



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.42.117.A002>

## **Desafios de profissionais da Atenção Básica em sua função de orientação aos cuidadores de bebês**

*Challenges for Primary Health Care professionals in their role of orientating infant  
caregivers*

*Desafios para los profesionales de Atención Primaria en orientar a los cuidadores de  
bebés*

---

Pedro Henrique Conte Gil  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
<https://orcid.org/0000-0001-5978-8507>  
[pedro\\_gil12@hotmail.com](mailto:pedro_gil12@hotmail.com)

Rita de Cássia Sobreira Lopes  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
<https://orcid.org/0000-0002-6433-1648>

---

### Resumo

A principal função dos profissionais de saúde da Atenção Básica nos atendimentos dos bebês é orientar os cuidadores sobre as recomendações em saúde, levando em consideração os distintos saberes presentes nos territórios. Esse estudo qualitativo objetivou investigar a percepção dos profissionais sobre sua função de orientação nos atendimentos dos bebês e os seus respectivos impactos, no contexto da Atenção Básica de Caxias do Sul, RS. Conduziu-se entrevistas online com 12 profissionais de quatro unidades de saúde, cujos dados foram analisados através de uma leitura psicanalítica. Identificou-se que as orientações dos profissionais se alinhavam a perspectiva biomédica de homogeneização de saberes, priorizando a exclusão de práticas de cuidado e formas de existência dissonantes ao modelo idealizado e legitimado pelas políticas públicas e cultura local. Contudo, devido a potência dos saberes dos cuidadores, as orientações tiveram poucos impactos na população, o que produziu efeitos negativos nos profissionais e resultaram em práticas mais verticalizadas nos atendimentos dos bebês.

**Palavras-chave:** *Atenção Primária à Saúde; Cuidadores; Educação em Saúde; Pessoal de Saúde; Saúde do Lactente.*

### Abstract

The main role of primary health care professionals in the infants' consultations is to orientate caregivers toward health recommendations, considering the diversity of cultural knowledge in the territories. This qualitative study aimed to investigate the perception of professionals about their role in providing orientations to caregivers and their respective impacts, in the context of Primary Health Care in southern Brazil. Online interviews were carried out with 12 health professionals from four primary health care centers, which were analyzed through a psychoanalytic reading. Professionals' orientations were aligned with a biomedical perspective of homogenization of knowledge, since they tried to exclude care practices and ways of existence that were dissonant to the model idealized and legitimized by public policies and local culture. However, due to the power of the caregivers' knowledge, the orientations had little impact on the population, which promoted negative effects on professionals and resulted in more verticalized health practices in the infants' consultations.

**Keywords:** *Caregivers; Health Education; Health Personnel; Infant Health; Primary Health Care.*

### Resumen

La función principal de los profesionales de la salud de atención primaria en la atención al bebé es orientar a los cuidadores sobre recomendaciones de salud, teniendo en cuenta los diferentes conocimientos presentes en los territorios. Este estudio cualitativo tuvo como objetivo investigar la percepción de los profesionales sobre su papel orientador en el cuidado del bebé y sus respectivos impactos, en el contexto de la Atención Primaria en Caxias do Sul, RS. Se realizaron entrevistas online a 12 profesionales de cuatro unidades de salud, cuyos datos fueron analizados a través de una lectura psicoanalítica. Se identificó que las orientaciones de los profesionales estaban alineadas con la perspectiva biomédica de homogeneización de conocimientos, priorizando la exclusión de prácticas de cuidado y formas de existencia disonantes al modelo idealizado y legitimado por las políticas públicas y la cultura local. Sin embargo, debido al poder del conocimiento de los cuidadores, las directrices produjeron poco impacto en la población, lo que tuvo efectos negativos en los profesionales y resultó en prácticas verticalizadas en el cuidado de los bebés.

**Palabras clave:** *Atención Primaria de Salud; cuidadores; Educación para la salud; Personal sanitario; Salud Infantil.*

## Introdução

A Atenção Básica é a principal porta de entrada dos brasileiros ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2017). Sendo o nível de atenção do SUS responsável pela ordenação do cuidado na saúde pública, a Atenção Básica organiza-se por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais são responsáveis por desenvolver um conjunto de ações, em nível individual e coletivo, que visam a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2012; 2017). Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que os profissionais de saúde considerem as especificidades do território sob cobertura e construam um vínculo proximal com a população atendida ao exercer suas práticas em saúde (Brasil, 2012).

Em termos de sua operacionalização, a Atenção Básica se apoia na Estratégia da Saúde da Família (ESF), a qual tem por objetivo a busca dos usuários, as visitas domiciliares e a integralidade das práticas e da equipe multiprofissional (Brasil, 2017; Monteiro et al., 2020). Em termos de equipe de profissionais, a ESF deve ser composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (Diniz, Melo, & Vilar, 2021). Já a organização da equipe com esses e outros profissionais de diversas especialidades da área da saúde, como pediatras, psicólogos, nutricionistas e dentistas, pode variar de acordo com a gestão administrativa e o repasse de verbas da federação para cada município (Vieira et al., 2019).

A principal estratégia de atuação da ESF se concentra na “Educação Popular em Saúde” (Brasil, 2013). Sancionada como prática regular na Atenção Básica através da Política Nacional de Educação em Saúde (PNES), essa ferramenta preconiza que os profissionais orientem a população para aderirem as recomendações em saúde a partir da construção de um diálogo que considere e integre os diferentes saberes e modos de existência da população do território. Além disso, a Educação em Saúde se propõe a fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários, equipes de saúde e espaços das práticas populares de cuidados (Pereira et al., 2015; Araújo, Assunção, Pimenta, & Zani, 2021). Desta forma, almeja-se a horizontalização e ressignificação dos saberes e práticas do território, diminuindo possíveis assimetrias das relações entre profissionais e usuários –

questões imprescindíveis para construção de vínculos entre serviços de saúde e comunidade (Brasil, 2013).

Especificamente com relação aos cuidados à saúde da infância na Atenção Básica, em 2015, o Ministério da Saúde articulou e integrou uma conjuntura de políticas e programas já existentes para construção de um pacto federativo, o qual organizou toda a rede de atenção à saúde materno-infantil (Brasil, 2015). Essa organização culminou na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), uma proposta que objetiva proteger e promover a saúde de crianças desde a gestação até os nove anos, com especial atenção ao aleitamento materno. Dentre suas prerrogativas, essa principal política pública infantil orienta suas estratégias e práticas em saúde pelo paradigma do cuidado integral, sobretudo à primeira infância e às populações vulneráveis (Brasil, 2018). Trata-se de uma concepção que avançou em relação ao antigo modelo biomédico, já que as ações em saúde precisam considerar outras dimensões da saúde dos bebês e crianças, como os aspectos cognitivos, motores, emocionais, sociais e territoriais (Terra & Campos, 2019; Brasil, 2020).

O principal eixo estratégico da PNAISC para o cuidado integral na infância é denominado “Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Integral” (Brasil, 2018). Sua aplicabilidade consiste em organizar ações de vigilância e estímulo ao crescimento e desenvolvimento infantil por meio de atendimentos sistematicamente organizados. Embora a política preconize a atenção a toda a infância, há uma recomendação específica para um intervalo mais curto entre as consultas dos bebês de 0 a 2 anos. Nesse sentido, são ofertados sete atendimentos no primeiro ano de vida do bebê, dois durante o segundo ano, e a partir do terceiro ano, os atendimentos tornam-se anuais (Brasil, 2018; 2020).

Nesses atendimentos rotineiros, o trabalho do profissional responsável – sendo geralmente o médico da ESF, pediatra ou enfermeiro – consiste na avaliação e registro de medidas antropométricas como o peso, altura, estado nutricional, marcos desenvolvimento global, além da vacinação, possíveis intercorrências e identificação de problemas ou riscos para a saúde (Brasil, 2018; 2020). Entretanto, a principal função dos profissionais é utilizar a Educação em Saúde como ferramenta para orientar aos cuidadores sobre os cuidados gerais aos bebês e crianças, enfatizando a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, bem como a respeito da higiene,

prevenção de acidentes, estimulação cognitiva-motora e o cumprimento do calendário vacinal (Brasil, 2013).

Importante lembrar que, assim como os pressupostos da Atenção Básica, associada à sua função de orientar os cuidadores, os profissionais de saúde precisam considerar as especificidades do território em que atuam, através da validação e contemplação da diversidade de subjetividades, marcadores sociais e econômicos da população atendida (Amarante & Costa, 2012; Brasil, 2012). Sendo assim, as práticas em saúde não devem ser mecanicistas ou normativas, uma vez que a adesão as recomendações em saúde se relacionam diretamente com os saberes da população e suas práticas cotidianas (Nespolo et al., 2014).

Apesar disso, outros estudos panorâmicos sobre os atendimentos dos bebês na Atenção Básica têm mostrado os desafios dos profissionais em atuarem por uma perspectiva integral, uma vez que as suas orientações e práticas em saúde têm se associado a um modelo biomédico e verticalizado (Brito, Albuquerque, Ribeiro, Ponte, & Linhares, 2018; Mello, Lima, & Scochi, 2007; Hirano, Baggio, & Ferrari, 2021; Rodrigues et al., 2019; Takemoto, Zarpelon, & Rossetto, 2019; Vieira et al., 2019). Em contrapartida, sabe-se da importância da escuta das reais necessidades desses cuidadores e bebês (Serralha, 2013; Espote & Serralha, 2018), bem como a potência do encontro entre subjetividades profissional-usuário, como fatores que facilitam o vínculo e, conseqüentemente, a consolidação do cuidado integral (Onocko-Campos, 2012; Val, Modena, Campos, & Gama, 2017).

Ou seja, entende-se que possíveis embates entre os saberes e práticas de cuidado dos profissionais de saúde e dos cuidadores podem gerar assimetrias na relação médico-paciente, as quais podem incidir de maneira negativa nos índices de saúde e processos de saúde do bebê na Atenção Básica (Caprara & Rodrigues, 2004). Não obstante, conflitos dessa ordem são amplificados quando se situam em territórios com fortes tradições culturais hegemônicas, como é o caso do município de Caxias do Sul, situado no interior do Rio Grande do Sul (RS). Sendo colonizada pela imigração italiana, a cidade mantém-se cultivando os saberes e valores de seus colonizadores em relação a importância do trabalho, da religião, da família e de seus papéis de gênero, especialmente em termos de cuidado infantil e que, portanto, denotam certas resistências com saberes e modos de

existência que não estejam em consonância com o saber hegemônico (Bisol, 1999; Manfio & Pierozan, 2019).

### **Objetivo**

Apesar de sua relevância, não foram encontrados estudos que investigassem esses embates de saberes e práticas de cuidado presentes nos atendimentos dos bebês na Atenção Básica, especialmente considerando territórios que legitimam saberes hegemônicos de uma cultura eurocentrada. Com o intuito de preencher essa lacuna, o objetivo deste estudo é investigar a percepção dos profissionais de saúde sobre a sua função de orientação nos atendimentos aos bebês (0 a 2 anos) e os seus possíveis efeitos nos cuidadores e profissionais, no contexto da Atenção Básica de Caxias do Sul, RS.

### **Pressupostos teórico-metodológicos**

Para esta investigação, utilizou-se das contribuições da epistemologia psicanalítica tanto como forma de investigação, quanto de leitura dos fenômenos “escutados” e apresentados nesse material (Rosa, 2002; 2004). Acredita-se que a intersecção entre Psicanálise e o campo de produção de conhecimento da saúde pública no Brasil, a Saúde Coletiva, pode ampliar a compreensão sobre as dinâmicas inconscientes presentes nas relações entre profissionais de saúde e usuários (Onocko-Campos, 2012; Val et al., 2017). Além disso, torna-se possível denotar os possíveis desafios subjetivos e da própria prática profissional implicados nos contextos de saúde, considerando o foco deste artigo, os atendimentos ao bebê na Atenção Básica e seus respectivos embates de saberes hegemônicos e outros saberes.

### **Método**

#### **Participantes**

Participaram todos os 12 profissionais de saúde (pediatras, enfermeiros e técnicos em enfermagem) responsáveis pelos atendimentos em saúde aos bebês de 0 a 2 anos, de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Caxias do Sul, RS. Maiores informações sobre os participantes estão disponíveis na Tabela 1. Em termos da contextualização dos territórios, as condições socioeconômicas da população atendida nas UBS foram referidas pelos profissionais participantes: duas UBS possuíam casos de vulnerabilidade (UBS 2 e 4), uma se encontrava em condição de vulnerabilidade extrema (UBS 3) e a última não possuía casos de 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.*

O presente estudo configura-se enquanto qualitativo exploratório transversal (Gil, 2022), em que os participantes advêm do banco de dados do projeto “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). O

projeto tem por objetivo conhecer as experiências e desafios dos profissionais de saúde da Atenção Básica do SUS em seu trabalho com bebês de 0 a 2 anos e seus cuidadores, tanto da região metropolitana de Porto Alegre quanto de cidades do interior do RS. Para inclusão de participantes no projeto, preconiza-se por profissionais de saúde que sejam responsáveis por atendimentos de bebês e atuem na Atenção Básica há pelo menos um ano. Em termos de formação, busca-se abarcar diferentes áreas da saúde, como: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, dentistas e agentes comunitários de saúde.

Já para o presente artigo, selecionou-se todos os 12 profissionais de saúde que eram responsáveis por atendimentos aos bebês de quatro UBS da cidade de Caxias do Sul. Esse contingente de participantes atendeu ao princípio de saturação teórica dos dados (Fontanella et al., 2011), em que a inclusão de novos participantes implicaria em repetição ou redundância, e assim não contribuiria significativamente para a fundamentação dos dados ou reflexões teóricas propostas. Portanto, a amostragem é considerada por conveniência, já que as quatro UBS escolhidas foram indicação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município, sob a justificativa de terem um número expressivo de bebês adscritos em seus territórios de cobertura.

### **Instrumentos**

Foram realizadas entrevistas tópicas (Gomes, 1989) que investigaram as experiências e desafios dos profissionais de saúde da Atenção Básica nos atendimentos aos cuidadores e seus bebês. Esse modelo de entrevista não contou com um roteiro de questões preestabelecidas, mas com tópicos abrangentes que instigaram aos participantes a falar sobre a temática apresentada. As questões subsequentes de cada tópico consistiram em provocações para que o(a) entrevistado(a) pudesse ampliar o seu relato sobre o fenômeno. Os tópicos amplos e abordados na entrevista versavam sobre: 1) Trajetória e formação profissional; 2) Experiência profissional no trabalho com os bebês e seus cuidadores; 3) Experiência de trabalhar com os bebês e seus cuidadores nesse período de pandemia; e 4) Diversidade e saberes culturais nos atendimentos aos bebês.

Além disso, a condução das entrevistas foi orientada pelos pressupostos da teoria psicanalítica (Rosa, 2002; 2004). Nesse sentido, o método psicanalítico integra teoria, prática e pesquisa, em um movimento pendular do fenômeno ao conceito (Rosa, 2004).

Por sua vez, acredita-se ser possível utilizar da escuta psicanalítica para colher depoimentos e entrevista, mesmo que em função do objetivo do pesquisador, pois, entende-se que o inconsciente não se restringe à prática clínica, mas presentifica-se em todo enunciado e recorta o discurso pela enunciação que o transcende. Assim sendo, a relação transferencial, que consiste no dispositivo que possibilita a escuta e produção de saberes, mesmo que imaginariamente acoplado às situações de atendimento clínico, pode ser ampliada para pesquisas empíricas e leituras de fenômenos sociais (Rosa, 2002).

Contudo, esse fazer implica que o entrevistador desocupe a posição clínica e escute de uma posição que rompa com as limitações de um sujeito psicológico ou sociológico, resultado de seus predicados, para então acessar a experiência compartilhada com o outro: a escuta como um testemunho e resgate da memória (Rosa, 2004). Atendendo a esse paradigma epistemológico, esse relato de pesquisa considera que há o atravessamento de resistências e limites dos pesquisadores, naquilo que suportou-se compartilhar em experiência com os participantes em sua própria história, que pode ser de sofrimento, seus próprios ou do outro. Ao mesmo tempo, a entrevista objetivou propor um espaço de escuta aos participantes para que seguissem suas próprias associações sobre as questões apresentadas, considerando mínima ou nenhuma orientação do pesquisador.

### **Procedimentos**

As quatro UBS desse estudo foram indicações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de Caxias do Sul, sob a prerrogativa de que seus territórios de cobertura possuíam maiores índices de bebês adscritos. De início, as coordenadoras das UBS foram contatadas e, após apresentação do projeto, autorizaram a condução do estudo nos respectivos locais. Tendo em vista que a coleta de dados aconteceu durante a pandemia do Covid-19, o convite para participação da pesquisa não foi feito diretamente aos profissionais de saúde, mas por meio de um cartaz digital informativo disponibilizado às coordenadoras, com a divulgação da pesquisa e acesso a um formulário online, e que posteriormente foi encaminhado aos profissionais participantes em potencial.

No formulário, os interessados confirmaram que eram profissionais de saúde da Atenção Básica e responsáveis pelos atendimentos em saúde de bebês de 0 a 2 anos e de seus cuidadores. Nesse momento, os participantes já assentiam à leitura e às condições do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de preencherem dados

básicos de identificação e contato. Com o retorno desses formulários, o pesquisador primeiro autor desse estudo contactou aos interessados, agendou e conduziu as entrevistas na modalidade online. As entrevistas aconteceram individualmente e tiveram duração média de 90 minutos, sendo gravadas e transcritas para análise. Os dados foram coletados no período de novembro de 2020 a janeiro de 2021.

O presente estudo compõe os resultados da Dissertação de Mestrado do primeiro autor, produzida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS, sob a orientação da segunda autora. O projeto SUSBEBÊ foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP; Proc. Nº 3.807.849) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul (Proc. Nº 3.935.809). A pesquisa adotou todos os princípios éticos preconizados pela Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. 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 submetidas à uma leitura psicanalítica dos dados (Rosa, 2004), a qual permitiu que fossem considerados conteúdos manifestos e latentes na fala dos participantes. Tratou-se de um movimento de análise em que os conteúdos os quais eram, aparentemente, desprovidos de representação ou fugiam da literalidade do texto, mas carregavam conteúdos latentes, foram passíveis de serem conjecturados pelos pesquisadores enquanto ditos não-ditos, a partir do encontro de subjetividades entre pesquisador-pesquisado (Forno & Macedo, 2021).

Nessa perspectiva de análise, os pesquisadores se mantiveram em constante movimento de ilustrar e interrogar os dados, em um processo de ir e vir às entrevistas e relatos. Assim, observou-se conteúdos que, apesar de não se presentificarem verbalmente, foram percebidos na relação transferencial estabelecida na entrevista, ou até mesmo, a posteriori, no áudio e leituras das transcrições. Importante mencionar que esse processo de análise adotou uma posição de não teorização a priori, na qual os pesquisadores orientaram a escuta dos dados a partir da atenção flutuante postulada por Freud (2010/1912) “*escutar sem se preocupar em notar coisa alguma*” (p. 150). Portanto, não

se teceu interpretações no primeiro momento, para que evitar que a escuta fosse comprometida ao ponto de impedir uma experiência junto aos dados.

Em termos das leituras e interpretações dos fenômenos, priorizou-se pela operacionalização de alguns conceitos da Psicanálise, ao passo que se articulou evidências empíricas da Psicologia, Ciências Sociais e Saúde Coletiva. Ressalta-se ainda que essas leituras partiram da concepção de que os profissionais de saúde não eram a origem absoluta de seu discurso, mas envoltos em uma reprodução e validação de saberes vigentes em seu contexto histórico e territorial (Caregnato & Mutti, 2006), no caso, os hegemônicos presentes na cidade de Caxias do Sul, colonizada e reconhecida pela tradição de descendentes de italianos.

## **Resultados e Discussão**

Os resultados e discussões foram organizados em dois eixos de análise, os quais emergiram espontaneamente dos dados, e descrevem as percepções dos profissionais de saúde sobre (1) a sua função de orientação aos cuidadores e (2) os possíveis impactos dessas orientações nos cuidadores e em si próprios. Importante ressaltar que, apesar das entrevistas terem acontecido no contexto de pandemia da Covid-19, não houve menções dos profissionais em relação à questão que puderam ser relacionadas ao objetivo desse estudo.

### **Percepções dos Profissionais Sobre a Sua Função de Orientação aos Cuidadores**

Conforme apontado, as políticas públicas da Atenção Básica preconizam que seus profissionais atuem pela perspectiva da Educação Popular em Saúde, a qual, no âmbito da assistência à saúde dos bebês, consiste no processo de orientar os cuidadores para aderirem às recomendações de saúde por meio da construção de um diálogo e integração dos diferentes saberes presentes no território (Brasil, 2013; 2017; 2018). Nessa perspectiva, os dados sugerem que os profissionais entrevistados, além de agentes promotores de saúde, também se consideram educadores e orientadores: *“Como o profissional de saúde a gente atua como educadores. Além de educadores, orientadores”* (P9). Em relação especificamente ao contexto dos atendimentos aos bebês de 0 a 2 anos,

identificou-se que os profissionais atribuem grande importância a sua função de orientação dos cuidadores: “*Então eu acho que é isso, educação das mães pra ver se a gente consegue avançar*” (P3). Essas orientações sobre cuidados gerais dos bebês são comumente balizadas pelas prerrogativas das políticas públicas de atenção à saúde da criança (Brasil, 2018) e pelos marcos do desenvolvimento descritos na caderneta de saúde (Brasil, 2020): “*Eu vou fazer todo esse acompanhamento de alimentação, de orientação pro desenvolvimento das fases do bebê. Apresento a caderneta pra elas [mães] conhecerem os marcos do desenvolvimento*” (P3).

Cabe destacar que, assim como nos estudos sobre o funcionamento social em torno da relação entre cuidado e papéis de gênero, quanto no próprio contexto da saúde pública (Costa-Júnior et al., 2016), os profissionais participantes deste estudo atribuíram, de maneira unânime, a centralidade dos cuidados dos bebês à figura materna. Essa observação já denota a característica genereficada dos saberes hegemônicos atuantes no território, que seguem tentando perpetuar o cuidado infantil como uma questão genuína e intrinsecamente feminina, ao passo que desconsidera ou deslegitima a existência de outros arranjos de cuidado aos bebês. Portanto, devido às falas dos profissionais, os resultados a serem apresentados tendem a referir essencialmente às mães dos bebês.

Nesse sentido, identificou-se que o principal objetivo dessas orientações fornecidas é a “capacitação” das mães para o cuidado dos bebês: “*Orientá-la e capacitá-la também pro cuidado [do bebê]*” (P8). Há também relatos que descrevem que uma das principais funções do pediatra nos atendimentos é “ensinar” as mães/cuidadores a como cuidarem dos bebês: “*Praticamente o pediatra ensina os pais a cuidarem do filho, é uma coisa muito importante*” (P7). Apesar de haver uma polissemia de verbos e definições utilizadas pelos profissionais para se referirem aos interesses e impactos de sua função de orientação, a maioria parece convergir para a sensibilização da mãe para desempenhar uma espécie de cuidado idealizado: “*Sensibilizar esse pai, essa mãe, ou esse vô e essa avó, pro cuidado ideal com o bebê*” (P2). Poucos profissionais parecem ponderar sobre a (im)praticabilidade dessas orientações que se pautam em uma concepção idealizada de cuidado, tendo em vista sua distantes de uma realidade possível: “*Porque o que tá no livro não é exatamente o que acontece na realidade. Não é fácil tu seguir tudo como diz a teoria. Então, tudo é questão de bom senso*” (P7). Ademais, importante destacar que “ensinar” os cuidados dos bebês às mães constituiria um dos maiores desafios da função

de orientação dos profissionais: *“Eu acho que é o desafio de educar as mães”* (P3).

Assim sendo, os dados sugerem que os profissionais de saúde estão identificados com um paradigma de cuidado idealizado, mas que, direta ou indiretamente, se origina e se sustenta nas extensas recomendações e orientações das políticas de atenção integral à saúde do bebê (Brasil, 2018; 2020) e, além disso, nos saberes validados na cultura do território em torno da idealização da figura materna (Bisol, 1999). Por outro lado, as premissas da Educação em Saúde propõem justamente o contrário: a construção e integração de saberes de forma horizontalizada, entre profissionais e usuários (Brasil, 2013). Algo que, além de denotar uma importante contradição entre o que essas duas diferentes políticas públicas estabelecem, promovem uma inevitável falta de referência para que os profissionais possam orientar seu trabalho, os tornando mais suscetíveis a adotarem práticas verticalizadas de controle dos corpos, baseadas em seus saberes cientificistas ou opiniões e expectativas pessoais.

Corroborando essa constatação, o estudo de Pereira et al. (2015), ao entrevistar dez enfermeiras da Atenção Básica que atuavam nos atendimentos aos bebês em João Pessoa (PB) sobre as práticas de orientação aos cuidadores, identificou que a maioria dos profissionais desconhecia a real proposta da Educação em Saúde. Especialmente em virtude de manterem intervenções baseadas apenas na transmissão prescritiva de informações, tornando os cuidadores apenas meros receptores na relação profissional-cuidador e nos processos de atenção à saúde do bebê. Os autores discutem em que medida essas perspectivas se alinham a uma concepção higienista e biomédica, com atividades voltadas apenas para a prevenção de doenças, excluindo saberes e práticas de cuidado que são dissonantes aos preconizados pelos saberes dos profissionais.

Em termos da prática diária dos profissionais, observou-se que os atendimentos e as orientações aos cuidadores têm um caráter objetivo, como a prática de seguir um protocolo: *“A gente segue, vamos supor, um protocolo, né?”* (P6). Questão que é justificada por duas razões principais, sendo: a experiência do profissional no trabalho com bebês; e a alta demanda de atendimentos em contraponto com um curto espaço de tempo: *“Eu sou bem objetiva, tenho muita experiência, 27 anos. A gente atende um volume muito grande. Temos só 20 [minutos], então é uma consulta direcionada. Eu já tenho tudo na minha cabeça, o que eu tenho que fazer e perguntar”* (P7).

Nesse aspecto, torna-se oportuno refletir em que medida essas orientações

padronizadas possibilitam que a singularidade dos cuidadores e seus bebês sejam atendidas, uma vez que a generalização de prescrições, comumente, aponta para um empobrecimento subjetivo. Se, por um lado, esses cuidados protocolares podem ajudar a prevenir que erros técnicos aconteçam, por outro, também podem interferir na possibilidade de o profissional desenvolver a capacidade de estar com os bebês e seus cuidadores, no intuito de oferecer um cuidado que vá ao encontro de suas reais necessidades (Serralha, 2013). Além disso, é importante demarcar que essa problemática antecede a prática dos profissionais nos atendimentos, pois em que medida é possível desempenhar um trabalho de atenção integral à saúde dos bebês e seus cuidadores se a organização dos serviços de saúde é sistematicamente precarizada, ao estipular um tempo insuficiente para que outras demandas, que não sejam de ordem orgânica, surjam nos atendimentos. Fundamentalmente, essas são outras características associadas a lógica biomédica, pois dificulta que outras dimensões existenciais ou sociais dos sujeitos apareçam, ao passo que promove um reducionismo das práticas em saúde a um paradigma mecanicista, tornando as intervenções estritamente voltadas para a avaliação biológica e de eliminação de sintomas (Terra & Campos, 2019).

Esses resquícios do modelo biomédico que permeia desde as políticas públicas até a as práticas nos serviços de saúde, também emergem na fala dos profissionais de forma ambígua. Apesar de, em menor medida, haver certa crítica aos atravessamentos dos saberes científicos validados pela cultura: *“A gente ainda tem uma cultura muito médico centrada” (P8)*, a maior expressão dos relatos se configura na defesa da supremacia do paradigma cientificista em detrimento dos demais saberes que se apresentam nos atendimentos dos bebês: *“Provar de que a forma que a gente tá orientando é a melhor forma (...) é assim que tem que ser, por que essa é a melhor forma” (P8)*. Essas perspectivas mais verticalizadas são justificadas pelos profissionais a partir de sua formação acadêmica, novamente referendando a centralidade do saber científico: *“Com todas as orientações que a gente, ao nosso ponto de vista é o ideal, que se estudou, né?” (P11)*.

Por outro lado, percebeu-se também que, por vezes, a dimensão subjetiva dos profissionais extrapola o protocolo das orientações: *“A gente orienta conforme, nada muito comprovado, nada muito específico assim, cientificamente assim, né? São mais cuidados gerais” (P9)*. Algo que, além de denotar o desafio da (im)possibilidade de

manter-se neutro nas orientações, também é ambivalente, pois ao mesmo tempo em que pode colocar os bebês e seus cuidadores à mercê de expectativas ou ideais individuais e culturais dos profissionais, também pode permitir que a subjetividade do próprio profissional se manifeste, ao ponto de proporcionar um espaço para que se escute e ressignifique posturas mais intervencionistas: *“Eu lembro que quando eu comecei, eu queria impor o meu conhecimento. Porque eu sabia que era baseado na ciência, era baseado em conhecimento científico”* (P9).

Além disso, a experiência da maternidade surgiu como outro elemento que tornariam as profissionais de identidade de gênero feminino mais sensíveis aos desafios das mães no cuidado: *“Eu acho que isso, a maternidade, nesses dois anos, ela me agregou muito, hoje eu já tenho uma outra abordagem de atendimento com as mães, com as crianças”* (P2). Ou seja, as experiências pessoais e de trabalho, quando envolvem uma implicação subjetiva do profissional, podem ser pensadas enquanto um processo que possibilita a elaboração de um (novo) saber sobre si e sobre o outro (Morais, 2017), os quais podem torna-los mais compreensivos em relação aos desafios enfrentados pelas mães/cuidadores, ao passo que também os torna menos julgadores das diferentes concepções de cuidado e modos de existência que não estejam diretamente associados ao paradigma hegemônico.

Todavia, o que se sobressai nessa dinâmica são que os atendimentos dos bebês, por vezes, se tornam um palco de embates entre as orientações protocolares e a subjetividade dos profissionais e cuidadores. Em linhas gerais, os profissionais esperam que as mães/cuidadores desempenhem um cuidado plenamente alinhado às orientações fornecidas, algo que desconsidera os saberes das mães em relação ao cuidado de seus bebês: *“Então, elas [mães] precisam seguir as nossas orientações e ficar focadas nisso. Então se a sogra disser uma coisa ou se a outra pessoa disser outra coisa, deixa ela falar e depois você faz o que a gente apresenta?”* (P8). Ainda que os profissionais refiram que as orientações não são uma força coercitiva: *“Nós não somos uma força coerciva. A gente é uma força de orientação, de educação”* (P8), os relatos mostram que, na verdade, há caráter verticalizado nas práticas e, como destacado anteriormente, contrário aos pressupostos da Educação em Saúde (Brasil, 2013).

O estudo qualitativo de Espote e Serralha (2018), ao entrevistar cinco mães de Minas Gerais (MG) sobre as razões que as levaram a não seguir as orientações dos

profissionais de saúde no cuidado infantil, encontrou resultados que corroboram aos achados deste estudo. Nos casos em que o médico não considerava os saberes das mães sobre o bebê, a probabilidade de as mães não seguirem as orientações fornecidas pelo profissional de saúde aumentou exponencialmente. De maneira espelhada, quando a orientação partia de familiares que a mãe possuía vínculos afetivos, havia forte tendência de seguirem a tradição da família, mesmo que contrariasse as recomendações dos profissionais. Esse achado denota o impacto que a validação dos saberes familiares e identificação subjetiva produziu nas decisões das mães sobre as práticas de cuidado com os bebês. Nesse aspecto, o estudo aponta sobre a importância de os profissionais atuarem em uma perspectiva integrativa, na qual ambos os saberes possam ser trabalhados de maneira complementar, e não excludente (Espote & Serralha, 2018).

Em termos dos saberes das mães, Winnicott (1987/2020) sinalizava que há muitas coisas que a mãe sabe por intuição, já que possuem a capacidade de se colocarem no lugar no bebê e identificar suas necessidades, pois, outrora, também já foram um bebê e têm lembranças inconscientes para desempenhar um cuidado subjetivo e particular. Além disso, o autor também nos alerta sobre as possíveis interferências que os profissionais de saúde podem prover através de intervenções “educacionais” antecipadas com a mãe/cuidador e o bebê, e de seus possíveis efeitos iatrogênicos. É como se os médicos e enfermeiras pudessem se tornar intrusivos na tentativa de resolver questões que, se lhes dêssemos o devido tempo e espaço, naturalmente se resolveriam. Além disso, existem coisas bastante sutis que a mãe/cuidador sabe intuitivamente, sem nenhuma reflexão intelectual do que se passa. Portanto, nos casos em que a saúde do bebê não está em risco, é importante que esses saberes familiares sejam respeitados pelos profissionais de saúde. Evitar que ocorra uma tentativa de substituição destes por intervenções profissionais, fortalece e legitima a potência de cuidado desses cuidadores (Winnicott, 1987/2020).

Diante dessas elocubrações, entende-se que as orientações dos profissionais aos cuidadores podem se comportar como uma forma de subalternizar saberes e práticas de cuidado dissonantes do que recomendam os profissionais, os quais refletem a concepção de um cuidado idealizado e inatingível, mas que é validado tanto pelas políticas de atenção à saúde integral do bebê (Brasil, 2018) quanto pela cultura local (Bisol, 1999; Manfio & Pierozan, 2019). Trata-se de um fenômeno que chamaremos de tentativa de “homogeneização de saberes”, o qual terá os seus impactos explorados no eixo de

discussão a seguir.

### **Homogeneização de Saberes: Possíveis Impactos nas Mães/Cuidadores e Nos Próprios Profissionais de Saúde**

Na percepção dos profissionais de saúde, as referidas tentativas de homogeneização de saberes podem produzir impactos distintos nos cuidadores. Nesse sentido, os relatos dos profissionais sugerem que há um mecanismo de clivagem da figura materna em duas categorias de mães. Associado às discussões do eixo anterior, o cuidado idealizado ao bebê seria desempenhado por um tipo específico de mães: aquelas que aderem às orientações fornecidas e seus saberes se aproximam dos biomédicos-científicos, mas que, coincidentemente ou não, também possuem maiores recursos financeiros e maior escolaridade: *“Normalmente são pessoas que são mais esclarecidas, pessoas que normalmente ouvem as orientações que tu forneces” (P4)*. Já as outras mães, provenientes de territórios pobres e com menor escolaridade, não seguiriam estritamente essas orientações, algo que é percebido pelos profissionais enquanto um cuidado precarizado e que precisaria ser substituído pelo idealizado: *“Quanto menos o índice socioeconômico, tem suas exceções, mais o cuidado é mais precário” (P7)*.

Nessa perspectiva de clivagem da figura materna, o estudo realizado por Mello et al. (2007), ao entrevistar dez enfermeiras de uma UBS de Ribeirão Preto (SP) sobre a atenção à saúde do bebê nos atendimentos, também identificou que as mães eram classificadas em dois polos: as desinteressadas e as preocupadas. Por sua vez, as desinteressadas pelo cuidado eram as mães que não levavam os bebês aos atendimentos de rotina ou que, quando levavam, não se demonstravam interesse em aderir estritamente às orientações dos profissionais. Já as mães preocupadas buscavam os serviços de saúde não apenas em situações de adoecimento dos bebês, mas em qualquer necessidade de orientação com relação ao cuidado. Os autores sugerem que tais disparidades se davam, prioritariamente, em virtude da vulnerabilidade das mães desinteressadas, bem como dos distintos saberes atuantes na população do território. Algo que, assim como observado nos profissionais participantes deste estudo, denota que o cuidado idealizado se associa tanto a uma lógica classista, a qual hierarquiza a população por suas condições socioeconômicas, quanto ao cumprimento irrestrito das orientações em saúde, uma concepção alinhada à prerrogativa biomédica-científica.

Nesse sentido, Fonseca (2005) nos sinaliza que há uma lógica hegemônica atuante nesse discurso equalizante que está permeado de filtros classistas para subverter comportamentos muito semelhantes a lógicas carregadas de pesos e medidas diferentes. Enquanto famílias de classe média-superior podem se configurar enquanto “famílias recompostas” e ter práticas de cuidado descritas como “desadaptativas”, fica relegado aos sujeitos em condições socioeconômicas desfavoráveis a pejorativa nomenclatura de família “desestruturada” com cuidados “precários”. E nesse lugar de desestrutura são atribuídos aos sujeitos vários determinismos de faltas e carências, sobretudo a nível de cuidado infantil, ignorando qualquer positividade das configurações e sociabilidade desses grupos populares. No entanto, cabe lembrar que as famílias brasileiras se organizam de diversas formas, em diferentes arranjos de cuidado, para que possam ordenar suas práticas e dar sentidos à sua existência (Fonseca, 2005). Esses elementos precisam ser considerados pelos profissionais de saúde nos atendimentos em saúde das famílias.

Em relação as mães vulnerabilizadas atendidas pelos participantes do estudo, o motivo para não atenderem as orientações em saúde provavelmente se concentram no caráter intrusivo das intervenções, mas que não é percebido conscientemente pelos profissionais como uma problemática: “*‘Olha, tem que ter mais cuidado. Não pode faltar nas consultas’ [diz a profissional à uma mãe]. Elas não veem isso como cuidado. Elas veem isso como tu está te metendo num assunto que tu não tem que te meter*” (P10). Associado a isso, os relatos sugerem que as mães, quando se sentem julgadas pelos profissionais, tendem a evitar seguir as orientações: “*No momento em que ela se sentir julgada por ti, ou que ela achar que tu está... Foi mais ríspido, alguma coisa assim, ela vai se trancar, ela recua*” (P10). Como estratégias para a referida homogeneização de saberes, os profissionais observam que o vínculo construído com as mães constitui um fator que facilitaria a adesão às orientações em saúde, uma maneira substituir os saberes dos cuidadores: “*As nossas orientações permeiam muito a questão do vínculo deles*” (P3). A vasta literatura sobre a relação médico-paciente aponta na mesma direção (Caprara & Rodrigues, 2004), em que o desrespeito a cultura e aspectos subjetivos dos usuários pode leva-los a não se vincularem com os profissionais ou, até mesmo, questionar seus tratamentos e orientações, variavelmente implicando em menores índices de saúde da população. Por outro lado, cabe questionar em que medida é possível a

construção de um vínculo ético em um espaço em que não há horizontalização dos saberes (Val et al., 2017), mas ocorre justamente o contrário: promove-se investidas que são pautadas em interesses de exclusão das diferentes formas de existência e práticas de cuidado.

Cabe fazer uma ressalva com relação a outro elemento importante na adesão das mães às orientações: a formação do profissional que orienta. Os enfermeiros participantes relatam que as mães tem maiores tendências a seguir as orientações dos médicos-pediatras: *“Ser daquela cultura centrada no médico, onde se o médico orientar, vai ser o que eles vão fazer (P9)”*. Tal questão demonstra que, assim como apresentado anteriormente em que o saber biomédico-científico está presente no discurso dos profissionais, há aspectos desses saberes que reverberam em alguns cuidadores, ao atribuírem à figura do médico a representação de único profissional apto a ofertar recomendações à saúde: *“Porque as mães, muitas ainda pensam assim, ‘ah, não está doente, não precisa [vir ao atendimento], né?’ (P10)”*.

Um estudo realizado com nove enfermeiros de Paraíba (PI) acerca de suas percepções em relação aos atendimentos dos bebês, encontrou resultados semelhantes sobre os efeitos do saber biomédico nos cuidadores (Brito et al., 2018). A partir de entrevistas, os profissionais relataram que um dos maiores desafios do seu trabalho era justamente a adesão das mães aos atendimentos e às orientações fornecidas, uma vez que os cuidadores só procuravam pelos serviços de saúde ou colocavam as recomendações em prática quando os bebês adoeciam. Os autores discutem que essa perspectiva se pauta na lógica curativista do saber biomédico, a qual é inversa a proposta de prevenção e acompanhamento da saúde integral do bebê (Brasil, 2018). Nesse sentido, parece que alguns elementos dos saberes cientificistas também atravessam as mães/cuidadores atendidos pelos profissionais participantes desse estudo, já que também são, direta ou indiretamente, constituídas nos saberes hegemônicos da cultura e do território.

Independente das variações de como se apresentam as constantes tentativas de promover essa homogeneização de saberes, a maioria dos profissionais, paradoxalmente, reconhece as (im)possibilidades de desempenhar a sua função de orientação aos cuidadores, sobretudo pela potência dos saberes e práticas de cuidado das mães: *“As práticas populares têm muito mais força do que o conhecimento científico” (P10)*. Esses saberes e práticas de cuidado são intrínsecos nos cuidadores, uma questão que, no

imaginário dos profissionais, trata-se de características que dificilmente são modificadas: *“Isso eu aprendi a duras penas, você não tira essas coisas da cabeça das pessoas” (P7)*. Portanto, na percepção dos profissionais, as orientações fornecidas nos atendimentos aos bebês promovem pouco ou nenhum impacto nos cuidadores, especialmente quando as recomendações são dissonantes aos seus próprios saberes e práticas de cuidado: *“Eu acho que pra vida daquela pessoa, eu acho que eu, eu não consigo impactar e mudar comportamento, sabe?” (P3)*.

Nessa perspectiva de diversidade de saberes e práticas de cuidado, o estudo de Takemoto et al. (2019) entrevistou dez mães de bebês de até dois anos, usuários dos serviços de saúde das UBS, e identificou que os saberes e práticas de cuidado das mães comumente sobrepujam as orientações dos profissionais de saúde. Apesar dos resultados corroborarem, importante destacar que a discussão do material (Takemoto et al., 2019), de autoria de profissionais-pesquisadores enfermeiros, apontou esses saberes e práticas dos cuidadores como inadequadas, mostrando que a homogeneização de saberes pode estar atravessada, inclusive, na produção de conhecimento da área. Neste sentido, cabe questionar a dita cientificidade das produções acadêmicas. Teo (2011) ao cunhar o conceito de violência epistêmica, denuncia os deslizes ou intencionalidades de pesquisadores ao tratar as interpretações de dados enquanto conhecimento absoluto, sem considerar as competências hermenêuticas dos fenômenos circunscritos.

Portanto, assim como as interpretações dos dados podem ser feitas de uma forma violenta, promovendo segregação de populações em detrimento à outras, a utilização de dados para fundamentar políticas recomendativas e generalistas também figuram uma forma de violência (Teo, 2011). Lembra-se, ainda, que as opções epistemológicas e metodológicas que utilizamos também são escolhas políticas que reforçam uma visão específica e fragmentada da sociedade (Fonseca, 2012). Deste modo, cabe questionar em que medida os estudos da área reforçam uma lógica de homogeneização de saberes, ao inferiorizar práticas de cuidados das mães/cuidadores que não se identificam com o saber hegemônico respaldado pelas políticas públicas e profissionais de saúde.

De qualquer forma, os dados sugerem que, na percepção dos profissionais, essas tentativas de homogeneização de saberes não são bem sucedidas, pois há uma dificuldade de silenciar os saberes das mães/cuidadores. Essas questões produzem diferentes impactos nos próprios profissionais, como, por exemplo, quando se referem às situações

em que os cuidadores optam por não seguirem as orientações, o principal sentimento que emerge nas falas dos participantes é “frustração”: “*Dá tu se sente frustrado nisso, eu acho que... esse, isso é um desafio bem grande assim.*” (P2). Ainda, referem que surgem sentimentos de raiva “*Eu fico muito braba*” (P4), que resultam em posturas agressivas “*Eu não fico quieta e eu digo ‘Não, não é bem assim!’*” (P11). Por vezes, esses sentimentos podem se transformar em punições às mães/cuidadores por atentarem aos próprios saberes em detrimento das recomendações dos profissionais: “*Lembra que eu te falei né, falei pro bem sabe? então isso aqui é consequência daquilo lá, porque você não fez assim como foi orientado*” (P8).

Como bem referem Val et al. (2017), cabe lembrar que mesmo que os profissionais intentem promover um trabalho fundamentado em práticas éticas, há sempre uma implicação subjetiva do profissional ao exercer cuidados em dispositivos de saúde pública, sobretudo quando se trata de funções que constituem uma relação próxima com o território e usuários adscritos, como é o caso dos atendimentos dos bebês na Atenção Básica. Se tratando de um campo em que a neutralidade não é possível, o surgimento de resistências e (des)afetos é uma questão inerente ao trabalho dos profissionais, mas que precisam ser pontuados para que não se transformem em mais medidas verticalizadas aos cuidadores e seus bebês.

Ademais, torna-se importante ressaltar que os profissionais da área da saúde pública são monitorados pelos coordenadores dos serviços de saúde: “*A saúde pública exige isso da gente também, né? Então sempre monitorando o nosso trabalho*” (P6). Constitui-se, portanto, diferentes níveis de cobranças por resultados no formato de indicadores de assistência prestada, bem como da assiduidade dos cuidadores e de seus bebês nos atendimentos: “*Metas a serem atingidas, indicadores. Tu tem que ser responsável*” (P4). Pensamos em que medida essa cobrança da gestão também precisa ser considerada como parcialmente responsável pelas práticas em saúde mais verticalizadas, já que os profissionais se encontram em uma situação que, ao mesmo tempo em que necessitam responder as demandas dos próprios serviços de saúde, também precisam considerar a diversidade de subjetividades, saberes e práticas de cuidado dos cuidadores e seus bebês. Esse lugar de correspondência entre duas forças díspares parece configurar outro desafio do trabalho, o qual, novamente, demanda a implicação subjetiva dos profissionais de saúde no manejo das cobranças de diferentes ordens. Algo que pode,

inclusive, trazer níveis de sofrimento psíquico aos profissionais por uma sobrecarga de demandas emocionais (Onocko-Campos, 2012).

É interessante destacar que uma parcela dos profissionais de saúde não conseguiu responder diretamente as questões da entrevista sobre a diversidade de saberes e práticas de cuidado: *“Não, a gente não percebe isso assim tão forte aqui” (P1)*. Ao mesmo tempo, elementos desse fenômeno apareceram “despretensiosamente” nas respostas de outras questões mais generalistas. Ainda, alguns profissionais justificaram uma suposta ausência dos saberes e práticas tradicionais por certo enfraquecimento simbólico nas novas gerações de cuidadores: *“Anos atrás era um pouco mais, agora hoje em dia não mais. As meninas estão mais resolvidas quanto a isso. Pelo menos lá a gente percebe isso” (P9)*. Algo que, em seu imaginário, seria o resultado do investimento dos profissionais na Educação em Saúde das mães: *“Aparece, às vezes, raramente, porque agora o pessoal tá bem mais orientado” (P12)*. Sendo assim, talvez acreditem que o saber biomédico-científico estaria, em certa medida, “vencendo” o embate contra os saberes tradicionais, mesmo que diversos relatos apresentados denotem justamente o contrário: uma resistência e permanência de saberes tradicionais e familiares em detrimento do hegemônico.

Diante desse desafio dos profissionais de perceber a atuação de outros saberes nos atendimentos dos bebês, conjectura-se duas hipóteses, a partir dos relatos dos próprios profissionais. A primeira diria respeito a certa indisponibilidade afetiva do profissional para olhar para essa dimensão dos saberes ou, até mesmo, impossibilidade de permitir que se manifeste, apesar de, despretensiosamente, relatarem cenas em que é perceptível a tradicionalidade atuando: *“Isso é uma coisa que não entra no meu consultório. Se tem, eu não percebo” (P7)*. A segunda hipótese, colocando novamente em questão a onipotência dos profissionais e de suas orientações, não haveria garantias de que esses saberes e práticas tradicionais não continuassem latentes nas mães, mesmo que não sejam relatados pelos cuidadores nos atendimentos em saúde do bebê: *“A gente não sabe, daqui a pouco diz que não vão fazer e fazem” (P11)*. Portanto, longe de esgotar o debate sobre como os profissionais interpretam a função de orientadores preconizado pelas políticas de saúde do bebê, apresentaram-se algumas reflexões sobre as verticalizações das recomendações e os embates consequentes, os quais se configuram entre saberes e práticas de cuidado tradicionais e biomédicos-científicos.

Ressaltamos que as discussões propostas não se ocupam de pormenorizar as políticas públicas ou a organização dos serviços de saúde, tampouco desqualificar o trabalho dos profissionais em suas implicações nos atendimentos. Sabe-se da importância do acompanhamento e de toda atenção à saúde dos bebês e de seus cuidadores, ainda mais com os inúmeros desafios enfrentados pelos profissionais frente ao cotidiano e às precarizações dos serviços de saúde. Contudo, pensamos ser oportuno lançar luz sobre essas disparidades nos atendimentos dos bebês, para que seja oportunizado a abertura de algumas fissuras nos saberes hegemônicos a partir de espaços de reflexões e possíveis elaborações. Desta forma, incentiva-se práticas em saúde mais horizontalizadas, as quais proporcionem uma integração e contemplação dos diferentes saberes presentes no território.

### **Considerações finais**

O objetivo deste estudo foi investigar a percepção dos profissionais de saúde sobre a sua função de orientação nos atendimentos aos bebês e os respectivos possíveis impactos dessa prática nos cuidadores e nos próprios profissionais, no contexto da Atenção Básica de Caxias do Sul, RS. Identificou-se que as orientações dos profissionais aos cuidadores eram voltadas essencialmente à figura das mães, o que nos pareceu que outros possíveis arranjos de cuidado das famílias atendidas eram desconsiderados nos atendimentos. Além disso, observou-se a importância de colocar em questão a lógica biomédica atuante por detrás da assistência à saúde do bebê, seja em termos das políticas públicas ou da prática profissional, uma vez esse modelo também é endossado pelo saber hegemônico, que é validado nos territórios da cidade.

Discutiu-se ainda que esse saber que orienta o paradigma de cuidado dos profissionais é cientificista, que se auto autoriza pela condição de ciência, dificilmente flexível às singularidades dos cuidadores e seus bebês. Ao mesmo tempo em há tentativas de homogeneização de saberes para atingir um cuidado idealizado, excluindo os saberes dissonantes e formas de existência que não se enquadram no modelo hegemônico, os próprios profissionais de saúde referem que, devido a potência dos saberes e práticas de cuidado dos cuidadores, há pouco ou nenhum impacto de suas orientações sobre essa população. Algo que produz impactos nos próprios profissionais, como sentimento de

frustração e raiva, que podem voltar-se aos cuidadores no formato de exigências mais verticalizadas.

Por fim, destaca-se a potência do estudo por buscar compreender as especificidades culturais de Caxias do Sul (RS) no contexto dos atendimentos em saúde dos bebês e seus cuidadores, a partir de entrevistas com todos os profissionais responsáveis pelo cuidado à essa população em quatro UBS da cidade. Dentre as limitações do estudo, considera-se as coletas de dados aconteceram através de entrevistas online, já que outras modalidades metodológicas foram impossibilitadas pelas medidas restritivas da pandemia do Covid-19, especialmente nos dispositivos de saúde pública. Para futuros estudos, sugere-se a utilização de outros métodos de investigação, como a observação dos atendimentos dos bebês, bem como entrevistas com os cuidadores, a fim de proporcionar uma riqueza de nuances para os fenômenos investigados. Desta forma, acredita-se que será possível compreender profundamente como se apresentam as percepções e práticas dos profissionais de saúde da Atenção Básica com relação a sua função de orientação e seus respectivos impactos nos cuidadores dos bebês e em si próprios.

### Referências

- Amarante, P., & Costa, A. M. (2012). *Diversidade cultural e saúde*. 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. *Online Braz J Nurs*, 20, e20216436. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20216436>
- Bisol, C. A. (1999). Diálogos sobre o bebê: análise de discurso em ultra-sonografias obstétricas. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2368/000273078.pdf?sequence=1>
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)* (4th ed.). Série Pactos pela Saúde. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Brasil. (2013). Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)

- Brasil. (2015). Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)
- Brasil. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. Secretaria de atenção à saúde. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/>
- Brasil (2020). Ministério da Saúde. *Caderneta da Criança Menino: Passaporte da Criança* (2nd ed.). Secretaria de atenção à saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_crianca\\_menino\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_2ed.pdf)
- Brito, G. V., Albuquerque, I. M. N., Ribeiro, M. A., Ponte, E. C. S., & Linhares, M. G. C. (2018). Consulta de puericultura na Estratégia de Saúde da Família: Percepção de enfermeiros. *Rev. APS*, 21(1), 48-55. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16040>
- Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004) A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), 139-146. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(4), 679-684. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>
- Costa-Júnior, F. M., Couto, M. T., & Maia, A. C. B. (2016). Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 23, 97-117. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04.a>
- Diniz, A. L. T. M., Melo, R. H. V. de, & Vilar, R. L. A. de. (2021). Análise de uma prática interprofissional colaborativa na estratégia saúde da família. *Revista Ciência Plural*, 7(3), 137–157. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3ID23953>
- Espote, R. & Serralha, C. A. (2018). Escutando as mães: o cuidado ao bebê frente às orientações profissionais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(2), 453-467. <https://doi.org/10.15309/18psd190222>
- Forno, C D., & Macedo, M. M. K. (2021). Pesquisa Psicanalítica: da transferência com a Psicanálise à produção do ensaio metapsicológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37, e37406. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37406>

- Fontanella, B. J. C., Luchesi, B. M., & Saidel, M. G. B. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 389-394. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
- Fonseca, C. (2005). Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*, 14(2), 50-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000200006>
- 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.
- Freud, S. (2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In S. Freud (P. C. de Souza, Trad.), *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“o caso Schreber”)*, artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913), (pp. 147-162). Obras completas, v. 10, São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1912).
- Gomes, W. (1989). As contribuições e possibilidades dos dados da entrevista na teorização em psicologia. In: Anais do II Simpósio Brasileiro de Pesquisa e Intercâmbio Científico, da ANPPEP, em Gramado, 19 a 23 de abril, p. 301-306.
- Gil, A. C. (2022). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.
- Hirano, A., Baggio, M., & Ferrari, R. (2021). Amamentação e alimentação complementar: experiências de mães e profissionais de saúde em região de fronteira. *Enfermagem em Foco*, 12(6), 1132-1138. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4787>
- 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>.
- Mello, D. F., Lima, R. A. G., & Scochi, C. G. S. (2007). A saúde de crianças em situação de pobreza: entre a rotina e a eventualidade de cuidados cotidianos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(Special), 820-827. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000700017>
- 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, 1-11. <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>

- Nespolo, G. F., Duarte, E. R. M., Rocha, C. M. F., Ferla, A. A., Ferreira, G. E., Oliveira, G. C. de, & Lima, B. S. de S. (2014). Pontos de cultura: contribuições para a Educação Popular em Saúde na perspectiva de seus coordenadores. *Comunicação Saúde Educação*, 18(Supl. 2), 1187-1198. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0367>
- Onocko-Campos, R. (2012). *Psicanálise & saúde coletiva: interfaces*. Hucitec.
- Pereira, M. M., Penha, T. P., Vieira, D. S., Vaz, E. M. C., Santos, C. C. B., & Reichert, A. P. S. (2015). Prática educativa de enfermeiras na Atenção Primária à Saúde, para o desenvolvimento infantil saudável. *Cogitare Enferm.*, 20(4), 767-774. <http://doi.org/10.5380/ce.v20i4.41649>
- Rodrigues, D. A., Sousa, M. D., Silva, F. J. S., Carvalho, D. P. S. R. P., Bezerra, S. T. F., & Gomes, J. G. N. (2019). Avaliação da adesão às consultas de crescimento e desenvolvimento infantil. *Revista de enfermagem UFPE*, 13(4), 1023-1029. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238262p1023-1029-2019>
- Rosa, M. D. (2002). Uma escuta psicanalítica das vidas secas. *Textura: Revista de Psicanálise*, 2(2), 42-46. <https://psicanalisepolitica.files.wordpress.com/2014/06/33-rosa-m-d-uma-escuta-psicanal3adtica-das-vidas-secas-textura-sc3a3o-paulo-sc3a0o-paulo-v-2-n-2-p-42-47-2002.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\\_arttext&pid=S1518-61482004000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482004000200008)
- Serralha, C. A. (2013). A ética do cuidado e as ações em saúde e educação. In Z. Loparic (Ed), *Winnicott e a ética do cuidado* (pp. 319-338). DWW.
- Takemoto, A. Y., Zarpelon, N. F., & Rossetto, E. G. (2019). Práticas populares no cuidado infantil: percepções das mães. *Revista Rene*, 20, e:40075. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040075>
- Teo, T. (2011). Empirical Race Psychology and the Hermeneutics of Epistemological Violence. *Hum. Stud.*, 34, 237-255. <https://doi.org/10.1007/s10746-011-9179-8>
- 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), 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>
- Vieira, D. S., Dias, T. K. C., Pedrosa, R. K. B., Vaz, E. M. C., Collet, N., & Reichert, A.

P. S. (2019). Processo de trabalho de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, e1242. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190090>

Winnicott, D. W. (2020). *Bebês e suas mães*. (C. Winnicott, R. Shepherd, M. Davis, Org., B. Longhi, Trad.) Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1987).