

Artículo original

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

## 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

Pedro Henrique Conte Gil<sup>1</sup> Rita de Cássia Sobreira Lopes<sup>2</sup>  <sup>1</sup>Autor correspondiente. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre). Rio Grande do Sul, Brasil. pedro\_gil12@hotmail.com<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre). Rio Grande do Sul, Brasil.

**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.

**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.

Presentado 24 agosto 2023, Aceptado 8 mayo 2024,

Publicado 18 jun. 2024

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2024;13:e5383

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2024.e5383> | ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar

*Cómo citar este artículo:* Gil, P. H. C., & Lopes, R. C. S. (2024). Desafíos para atender la diversidad de cuidadores de bebés en Atención Primaria. *Revista Psicología, Diversidade e Saúde*, 13, e5383. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2024.e5383>



**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.

## Introducción

El Sistema Único de Salud (SUS – Sistema Único de Saúde) es uno de los mayores y más complejos sistemas de salud pública gratuita del mundo y es responsable por la atención de más de 140 millones de brasileños ([Ministério da Saúde, 2012](#)). Articulada por diferentes niveles y densidades tecnológicas, la Atención Primaria es la principal puerta de entrada de los usuarios al SUS y la organizadora de la asistencia sanitaria. La Atención Primaria se organiza a través de las Unidades Básicas de Salud (UBS – Unidades Básicas de Saúde) y, en particular, de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF – Estratégia de Saúde da Família). Los profesionales sanitarios de los equipos de la ESF están formados mínimamente por un médico, una enfermera, un técnico de enfermería y cuatro agentes de salud ([Monteiro et al., 2020](#)).

En cuanto a la atención a la salud infantil en la Atención Primaria, el Ministerio de Salud ha reunido un conjunto de políticas y programas existentes para construir un pacto federativo que organice toda la red de atención a la salud materno-infantil ([Ministério da Saúde, 2018](#)). Así, en 2015, se creó la Política Nacional de Atención Integral a la Salud Infantil (PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança), que tiene como objetivo proteger y promover la salud de los bebés y niños y la lactancia materna, desde el embarazo hasta los nueve años de edad. En sus prerrogativas, la PNAISC establece sus estrategias y prácticas desde la perspectiva de la atención integral, especialmente para la primera infancia y las poblaciones vulnerables ([Ministério da Saúde, 2018](#)). En teoría, este nuevo paradigma representa un avance sobre el antiguo modelo biomédico y sintomatológico, ya que el concepto de atención integral ahora abarca otros aspectos y marcadores de la salud de los bebés y niños, como las dimensiones cognitivas, motora, emocional, social y contextual.

Entre las estrategias del PNAISC para implementar la atención integral en la infancia, se destaca el eje «Monitoreo integral del crecimiento y desarrollo» ([Ministério da Saúde, 2018](#)). La propuesta se describe como seguimiento y estímulo al crecimiento y desarrollo infantil, a partir de acciones y orientaciones para los cuidadores en las consultas periódicas de los bebés. Aunque la política pretende abarcar todo el período de desarrollo infantil, el Ministerio de Salud recomienda una periodicidad sistemática para las consultas de los bebés de 0 a 2 años: siete consultas en el primer año de vida y dos durante el segundo año. Es importante mencionar que en la literatura se utilizan otros términos para referirse a estas consultas, como "puericultura", "consultas de pediatría", "consultas de enfermería", principalmente en publicaciones del ámbito de la medicina y la enfermería ([Moreira & Gaíva, 2017](#)).

Como prácticas de salud, el trabajo del profesional de salud responsable de las consultas implica evaluar y registrar el peso, la talla, el estado nutricional, el desarrollo general, las vacunas, las complicaciones e identificar problemas o riesgos para la salud del bebé ([Ministério da Saúde, 2018](#)). También tienen la función de orientar a los cuidadores en el cuidado general de los bebés, haciendo hincapié en la importancia de la lactancia materna, la higiene individual y ambiental, la prevención de accidentes, la estimulación y el cumplimiento del calendario de vacunación.

Asociados a la atención integral en la infancia y a su posición estratégica próxima a la población, los equipos de salud de Atención Primaria defienden el principio de territorialidad, de acuerdo con las directrices de las políticas de salud (Monteiro et al., 2020). Por consiguiente, los profesionales de la salud necesitan considerar las especificidades de su territorio en sus prácticas de salud, contemplando y validando la diversidad de subjetividades de la población local, así como los marcadores y saberes tradicionales, sociales, económicos, raciales, culturales, religiosos y territoriales (Amarante & Costa, 2012). Por lo tanto, las prácticas y directrices de los profesionales de la salud no deben ser mecánicas o normativas, dado que la adherencia al tratamiento y el cuidado del bebé están directamente relacionados con el conocimiento de los cuidadores, representados por diferentes concepciones de salud-enfermedad y sus modos y prácticas de existencia y cuidado (Terra & Campos, 2019).

Sin embargo, los estudios disponibles sobre consultas de bebés en Atención Primaria señalan algunos desafíos para los profesionales de la salud en la actuación desde la perspectiva de la atención integral (Monteiro et al., 2020), debido a la disonancia entre los conocimientos y prácticas de cuidado de los usuarios y las recomendaciones de las políticas de salud, lo que implica directrices y prácticas profesionales más asociadas a una perspectiva biomédica (Araújo et al., 2021; Terra & Campos, 2019). Por lo tanto, tener en cuenta la diversidad de subjetividades de cuidadores y bebés y las particularidades del territorio, como los conocimientos y prácticas de cuidado de la población, se convierten en importantes desafíos en los dispositivos de salud pública (Moreira & Gaíva, 2017).

Estos desafíos se amplifican cuando se localizan en UBS en territorios con una fuerte tradición cultural hegemónica, como Caxias do Sul, ciudad del interior de Rio Grande do Sul (RS, Brasil) colonizada por la inmigración italiana. Se trata de un territorio que sigue cultivando los valores y conocimientos de sus

colonizadores, especialmente en relación con la importancia del trabajo, la religión, la familia italiana y los roles de género en cuanto al cuidado de los hijos (Manfio & Pierozan, 2019). Además, es esencial considerar el impacto de la estructura social racista y xenófoba de Brasil en el tejido de las relaciones interpersonales en los centros de salud (Werneck, 2016), especialmente en el interior de Rio Grande do Sul, donde estos fenómenos discriminatorios parecen intensificarse debido a la reproducción histórica y la identificación de las formas y prácticas de existencia de sus colonizadores europeos (Manfio & Pierozan, 2019).

Ante la falta de literatura sobre los choques entre saberes y prácticas de cuidado presentes en la atención a bebés, especialmente en el interior, es importante investigar el tema para comprender sus impactos tanto en los sujetos involucrados como en los propios procesos de salud infantil en el SUS. Por lo tanto, este estudio buscó investigar las experiencias y desafíos de los profesionales de salud con la diversidad de cuidadores, conocimientos y prácticas de cuidado en la atención a bebés de 0 a 2 años en la Atención Primaria en Caxias do Sul, RS, Brasil.

## Metodo

### Participantes

Participaron 12 profesionales de salud — pediatras, enfermeros y técnicos de enfermería — responsables por consultas con bebés de 0 a 2 años, de cuatro UBS de la ciudad de Caxias do Sul, RS, Brasil. Más información sobre los participantes se puede encontrar en la Tabla 1. Es importante mencionar que, entre los relatos de los participantes sobre las condiciones socioeconómicas del territorio y de la población atendida, dos UBS fueron referidas por presentar casos de vulnerabilidad (UBS 2 y 4), una por condiciones de extrema vulnerabilidad (UBS 3) y una sin vulnerabilidad (UBS 1).

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de los participantes

UBS	Participante	Formación	Raza/Etnia	Género	Hijos	Religión
1	P1	Enfermero	Negra	Masculino	No	Cristiana
1	P2	Enfermera	Blanca	Femenino	1	No
1 e 2	P3	Pediatra	Blanca	Femenino	2	Católica
2	P4	Enfermera	Parda	Femenino	No	Cree en dios
2	P5	Enfermera	Blanca	Femenino	No	Católica
2	P6	Tec. Enferm.	Parda	Femenino	2	Católica
3 e 4	P7	Pediatra	Blanca	Femenino	1	Espírita
3	P8	Enfermera	Parda	Femenino	2	Espírita
3	P9	Enfermera	Blanca	Femenino	No	Espírita
4	P10	Enfermera	Blanca	Femenino	1	Católica
4	P11	Enfermera	Blanca	Femenino	2	Católica
4	P12	Tec. Enferm.	Blanca	Femenino	2	Católica

Notas. \*Pediatras de la ciudad que trabajan en más de una Unidad de Salud  
Fuente: los autores (2024).

Los participantes en este estudio forman parte de la base de datos del proyecto titulado «SUSBEBÉ: Acciones del SUS involucradas con la salud psíquica de los bebés», realizado por el Centro Infancia y Familia (NUDIF - Núcleo de Infância e Família) vinculado a la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Lanzado en 2019, SUSBEBÉ tiene como objetivo conocer las experiencias y desafíos de los profesionales de Atención Primaria del SUS en su trabajo con bebés de 0 a 2 años y sus cuidadores, en la región metropolitana de Porto Alegre y ciudades del interior del estado de Rio Grande do Sul. Como criterios de inclusión para los participantes, el proyecto incluyó a profesionales de la salud que hubieran trabajado en atención primaria durante al menos un año, además de ser responsables de la atención sanitaria a bebés de 0 a 2 años. En cuanto a la formación, se recomendó la participación de diferentes áreas de la salud, como médicos, enfermeros, técnicos, psicólogos, agentes comunitarios y otros, en función de las condiciones de las UBS.

Para la realización de este estudio, se seleccionaron 12 profesionales de salud de Caxias do Sul, vinculados a cuatro UBS de la ciudad. Cabe destacar que fueron entrevistados todos los profesionales responsables de la atención al bebé en las respectivas UBS. También hay que señalar que el objetivo de analizar los datos de los 12 participantes no fue lograr la saturación de datos (Fontanella & Magdaleno Júnior, 2012), sino que los casos fueron elegidos por conveniencia, según lo indicado por el Departamento Municipal de Salud de la ciudad.

## Instrumentos

El instrumento utilizado en la investigación fue una entrevista tópica semiestructurada (Gil, 2022). Este tipo de entrevista no tiene un guión con preguntas preestablecidas, sino sólo temas amplios que invitan al entrevistado a hablar sobre el fenómeno investigado. Las sub-preguntas de cada tópico son provocaciones para que el participante amplíe su relato sobre el tema.

Además, la entrevista fue orientada por los presupuestos de la teoría psicoanalítica, que buscaba proporcionar un espacio de escucha que permitiera al participante seguir sus propias asociaciones sobre los temas presentados, con mínima o ninguna orientación del investigador (Rosa, 2004). Se sabe que el método psicoanalítico integra teoría, práctica e investigación, proporcionando movimiento del fenómeno al concepto. Teniendo esto en cuenta, es posible trabajar con la escucha psicoanalítica en declaraciones y entrevistas, aunque sean recogidas para fines propios del investigador.

Teniendo en cuenta que el inconsciente no se restringe a las manifestaciones de la práctica clínica, sino que está implicado en toda enunciación y atraviesa todo discurso por la enunciación que lo trasciende (Rosa, 2004). Por lo tanto, la relación de transferencia, dispositivo que permite la escucha y la producción de conocimiento, aunque esté imaginativamente ligada a situaciones individuales de atención clínica, puede extenderse a la investigación y a las lecturas de los fenómenos sociales. Al mismo tiempo, es necesario que el entrevistador se aleje de la esfera clínica y escuche desde el lugar que rompe las barreras de un sujeto psicológico o sociológico, resultado de sus predicados, para acceder a la experiencia compartida con el otro, la escucha como testimonio y recuperación de la memoria. Como tal, el relato estará atravesado por sus resistencias y límites, lo que puede soportar para compartir en experiencia con el sujeto en su historia, que puede ser de sufrimiento, propio o ajeno.

### **Delineamiento y procedimiento (recolección de datos y ética)**

Este estudio es el resultado de la Disertación de Maestría del primer autor, producida en el Programa de Posgrado en Psicología de la UFRGS, bajo la supervisión del segundo autor. Se trata de un estudio cualitativo exploratorio transversal (Gil, 2022). Este modelo de investigación permite la producción de conocimiento más adecuado a la realidad debido a su flexibilidad, de modo que el objeto de estudio sea alcanzado con mayor precisión y conocimiento de los fenómenos presentados.

Las UBS incluidas en este estudio fueron designadas por la Secretaría Municipal de Salud (SMS) de la ciudad de Caxias do Sul (RS, Brasil), por considerar que los territorios cubiertos por las UBS presentaban tasas más elevadas de recién nacidos. Los respectivos coordinadores de las UBS fueron contactados y autorizados a realizar el estudio. Dado el contexto de la pandemia de COVID-19, la invitación a participar en la investigación no podía hacerse directamente a los profesionales de la salud, por lo que se proporcionó a los coordinadores un póster informativo digital que divulgaba la investigación y el acceso a un formulario en línea, que se envió a los posibles profesionales participantes. Al acceder a este formulario, los interesados confirmaron que eran profesionales de atención primaria y que prestaban atención sanitaria a bebés de 0 a 2 años y a sus cuidadores, además de aceptar leer y cumplir los términos del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI) y rellenar unos datos básicos de identificación.

Una vez devueltos estos formularios, el investigador, primer autor de este estudio, se puso en contacto con los interesados, programó una hora en función de la disponibilidad de los participantes y llevó a cabo las entrevistas. En términos prácticos, las entrevistas se realizaron individualmente en línea, con una duración de entre 90 y 120 minutos, y fueron grabadas y transcritas para su análisis. Los datos fueron recogidos entre noviembre de 2020 y enero de 2021 por el primer autor de este estudio.

El proyecto SUSBEBÊ fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la UFRGS (CEP; Proc. nº 3.807.849) y, para su realización en la ciudad de Caxias do Sul (RS, Brasil), por la Secretaría Municipal de Salud local (Proc. nº 3.935.809). La investigación adoptó todos los principios éticos preconizados por la Resolución nº 466/2012 y la Resolución nº 510/2016 del Consejo Nacional de Salud de Brasil. Para garantizar la confidencialidad de los participantes, sus nombres fueron sustituidos por la letra "P", seguida de un número.

## Análisis de datos

Las entrevistas se analizaron mediante una lectura psicoanalítica de los datos (Rosa, 2004). Esta forma de analizar permite considerar tanto los contenidos manifiestos como los latentes de las declaraciones de los participantes. Esto fue posible gracias a que parte del contenido estaba desprovisto de representación y escapaba a la literalidad del texto, pero tenía un contenido latente que podía ser conjeturado por el investigador como lo no dicho (Ferrari, 2012).

Guiado por esta propuesta de análisis, el investigador estuvo en un estado constante de ilustración e interrogación de los datos, como en un proceso de ida y vuelta. Observó detalles que no se mencionaban verbalmente, pero que se percibían en la relación transferencial en el momento de la entrevista, o incluso en el audio y la lectura de las transcripciones. Cabe señalar que el proceso de análisis adoptó una postura sin teorización *a priori*, en la que el investigador dirigió su escucha de los datos a partir de la atención flotante, como postula Freud (2010/1912) “escuchar sin preocuparse por notar nada” (p. 150). Desde esta perspectiva, tampoco se asumieron interpretaciones en un primer momento, para que estos procesos no comprometieran la escucha del investigador y le impidieran estar disponible para experimentar la relación transferencial con los datos. Esto nos dio la oportunidad de interpretar los datos a partir de una operacionalización de algunos conceptos clásicos del psicoanálisis, articulando al mismo tiempo conceptos de las ciencias sociales y de la salud pública.

Cabe destacar también que los análisis consideraron que los profesionales de la salud no son el origen absoluto de su discurso, ya que están atravesados por los saberes vigentes y validados en su contexto histórico y territorial, en este caso, el saber hegemónico de los descendientes italianos de Caxias do Sul (RS, Brasil).

## Resultados

Los resultados de las entrevistas se agruparon en tres ejes de análisis, que surgieron espontáneamente de los datos y tratan de las experiencias y los retos de los profesionales sanitarios con la diversidad de cuidadores (madres italianas, abuelas italianas y cuidadores inmigrantes no italianos) y sus respectivos conocimientos y prácticas de atención. Inicialmente, el estudio se centró en investigar únicamente los conocimientos y prácticas tradicionales relacionados con las consultas de bebés. Sin embargo, se pasó a incluir a los cuidadores *a posteriori*, cuando se observó, a través de la relectura de los datos y las supervisiones, que uno de los mayores retos para los profesionales sanitarios en las consultas de bebés era tratar con la diversidad de cuidadores. También sorprendió que, a pesar de que las entrevistas se realizaron en el contexto de la pandemia del COVID-19 y se trataron temas relacionados con el periodo pandémico, hubo pocas menciones por parte de los profesionales que pudieran relacionarse con el objetivo de este estudio.

### Idealización de la figura materna: “*la mamma*”, la madre de ascendencia italiana

La cultura de los descendientes de inmigrantes italianos en Caxias do Sul (RS, Brasil) idealiza un modelo materno, la madre italiana, que llamaremos «*la mamma*». Es una figura representada en la materialidad histórica de la ciudad, a través de registros, monumentos y estatuas en plazas centrales, que revelan la importancia del papel de la madre italiana en la generación y cuidado de los hijos (Bisol, 1999). Esta formación discursiva también aparece en los informes de los profesionales sanitarios del estudio: “*Los inmigrantes italianos son mucho más cuidadosos con sus hijos y con el cuidado de los bebés*” (P8).



Así, del análisis de los datos de las entrevistas con los profesionales se desprende que esta centralidad también está presente en el ámbito de la salud pública, ya que la figura de la madre aparece en todos los discursos de los participantes cuando se refieren a los cuidadores de bebés. La mayoría de las veces, las madres fueron descritas como las únicas o principales cuidadoras. Es decir, directa e indirectamente, los profesionales de la salud reprodujeron las expectativas sociales que las madres debían cumplir, ya sea en términos de priorizar a sus hijos: *"Siendo madre, pone al niño primero"* (P4), o en términos de conducta personal ejemplar: *"El niño siempre va a seguir lo que percibe en esa cuidadora, en esa madre"* (P9).

Teniendo esto en cuenta, se puso de manifiesto que las modalidades de cuidado distintas de las centradas en la madre del bebé eran más difíciles de tratar para los profesionales sanitarios. En el único caso en el que se mencionó a un padre como cuidador principal de un bebé, curiosamente, sus prácticas de cuidado fueron percibidas por los profesionales como *"descuido"*: *"Al mismo tiempo que cuida al niño, es un descuido"* (P2). El hecho de que este padre buscara constantemente ayuda de diferentes profesionales fue paradójicamente objeto de críticas por parte del profesional, ya que el padre viajaba constantemente con este bebé: *"A este padre le encanta ir a todo tipo de citas. Este niño va más en el coche de un lado a otro"* (P1). Es interesante darse cuenta de que también hay resistencia cuando las abuelas participan en el cuidado de los bebés, aunque también sean madres de otra etapa generacional: *"Entonces son un poco descuidadas, verdad, porque la abuela los cuida un poco y la madre también"* (P5).

En este sentido, la ausencia de la madre biológica parece ser una cuestión que los profesionales de la salud consideran un obstáculo importante a la hora de concertar citas con los bebés. En las ocasiones en que las madres no pueden asistir a las citas, los profesionales cuestionan sus motivaciones, tendiendo a hacer evaluaciones basadas en sus valores e ideales, que reflejan el pensamiento de la cultura local: *"Y cuando digo cuidar, no es, por ejemplo, mi mamá cuida a mi hija durante el día, ¿no? Es que yo la llevo a las citas con el médico. No es la abuela quien la lleva, es mamá quien la lleva"* (P2). Aunque algunos profesionales afirmen que no les molesta que otros cuidadores lleven a sus bebés a las consultas, la

mayoría de los relatos convergen hacia una lógica de jerarquización en la responsabilidad del cuidado del bebé, apuntando nuevamente a la madre como figura principal: *"Trato al familiar como si fuera la madre (...) Voy a guiar a esta persona como guiaría a la madre"* (P9). Por lo tanto, los profesionales de la salud se mostraron más reacios a ayudar a las familias con modalidades de cuidado que no se centraran en la figura materna, ya que pueden percibir esta cuestión como una cierta *"externalización de los cuidados maternos"*. De acuerdo con los conocimientos existentes en la zona, tal configuración de los cuidados no cumpliría con el ideal de maternidad y cuidado de la figura de *"la mamma"*, establecido por la tradición de los descendientes de italianos.

Por otro lado, al mismo tiempo que se idealiza la representación materna de *"la mamma"*, que representa los ideales sociales de la cultura hegemónica y el conocimiento de los descendientes de italianos, se percibe a las otras madres como más difíciles de tratar, ya sea porque no están a la altura de las responsabilidades que se les asignan o cuando, de alguna manera, desafían a los profesionales sanitarios en su función de guiar los cuidados del bebé. Así, los profesionales parecen utilizar un mecanismo para dividir la figura materna entre *"la mamma"* y las *"otras madres"*. Este mecanismo, que parece basarse en los conocimientos y valores de la cultura local, separa a las madres en dos grupos según sus conocimientos, condiciones socioeconómicas, intelectuales, étnico-raciales y prácticas de cuidado del bebé. Esto es algo que, incluso sin que los profesionales se den cuenta, acaba calando y emergiendo en su discurso y probablemente influyendo en sus prácticas de atención durante las consultas del bebé.

Las *"otras madres"*, generalmente en condiciones de vulnerabilidad, son nombradas de diversas formas por los profesionales, pero todas denotan el desafío de lidiar con la población marginal, especialmente en relación a sus formas de cuidar al bebé. En este sentido, los profesionales establecen una relación causal directa entre el cuidado materno y las condiciones socioeconómicas: *"Cuanto más bajo es el índice socioeconómico, hay excepciones, pero el cuidado es más precario"* (P7). Es como si se utilizaran las diferencias de clase de las madres para explicar las diferentes condiciones de cuidado: las madres (*"la mamma"*) con cuidados idealizados suelen ser acomodadas y vivir en zonas privilegiadas, mientras

que las “otras madres”, con cuidados “precarios”, se encuentran en condiciones vulnerables y viven en zonas pobres.

Además, aunque los profesionales destaquen que las “madres en mejor posición económica” son más exigentes e impositivas, y pueden desafiar el control de los profesionales sobre sus citas, son las madres de nivel socioeconómico más bajo las que son consideradas más difíciles de atender, especialmente por su supuesta resistencia a seguir las recomendaciones de los profesionales: *“Es una cita incluso más simple en el sentido técnico, pero más compleja en el sentido del cuidado, hay que estar pendiente de las cosas” (P7)*. El nivel educativo es otra característica que apuntala la brecha entre “otras madres”, que se considera que tienen “menos comprensión” de la importancia de las recomendaciones profesionales, lo que supone otro reto al que deben enfrentarse los profesionales: *“No en una UBS más pobre, no en una familia más pobre, pero el mayor problema es de comprensión” (P7)*.

Aunque los profesionales no reconocieran conscientemente esa distinción entre las madres: *“Yo no diferencio a la hora de tratar: tanto a la paciente más pobre como a la más informada, las trato de la misma forma” (P10)*, el propio recorte ya pone de manifiesto cierta división entre las “pobres” y las “informadas”. En este sentido, los profesionales atribuyen una mayor necesidad de orientar más a los “pobres”, es decir, a las “otras madres”: *“Nunca sabemos quién es la otra persona, qué contexto tiene la otra persona en la vida para saber hasta dónde se puede llegar, hasta dónde se puede interferir. Y está ligado exactamente a eso, al nivel de educación” (P3)*. Esta prerrogativa se justifica una vez más por la supuesta dificultad que tienen estas madres para seguir estrictamente las pautas sanitarias dadas por los profesionales.

Por lo tanto, parece que la escisión de la figura materna no sólo se sitúa en el campo del conocimiento, sino que también se refleja en las prácticas y recomendaciones de los profesionales de la salud hacia las poblaciones marginadas y vulnerables. En términos figurados, es como si las “otras madres” en condiciones de vulnerabilidad no alcanzaran el ideal de la verdadera “la mamma”, la madre de ascendencia italiana. Y tal vez nunca lo hagan. La tensión propuesta es que no se trata de que las madres en situación de vulnerabilidad se ajusten al modelo idealizado, sino

de cuestionar el conocimiento biomédico-científico y regional que ha elegido ese ideal. De esta forma, se cree que sería posible crear grietas en el modelo idealizado de maternidad y de cuidado para los profesionales, de modo que puedan validar otros saberes y formas de existir en el cuidado de la salud de los bebés y de sus cuidadores.

### Las “influencias” de las abuelas italianas em el cuidado del bebé

La presencia de las abuelas italianas y su papel en el cuidado de los bebés es ambivalente para los profesionales sanitarios. Si, por un lado, las abuelas ayudan a constituir la red de cuidados y son valoradas por la cultura local, por otro, pueden crear otros retos en las citas del bebé: *“Los pediatras preferimos ver al niño solos (...) la abuela, sobre todo, viene y a veces estorba en la cita” (P7)*. En este sentido, el término que se utiliza a veces para describir el papel de los abuelos en el cuidado del bebé es “interferencia”: *“Los abuelos interfieren mucho en el cuidado del niño, por lo que sabemos” (P10)*.

La mayoría de los profesionales de la salud se identifican con esta lógica, percibiendo a las abuelas más como entorpecedoras de los procesos de salud de los bebés que como una figura importante en el dispositivo de cuidado familiar. Así, los cuidados prestados por las abuelas parecen ser vistos como una interferencia porque van en contra de las orientaciones y prácticas de los profesionales de la salud, que suelen basarse en las recomendaciones preconizadas por las políticas públicas de salud infantil. En este sentido, se produce un choque entre los conocimientos tradicionales de las abuelas y madres de los bebés y los conocimientos biomédico-científicos de los profesionales.

Los conocimientos locales de la tradición italiana sustentan algunas prácticas asistenciales, como los tratamientos alternativos no validados por los conocimientos biomédico-científicos. Entre los casos relatados, las prácticas que surgen con más frecuencia de este conocimiento implican la curación del muñón umbilical del bebé mediante bandas abdominales y el uso de otros recursos terapéuticos, como benzeduras, hierbas e infusiones: *“Existe esta costumbre de poner una moneda y una cinta en el ombligo y sujetarlo allí. Pero eso es muy malo para el niño, no está permitido” (P7)* y *“Esas cosas [benzeduras]*



son bastante comunes, aparecen mucho, especialmente entre los descendientes de italianos" (P10). En relación al conocimiento religioso, algunos profesionales comparten la resistencia a las creencias y prácticas religiosas en los procesos de salud de los bebés, asociando condiciones socioeconómicas más bajas con mayor religiosidad: "De la religiosidad, y la cuestión socioeconómica. Y la intelectual. Creo que una cosa está ligada a la otra, ¿sabes?" (P10). En ese juego de atribuciones, el saber religioso tradicional también es percibido como otro desafío a ser superado, en detrimento de la distancia entre el saber religioso y el científico: "Cuanto más anticuado es tu intelecto, más fácil es que tengas esas creencias, ¿no? No te vas a pasar al lado científico" (P10).

Los profesionales de la salud también informaron de los posibles efectos de este conocimiento tradicional italiano en la alimentación de los bebés: "Luego está la historia de la abuela de querer que sus nietos estén todos gorditos" (P7). Aunque las políticas sanitarias recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta que el bebé tenga seis meses (Ministério da Saúde, 2018), el conocimiento tradicional de las abuelas italianas se refiere a una cierta insuficiencia de la leche materna ("leche débil"), en términos de cantidad y calidad nutricional, algo que lleva a las madres a introducir otros alimentos en la dieta del bebé. Este enfrentamiento supone otro reto para los profesionales sanitarios, ya que deben orientar a las cuidadoras según las directrices de la política sanitaria: "Fomentamos mucho la lactancia materna, es muy importante para el niño, tiene todo lo que necesita. Lo intentamos, lo reforzamos" (P10).

A pesar de referirse a la importancia de legitimar el saber tradicional italiano, los profesionales se mostraron reacios a las prácticas de las abuelas, bien porque no creían en su eficacia clínica o, más rotundamente, en situaciones en las que la práctica tradicional italiana ponía en riesgo la salud del bebé: "A veces creo que esa es mi reacción de sorpresa, decir: '¡No! No lo hagas así, no lo hagas más así. ¡No lo hagas así!'" (P9).

Se puede ver en las declaraciones de los profesionales las propuestas de "desmitificar" o "modificar" los conocimientos y prácticas de la tradición italiana, como un intento de excluir ciertos conocimientos, adaptándolos a lo que establecen las políticas de salud: "Así que hay muchas culturas que están bien

arraigadas, por lo que el trabajo es muy importante en términos de desmitificar algunas cosas" (P1). Por otro lado, algunos profesionales dicen que no les importan estas cuestiones, siempre y cuando los cuidadores también cumplan con las recomendaciones sanitarias dadas por los profesionales: "Me da igual, vale, bien, siempre y cuando también hagas la parte técnica" (P7).

Por último, los enfrentamientos también se presentan desde una perspectiva interpersonal, en la que interviene la dinámica abuela-madre-profesional sanitario. A pesar de reconocer que existe una compleja transmisión de conocimientos sobre el cuidado entre generaciones, los profesionales desconfiaban de sus efectos, debido a la supuesta postura dominante de las abuelas sobre las madres: "No sé si es una especie de dominación de las abuelas, a veces quieren dominar a la madre, ¿no?" (P7). Esta dominación por parte de las abuelas se extrapola del ámbito familiar madre-hija al ámbito de las relaciones con los propios profesionales durante las citas: "Ellas [las abuelas] quieren saber más, incluso quieren saber más que el pediatra, que el psicólogo" (P7). También destacan cómo los abuelos cuestionan la cualificación del profesional debido a la diferencia de edad y experiencia práctica: "A veces viene una persona mayor, los abuelos [y dicen]: 'no-no-no-no, eres demasiado joven, todavía no sabes cosas'" (P10). Por lo tanto, es importante tener en cuenta el entrelazamiento de estas relaciones, ya que, debido a la cultura local, los cuidados prestados por las abuelas a los bebés siguen siendo valorados por las familias de la zona.

### Los cuidadores inmigrantes no italianos, los "extranjeros"

Como se ha señalado, la ciudad de Caxias do Sul (RS, Brasil) legitima los saberes y prácticas hegemónicas de la tradición migratoria italiana. Estos conocimientos repercuten desde el cuidado de los bebés hasta la organización familiar. Sin embargo, las familias de la región que no encajan en este modelo de familia nuclear o de cuidados idealizados suelen causar extrañeza entre los profesionales sanitarios de la ciudad: "Esta concepción del núcleo familiar tan cerrado que tenemos culturalmente aquí en [Caxias do Sul], ¿no? De ser el padre, la madre y el hijo" (P8). Además de los profesionales relataren que es más importante y fácil trabajar con familias nucleares, las otras, que no corresponden al modelo idealizado, son referidas como "desestructuradas", denotando

un cierto prejuicio por parte de los profesionales y los desafíos que implica atenderlas: *“La mayoría de las veces es una familia desestructurada a secas”* (P11).

Aunque existe un cierto grado de extrañeza por parte de los profesionales de la salud en relación con los arreglos familiares en el territorio que no se ajustan a estas normas, todavía parecen ser más tolerados porque son reconocidos en la región. Por otro lado, estos sentimientos de extrañeza se amplifican cuando la cultura, los conocimientos y las prácticas de atención a los bebés proceden de otros países o de personas de diferentes orígenes raciales y étnicos, lo que denominamos “conocimientos extranjeros”. En este caso, el uso del término extranjero es deliberado, ya que la representación del sujeto inmigrante para los profesionales parece restringirse a los “descendientes de italianos” de la ciudad, sin que pueda atribuirse a otros y nuevos inmigrantes de otras nacionalidades: *“Me doy cuenta dentro de la propia ciudad que hay una diferenciación dentro de los... extranjeros, ¿no?”* (P9).

Los profesionales sanitarios relataron haber tratado con “madres y bebés extranjeros” procedentes de Venezuela, Senegal y, sobre todo, Haití. En términos generales, los participantes relataron que atender a cuidadores de diferentes nacionalidades conlleva múltiples desafíos: *“La dificultad que tenemos [los profesionales] porque son de otro lugar”* (P9), especialmente la comunicación, debido a los diferentes idiomas: *“Pero ellos tienen esa dificultad del idioma, eso es todo un obstáculo”* (P8). En segundo lugar, es de notar que los relatos de los profesionales convergen principalmente en las prácticas de cuidado y arreglos familiares de los haitianos, ya que esta nacionalidad fue descrita como la más desafiante entre los demás inmigrantes atendidos: *“Los senegaleses no tanto, verdad, porque ellos tienen más un núcleo familiar bien definido, padre, madre, bebé”* (P8).

En el caso de los haitianos, las configuraciones familiares implican roles de género bien definidos, en los que las mujeres ocupan una posición subordinada en relación con la autoridad de los hombres. Sin embargo, esta representación parece reverberar no sólo en la sumisión de las mujeres a sus maridos, sino también en su sumisión a los propios profesionales y a los conocimientos y prácticas de las políticas de

salud: *“No nos cuestionan, aceptan todo. La palabra sería sumisión”* (P9). Se observa que cuando se trata de saberes y prácticas de atención más acordes con los saberes regionales prevaletentes en la cultura, los profesionales no relatan tantas resistencias y desafíos a su práctica profesional.

Teniendo en cuenta lo presentado en el primer eje sobre las madres de ascendencia italiana – “la mamma”, algunos profesionales comparan esta madre idealizada con las madres haitianas. En este sentido, hay choques entre los conocimientos de los profesionales y las prácticas de atención en relación a las familias haitianas que cuidan de sus bebés: *“Porque ellos [los haitianos] viven en varios grupos -, dos, tres parejas con dos, tres niños. Yo estaba confundida en cuanto a qué niño pertenecía a qué pareja, porque era todo el mundo cuidando de todo el mundo o nadie cuidando de nadie (...) Los niños se crían, viven o pasan mucho tiempo con los vecinos, con alguien de la comunidad, ¿sabes?”* (P8). Hay otras resistencias de los profesionales al cuidado de familias haitianas, como cierta frialdad emocional y falta de límites por parte de los cuidadores, que son rechazadas por los profesionales y por la cultura local en su conjunto: *“Los haitianos también, tienen una forma totalmente diferente de tratar y [cuidar]. Incluso emocionalmente, son muy fríos con los niños y no ponen límites”* (P7).

Por otro lado, hay algunos profesionales que no ven ningún reto en el trato con otras nacionalidades. Justifican que sus cuidados tienden a realizarse de la misma forma que los locales: *“No, en mis cuidados no, porque yo no hago distinción, no hago diferencias, pero de nuevo es una característica mía”* (P12). Sin embargo, los recortes anteriores muestran que todas las categorías de profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y técnicos de enfermería) mencionaron dificultades en el cuidado de cuidadores y bebés inmigrantes. Los participantes señalaron que las dificultades para abordar la diversidad cultural y de conocimientos se derivan de su insuficiente formación profesional, tanto académica como continua, que no aborda estas cuestiones desde una perspectiva práctica.

En este sentido, los profesionales afirman que existe una brecha entre el estudio teórico de la formación académica y la práctica profesional con diferentes culturas y conocimientos en el día a día:

“Se habló mucho del tema de la diversidad, pero no de cómo hacerlo. No cómo hacerlo” (P9). A pesar de no sentirse preparados para tratar con la diversidad de conocimientos y prácticas de los cuidadores, los profesionales dedujeron que sus experiencias laborales diarias eran la única fuente de aprendizaje: “Aprendemos a través de la experiencia” (P7). Esta perspectiva demuestra cómo la experiencia laboral, en general, acaba convirtiéndose en el único recurso personal para afrontar estos retos étnico-culturales cuando se trabaja con bebés y sus cuidadores en atención primaria.

## Discusión

Se identificó que la cultura y el saber de los descendientes de italianos en Caxias do Sul (RS, Brasil), que idealizan la representación de una madre “la mama” y los cuidados maternos, también están presentes en el ámbito de la salud pública, en este caso, en las consultas de atención primaria con bebés. En este sentido, los profesionales de la salud se refieren unánimemente a la figura materna como responsable total del cuidado del bebé, a través de la atribución de diversas demandas sociales que las madres deben cumplir. Así, compartir el cuidado del bebé con otros cuidadores, incluidos los familiares, es percibido por los profesionales sanitarios como una especie de externalización del cuidado materno. Esta es una cuestión que produjo resistencia en las participantes, ya que esta noción se constituye a partir de conocimientos culturales y se basa en las recomendaciones de las políticas de salud. Además, este fenómeno revela el desempeño de roles específicos de género, reforzando el imaginario social de que las mujeres poseen naturalmente la suficiencia y exclusividad para cuidar a los niños, debido a sus atributos biológicos de gestar bebés (Iaconelli, 2023).

Teniendo en cuenta que la figura materna es responsable del cuidado, debemos recordar que siempre existe ambivalencia cuando hay idealización, ya que el ideal produce automáticamente un antagonista, blanco de resistencia y distanciamiento. A su vez, este sentimiento ambivalente por parte de los profesionales de la salud reveló el mecanismo de escisión psíquica responsable de dividir a las madres en la idealizada “la mamma” y las “otras madres”. Las “otras madres”, normalmente procedentes de zonas

vulnerables, por no encajar en los ideales sociales maternos de la cultura inmigrante italiana, o incluso por desafiar las directrices sanitarias estandarizadas de los profesionales, son jerarquizadas en función de sus indicadores sociales, económicos, educativos, “cognitivo-intelectuales” y también de marcadores étnico-raciales — como en el caso de las madres “extranjeras”, de otras nacionalidades.

Guiados por el conocimiento biomédico y la cultura local, los profesionales de la salud terminan reproduciendo un paradigma clasista, detallando los saberes y prácticas de cuidado de estas “otras madres” que se encuentran en situación de vulnerabilidad (Fonseca, 2012). Esto puede producir efectos psíquicos iatrogénicos en estas madres, ya que son constantemente llamadas a responder desde esta posición de alteridad (Val et al., 2017). En esta condición, también corren el riesgo de identificarse con este lugar incapacitante: una figura materna privada de su potencial de cuidado. Cabe preguntarse hasta qué punto las intervenciones de los profesionales de la salud pueden tener el efecto contrario, produciendo estigmatización y fijando a estas madres en una posición subordinada.

Por otro lado, es importante que los profesionales sanitarios estén atentos a las señales de potencialidad de estas madres, promoviendo espacios de escucha para que puedan entrar en contacto con sus saberes, legitimando así sus prácticas asistenciales. Como bien señalan Val et al. (2017), por muy empobrecido que esté un territorio en sus aspectos materiales y educativos, son siempre las personas que ocupan estos lugares las que pueden dar pistas sobre el potencial oculto. Por lo tanto, las vulnerabilidades sociales y territoriales no deben equipararse a la precariedad de los cuidados (Fonseca, 2012). Es importante cuestionar estos determinismos para promover grietas en los saberes imbricados en las políticas de salud y en la cultura local, que idealizan la maternidad y el cuidado, al tiempo que dan a los profesionales de la salud la oportunidad de legitimar otros saberes y formas de existir en el territorio.

No obstante, identificamos un choque de múltiples tipos de saberes y prácticas asistenciales en funcionamiento en la atención primaria. En particular, destacamos el saber hegemónico de las recomendaciones de las políticas sanitarias, que se materializa en los profesionales sanitarios; frente al

saber tradicional italiano de las abuelas “*la nonna*” y el saber de los cuidadores inmigrantes no italianos, los “extranjeros”, de las madres haitianas. Ante esta polifonía de saberes, el cuidado del bebé se convirtió a veces en escenario de enfrentamientos y disputas entre profesionales y cuidadores, especialmente en lo que se refiere a los diferentes arreglos familiares y a la diversidad de prácticas de cuidado del bebé. Esto acaba constituyendo un reto paradójico: si, por un lado, la atención integral aboga por tener en cuenta la diversidad, por otro, establece qué saberes y prácticas deben legitimarse, los de las políticas sanitarias, basadas en lógicas biomédico-científicas y eurocéntricas. En este juego de atribuciones, los profesionales sanitarios se enfrentan al reto de sopesar y equilibrar las prerrogativas de unos y otros. Se trata, por tanto, de un dilema para el equipo sanitario, que puede encontrarse indefenso ante la exigencia de responder a estas dos posturas que, como señalaron los participantes, pueden polarizarse.

También constatamos que la extrañeza de los profesionales se amplifica cuando los conocimientos y las prácticas asistenciales proceden de lugares geográficamente más distantes. A través de estas extrañezas, tuvimos la oportunidad de ilustrar la presencia del llamado “fenómeno etnocéntrico universal” (Laraia, 2020). Este fenómeno entiende que los choques entre saberes son comunes e inherentes, ya que el sujeto de la cultura tiende a considerar su saber como el modo de vida central y natural. Estas concepciones etnocéntricas pueden resultar en valoraciones negativas de los arreglos y formas de cuidar a los bebés que difieren del modelo idealizado, con diferentes niveles de resistencia en sus procesos de atención.

También es posible pensar esas extrañezas de los profesionales en relación a los diferentes saberes a través de la noción de pensamiento abisal (Santos & Meneses, 2010). El concepto se refiere a la concepción modernista que opera actualmente en la sociedad a través de una división unilateral, originaria de los pueblos colonizadores, que dicotomiza sujetos, experiencias, saberes y prácticas en útiles e inútiles. En el lado visible, estaría el eurocentrismo-colonizador en contrapunto con la invisibilización de las civilizaciones colonizadas, como africanos, caribeños e indígenas. Así, el pensamiento abisal serviría para legitimar los saberes y conocimientos de los profesionales, ya que se identifican con las

prerrogativas de las políticas de salud y toman el saber eurocéntrico como universal y central. Como consecuencia, se pueden promover numerosos epistemicidios al clasificar los conocimientos de origen africano, caribeño e indígena como no científicos y no filosóficos, en detrimento de otros (Santos & Meneses, 2010). Por lo tanto, es necesario cuestionar esta colonialidad epistemológica que segrega y jerarquiza saberes y prácticas, también en las consultas de bebés, idealizando y colocando en el centro a las madres blancas y de ascendencia inmigrante italiana como patrón ideal de cuidado, subordinando otros modos de existencia y cuidado.

Con relación a las madres “extranjeras” - las inmigrantes no italianas - también hubo resistencia por parte de los profesionales de salud a validar los conocimientos y formas de existencia de esas familias, especialmente las haitianas. Recordemos que las nacionalidades atendidas por los profesionales son consideradas en el territorio desde la perspectiva de la etnia de la población negra, en vista de sus características fenotípicas. Brasil es, por lo tanto, un país estructuralmente racista: desde los fundamentos de la cultura hasta sus reverberaciones en las instituciones, especialmente las de salud (Werneck, 2016). No es de extrañar, por lo tanto, que el racismo y la xenofobia contribuyan a las asimetrías en las relaciones entre profesionales de la salud y cuidadores en la atención al bebé, especialmente en territorios con fuertes tradiciones hegemónicas eurocéntricas. En este sentido, podemos pensar que las madres inmigrantes no italianas sufren una doble marginación: en primer lugar, por ser mujeres negras; e, en segundo lugar, por ser mujeres inmigrantes de países subdesarrollados y colonizados del Sur Global (Santos & Meneses, 2010). Sin embargo, cabe reflexionar sobre si los conceptos de racismo y xenofobia aislados realmente abarcan la complejidad de los procesos discriminatorios sufridos por estas mujeres haitianas, ya que las lecturas sociales de ser “mujer negra” y “mujer inmigrante” son distintas de la condición de ser “mujer negra e inmigrante”.

Para ilustrar mejor la cuestión, los autores Faustino y Oliveira (2021) proponen un cambio del concepto británico de «xeno-racismo» a la noción de «xenofobia racializada». La transición paradigmática consiste en abarcar las especificidades y entrecruzamientos de esos procesos discriminatorios en el contexto brasileño, que se mezclan y convergen en la figura



de los inmigrantes negros que viven en el país (por ejemplo, africanos y caribeños). En este sentido, cuando estos inmigrantes llegan a Brasil, se encuentran racializados y, por lo tanto, bestializados a los ojos de los brasileños (Gebrim, 2018). Esta racialización de la xenofobia toma la forma de una «deshumanización» y «demonización» de los inmigrantes, de forma diferente a una lógica basada únicamente en la aporofobia, pero fundada en el viejo tamiz racial antinegro o antiindígena (Faustino & Oliveira, 2021). Prestar atención a estas simetrías étnico-raciales en la atención prestada a los cuidadores y bebés en Atención Primaria es fundamental, ya que algunas violencias raciales pueden ser naturalizadas por los profesionales del SUS, algo que aumenta las desigualdades en salud y la exclusión de la población negra e inmigrante de la atención (Werneck, 2016).

En cuanto a su experiencia con esta diversidad de culturas, conocimientos y prácticas asistenciales, los profesionales sanitarios manifestaron que su formación, tanto académica como continuada, no les preparaba para este trabajo. También señalaron la necesidad de vincular la teorización académica y la práctica profesional para incluir temas sobre la diversidad en las consultas de los bebés. De hecho, existe una clara complejidad en el tema, ya que no existen tutores que puedan, al menos intelectualmente, enseñar a los profesionales a gestionar sus conflictos frente a culturas y saberes diferentes, sobre todo porque implica un proceso de elaboración de vivencias académicas, laborales y personales en experiencias que otorgan nuevos significados a los saberes de otros (Morais, 2017). Así que es como si se hubiera creado otra paradoja: hay que aprender algo que no se puede enseñar.

Por otro lado, creemos que es posible sensibilizar a los profesionales de la salud a través de un proceso de transformación de las “vivencias” en “experiencias”. Siguiendo la perspectiva del filósofo Walter Benjamin, la experiencia no debe reducirse a hechos cotidianos más o menos relevantes, sino que se constituye a partir de un proceso de elaboración de vivencias significativas (Morais, 2017). Sin esta implicación subjetiva de estos profesionales en la elaboración, como en un proceso de nombrar y asignar significado, las vivencias sólo se configuran como eventos inconexos y a veces irrepresentables. Así, la formación de la experiencia es vista como la elaboración de (nuevo) conocimiento, involucrando

procesos psíquicos que ocurren en otro nivel, inconsciente. Por lo tanto, se entiende que la lógica de aproximación al tema de la diversidad cultural, el conocimiento y las prácticas de cuidado no debe ser sólo a través de medios cognitivos o técnicos.

Así, como forma de operacionalizar esta perspectiva, cabe cuestionar el potencial de la formación continuada como estrategia de afrontamiento (Ferreira et al., 2019). En este caso, la formación continuada de los profesionales podría configurarse como una “intervención”, que no se ocuparía de intervenir directamente, basada en estrategias cargadas de contenidos teóricos y pedagógicos, y al servicio de una comprensión intelectualizada de las prácticas sanitarias frente a la diversidad cultural y de saberes. Por el contrario, consistiría en proponer un espacio de escucha que facilite y apoye la elaboración de estas experiencias y el extrañamiento de estos profesionales, implicándolos en el proceso de transformación de experiencias y nuevos saberes.

En términos prácticos para este espacio, una primera cuestión podría ser arrojar luz sobre los saberes subyacentes en el discurso de los profesionales, como la autocrítica, a partir de un movimiento similar al que sugiere Fonseca (2012): *“debemos saber examinar la obviedad de nuestra propia cultura”* (p. 56). Al mismo tiempo, pensamos que desarrollar uno de los atributos de la Atención Primaria, conocido como Competencia Cultural (Gouveia et al., 2019), es una forma poderosa de abordar estas asimetrías presentes en las consultas de los bebés. Procedente de la literatura norteamericana sobre la relación intercultural entre el profesional de la salud y el paciente, la Competencia Cultural se refiere a las condiciones para una atención ética, compatible con las creencias y prácticas culturales de salud del usuario, al tiempo que proporciona una comunicación en el idioma preferido del paciente. Fundamentalmente, es un paradigma de salud que respeta la identidad étnico-cultural de la población atendida, priorizando prácticas antirracistas, críticas y autorreflexivas para identificar prejuicios y comportamientos discriminatorios en el equipo de salud (Gouveia et al., 2019).

Además, el desarrollo de la Competencia Cultural no debe ser escayolado, estandarizado o sistematizado por las instituciones, ni debe tener criterios de verificación o memorización de normas y prácticas



para un grupo cultural específico, sino que debe ocurrir de forma empírica e “informal”, a partir de las propias experiencias y construcciones de los profesionales de la salud. Esta podría ser una forma posible de abrir grietas en el conocimiento biomédico y hegemónico de la cultura actual, validado por las políticas y los profesionales de la salud, que a veces actúan de forma que subordinan el conocimiento disidente de los cuidadores de los bebés.

### Consideraciones finales

A la luz de estas cuestiones, se puede resumir que existen múltiples cuidadores, conocimientos y prácticas de atención presentes en las consultas de bebés en las cuatro UBS a las que se tuvo acceso en Caxias do Sul (RS, Brasil). Se observó que la diversidad de cuidadores resulta ser el principal desafío para los profesionales de salud en las consultas de atención primaria a bebés. Por otro lado, los conocimientos y las prácticas de cuidado, tanto de los cuidadores como de los profesionales, sustentan una coyuntura de arreglos familiares, prácticas y procesos de salud de los bebés, además de sustentar conocimientos hegemónicos propios de la tradición cultural regional de los inmigrantes italianos. En este sentido, los conocimientos de los cuidadores, que no están en consonancia con las políticas sanitarias, acaban siendo percibidos por los profesionales como un reto más a la hora de proporcionar una atención integral.

Finalmente, cabe destacar que el estudio se restringió a la ciudad de Caxias do Sul (RS, Brasil) y, por lo tanto, sus especificidades culturales deben ser tenidas en cuenta en la lectura de los fenómenos presentados. En cuanto a las limitaciones, el instrumento de recolección de datos fueron sólo entrevistas online, ya que la pandemia de COVID-19 imposibilitó la realización de encuentros presenciales y la observación de las consultas previstas para el estudio, lo que probablemente contribuyó a la comprensión de cómo se presentan en la práctica los desafíos enfrentados por los profesionales de salud. Además, el material no incluía la perspectiva de los cuidadores, sino sólo la de los profesionales sanitarios. Por lo tanto, para futuros estudios, se sugiere que la

investigación se realice con los cuidadores de los bebés y también en territorios que no tengan fuertes tradiciones hegemónicas, como en grandes centros cosmopolitas, además de utilizar otras metodologías, como la observación de las consultas, para permitir el acceso a los matices que la diversidad de cuidadores, conocimientos y prácticas de atención implican en las consultas de los bebés.

### Agradecimientos

Queremos agradecer al CNPq, organismo financiador responsable de las becas concedidas a los autores de este manuscrito. Informamos que el autor Gil, P. H. C. tiene una Beca de Doctorado - GD CNPq y Lopes, R. C. S. tiene una Beca de Productividad CNPq.

### Contribuciones de los autores

Gil, P. H. C. participó en la concepción de la pregunta de investigación, diseño metodológico, búsqueda y recolección de datos de investigación, interpretación de resultados, redacción del artículo científico. Lopes, R. C. S. participó en la concepción de la pregunta de investigación, diseño metodológico e interpretación de los resultados del artículo científico. Todos los autores han revisado y aprobado la versión final y están de acuerdo con su publicación.

### Conflictos de interés

No se ha declarado ningún conflicto financiero, legal o político con terceras partes (gobierno, empresas privadas y fundaciones, etc.) por ningún aspecto del trabajo presentado (incluyendo, entre otros, subvenciones y financiación, participación en consejos asesores, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

### Indexadores

La Revista *Psicologia, Diversidade e Saúde* es indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#), y [LILACS](#).



## Referências

- Amarante, P., & Costa, A. M. (2012). Diversidade cultural e saúde [Diversidad cultural y salud]. 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 [Experiencia materna sobre el cuidado del niño en la Atención Primaria: enfoque cualitativo]. *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 [Diálogos sobre el bebé: análisis del discurso en ecografías 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 [¿Xenofobia racializada? Problematizando la hospitalidad selectiva hacia los extranjeros en 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. *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 [Educación Continua en Salud en atención primaria: una revisión integradora de la 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 [Tecnologías globales de la moralidad materna: las intersecciones de la ciencia y las políticas en los programas “alternativos” de educación infantil]. In C. Fonseca, F. Rohden, & P. S. Machado (Orgs.), *Ciências da 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 [Saturación teórica en las investigaciones cualitativas: contribuciones psicoanalíticas]. *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) [Obras completas volumen 10 – Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia relatado en una autobiografía (“El caso Schreber”): artículos sobre técnica y otros 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 [Psicoanálisis en el frente: la posición del analista y las marcas del trauma en la clínica con 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 [Cómo diseñar proyectos de investigación]*. (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 [Competencia cultural: una respuesta necesaria para superar las barreras al acceso a la atención médica para poblaciones minoritarias]. *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 [Manifiesto antimaternalista: psicoanálisis y políticas de reproducción]*. Zahar.
- Laraia, R. B. (2020). *Cultura: um conceito antropológico [Cultura: un concepto 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 [Territorio, cultura e identidad de los colonizadores italianos en Rio Grande do Sul: un análisis de la Serra Gaúcha y la Cuarta 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) [Política Nacional de Atención 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 [Política Nacional de Atención Integral a la Salud Infantil: lineamientos para su implementación]*. 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 [Consulta de enfermería de puericultura desde la perspectiva de las madres atendidas por la Estrategia Salud de la Familia]. *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 [El concepto de experiencia de Walter Benjamin, análogo a las narrativas heroicas clásicas]. *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 [Aproximación al contexto de vida del niño en la consulta de enfermeira]. *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 [Aprueba los lineamientos y normas reglamentarias para la investigación con 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 [Dispone estándares aplicables a la investigación en Ciencias Humanas y Sociales]. <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 [Investigación psicoanalítica de fenómenos sociales y políticos: metodología y fundamentación teórica]. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4(2), 329–348. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1518-61482004000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1518-61482004000200008)
- Santos, B. S., & Meneses, M. P. (Orgs.). (2009). *Epistemologias do Sul [Epistemologías del Sur]* (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 [Alienación del trabajo médico: tensiones sobre el modelo biomédico y el directivismo en la Atención Primaria]. *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 [Psicoanálisis y Salud Pública: enfoques y posibilidades de aportes]. *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 [Racismo institucional y salud de la población negra]. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535–549. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>