* sobretudo o da comunicação, em virtude dos diferentes idiomas: *“Mas que eles têm essa dificuldade da língua, isso é bem, um dificultador assim no atendimento” (P8).* Em segundo momento, chama a atenção que os relatos dos profissionais convergem principalmente sobre as práticas de cuidado e arranjos familiares de haitianos, uma vez que essa nacionalidade foi descrita como mais desafiadora dentre os demais imigrantes atendidos: *“Os senegaleses não tanto né, porque eles têm mais esse núcleo familiar bem definido, pai, mãe, bebê” (P8).*

No caso dos haitianos, as configurações familiares envolveriam papéis de gênero bem definidos, em que a mulher ocuparia uma posição subalternizada em relação à autoridade dos homens. Entretanto, essa representação parece reverberar não somente

a submissão da mulher ao marido, mas também submissão ao próprio profissional e os saberes e práticas das políticas de saúde: *“Elas não nos questionam, tudo elas aceitam. A palavra seria submissão”* (P9). Nota-se que quando se trata de saberes e práticas de cuidado que apresentam maior consonância com os saberes regionais vigentes na cultura, os profissionais não relatam tantas resistências e desafios para a sua prática profissional.

Tendo em vista o que se apresentou no primeiro eixo sobre as mães descendentes de italianos – *“la mamma”*, há profissionais que estabelecem comparações dessa mãe idealizada com as mães haitianas. Nesse sentido, há embates entre saberes e práticas de cuidado dos profissionais com relação ao cuidado das famílias haitianas aos bebês: *“De eles [haitianos] morarem em vários grupos né, dois, três casais com dois, três filhos. Eu ficava confusa pra saber qual criança que era de qual casal, porque era todo mundo cuidando de todo mundo ou ninguém cuidando de ninguém (...) Crianças sendo criadas, morando ou passando muito tempo com vizinho, com alguém da comunidade, sabe?”* (P8). Há outras resistências dos profissionais em relação aos cuidados das famílias haitianas, como certa frieza emocional e falta de limites por parte dos cuidadores, sendo essas características rechaçadas pelos profissionais e pela cultura local como um todo: *“Os haitianos também, eles têm um jeito de tratar e de [cuidar], totalmente diferente. Até emocionalmente eles são muito frios com as crianças e não dão limites”* (P7).

Por outro lado, há poucos profissionais que não percebem desafios em atender outras nacionalidades. Justificam que os atendimentos tendem a ser conduzido da mesma forma em relação aos moradores locais: *“Não, no meu atendimento não, porque eu não faço distinção, não faço diferença, mas de novo é uma característica minha”* (P12). Contudo, os recortes anteriormente apresentados denotam que todas as categorias de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem) mencionaram desafios na atenção aos cuidadores e bebês imigrantes. Os participantes relatam que as dificuldades de atender a diversidade cultural e de saberes advêm de sua insuficiente formação profissional, tanto acadêmica quanto continuada, que não abordou tais temáticas por uma perspectiva prática.

Nesse aspecto, os profissionais referem que há uma distância entre o estudo teórico da formação acadêmica em relação à prática profissional com diferentes culturas e saberes no cotidiano: *“Era trazido muito a questão da diversidade, mas não como fazer. Não como fazer isso”* (P9). Algo que, mesmo diante de se sentirem despreparados para atender à diversidade de saberes e práticas dos cuidadores, os profissionais inferem suas experiências do trabalho cotidiano como única fonte de aprendizagem: *“A gente aprende é na experiência mesmo”* (P7). Tal perspectiva demonstra como a experiência de trabalho, de maneira geral, acaba por tornar-se o único recurso pessoal no enfrentamento a esses desafios étnico-culturais no trabalho com bebês e seus cuidadores na Atenção Básica.

Discussão

Identificou-se que a cultura e saberes dos descendentes de italianos de Caxias do Sul, RS, os quais idealizam a representação de mãe *“la mama”* e o cuidado materno, se apresentam também no âmbito da saúde pública, no caso, nas consultas dos bebês na Atenção Básica. Nesse sentido, constou-se a unanimidade dos profissionais de saúde em referendar à figura materna a responsabilidade integral pelo cuidado ao bebê, através da atribuição de diversas exigências sociais que as mães precisariam corresponder. Sendo assim, o compartilhamento do cuidado do bebê com outras figuras de cuidado, inclusive se familiares, é percebido pelos profissionais de saúde enquanto uma certa terceirização do cuidado materno. Trata-se de uma questão que produziu resistências nos participantes, sendo esta noção constituída a partir dos saberes da cultura e fundamentada nas próprias recomendações das políticas de saúde. Ainda, esse fenômeno desvela a atuação de papéis de gênero específicos, reforçando o imaginário social de que o feminino possuiria naturalmente a suficiência e exclusividade para o cuidado infantil, em função de seus atributos biológicos de gestação de bebês (Iaconelli, 2023).

Tendo em vista essa responsabilização da figura materna pelo cuidado, lembramos que há sempre uma ambivalência quando a idealização se faz presente,

já que o ideal automaticamente produz um antagonico, alvo de resistências e estranhamentos. Por sua vez, esse sentimento ambivalente dos profissionais de saúde desvelou o mecanismo psíquico de clivagem, responsável pela divisão das mães em “*la mamma*” idealizada e as “*outras mães*”. As “*outras mães*”, geralmente provenientes de territórios vulneráveis, por não se encaixarem nos ideais sociais maternos da cultura de imigrantes italianos, ou até mesmo, por desafiar as orientações em saúde padronizadas dos profissionais, são hierarquizadas de acordo com seus indicadores sociais, econômicos, educacionais, “cognitivo-intelectuais” e, também, marcadores étnico-raciais — como no caso das mães “estrangeiras”, de outras nacionalidades.

Balizados pelos saberes biomédicos e da cultura local, os profissionais de saúde acabam por reproduzir um paradigma classista, ao pormenorizar os saberes e práticas de cuidado dessas “*outras mães*” que se encontram em situações de vulnerabilidade (Fonseca, 2012). Algo que pode produzir efeitos psíquicos iatrogênicos nessas mães, pois são constantemente convocadas a responder dessa posição de alteridade (Val et al., 2017). Desta condição, ainda correm o risco de passar a se identificar com esse lugar incapacitante: uma figura materna destituída de seu potencial de cuidado. Cabe colocar em questão em que medida as intervenções dos profissionais de saúde podem resultar em um efeito contrário, produzindo estigmatização e fixando essas mães em uma posição subalternizada.

De outra maneira, torna-se importante aos profissionais de saúde estarem atentos aos sinais de potência dessas mães, promovendo espaços de escuta para que possam entrar em contato com seus saberes, assim legitimando suas práticas de cuidado. Como bem lembram Val et al. (2017), por mais empobrecido que seja um território em seus aspectos materiais e educacionais, são sempre as pessoas que ocupam esses lugares que poderão fornecer pistas de potencialidades escondidas. Portanto, vulnerabilidades sociais e territoriais não devem ser equacionadas a um cuidado precário (Fonseca, 2012). Cabe questionar esses determinismos, a fim de promover fissuras nos saberes imbricados nas políticas de saúde e na cultural local, que idealizam a maternidade e o cuidado, ao passo que se oportuniza aos profissionais de saúde a legitimação de outros saberes e modos de existência do território.

Não obstante, identificamos um embate de múltiplos saberes e práticas de cuidado atuando nos atendimentos aos bebês na Atenção Básica. Em particular, destacamos os saberes hegemônicos das recomendações das políticas de saúde, os quais se materializam nos profissionais de saúde; em contraponto aos saberes de tradição italiana das avós “*la nonna*” e os saberes dos cuidadores imigrantes não italianos, os “estrangeiros”, das mães haitianas. Tendo em vista essa polifonia de saberes, por vezes, os atendimentos dos bebês tornaram-se um palco de embates e disputas entre profissionais e cuidadores, especialmente no tocante aos distintos arranjos familiares e a diversidade de práticas de cuidado aos bebês. Algo que acaba por constituir um desafio paradoxal: se, por um lado, o cuidado integral preconiza pela contemplação da diversidade, por outro, estabelece quais saberes e práticas devem ser legitimados — os das políticas de saúde, fundamentados em lógicas biomédicas-cientificistas e eurocentradas. Nesse jogo de atribuições, encontram-se os profissionais de saúde, no desafio de ponderar e equilibrar as prerrogativas de ambos os lados. Trata-se, portanto, de um dilema para a equipe de saúde que pode encontrar-se desamparada diante da demanda de responder a essas duas posições que, como apresentado pelos participantes, podem encontrar-se polarizadas.

Constatou-se, também, que os estranhamentos dos profissionais são amplificados quando os saberes e práticas de cuidado advêm de locais geograficamente mais distantes. Por meio desses estranhamentos, tivemos a oportunidade de ilustrar a presença do assim chamado “fenômeno universal etnocêntrico” (Laraia, 2020). Esse fenômeno entende que os embates entre saberes são comuns e inerentes, já que o sujeito da cultura tende a considerar os seus saberes enquanto o modo de vida central e natural. Essas concepções etnocêntricas podem resultar em apreciações negativas dos arranjos e formas de cuidado aos bebês que destoam do modelo idealizado, com diferentes níveis de resistências nos seus processos de atenção à saúde.

É possível também pensar esses estranhamentos dos profissionais em relação aos diferentes saberes por meio da noção de pensamento abissal (Santos & Meneses, 2010). O conceito refere-se à concepção modernista que atualmente opera na sociedade através de uma divisão unilateral, advinda dos povos colonizadores, a qual dicotomiza os sujeitos, experiências, saberes e práticas em úteis e inúteis.

Do lado visível, estaria o eurocentrismo-colonizador em contraponto com a invisibilização das civilizações colonizadas, como africanos, caribenhos e indígenas. Assim sendo, o pensamento abissal estaria a serviço de legitimar os saberes e conhecimentos dos profissionais, já que identificados com as prerrogativas das políticas de saúde, tomam os saberes eurocêntricos como universais e centrais. Como consequência, pode-se promover inúmeros epistemicídios ao classificar os saberes de origem africana, caribenha e indígena como não-científicos e não-filosóficos, em detrimento dos demais (Santos & Meneses, 2009). Portanto, é necessário colocar em questão essa colonialidade epistemológica que segrega e hierarquiza saberes e práticas, também nas consultas dos bebês, ao idealizar e colocar no centro, como padrão ideal de cuidado as mães brancas e descendentes de imigrantes italianos, subalternizando outros modos de existência e de cuidado.

Com relação às mães “estrangeiras” – as imigrantes não italianas – também se percebeu resistência dos profissionais de saúde em validarem os saberes e modos de existência dessas famílias atendidas, sobretudo as haitianas. Lembramos que as nacionalidades atendidas pelos profissionais são consideradas no território a partir de uma perspectiva de etnicidade da população negra, tendo em vista suas características fenotípicas. Portanto, sendo o Brasil um país estruturalmente racista, desde os fundamentos da cultura até suas reverberações nas instituições, especialmente as de saúde (Werneck, 2016), não é de se estranhar que o racismo e a xenofobia contribuiriam para assimetrias nas relações entre profissionais da saúde e cuidadores nos atendimentos aos bebês, ainda mais em territórios com fortes tradições hegemônicas eurocentradas. Nesse aspecto, pode-se pensar que as mães imigrantes não italianas sofrem uma dupla marginalização: primeiro, por serem mulheres negras; e segundo, por serem mulheres imigrantes de países subdesenvolvidos e colonizados do Sul-Global (Santos & Meneses, 2010). Entretanto, cabe refletir se as concepções de racismo e xenofobia isoladamente de fato contemplam a complexidade dos processos discriminatórios sofridos por essas mulheres haitianas, já que as leituras sociais de ser “mulher negra” e “mulher imigrante”, são distintas da condição de ser “mulher negra e imigrante”.

Para melhor ilustração da questão, os autores Faustino e Oliveira (2021) propõem um avanço no conceito britânico de “xeno-racismo” para a noção de “xenofobia racializada”. A transição paradigmática consiste em abarcar as especificidades e os entrelaçamentos desses processos discriminatórios no contexto brasileiro, que se misturam e convergem na figura de imigrantes negros vivendo no país (e. g. africanos e caribenhos). Nesse sentido, esses imigrantes, ao chegarem ao Brasil, descobrem-se racializados e, portanto, bestializados aos olhos dos brasileiros (Gebrim, 2018). Essa racialização da xenofobia se configura em uma “desumanização” e “demonização” dos imigrantes, de maneira distinta de uma lógica apenas de aporofobia, mas fundamentada no antigo crivo racial anti-negro ou anti-indígena (Faustino & Oliveira, 2021). Atentar para essas simetrias étnico-raciais nos atendimentos dos cuidadores e bebês na Atenção Básica é imprescindível, uma vez que algumas violências raciais podem estar naturalizadas nos profissionais do SUS, algo que potencializa as iniquidades em saúde e exclusão da assistência e do cuidado da população negra e imigrante (Werneck, 2016).

Em termos da experiência com essa diversidade de culturas, saberes e práticas de cuidado, os profissionais de saúde referiram que sua formação, tanto acadêmica quanto continuada, não lhes preparou para esse trabalho. Ainda indicaram a necessidade da articulação entre teorização acadêmica e práxis profissional de modo a incluir tópicos sobre diversidade nas consultas dos bebês. De fato, há uma evidente complexidade na questão, já que se trata de uma aprendizagem que não há tutores que possam, ao menos intelectualmente, ensinar os profissionais a administrarem seus conflitos quando se deparam com diferentes culturas e saberes, principalmente por se tratar de algo que envolve um processo de elaboração das vivências acadêmicas, laborais e pessoais em experiências que deem novas significações ao saber do outro (Morais, 2017). Portanto, é como se se instituísse outro paradoxo: precisa-se aprender algo que não é possível ensinar.

Por outro lado, acreditamos ser possível a sensibilização dos profissionais de saúde, a partir de um processo de elaboração de “vivências” em “experiências”. Alinhado com a perspectiva do filósofo Walter Benjamin, a experiência não deve ser reduzida a acontecimentos cotidianos, mais ou menos relevantes,

contudo, se constitui a partir de um processo de elaboração de vivências significativas (Morais, 2017). Sem essa implicação subjetiva desses profissionais na elaboração, como em um processo de nomeação e de atribuição de sentido, as vivências se configuram apenas como acontecimentos desligados e, por vezes, irrepresentáveis. Assim, a formação da experiência é tomada enquanto a elaboração de um (novo) saber, envolvendo processos psíquicos que se dão em outro nível, inconsciente. Portanto, entende-se que a lógica de aproximação com a temática da diversidade cultural, de saberes e práticas de cuidado não deva ser apenas por vias cognitivas ou técnicas.

Assim, como forma de operacionalização dessa perspectiva, cabe colocar em questão o potencial da formação continuada como estratégia de enfrentamento (Ferreira et al., 2019). Nesse caso, a formação continuada dos profissionais poderia se configurar como uma “intervenção”, a qual não se ocuparia em intervir diretamente, a partir de estratégias recheadas de conteúdos teóricos e pedagógicos, e à serviço de uma compreensão intelectualizada das práticas em saúde frente à diversidade cultural e de saberes. De outra forma, consistiria em propor um espaço de escuta que facilite e sustente a elaboração dessas vivências e estranhamento desses profissionais, implicando-os no processo de transformação das experiências e novos saberes.

Em termos práticos desse espaço, uma primeira questão talvez seja lançar luz sobre os saberes subjacentes no discurso dos profissionais, como uma autocrítica, a partir de um movimento semelhante ao que nos figura Fonseca (2012) *“devemos saber examinar as obviedades de nossa própria cultura”* (p. 56). Ao mesmo tempo, pensamos que o desenvolvimento de um dos atributos da Atenção Básica, conhecido como Competência Cultural (Gouveia et al., 2019), seja uma forma potente de enfrentamento dessas assimetrias presentes nas consultas dos bebês. Proveniente da literatura americana sobre a relação intercultural entre profissional de saúde e paciente, a Competência Cultural se refere às condições de um cuidado ético, compatível com as crenças e práticas culturais de saúde do usuário, ao passo que se oportuniza uma comunicação no idioma de preferência do paciente.

Fundamentalmente, trata-se de um paradigma em saúde que respeita a identidade étnica-cultural da população atendida, priorizando práticas antirracistas, críticas e autorreflexivas para identificação de preconceitos e comportamentos discriminatórios na equipe de saúde (Gouveia et al., 2019).

Além disso, o desenvolvimento da Competência Cultural não deve assumir um caráter engessado, padronizado ou sistemático pelas instituições, nem possuir critérios de verificação ou memorização de normas e práticas para um grupo cultural específico, mas precisa acontecer de maneira empírica e “informal”, a partir das próprias experiências e construções dos profissionais de saúde. Esse pode ser um caminho possível para se abrir fissuras nos saberes biomédicos e hegemônicos da cultura vigente, validados pelas políticas e profissionais de saúde, e que por vezes atuam na lógica de subalternizar os saberes dissonantes dos cuidadores dos bebês.

Considerações finais

Diante dessas questões, sintetiza-se que há múltiplos cuidadores, saberes e práticas de cuidado presentes nas consultas dos bebês nas quatro UBS acessadas de Caxias do Sul, RS. Observou-se que a diversidade de cuidadores acaba por ser o principal desafio dos profissionais de saúde nas consultas dos bebês na Atenção Básica. Já os saberes e práticas de cuidado, tanto dos cuidadores quanto dos profissionais, fundamentam uma conjuntura de arranjos familiares, práticas e processos de saúde dos bebês, bem como sustentam saberes hegemônicos específicos da tradição cultural regional de imigrantes italianos. Nesse sentido, os saberes dos cuidadores que não estão em consonância com as políticas de saúde, acabam por serem percebidos pelos profissionais enquanto outros desafios na efetivação do cuidado integral.

Por fim, salienta-se que o estudo se restringiu a cidade de Caxias do Sul e, portanto, precisa-se considerar suas especificidades culturais na leitura dos fenômenos apresentados. Enquanto limitações, o instrumento de coleta de dados foi apenas entrevistas online,

uma vez que a pandemia do COVID-19 impossibilitou os encontros presenciais e as observações das consultas que estavam previstas para estudo, as quais, provavelmente, contribuíram para a compreensão de como os desafios dos profissionais de saúde se apresentam na prática. Além disso, o material não contemplou a perspectiva dos cuidadores, mas apenas dos profissionais de saúde. Assim, para futuros estudos, sugere-se a condução de investigações com os cuidadores dos bebês e, também, em territórios que não possuam fortes tradições hegemônicas, como em grandes centros cosmopolitas, além da utilização de outras metodologias, como as observações das consultas, para possibilitar o acesso a nuances que a diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidado implicam nas consultas dos bebês.

Agradecimentos

Agradecemos ao CNPq, agência de fomento responsável por bolsas de autores deste manuscrito. Informamos que o autor Gil, P. H. C. possui Bolsa de Doutorado – GD CNPq e Lopes, R. C. S. possui Bolsa de Produtividade CNPq.

Contribuições dos autores

Gil, P. H. C. participou da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico, busca e coleta dos dados da pesquisa, interpretação dos resultados, redação do artigo científico. Lopes, R. C. S. participou da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico e interpretação dos resultados do artigo científico. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final e estão de acordo com sua publicação.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



Referências

- Amarante, P., & Costa, A. M. (2012). Diversidade cultural e saúde. In P. Amarante, & A. M. Costa, *A questão da diversidade do SUS* (pp. 21–26). Cebes.
- Araújo, P. M. J., Assunção, R. C., Pimenta, R. A. F., & Zani, A. V. (2021). Maternal experience in child monitoring in Primary Care: A qualitative approach [Vivido materno no acompanhamento da criança na Atenção Primária: uma abordagem qualitativa]. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 20, Artigo e20216436. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20216436>
- Bisol, C. A. (1999). *Diálogos sobre o bebê: análise de discurso em ultras-sonografias obstétricas* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório LUME UFRGS. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/2368>
- Faustino, D. M., & Oliveira, L. M. (2021). Xenofobia racializada? Problematizando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 29(63), 193–210. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006312>
- Ferrari, H. (2012). Qué nos enseña Freud acerca del relato clínico psicoanalítico [O que Freud nos ensina sobre o relato clínico psicanalítico]. *Psicoanálisis*, XXXIV(1), 87–96. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/autores/hector-ferrari/que-nos-ensena-freud-acerca-del-relato-clinico-psycoanalitico/>
- Ferreira, L., Barbosa, J. S. A., Esposti, C. D. D., & Cruz, M. M. (2019). Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, 43(120), 223–239. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
- Fonseca, C. (2012). Tecnologias globais de moralidade materna: as interseções entre ciência e política em programas “alternativos” de educação para a primeira infância. In C. Fonseca, F. Rohden, & P. S. Machado (Orgs.), *Ciências na Vida: Antropologia da ciência em perspectiva* (pp. 1–27). Editora Terceiro.
- Fontanella, B. J. B., & Magdaleno Júnior, R. (2012). Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Pesquisa em Estudo*, 19(1), 63–71. <https://www.scielo.br/j/pe/a/JXwNwW649DsNBpFb5kZqGyH/abstract/?lang=pt>
- Freud, S. (2010). *Obras completas volume 10 – Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relato em autobiografia (“O caso Schreber”): artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)* (P. C. Souza, Trad.; pp. 147–162). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1912).
- Gebrim, A. C. C. (2018). *Psicanálise no front: a posição do analista e as marcas do trauma na clínica com migrantes* [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://doi.org/10.11606/T.47.2019.tde-15012019-155154>
- Gil, A. C. (2022). *Como elaborar projetos de pesquisa* (7a. ed.). Atlas.
- Gouveia, E. A. H., Silva, R. O., & Pessoa, B. H. S. (2019). Competência Cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1 Suppl. 1), 82–90. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>
- Iaconelli, V. (2023). *Manifesto Antimaternalista: psicanálise e políticas da reprodução*. Zahar.
- Laraia, R. B. (2020). *Cultura: um conceito antropológico*. (30a. ed.) Zahar.
- Manfio, V., & Pierozan, V. L. (2019). Território, cultura e identidade dos colonizadores italianos no Rio Grande do Sul: uma análise da Serra Gaúcha e da Quarta Colônia. *Geosp Espaço e Tempo*, 23(1), 144–162. <https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geosp.2019.146130>
- Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Ministério da Saúde. (2018). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/>
- Monteiro, M. G. A., Azevedo, E. B., Lima, M. K. S., Barbosa, H. C. V., Barbosa, J. C. G., & Cerqueira, A. C. D. (2020). Consulta de enfermagem em puericultura na perspectiva de mães atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37945>

- Morais, G. A. L. F. (2017). O conceito de experiência, de Walter Benjamin, análogo às narrativas heroicas clássicas. *Letras Escreve*, 7(3), 385–402. <https://doi.org/10.18468/letras.2017v7n3.p385-402>
- Moreira, M. D. S., & Gaíva, M. A. M. (2017). Abordagem do contexto de vida da criança na consulta de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(2), 432–440. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.432-440>
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4(2), 329–348. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1518-61482004000200008
- Santos, B. S., & Meneses, M. P. (Orgs.). (2009). *Epistemologias do Sul* (M. Gomes, Trad.). Cortez.
- Terra, L. S. V., & Campos, G. W. S. (2019). Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na Atenção Primária. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), Artigo e0019124. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00191>
- Val, A. C., Modena, C. M., Campos, R. T. O., & Gama, C. A. P. (2017). Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1287–1307. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400022>
- Werneck, J. (2016). Racismo Institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535–549. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>