

**EXPERIÊNCIAS 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**

Pedro Henrique Conte Gil

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, maio de 2021

**EXPERIÊNCIAS 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**

Pedro Henrique Conte Gil

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia sob orientação da Profa. Rita de Cássia Sobreira Lopes, PhD.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, maio de 2021

AGRADECIMENTOS

Ao me aproximar do final da escrita dessa dissertação, impossível não olhar para trás e perceber o quanto o percurso do mestrado foi permeados por momentos distintos, prazerosos e difíceis, assim como é a vida. Contudo, me sinto privilegiado em poder ter dividido essa trajetória com pessoas que, incontáveis vezes, potencializaram as alegrias e diminuíram os desafios. Assim, gostaria de agradecer:

À minha orientadora, Profa. Rita, pela orientação e sensibilidade na construção dessa dissertação. Para além, agradeço a escuta e os convites para olharmos para além das normatividades colocadas, ensinamentos os quais carregarei para a vida.

Ao Prof. César Piccinini, por ter aceitado ser meu relator e por suas assertivas contribuições, mas, acima disso, por sua postura sempre compreensiva em meu favor e dos demais estudantes.

Às demais professoras componentes da banca, Dra. Andrea Ferrari e Dra. Fernanda Ribeiro, por suas valiosas sugestões que, sem dúvida, enriqueceram esse trabalho.

À Prof. Joice Sonogo, por me contagiar com seu apreço pela pesquisa e, também, por ser a principal incentivadora do meu desejo em me aventurar pela pós-graduação na capital.

Aos profissionais de saúde que participaram desse estudo, por sua disponibilidade e interesse, mesmo diante dos incontáveis desafios enfrentados no período pandêmico.

Aos colegas do NUDIF e do projeto SUSBEBÊ, em especial ao Georgius e a Mariana, que além de parceiros em todos os estágios da pesquisa, se tornaram amigos queridos. Agradeço, também, as alunas de iniciação científica do grupo, Caroline, Amanda, Adriana e Débora, por sua dedicação e pronto auxílio frente as demandas que se apresentavam.

Às amigas especiais que o mestrado me proporcionou, Alessandra, Beatriz, Maísa, Martina, Mônica e Sílvia, as quais, sem dúvida, foram figuras contingentes e potencializadoras desde o início desse percurso.

Aos meus pais, Bernardete e Gilnei, que sempre acreditaram no meu potencial e investiram todas suas possibilidades para que eu pudesse galgar meus objetivos.

Aos meus irmãos, Anna e Carlos, os quais foram suporte e refúgio, tornando as dificuldades mais leves.

À minha família do coração, em especial minha segunda mãe Lorena e meu irmão emprestado Lucas, que por seu desejo de cuidar de mim, um bebê de seis meses de idade, possibilitaram que eu fosse cercado de afetos desde a tenra infância.

Aos amigos de longa data, os quais foram pacientes durante os dois anos desse mestrado, ao suportarem meus pedidos de desculpas por minhas ausências.

Muito obrigado!

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	6
RESUMO.....	7
ABSTRACT	8
CAPÍTULO I	9
INTRODUÇÃO	9
1.1 Apresentação.....	9
1.2 O Sistema Único de Saúde e as políticas de saúde do bebê	9
1.3 Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: a função de orientação aos cuidadores.....	12
1.4 Estudos sobre as experiências dos profissionais frente à diversidade de cuidadores, saberes e/ou práticas de cuidado nos atendimentos ao bebê na Atenção Básica	15
1.5 Justificativa e objetivo do estudo.....	19
CAPÍTULO II.....	21
MÉTODO	21
2.1 Contextualização do território da pesquisa.....	21
2.2 Participantes.....	24
2.3 Delineamento e procedimento	26
2.4 Instrumentos	27
2.5 Considerações éticas	29
2.6 Análise de dados	30
CAPÍTULO III	31
RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
3.1 Experiências dos profissionais com as mães como cuidadoras: “ <i>la mamma</i> ” idealizada <i>versus</i> as outras mães	Erro! Indicador não definido.
3.1.1 “ <i>La mamma</i> ” idealizada: “ <i>As imigrações italianas, é muito mais cuidadosa, né, com os filhos e com os cuidados</i> ”.....	Erro! Indicador não definido.
3.1.2 As outras mães: “ <i>Quanto menos o índice socioeconômico... mais o cuidado é precário</i> ”	Erro! Indicador não definido.
3.2 A experiência dos profissionais com as avós (“ <i>la nonna</i> ”) como cuidadoras: “ <i>não se faz mais assim!</i> ”.....	Erro! Indicador não definido.
3.3 A experiência dos profissionais com cuidadores imigrantes não italianos (os “ <i>estrangeiros</i> ”): “ <i>a dificuldade que a gente tem por serem de outro lugar</i> ” .	Erro! Indicador não definido.

3.4 Como os profissionais de saúde interpretam a função de orientação aos cuidadores preconizada pelas políticas de cuidado integral ao bebê no SUS **Erro! Indicador não definido.**

CAPÍTULO IV.....	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	40
ANEXO A.....	46
ANEXO B.....	48
ANEXO C.....	50
ANEXO D.....	53
ANEXO E.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes.

RESUMO

Tendo em vista as diretrizes e políticas do Sistema de Saúde (SUS) e da Atenção Básica para os atendimentos do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) dos bebês, está posto aos profissionais de saúde que orientem suas práticas a partir do paradigma de cuidado integral. Sendo assim, os profissionais precisam abarcar a diversidade de subjetividades, saberes e práticas de cuidado que se apresentam nos atendimentos, algo que pode se apresentar enquanto um desafio, uma vez que podem encontrar dificuldades em colocar em prática as orientações e recomendações preconizadas pelas políticas de saúde. Esse desafio se torna maior quando se trata de Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em territórios com uma forte tradição cultural hegemônica, como é o caso da imigração italiana, na cidade de Caxias do Sul. Portanto, o presente estudo buscou investigar as experiências 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. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, envolvendo entrevistas online com 12 profissionais de saúde de quatro UBS, cujos dados foram analisados através de uma leitura psicanalítica. Enquanto resultados e discussão, quatro eixos de análise emergiam espontaneamente dos dados: 1) as experiências dos profissionais de saúde com as mães como cuidadoras; 2) as experiências com as avós como cuidadoras; 3) as experiências com cuidadores imigrantes não italianos; e 4) como os profissionais de saúde interpretam a função de orientação aos cuidadores, preconizada pelas políticas de cuidado integral ao bebê no SUS. Constatou-se que os profissionais de saúde identificam uma diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidado nos atendimentos aos bebês nas UBS. Com relação aos saberes dos cuidadores que são dissonantes aos saberes e práticas hegemônicos da cultura local, os profissionais valem-se da educação em saúde da população, a qual pode se configurar como uma tentativa de controle e de homogeneização dos saberes. Contudo, essa estratégia parece não ser efetiva, tendo em vista a potência dos saberes e práticas de cuidado das mães, avós e demais cuidadores. Portanto, torna-se, de fato, um desafio para os profissionais de saúde, sem a formação para tal, atenderem às recomendações das políticas de saúde no exercício da função de orientação, respeitando a diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidado presentes nos atendimentos aos bebês na Atenção Básica.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Básica. Profissional de Saúde. Diversidade Cultural. Crescimento e Desenvolvimento.

ABSTRACT

In view of the guidelines and policies of the Health System (SUS) and Primary Health Care (PHC) for the assistance of monitoring the growth and development (DC) of infants, it is up to health professionals to guide their practices from the paradigm of comprehensive care. Thus, professionals need to embrace the diversity of subjectivities, knowledge, and care practices that present themselves in infant's consultations, something that can present itself as a challenge, since they may find it difficult to put into practice the guidelines and recommendations advocated by health policies. This challenge becomes greater when it comes to PHC centers located in territories with a strong hegemonic cultural tradition, as is the case of Italian immigration, in the city of Caxias do Sul, Southern Brazil. Therefore, the present study sought to investigate the experiences of health professionals with the diversity of caregivers, knowledge, and care practices in the consultations of infants from 0 to 2 years old in PHC centers of Caxias do Sul, Southern Brazil. This is a qualitative exploratory study, involving online interviews with 12 health professionals from four UBS, whose data were analyzed through a psychoanalytical reading. As results and discussion, four themes of analysis emerged spontaneously from the data: 1) the experiences of health professionals with mothers as caregivers; 2) experiences with grandmothers as caregivers; 3) experiences with non-Italian immigrant caregivers; and 4) how health professionals understand their function of guiding caregivers, advocated by policies for comprehensive baby care in SUS. It was found that health professionals identify a diversity of caregivers, knowledge, and care practices in the care of infants in PHC centers. Regarding the knowledge of caregivers who are at odds with the hegemonic knowledge and practices of the local culture, professionals use of the health education of the population, which can be configured as an attempt to control and homogenize knowledge. However, this strategy does not seem to be effective, considering the power of the knowledge and care practices of mothers, grandmothers, and other caregivers. Therefore, it becomes, in fact, a challenge for health professionals, without the training to do so, to comply with the recommendations of health policies in the practice of the guidance function, respecting the diversity of caregivers, knowledge, and care practices present in infant's consultations in PHC.

Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. Health Professional. Cultural Diversity. Growth and Development. Cultural Diversity.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

O estudo desenvolvido na presente dissertação é parte integrante de um projeto maior, do Núcleo de Infância e Família (NUDIF/UFRGS), denominado “SUSBEBÊ: Ações do SUS implicadas com a saúde psíquica do bebê” (NUDIF, 2019), o qual tem por objetivo geral identificar as ações de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) voltadas para a saúde psíquica do bebê, da gestação ao 2º ano de vida.

De início, propõe-se um percurso sobre as diretrizes e políticas do SUS e da Atenção Básica, sobretudo com relação a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a qual organiza os atendimentos do acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) dos bebês. Dentre seus pressupostos, a política preconiza que os profissionais de saúde orientem suas práticas em saúde a partir do paradigma de cuidado integral, contemplando a diversidade cultural de cuidadores, bem como seus respectivos saberes e práticas de cuidado. Contudo, a literatura aponta que a função de orientação dos profissionais de saúde tem se apresentado como um desafio nessas situações, tendo em vista que essa diversidade de saberes e práticas de cuidado podem estar em dissonância com as orientações e recomendações das políticas de saúde. Esse desafio se torna maior quando se trata de Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em territórios com uma forte tradição cultural hegemônica, como é o caso da imigração italiana, na cidade de Caxias do Sul.

Assim sendo, esse estudo buscou investigar as experiências 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.

1.2 O Sistema Único de Saúde e as políticas de saúde do bebê

A história dos cuidados com a saúde do brasileiro é marcada, principalmente, pela filantropia religiosa, a caridade (Carvalho, 2013). Enquanto a população mais abastada pagava por serviços de saúde, os pobres eram atendidos por médicos e instituições filantrópicas. O Estado tinha apenas algumas incumbências diante do controle de epidemias, como ações de vacinação ou de saneamento básico. Assim ocorreu até meados do fim do século XIX e início do XX, com a construção de saneamento do Rio de Janeiro e pela grande campanha de vacinação contra a varíola.

É somente a partir de diversos movimentos sociais e políticos e, principalmente pela Reforma Sanitária em 1988, que a Constituição Federal define no Art. 196 que saúde é direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). Aqui estão os primórdios do Sistema Único de Saúde (SUS), que viria a ser instituído logo após com os decretos das leis 8.080/1990 (Brasil, 1990a) e 8.142/1990 (Brasil, 1990b), tornando o acesso à saúde um direito civil.

Atualmente, o SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública gratuita do mundo, sendo responsável pelo cuidado de mais de 140 milhões de brasileiros, sem considerar os que utilizam planos de saúde privados (Mendes, 2013). Os seus principais objetivos visam identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde, formular políticas de saúde para diminuir o risco de agravos à saúde e conduzir ações de promoção, proteção e recuperação em saúde, integrando ações assistenciais e preventivas (Brasil, 1990a). A organização do sistema é pautada por um conjunto de princípios doutrinários, dentre os quais destaca-se a universalidade, a equidade e a integralidade.

A universalidade é o princípio que fundamenta o acesso à saúde como direito de cidadania de todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, cultura, nacionalidade, religião, ocupação ou outras características sociais ou pessoais (Brasil, 1990a). Propõe a igualdade da assistência da saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Já a equidade visa à diminuição das desigualdades, tendo em vista que mesmo que todas as pessoas tenham direito e acesso, sabe-se que possuem demandas diferentes em saúde. Por isso, o tratamento diferenciado acontece a partir das necessidades específicas dos usuários do sistema. Trata-se diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal), com o intuito de prestar assistência assertiva às populações mais vulneráveis.

Por sua vez, a integralidade entende os indivíduos como um todo e não apenas como um corpo, resultado da soma de órgãos e aparelhos orgânicos. Assim, preconiza o cuidado à saúde destituído da perspectiva do modelo biomédico e da cisão saúde-doença, considerando aspectos subjetivos, contextuais e socioculturais favoráveis como indicadores de saúde (Brasil, 1990a). Para tanto, é necessário que haja integração de ações de promoção, prevenção e tratamento de reabilitação. Além disso, pressupõe uma atuação intersetorial entre diferentes áreas da saúde, bem como os diferentes níveis da rede do sistema, com a intenção de repercutir na saúde e qualidade de vida dos usuários (Raymundo, 2013).

A partir de 2010, o SUS foi reestruturado e passou a atuar na perspectiva de redes de atenção, como uma tentativa de superação do modelo biomédico, fragmentado e hegemônico de assistência que continuava vigente nas práticas em saúde (Erdmann, Andrade, Mello, & Drago, 2013). Assim sendo, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi estabelecida, a qual é

fundamentada em um conjunto organizado de ações e serviços, articulado por diferentes densidades tecnológicas e três níveis de atenção à saúde, a saber: Atenção Primária (Atenção Básica), Secundária e Terciária (Brasil, 2010). Devido ao foco deste estudo na Atenção Básica, apenas esse primeiro nível de atenção à saúde será detalhado.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada dos usuários ao sistema (Brasil, 2006). Está organizada, principalmente, a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelas equipes da Atenção Básica. Sua função é composta por um conjunto de ações de saúde, em nível individual e coletivo, que visam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação e manutenção da saúde. Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual fundamenta e organiza os serviços e assistência desse nível de atenção, preconiza outros princípios fundamentais no cuidado à saúde da população, como a territorialidade e o vínculo (Brasil, 2006). Sendo assim, a Atenção Básica destaca a importância de considerar a diversidade cultural e social do território em que as UBS estão inseridas, para que seja possível a construção de vínculo e de responsabilização entre profissionais de saúde e usuários, características que aprimoram as condições dos cuidados em saúde da população (Reichert et al., 2007).

Em termos de atuação, a Atenção Básica se apoia em equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), que atua a partir da adstrição dos usuários, as visitas domiciliares e a integralidade das práticas e da equipe multiprofissional (Tanaka, 2011). Nesse sentido, a equipe de profissionais de saúde da ESF deve ser constituída, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. A participação de outros profissionais, como pediatras, nutricionistas, psicólogos e dentistas, varia conforme a gestão e repasse de verbas da federação para cada município (Araújo & Rocha, 2007).

As ações da ESF se concentram na metodologia da Educação Popular em Saúde (EPS), ferramenta sancionada como prática regular na Atenção Básica pela Política Nacional de Educação em Saúde (Brasil, 2013). Por sua vez, a EPS propõe que os profissionais eduquem a população para aderirem às recomendações em saúde, a partir do diálogo entre saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade e a produção de conhecimentos dos usuários. Como descrito na lei, essa educação popular possibilitaria encontros vinculares entre profissionais e usuários; entre as equipes de saúde e os espaços das práticas populares de cuidado; e entre o cotidiano dos conselhos e dos movimentos populares, e assim, possibilitando a ressignificação de saberes e práticas.

Em termos de diálogo de saberes, um dos avanços do SUS foi a instituição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) (Brasil, 2015). A partir

dela, passa-se a institucionalizar saberes e práticas de homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social. Dentre suas diretrizes e objetivos, destaca-se a contribuição dessas práticas para a resolubilidade das demandas em saúde, estimular alternativas inovadoras e socialmente validadas, para o desenvolvimento sustentável de comunidades, bem como estimular as ações referentes ao controle e participação social, promovendo uma participação mais autônoma dos usuários em seus processos de saúde.

Ainda, a ESF inaugurou o Programa de Agentes Comunitários (PAC), que proporciona visitas dos agentes de saúde aos usuários do serviço no território que estão adscritos nas UBS. Com esse programa, a saúde infantil passa a receber especial atenção, uma vez que um dos principais objetivos do programa é a redução da mortalidade materno-infantil, a partir do paradigma de cuidado integral da família, e não somente do sujeito enfermo (Rosa & Labate, 2005). Outras políticas e estratégias de atenção à saúde da primeira infância também já eram operacionalizadas desde os anos 2000 (Macêdo, 2016), contudo, seus objetivos convergiam principalmente em combater a mortalidade infantil.

As políticas públicas e suas respectivas ações voltadas à saúde infantil impactaram expressivamente na diminuição dos índices de mortalidade (Brasil, 2018). No entanto, percebendo a necessidade de avançar para além da sobrevivência, através da atenção ao desenvolvimento e à saúde integral de bebês e crianças do Brasil, o Ministério da Saúde articulou a conjuntura de políticas e programas existentes para a construção de um pacto federativo, o qual organiza toda a assistência à saúde infantil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Brasil, 2015).

1.3 Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: a função de orientação aos cuidadores

A PNAISC objetiva proteger e promover a saúde de bebês e crianças e o aleitamento materno, desde a gestação até os nove anos, através da articulação de serviços nos diferentes níveis de atenção, sendo a Atenção Básica responsável pelo cuidado no território (Brasil, 2015). Preconiza o cuidado integral à saúde, especialmente à primeira infância e populações vulneráveis, tendo em vista a redução da morbimortalidade infantil e a oportunidade de um ambiente facilitador à vida, com condições de pleno desenvolvimento.

Fundamentado em diversos princípios, diretrizes e estratégias para garantir o cuidado integral da criança (Brasil, 2015), destaca-se para este estudo o eixo estratégico “Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral”. A estratégia consiste na vigilância e estímulo ao crescimento e desenvolvimento da criança, incluindo ações de

orientação aos cuidadores para fortalecimento de vínculos familiares, a partir de atendimentos rotineiros. Embora a política vise atender a todo o período do desenvolvimento infantil, o Ministério da Saúde recomenda periodicidade específica para os atendimentos de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD)¹ do bebê, faixa etária a qual também é de interesse desse estudo. Assim sendo, as consultas devem acontecer na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês e no 24º mês de vida. A partir dos dois anos de idade, as consultas passam a ser anuais, e agendadas próximo ao mês de aniversário da criança (Brasil, 2019).

Como apontado anteriormente, a proposta do acompanhamento CD fundamenta-se no paradigma de cuidado integral, concepção advinda das contribuições de diversas áreas do conhecimento, como a Biologia, as Neurociências, a Psicologia, a Psicanálise e suas relações com saberes e práticas da Saúde Coletiva (Brasil, 2015). Nesse diálogo de saberes interdisciplinares, a perspectiva de cuidado integral reitera a importância de contemplar outros aspectos da saúde dos bebês para além dos orgânicos, entendendo a importância de abarcar o desenvolvimento de suas habilidades motoras, cognitivas, afetivas, sociais e contextuais. Portanto, trata-se de uma concepção que avança em relação ao modelo biomédico resolutivista-curativista, compreendendo a importância de propiciar uma atenção em saúde que facilite o pleno crescimento e desenvolvimento dos bebês.

Enquanto instrumento dos atendimentos CD, a “Caderneta de Saúde da Criança” (CSC) é a ferramenta que auxilia pais/cuidadores e os profissionais de saúde no acompanhamento do desenvolvimento do bebê (Brasil, 2015; 2019). É entregue às puérperas desde a maternidade, antes de deixarem os hospitais, com a primeira consulta CD do bebê já agendada em sua UBS de referência. Por sua vez, a CSC teve uma nova versão lançada recentemente, reformulada e dividida em duas partes: a primeira refere-se a recomendações de cuidado para família/cuidadores e a segunda aos registros em saúde dos profissionais de saúde (Brasil, 2020).

Especificamente a primeira parte da CSC conta com uma série de informações, orientações e prescrições protocolais que os cuidadores precisariam adotar com relação aos cuidados gerais com o bebê. Envolve questões sobre amamentação, estimulação para o desenvolvimento com afeto, saúde bucal, atenção à visão e audição, observação quanto ao uso de eletrônicos, a prevenção de acidentes e proteção ao bebê e criança, entre outros (Brasil,

¹ Importante mencionar que os termos “puericultura”, “consultas do pediatra”, “consultas de enfermagem” e semelhantes, também são utilizados para se referir a esses atendimentos, principalmente em publicações científicas das áreas da medicina e enfermagem (Lima et al., 2016).

2020). Já a segunda parte, instrui os profissionais a exercerem sua prática através de orientações de cuidado e recomendações em saúde aos pais/cuidadores, bem como do registro das consultas, das medidas antropométricas de crescimento, desenvolvimento e acompanhamento odontológico, bem como as suplementações de vitaminas e o calendário de vacinação.

Portanto, conforme instituem essas diretrizes tanto da PNAISC (Brasil, 2015) quanto da CSC (Brasil, 2020), é solicitado ao profissional de saúde que, no acompanhamento CD do bebê, avalie e registre o peso, altura, estado nutricional, desenvolvimento global, vacinação, intercorrências e identifique problemas ou riscos para a saúde dos bebês. Além disso, têm a incumbência de orientar os pais/cuidadores para os cuidados gerais de seus bebês, enfatizando a importância do aleitamento materno, da higiene individual e ambiental, prevenção de acidentes, estimulação e cumprimento do calendário de vacinação.

Tendo em vista toda essa conjuntura de princípios do SUS e diretrizes das políticas de saúde, em especial para os atendimentos do bebê na atenção básica, as práticas e orientações dos profissionais de saúde não devem assumir caráter meramente mecânico ou normativo (Monteiro, Macedo, Santos & Araújo, 2011). Nesse sentido, quando há a centralização dos cuidados na clivagem saúde-doença e na resolutividade de queixas, o profissional de saúde ocupa uma posição de poder, tornando os cuidadores meros receptores de informações, o que coloca em risco o paradigma de cuidado integral preconizado pelas políticas.

Ainda, há que se considerar que a adesão aos tratamentos e cuidados pessoais está diretamente relacionada com o respeito aos saberes em saúde dos cuidadores (Nespolo et al., 2014), que são expressos através de comportamentos e tradições, no estilo de vida cotidiano, na rotina, nos rituais e práticas de cuidado a si e a outrem, que precisam ser considerados e validados nos atendimentos. Portanto, reitera-se a necessidade de considerar as subjetividades dos cuidadores e bebês para o cuidado integral, através da contemplação e validação de marcadores e saberes históricos, sociais, econômicos, raciais, culturais, religiosos e territoriais (Amarante & Costa, 2012).

Atuar na perspectiva inversa à do cuidado integral, preconizado pela política, produz efeitos. O desrespeito à cultura e aos saberes dos cuidadores é um atentado contra a subjetividade, uma vez que os despotencializa e compromete a humanização do cuidado integral (Amarante & Costa, 2012). Em revisão da literatura sobre assimetrias nos encontros de profissionais e usuários (Caprara & Rodrigues, 2004), identificou-se que a relação de cuidado fica comprometida, principalmente quando o profissional de saúde desconsidera ou invalida aspectos subjetivos, colocando-se na posição de detentor do saber absoluto. O

resultado disso não se restringe apenas à insatisfação dos usuários e a uma menor qualidade dos serviços, mas influencia negativamente no estado de saúde dos pacientes.

Assim, reitera-se a importância de o profissional de saúde contemplar a diversidade de subjetividades, bem como saberes culturais e práticas de cuidado dos cuidadores nos atendimentos ao bebê. Contudo, a literatura tem apontado que os preceitos das equipes ESF e suas respectivas práticas de assistência à saúde do bebê ainda seguem centradas na perspectiva biomédica (Rocha, Soares, Farah, & Friedrich, 2012; Moreira & Gaíva, 2017). O conhecimento da situação de saúde, bem como os saberes e práticas dos cuidadores no cuidado aos bebês têm sido pouco explorados ou, até mesmo, deslegitimados. Nesse sentido, a escuta das demandas trazidas pelos cuidadores também não tem sido considerada pelos profissionais (Araújo et al. 2016), algo que aponta para inconsistências na execução da proposta de cuidado integral preconizado por todas as políticas de saúde do bebê.

Portanto, a contemplação dos aspectos subjetivos e dos saberes culturais na atenção à saúde se apresenta como um dos desafios do sistema público (Nespolo et al, 2014), especialmente para a Atenção Básica e, assim, para o acompanhamento CD do bebê. As diretrizes dessas equipes envolvem a prestação do cuidado integral à luz do princípio da territorialidade e do vínculo, ou seja, é preciso considerar a diversidade cultural e de práticas em saúde da população no acompanhamento longitudinal dos bebês e seus cuidadores nas UBS (Silva et al., 2014). A seguir, serão apresentados estudos que se aproximam dos objetivos do presente estudo, ao abordarem as experiências dos profissionais de saúde frente à diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidado ao bebê, bem como os desafios de contemplar essa pluralidade em suas práticas de orientação em saúde.

1.4 Estudos sobre as experiências dos profissionais de saúde frente à diversidade de cuidadores, saberes e/ou práticas de cuidado nos atendimentos ao bebê na Atenção Básica

A literatura carece de estudos que abordem as experiências dos profissionais de saúde no atendimento ao bebê na atenção básica com a diversidade, seja de cuidadores ou de saberes e práticas de cuidado. Assim sendo, foram selecionados estudos que, apesar de não tratarem diretamente das experiências dos profissionais, apresentaram alguns achados que aludem a essas experiências e, também, aos desafios para a equipe de saúde de levar em consideração essa diversidade nos atendimentos ao bebê de 0 a 2 anos na Atenção Básica.

Em um estudo realizado em um distrito do município de Paraíba, no Piauí, nove enfermeiros de equipes ESF foram entrevistados acerca de suas percepções sobre os

atendimentos CD de bebês (Brito et al., 2018). A partir da análise de entrevistas, foi possível constatar que os profissionais percebiam como de suma importância os atendimentos ao bebê, bem como as orientações de cuidado fornecidas. No entanto, enfrentavam desafios na adesão das mães às consultas, uma vez que essas só procuravam pelos serviços de saúde quando seus bebês adoeciam. Essa questão foi discutida no estudo em termos da lógica de atendimento “curativista” do saber biomédico, elemento que impactava negativamente no acompanhamento CD e na saúde dos bebês. Enquanto alternativa de enfrentamento a essas dificuldades, o estudo sugeriu que o vínculo seria um caminho facilitador, oportunizando, através da validação e reconhecimento, por parte dos profissionais, a contemplação da diversidade de contextos, saberes e necessidades individuais das mães.

Alinhado a essa perspectiva de vínculo, Moreira e Gaíva (2016) investigaram a comunicação interpessoal e seus impactos na autonomia das mães e família, no processo de cuidado em atendimentos ao bebê na Atenção Básica. A partir das entrevistas com quatro enfermeiros de diferentes UBS da cidade de Cuiabá, Mato Grosso, os autores perceberam uma polifonia de comunicações entre profissionais e cuidadores atuantes nos atendimentos. De um lado, a produção de diálogos impositivos, diretivos, autoritários e verticalizados dos profissionais, os quais não valorizavam as demandas maternas, bem como sua subjetividade, e, de outro, o protagonismo materno no cuidado ao bebê. Nesse sentido, os autores também identificaram diálogos participativos, em que os profissionais validavam as dúvidas maternas através de manifestações de apoio e confiança em suas práticas de cuidado pessoais e familiares. Assim sendo, o estudo conclui que a comunicação nos atendimentos do bebê não pode ter o foco no controle, sendo importante prover um espaço para escuta e comunicação sensível, que considere os saberes das mães e da família no processo de saúde do bebê, oportunizando um contexto favorável ao oferecimento de um cuidado integral.

Em outra oportunidade, os autores Moreira e Gaíva (2017) conduziram a observação dos atendimentos dos bebês nas quatro UBS de Cuiabá, Mato Grosso. Nessa proposta, a investigação analisou as ações desenvolvidas pelos enfermeiros relacionadas ao contexto de vida e ambiente familiar do bebê, na perspectiva de promoção de saúde. Contando com a observação de 21 consultas, nas quais as mães foram atendidas por quatro enfermeiros distintos, as análises sugeriram que há aspectos culturais das mães que são desconsiderados pelos enfermeiros no momento dos atendimentos ao bebê. Em um caso, a mãe participante relatou o oferecimento de água ou chá ao bebê, seguindo uma orientação de sua própria mãe – a avó do bebê. A enfermeira desaprovou a conduta e desvalorizou os saberes e práticas de cuidado da avó, enfatizando suas recomendações técnicas. Em outro caso do mesmo estudo, uma mãe enfaixava o umbigo do bebê, como prática de cicatrização do coto umbilical. Os

autores relatam que quando o profissional percebeu a prática, contrariou o uso e removeu a faixa imediatamente, sem tentar compreender as razões subjetivas e culturais da mãe que, muito provavelmente, fundamentaram a prática de cuidado.

No mesmo estudo (Moreira & Gaíva, 2017), porém agora em relação ao aleitamento materno exclusivo, os profissionais pareceram não ponderar o contexto das lactantes que não amamentavam seus bebês exclusivamente. Ainda, rechaçavam as dificuldades apresentadas pelas mães, sobretudo quando acreditavam que o seu leite “era fraco” – insuficiente para a nutrição adequada do bebê. Diversos outros estudos que buscaram acessar as perspectivas das mães sobre o aleitamento materno apontam na mesma direção (Silveira, Martins, Albuquerque, & Frota, 2008; Giuliani, Oliveira, Santos, & Bosco, 2011; Giuliani et al., 2012). Esses estudos convergem ao salientarem que o principal motivo que leva as mães ao desmame “precoce” dos bebês são seus saberes e práticas familiares, algo que encontra fortes resistências pelos profissionais de saúde. Dentre as razões explicitadas nos estudos para esse desmame precoce, destaca-se que as mães não acreditam no potencial nutritivo do seu leite, além de perceberem a amamentação como uma experiência desagradável, assim, abandonando a prática por incentivo das avós dos bebês, antes do período de seis meses preconizado pelas políticas de saúde (Brasil, 2015; 2020).

Seguindo na linha da alimentação do bebê, o estudo de Campos, Ribeiro e Silva (2010) se ocupou em investigar as experiências de sete enfermeiros pernambucanos nos atendimentos CD ao bebê na Atenção Básica, com especial atenção aos aspectos nutricionais. A partir da observação participante e condução de entrevistas semiestruturadas, os autores relataram que os profissionais de saúde, frequentemente, se deparavam com saberes e práticas de cuidado culturais das mães e avós, sobretudo em relação a alimentação dos bebês. Os profissionais sentiam-se apreensivos quando as mães, especialmente as adolescentes, não amamentavam exclusivamente até o sexto mês de idade, mesmo quando, em teoria, estavam fisicamente aptas para tanto. Contudo, as mães forneciam outros alimentos ao bebê, como guloseimas e, em casos extremos, bebidas alcoólicas, com medo de adoecerem ou ficassem “aguadas” – aqui, o estudo descreveu a manifestação de um saber popular, mas que não foi explicitado o seu significado (Campos, Ribeiro, Silva & Saporoli, 2010). Na verdade, a inserção de outros alimentos na dieta do bebê, que não o leite materno, bem como outras práticas alternativas com relação à alimentação, são compreendidas como inadequadas pelos profissionais em outros estudos (Dominguez et al., 2017; Palombo, Fujimori, Toriyama, Duarte & Borges, 2017).

Ainda com relação ao estudo de Campos, Ribeiro, Silva e Saporoli (2010), os autores identificaram a presença das avós nos atendimentos aos bebês. Por sua vez, os profissionais

relataram que as avós exercem fortes influências sobre as mães, através de suas tradicionais orientações de cuidado. O estudo nomeia essas influências como “interferências”, justamente porque as orientações e práticas de cuidado das avós são, muitas vezes, antagônicas às recomendações dos profissionais. Nesses casos específicos, as mães optavam por seguir as orientações das avós em detrimento dos profissionais, evidenciando a importância que atribuem aos seus saberes familiares.

Nessa perspectiva de diversidade de saberes e práticas de cuidado, o estudo de Takemoto, Zarpelon e Rosseto (2019) entrevistou dez mães de bebês de até dois anos, usuários dos serviços de saúde das UBS, e identificou que alguns saberes e práticas de cuidado emergiam nas falas das mães nos atendimentos. Na descrição dos resultados, ficou evidente a importância das práticas de cuidado tradicionais da família, as quais, novamente, sobrepujaram as orientações dos profissionais de saúde. Dentre elas, destacou-se o curativo do coto umbilical, a utilização de chás para o tratamento de sintomas, bem como a prática de benzer para a cura de doenças e outras simpatias, as quais eram percebidas pelas mães como recursos que promoviam saúde aos seus bebês. Apesar de o estudo carecer da perspectiva dos profissionais de saúde que atendiam essas mães, a discussão do material, de autoria de profissionais enfermeiros, apontou essas práticas de cuidado alternativas como inadequadas.

Em termos de orientações de cuidado, o estudo de Pereira et al. (2015) entrevistou dez enfermeiras de equipes ESF que atuavam nos atendimentos aos bebês em João Pessoa, Paraíba. Por sua vez, a investigação buscou identificar a concepção de educação em saúde que norteava as práticas educativas das enfermeiras da Atenção Básica, visando à promoção do desenvolvimento infantil saudável. Os resultados sugerem que algumas enfermeiras desconhecem a real proposta de educação em saúde, a qual preconiza a construção de saberes em colaboração com os cuidadores no momento das orientações. Todavia, as enfermeiras mantinham intervenções baseadas apenas na transmissão prescritiva de informações. Ainda, os autores discutiram como essas perspectivas se alinham a uma concepção higienista, com atividades voltadas apenas para a prevenção de doenças, excluindo saberes e práticas de cuidado que são dissonantes aos preconizados pelo saber biomédico-científico.

Por fim, tendo em vista famílias em vulnerabilidade social, o estudo realizado por Mello, Lima e Scochi (2007), com dez enfermeiras de uma UBS periférica de Ribeirão Preto, São Paulo, objetivou identificar o modo como a atenção à saúde do bebê, nos atendimentos CD do bebê, era realizada no cotidiano dessas famílias. Os resultados sugerem que os profissionais dividiam as mães em duas categorias: as desinteressadas e as cuidadoras/preocupadas com seus bebês. Por sua vez, as desinteressadas pelo cuidado eram as mães que não levavam os bebês às consultas de rotina, enquanto as mães

cuidadoras/preocupadas procuravam 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 pobreza e dos distintos saberes e práticas de cuidado atuantes na população do território. Algo que, inclusive, o estudo aponta que desvelaria um ideal de comportamento materno para os profissionais de saúde, que se associa ao cumprimento das recomendações e prescrições em saúde.

1.5 Justificativa e objetivo do estudo

Fundamentado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, o SUS, alinhado a prerrogativas das políticas de atenção à saúde do bebê, salientam a importância de os profissionais de saúde contemplarem a diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidado nos atendimentos CD na Atenção Básica. Conforme exposto, deslegitimar os saberes e práticas de cuidado pode acarretar comprometimentos na relação profissional-cuidador-bebê, bem como nos índices de saúde da população atendida. Cabe aos profissionais de saúde da Atenção Básica, além de atenderem aos bebês, exercerem a função de orientação aos cuidadores, pautados pelo paradigma de cuidado integral e contemplando também a diversidade cultural de subjetividades, saberes e práticas de cuidado. Ao mesmo tempo, tal função apresenta-se como um desafio para os profissionais de saúde, tendo em vista que essa diversidade de saberes e práticas pode estar em dissonância com as orientações e recomendações das políticas de saúde. Esse desafio se torna ainda maior quando se trata de UBS localizadas em territórios com uma forte tradição cultural hegemônica, como é o caso da imigração italiana, na cidade de Caxias do Sul.

Apesar da importância de se compreender como os profissionais de saúde lidam com esses desafios, não foram identificados estudos nas bases de dados (IndexPsi, Scielo, PsychInfo, Lilacs, entre outras) que abarcassem a experiência dos profissionais de saúde com a diversidade, especialmente no tocante a saberes e práticas de cuidado, nos atendimentos à saúde do bebê na Atenção Básica. Os estudos apresentados envolveram apenas fragmentos alusivos à diversidade cultural e saúde dos bebês. Outros estudos que se propõem a investigar essa relação foram conduzidos em outros níveis de atenção, como em ambulatórios e hospitais (Iserhard, Budó, Neves, & Badke, 2009; Pacheco & Cabral, 2011; Linhares, Silva, Rodrigues & Araújo, 2012) ou envolveram a população em geral, sem contemplar especificamente os profissionais de saúde e cuidadores nos atendimentos aos bebês (Acosta, Gomes, Kerber, & Costa, 2012; Fernandez, Silva, & Sacardo, 2018).

Assim sendo, o presente estudo busca explorar os desafios para os profissionais de colocarem em prática o que preconizam as políticas públicas de atenção à saúde do bebê, especialmente no que diz respeito às diretrizes da PNAISC (Brasil, 2015) e a CSC (Brasil, 2020) de cuidado integral à saúde do bebê, incluindo a orientação aos seus cuidadores. De modo particular, esse estudo buscou investigar as experiências 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.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1 Contextualização do território da pesquisa

A história da colônia de Caxias inicia em 1875 através da proposta de colonização europeia da política migratória imperial do Brasil, a qual alocou os primeiros imigrantes italianos na região serrana do Rio Grande do Sul (Silva, 2018). Com a promessa de ascensão econômica e social, os imigrantes camponeses de Vêneto (norte da Itália), foram trazidos para o povoamento da região e, principalmente, para a constituição de um novo mercado de trabalho na produção mercantil-exportadora, substitutivo da mão-de-obra escrava (Colbari, 1997). Além disso, essa política migratória também apostava na miscigenação das etnias, com o intuito de tentar “branquear” a população brasileira (Ramos, 2003).

Sendo assim, o Brasil se propôs a custear a vinda dos imigrantes italianos, disponibilizando um crédito para que pudessem arcar com suas despesas de instalação ao chegarem nas colônias designadas, dívidas que precisariam ser quitadas posteriormente (Manfio & Pierozan, 2019). No caso dos imigrantes alocados na colônia de Caxias, a forma de pagamento pelas terras recebidas foi a construção de uma estrada de ferro, a qual, já na época, tornou-se a principal responsável pelo desenvolvimento da região (Kieling & Link, 2001). Por sua vez, a obra ferroviária possibilitou o crescimento das atividades artesanais e industriais da colônia, expansão que desencadeou a abertura de indústrias nos setores de vinícolas, tritícolas, madeireira, mecânica e têxtil. A partir desse desenvolvimento econômico e, conseqüentemente, da abundante oferta de empregos, a colônia de Caxias passou a acolher imigrantes e brasileiros de diversas localidades, tornando-se, em pouco tempo, uma região bastante populosa.

Tendo em vista essa alta densidade populacional, a cidade de Caxias do Sul foi emancipada em 20 de junho de 1890, através da Lei Estadual 275, após várias fases e diferentes denominações de colônia (Kieling & Link, 2001). Atualmente, a cidade é a segunda maior do estado em extensão e quantidade de habitantes, inclusive, sendo considerada a “capital do trabalho” da região sul do Brasil, especialmente por seu parque industrial, sua importante produção vinícola e seu comércio rico e dinâmico. Apesar de contar com uma diversidade de indivíduos residentes, os quais advêm de diferentes regiões do país e do mundo, Caxias do Sul ainda é considerada o pólo centralizador da marca italiana no sul do Brasil, principalmente por manter-se cultivando os valores e saberes dos imigrantes italianos, sobretudo em relação a importância do trabalho, da religião e da família (Colbari, 1997; Kieling & Link, 2001).

Nesse sentido, estudiosos das imigrações italianas sublinham que todo esse processo histórico migratório imprimiu fortes marcas na representação da identidade, memória e tradição de Caxias do Sul e de seus conterrâneos (Ramos, 2003). Desde o estabelecimento na região, os imigrantes italianos passaram a reproduzir a sua cultura e demais marcas identitárias no novo território, como uma forma de exaltar suas memórias da Itália e expectativas quanto ao novo território (Manfio & Pierozan, 2019). Os colonizadores italianos permaneceram evocando sua ancestralidade e apreço à pátria originária ao exercerem seus saberes, práticas e modos de existência, como um processo de retomada identitária que, direta ou indiretamente, foi responsável pela transmissão dos valores e costumes tradicionais italianos para seus descendentes (Briskievicz, 2012).

Esse enraizamento cultural-identitário permanece surtindo efeitos na atualidade. Comumente, promove-se a valorização da história e cultura dos imigrantes italianos da antiga colônia de Caxias pelos seus descendentes, sobretudo em relação a ética do trabalho, a religiosidade católica e a organização de papéis familiares (Colbari, 1997; Manfio & Pierozan, 2019). Nessas articulações, o discurso atuante na região sobre a configuração familiar, atravessada por essa ancestralidade de traços identitários do descendente de italiano, consiste em atribuir papéis de gênero bastante definidos no discurso: está posto a figura masculina organizar, direcionar e supervisionar o trabalho, enquanto a figura feminina é responsável pelo cuidado aos filhos e encargos do lar (Costa, 1996; Manfio & Pierozan, 2019).

Essas valorizações histórico-culturais e atribuições de papéis são representadas na materialidade na cidade (Manfio & Pierozan, 2019). Desde a materialidade invisível, através das histórias, memórias, ensinamentos, costumes e valores; até a materialidade visível, expressa em monumentos, igrejas, casas e outras formas concretas, as quais estão espalhadas pela extensão do território da região. Ou seja, os habitantes revivem os saberes e práticas tradicionais italianas, enquanto a cidade os expressa através de monumentos históricos que aludem a esses traços identitários dos imigrantes italianos. Portanto, é como se a cultura e os saberes imbricados nela se materializassem não apenas no discurso, mas fisicamente, desvelando as principais características dos imigrantes italianos que seguem sendo percebidas e legitimadas por seus descendentes. Dentre essas características, conforme exposto, permanecem: a importância de sua identidade de imigrante/descendente de italianos, o apreço pela religiosidade católica e os papéis de gênero colocados, sobretudo da figura feminina (Colbari, 1997; Manfio & Pierozan, 2019).

Como uma forma de exemplificar algumas dessas materialidades, recorreu-se ao Arquivo Histórico Municipal de Caxias do Sul (<http://arquivomunicipal.caxias.rs.gov.br/>). De

maneira breve, destaca-se “o Monumento Nacional ao Imigrante” e o “Museu Ambiente Casa de Pedra”, os quais representam a valorização aos traços identitários do imigrante e descendente de italiano; há também o monumento “Jesus Terceiro Milênio” e a “Igreja de São Pelegrino”, em especial inferência a importância da dimensão religiosa, sobretudo católica da cidade; e, por fim, apresenta-se a estátua de “Luiza Eberle”, desvelando a importância da figura e do cuidado materno na cultura da região. Todos esses pontos históricos-turísticos representam valores e saberes cultuados pela cidade e, de certa forma, provavelmente estão atravessados nos seus habitantes e conterrâneos.

Dada a importância do cuidado e da figura materna para o objetivo desse estudo, debruça-se sobre o último exemplo, a estátua de Luiza Eberle. Depositada na praça central da cidade, a figura representa uma mulher-mãe italiana, a qual segura e, docemente, beija o seu bebê. A tradicional placa de bronze, disposta abaixo da estátua, descreve Luiza como “símbolo da intrépida participação da mulher na geração e no progresso desta cidade, fonte inspiradora da industrialização do nordeste do Estado” (Bisol, 1999, p. 29). Como bem observou Bisol (1999), as palavras “geração” e “progresso” são utilizadas para caracterizar o papel da mulher no desenvolvimento da região. Sendo assim, para além dos aspectos históricos da cidade, esse monumento representa saberes tradicionais regionais imbricados no progresso da cidade, os quais são marcados no campo do discurso: o papel central da mãe na geração e no cuidado da prole – descendência que será responsável pelo desenvolvimento industrial da cidade.

Tendo em vista que se trata de uma estátua relativamente recente, instalada cerca de pouco mais de 20 anos, o monumento marca a persistência dos valores e dos discursos de imigrantes italianos através do tempo (Bisol, 1999). Entretanto, vale ressaltar que a figura não retrata qualquer mãe. A estátua tem sobrenome “Eberle”, família tradicional de Caxias do Sul, a qual representa a classe social de imigrantes que ascendeu socialmente ao fundar uma das maiores empresas da história da cidade e, assim, atingiu o referido “progresso” (Tisott, 2011). Portanto, o monumento tem classe social: trata-se de uma homenagem à mãe que gera filhos bem-sucedidos – os que nascem com saúde, crescem, trabalham, progridem economicamente e tornam-se uma empresa (Bisol, 1999). Como uma cidade que repete a si mesma, o processo identitário testifica de uma história de sucesso e prosperidade do território e dos habitantes, graças ao trabalho do homem e do cuidado da mulher-mãe.

Por fim, essa breve contextualização dos imigrantes e descendentes italianos da região são relevantes de serem apresentadas, uma vez que esse estudo se propõe a ilustrar quais saberes e práticas de cuidado estão imbricados nos saberes hegemônicos e vigentes na cultura de Caxias do Sul. Além disso, como será exposto, esses elementos também estão atravessados

nos sujeitos, como profissionais de saúde desse estudo, portanto, nos atendimentos aos bebês na Atenção Básica.

2.2 Participantes

Participaram deste estudo 12 profissionais de saúde, responsáveis por atendimentos em saúde a bebês de 0 a 2 anos, vinculados à quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Atenção Básica do SUS, na cidade de Caxias do Sul, RS. Considera-se, também, o pesquisador enquanto um participante da pesquisa, tendo em vista as suas implicações subjetivas que atuaram desde a concepção da investigação e permearam os processos de coleta, análise e escrita dessa dissertação (Rosa, 2004).

Os dados sociodemográficos dos participantes encontram-se na **Tabela 1**. Todos os nomes dos profissionais de saúde são fictícios para preservar suas identidades. As informações de raça/etnia e gênero foram autodeclaradas pelos participantes em perguntas abertas, sobre como se identificavam perante os marcadores.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos participantes

Unidade de Saúde	Nome	Formação	Raça/Etnia	Gênero	Filhos	Religião/Forma de expressar espiritualidade
Pesquisador	Pedro	Psicólogo	Branca	Masculino	Não	Agnóstico
1	Rafael	Enfermeiro	Negra	Masculino	Não	Cristianismo
1	Natália	Enfermeira	Branca	Feminino	1	Não
1 e 2*	Clarissa	Pediatra	Branca	Feminino	2	Católica
2	Fernanda	Enfermeira	Parda	Feminino	Não	Acredita em deus
2	Letícia	Enfermeira	Branca	Feminino	Não	Católica
2	Camila	Técnica em Enfermagem	Indígena**	Feminino	2	Católica
3	Denise	Pediatra	Branca	Feminino	1	Espiritismo
3	Gabriela	Enfermeira	Parda	Feminino	2	Espiritismo
3	Joana	Enfermeira	Branca	Feminino	Não	Espiritismo
3	Paola	Enfermeira	Branca	Feminino	1	Católica
4	Morgana	Enfermeira	Branca	Feminino	2	Católica
4	Caroline	Técnica em Enfermagem	Branca	Feminino	2	Católica

*Pediatras da cidade trabalham em mais de uma Unidade de Saúde, como no caso da participante Clarissa.

**Na questão sobre raça/etnia, a participante relatou “me considero mais índia, minha avó era índia”.

Os profissionais de saúde participantes foram selecionados dentre os integrantes do projeto maior intitulado “SUSBEBÊ: Ações do SUS implicadas com a saúde psíquica do bebê” (NUDIF, 2019), conduzido pelo Núcleo de Infância e Família (NUDIF/UFRGS). Este projeto tem como objetivo identificar as ações de serviços do SUS voltadas para o bebê e seus principais desafios, nos diferentes níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária, e suas contribuições para a saúde psíquica do bebê, da gestação ao 2º ano de vida.

O projeto SUSBEBÊ iniciou em 2019 e segue com coletas de dados em andamento. Sua proposta consiste em entrevistar profissionais de saúde, coordenadores de equipes multidisciplinares e cuidadores-usuários dos serviços de saúde, cujo bebê esteja em atendimento no SUS. Enquanto critério de inclusão do projeto, para os profissionais, considera-se os seguintes: ser profissional de saúde do SUS; estar atuando nos serviços há pelo menos um ano; e estar envolvido essencialmente em um dos níveis de atenção à saúde. Enquanto formação, prioriza-se a participação de profissionais de diferentes áreas de atuação, como médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, dentistas, agentes comunitários de saúde, entre outros. Já para os coordenadores, o critério de inclusão consiste em ser servidor do SUS no cargo de gerência há pelo menos um ano. Por fim, os critérios de inclusão dos usuários são: ser usuário dos serviços de saúde em período de gestação, parto/puerpério ou ter um bebê com idade de até dois anos, em atendimento nos serviços de saúde investigados.

Para fins do presente estudo, selecionou-se 12 profissionais de saúde que integram o banco de dados do projeto SUSBEBÊ². O pesquisador incluiu os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem de quatro UBSs de Caxias do Sul, os quais prestavam atendimentos em saúde para bebês de 0 a 2 anos. A proposta inicial consistiu em incluir todos os profissionais de saúde das UBS selecionadas, no entanto, apenas uma pediatra, vinculada à quarta UBS, não foi inserida pois não demonstrou interesse em participar do estudo.

Por fim, salienta-se que a partir da análise dos dados dos 12 participantes não se objetivou a saturação dos dados (Stake, 2006). Os casos foram escolhidos por conveniência, através da indicação da SMS de Caxias do Sul, associado ao interesse do pesquisador em conhecer as experiências dos profissionais de saúde sobre a diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidado nos atendimentos aos bebês na Atenção Básica da cidade.

²O projeto de pesquisa desta dissertação também incluía a investigação com cuidadores-bebês, usuários dos serviços de saúde da AB. No entanto, devido ao contexto de pandemia do Covid-19, não foi possível acessar a estes participantes.

2.3 Delineamento e procedimento

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório (Gil, 2007), com caráter transversal, o qual objetivou conhecer as experiências 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. Contando com um planejamento flexível, esse delineamento permite explorar a realidade de determinada problemática e proporcionar maior compreensão e familiaridade a respeito do fenômeno estudado.

A coleta de dados consistiu em entrevistas, na modalidade online, com profissionais de saúde responsáveis por prestar atendimentos em saúde a bebês de 0 a 2 anos, em quatro UBS de Caxias do Sul. Os dados foram coletados no período de novembro de 2020 a janeiro de 2021 pelo pesquisador dessa dissertação, com exceção de apenas uma entrevista com uma enfermeira, a qual foi conduzida por outro pesquisador integrante do projeto SUSBEBÊ.

Em termos de procedimento, o presente estudo foi inicialmente apresentado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caxias do Sul, órgão que regula e autoriza as pesquisas conduzidas nos serviços de saúde da cidade. Após avaliação e aceite³, através da assinatura da **Carta de Apresentação e Autorização (Anexo A)**, contatou-se a responsável pelo setor da SMS que planeja e organiza as políticas de saúde da criança, para obter-se indicações de possíveis UBS para a condução do estudo. A responsável referiu que o estudo seria pertinente de ser conduzido em três diferentes UBSs da cidade, tendo em vista a importante quantidade de bebês adscritos nesses territórios.

Assim, o pesquisador contatou as respectivas coordenadoras das UBSs indicadas e, então, agendou um horário para apresentação do projeto. Após apresentação, todas as coordenadoras autorizaram que o estudo fosse conduzido com os profissionais de saúde da UBS sob sua responsabilidade. Tendo em vista o contexto de pandemia do Covid-19, o convite para participação da pesquisa não pode ser feito direto aos profissionais de saúde, portanto, disponibilizou-se para as coordenadoras das UBS um cartaz digital informativo, com a divulgação da pesquisa e um link de um formulário online da plataforma Google *Forms*, o qual foi enviado aos profissionais de saúde por WhatsApp e e-mail. Ao acessarem esse formulário online, os profissionais interessados precisaram confirmar que eram profissionais de saúde da Atenção Básica e atendiam bebês de 0 a 2 anos, além de assentir à leitura e às condições do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo B)** para

³ Projeto foi apresentado à SMS de Caxias do Sul em abril de 2020, no entanto, devido à pandemia do Covid-19, todas as pesquisas conduzidas nos serviços de saúde da cidade foram suspensas por tempo indeterminado na época. A avaliação dos projetos foi retomada apenas em setembro de 2020 e, por sua vez, o projeto SUSBEBÊ (NUDIF, 2019) teve seu aceite em outubro de 2020.

participação na pesquisa. Após o TCLE, oportunizava-se uma página para preenchimento de dados básicos de identificação, como: nome, contato, profissão, cidade e unidade de saúde.

Com o retorno desses formulários, o pesquisador contatou os interessados em participar do estudo. Agendou a condução da **Entrevista sobre as experiências dos profissionais da Atenção Básica com bebês (Anexo C)**, na modalidade online, através da plataforma *Whereby*. Tal dispositivo foi escolhido em virtude de possibilitar o acesso a salas de videoconferência tanto pelo computador quanto pelo celular e não exigir do participante o *download* de qualquer aplicativo, além de garantir a criptografia das informações.

Salienta-se que todos os profissionais de saúde da cidade de Caxias do Sul que demonstraram interesse em participar da pesquisa, de fato, foram entrevistados. No entanto, importante mencionar que as coordenadoras de UBS da cidade são responsáveis por, no mínimo, duas UBSs em diferentes territórios. Fato que só se tornou conhecido pelo pesquisador a posteriori, quando o primeiro contato com as coordenadoras já haviam ocorrido. Assim, cada coordenadora divulgou o material da pesquisa nas duas UBS sob sua responsabilidade, o que ampliou a quantidade de UBS previamente escolhidas. Contudo, não houve demonstração de interesse, via formulário online, dos profissionais de saúde que atuavam nas UBSs sob gerência da terceira coordenadora contatada. Portanto, os profissionais participantes advêm de quatro UBSs da cidade, as quais estão sob a gerência de apenas duas das coordenadoras indicadas pela SMS da cidade.

2.4 Instrumentos⁴

Entrevista sobre as experiências dos profissionais da Atenção Básica com bebês (NUDIF/SUSBEBÊ, 2020): utilizada para investigar as experiências dos profissionais de saúde da Atenção Básica do SUS com bebês, considerando as implicações do período de pandemia do Covid-19. Para este estudo foram analisadas as respostas que ilustravam as experiências dos profissionais com relação à diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidados dos bebês. As entrevistas foram realizadas individualmente⁵ com cada profissional, gravadas e transcritas para fins de análise. Cópia da entrevista no Anexo C.

⁴ O projeto de pesquisa desta dissertação pressupunha a observação de orientação psicanalítica (Oliveira-Menegotto, Menezes, & Lopes. 2006) dos atendimentos dos bebês nas UBS. No entanto, devido ao contexto de pandemia de Covid-19, tal proposta de investigação não foi possível de ser conduzida.

⁵ Apesar do agendamento individual, a entrevista com Fernanda e Camila, profissionais da UBS 2, aconteceu em dois momentos: os três primeiros blocos da entrevista em conjunto com as duas profissionais, e os últimos dois blocos, individualmente. O agendamento havia sido feito com Camila, mas que parecia insegura em participar da pesquisa sozinha, por isso, convidou a colega de trabalho, Fernanda, para participar juntamente. O pesquisador,

As entrevistas se configuram enquanto tópicos (Gomes, 1989), na qual, o seu roteiro não conta com um conjunto de questões preestabelecidas, mas apenas com tópicos amplos que convidem ao entrevistado a falar sobre o fenômeno investigado. As subquestões de cada tópico são provocações para que o entrevistado possa ampliar o seu relato sobre a temática. Orientada pelos pressupostos da teoria psicanalítica, a entrevista propôs um espaço de escuta e permitiu que o participante seguisse suas próprias associações sobre as temáticas apresentadas, com mínima ou nenhuma orientação do pesquisador.

Nesse sentido, o método psicanalítico integra teoria, prática e a pesquisa, proporcionando o movimento do fenômeno ao conceito (Rosa, 2004). Assim, pode-se traçar paralelos do momento de escuta com o tratamento clínico, no qual a escuta (do inconsciente) ocupa papel central. A partir das associações do paciente (no caso, participante), operadas na transferência, o método consiste na escuta e interpretação do sujeito de desejo, dos efeitos do inconsciente e dos laços que produz, orientados pela premissa de o saber está no sujeito, mesmo que este nada saiba sobre, mas de algo que se produz na relação transferencial.

No tocante à condução da pesquisa, quando a entrevista é amparada pela ética da Psicanálise, essa pode configurar-se como um momento de escuta das demandas dos entrevistados. Nessa direção, Rosa (2004) propõe que é possível trabalhar a escuta psicanalítica em depoimentos e entrevistas, mesmo que colhidos em função do objetivo do pesquisador. Tendo em vista que o inconsciente não está restrito a manifestações da prática clínica, mas implicado em todo enunciado, recortando qualquer discurso pela enunciação que o transcende.

Portanto, a relação transferencial, dispositivo que permite a escuta e produção de saber, mesmo que imaginariamente colada às situações de atendimento clínico individual, pode ser ampliada para pesquisas de fenômenos sociais (Rosa, 2002). Nessa relação, a escuta psicanalítica implica que o entrevistador ocupe o lugar do suposto-saber sobre o sujeito – estratégia para que o entrevistado, supondo que fala para quem sabe sobre ele, fale e possa escutar-se e apropriar-se de seu discurso.

Dessa escuta, não se sai isento. É necessário que o entrevistador se desloque do âmbito clínico e escute do lugar que rompe com as barreiras de um sujeito psicológico ou sociológico, fruto de seus predicados, para acessar a experiência partilhada com o outro, a escuta como testemunho e resgate da memória (Rosa, 2004). Portanto, o relato estará

por sua vez, entendeu que esta era a única possibilidade de entrevistar as profissionais, porque assim o fenômeno se apresentava. Pela mesma justificativa, ambas as participantes foram incluídas no estudo.

atravessado por suas resistências e limites, aquilo que suporta compartilhar em experiência com o sujeito em sua história, que pode ser de sofrimento, seu próprio ou do outro.

Já o entrevistado, quando a pesquisa se refere ao funcionamento em malhas institucionais, pode encontrar-se em desconhecimento da formação e manutenção de seus sintomas (Rosa, 2004). Ao propor um espaço em que possa se escutar, oportuniza-se um desvelamento do funcionamento do sujeito, e que pode ter efeitos de dissolução. Ou seja, a própria revelação das ilusões que sustentam os sintomas, podem impactá-los ou ao menos denunciá-los como inconsistências na organização da instituição social.

2.5 Considerações éticas

O presente estudo é parte integrante do projeto “SUSBEBÊ: Ações do SUS implicadas com a saúde psíquica do bebê” (NUDIF, 2019), conduzido pelo Núcleo de Infância e Família (NUDIF/UFRGS), o qual tem por objetivo geral identificar as ações de serviços do SUS voltadas para a saúde psíquica do bebê, da gestação ao 2º ano de vida.

O projeto guarda-chuva foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP; Proc. Nº 3.807.849, cópia no Anexo D) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul (Proc. Nº 3.935.809, cópia no Anexo E)⁶. Esse projeto de pesquisa adota os princípios éticos que concernem à proteção dos direitos, bem-estar e dignidade dos participantes, como preconizados pela Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes foram informados a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa e decidiram, livremente, sobre sua disponibilidade e interesse para participar do estudo. Os que concordaram em participar das entrevistas assentiram ao **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo B)** no formulário do Google *Forms*. Ainda, foi assegurada a autonomia dos participantes, os quais tinham a possibilidade de desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa proposta. A privacidade, o sigilo e a confidencialidade também foram assegurados, em vista que os materiais obtidos por meio das entrevistas serão identificados por um código e devidamente arquivados na sala 208 do

⁶ Os integrantes do grupo de pesquisa, conscientes da realidade atípica de pandemia do Covid-19 e de sua implicação ética e profissional, propuseram um redimensionamento do projeto SUSBEBÊ original (NUDIF, 2019) em março de 2020, a respeito dos objetivos, procedimentos metodológicos e instrumentos prévios. O intuito de tais mudanças visou contemplar para além do contexto pandêmico, entretanto, a propiciação um momento de escuta dos participantes. Devido às mudanças terem acontecido posteriormente ao aceite do CEP, as alterações foram descritas e enviadas ao comitê de pesquisa UFRGS por meio de um adendo, conforme orientação do próprio órgão. O adendo, inscrito sob o número 4.143.008, foi aceito em 08/07/2020. Para a SMS de Caxias do Sul, o projeto já foi encaminhado em sua versão redimensionada.

Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). No momento, encontram-se disponíveis no *Google Drive* do projeto, o qual somente a responsável e os pesquisadores vinculados ao projeto SUSBEBÊ possuem acesso.

2.6 Análise de dados

Com base no delineamento qualitativo exploratório (Gil, 2007), as entrevistas foram analisados por meio de uma leitura psicanalítica dos dados (Rosa, 2002; 2004). Esse movimento de análise permite considerar tanto os conteúdos manifestos e latentes dos participantes, bem como as demais manifestações do inconsciente e os deslocamentos (contra)transferenciais que se estabelecem na relação entre pesquisador-pesquisado. Algo que se torna possível pois os conteúdos que são desprovidos de representação e fogem da literalidade do texto, mas munidos de conteúdos latentes, são passíveis de serem conjecturados pelo pesquisador enquanto ditos não-ditos (Ferrari, 2011).

Norteados por essa proposta de análise, o pesquisador esteve em constante movimento de ilustrar e interrogar os dados, como em um processo de ir e vir. Observou detalhes que não foram mencionados verbalmente, mas que foram percebidos na relação transferencial no momento da entrevista, ou até mesmo, no áudio e leitura das transcrições. Salienta-se que o processo de análise assumiu uma postura sem teorizações a priori, na qual, o pesquisador orientou a escuta dos dados a partir da atenção flutuante, conforme postulada por Freud (1912) “(...) escutar sem se preocupar em notar coisa alguma” (p. 150). Nessa perspectiva, também não se pressupôs interpretações no primeiro momento, para que estes processos não comprometessem a escuta do pesquisador e o impedissem de se disponibilizar para vivenciar a experiência posta junto à relação transferencial com os dados.

Portanto, o pesquisador não se deteve apenas aos conteúdos manifestos, mas considerou os latentes e as construções permitidas pela relação transferencial entre o participante e pesquisador. Assim, tornou-se possível extrair o significado daquilo que não se apresentou conscientemente nos profissionais de saúde sobre suas experiências com a diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidado aos bebês de 0 a 2 anos na Atenção Básica de Caxias do Sul, RS.

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seção de resultados e discussão foi omitida, por um prazo de 5 anos, a contar de 28/05/2021, a fim de preservar o sigilo das participantes.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou investigar as experiências 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. Para tanto, conduziu-se um estudo qualitativo exploratório, o qual contou com entrevistas com 12 profissionais de quatro UBS da cidade. Os dados foram analisados por meio de uma leitura psicanalítica dos dados (Rosa, 2002; 2004), a partir da qual emergiram quatro eixos de análise, três dos quais versam sobre as experiências dos profissionais com a diversidade de cuidadores (mães, avós e cuidadores imigrantes não italianos) nos atendimentos aos bebês, sendo o quarto eixo dedicado a uma discussão sobre como os profissionais interpretam a sua função de orientação aos cuidadores, preconizada pelas políticas de cuidado integral ao bebê no SUS (Brasil, 2015; 2020).

De início, identificamos que a cultura e saberes dos descendentes de italianos da cidade de Caxias do Sul, que idealizam a mãe (*“la mama”*) e o cuidado materno, se transportam para o âmbito da saúde pública, no caso, os atendimentos ao bebê na Atenção Básica. Nesse sentido, constatamos a unanimidade dos profissionais de saúde em atribuir à figura materna a responsabilidade exclusiva pelo cuidado ao bebê, bem como a imposição de uma série de exigências sociais às quais precisam corresponder. Há valores éticos e morais dos profissionais operando nesses julgamentos das mães, os quais pressupõem, também, um cuidado idealizado e colado à figura materna, sendo essa posição uma atribuição normativa e intrínseca ao feminino, de modo geral. Sendo assim, o compartilhamento do cuidado do bebê com outras figuras, seja o pai ou avós do bebê, é percebido enquanto uma terceirização do cuidado materno, algo rechaçado pela cultura local e pelos profissionais de saúde.

Diante dessa idealização da figura materna e impossibilidade de compartilhamento de cuidados, os profissionais de saúde reproduzem um mito da cultura ocidental europeia capitalista, o qual foi nomeado por Badinter (1985) como o “mito do amor materno”. Através de uma análise da variabilidade deste sentimento em relação ao recorte histórico, à cultura, aos saberes e às subjetividades das figuras maternas, a autora retira o amor da mãe da posição normativa e sacramentada que parece permear os saberes da maioria das sociedades contemporâneas. Na verdade, para a autora, o amor materno consistiria em um sentimento que pode existir ou não, aparecer ou desaparecer, ser forte ou frágil, mostrar preferências ou não. Sendo assim, o cerne da discussão de Badinter (1985) está em apontar que esse sentimento fraterno não é inerente à condição de mulher-mãe, como um determinismo, mas algo que pode vir a se constituir ou não, dependendo de uma multiplicidade de fatores subjetivos e

sociais. Portanto, apesar de a idealização do cuidado materno exclusivo já ser amplamente debatida em cenários acadêmicos e filosóficos, essa concepção segue fortemente enraizada e atuante nos saberes e práticas de cuidado aos bebês da cidade de Caxias do Sul e, conseqüentemente, nos profissionais de saúde.

Tendo em vista essa responsabilização da figura materna pelo cuidado, lembramos que há sempre uma ambivalência quando a idealização se faz presente, já que automaticamente se produz um antagônico, alvo de críticas e rechaços. Esse sentimento ambivalente, por sua vez, desvelou o mecanismo psíquico de clivagem dos profissionais de saúde, responsável pela divisão das mães em “*la mamma*” idealizada e “as outras mães”. As outras mães, por não se encaixarem nos ideais sociais maternos da cultura de imigrantes italianos, ou até mesmo, por desafiam o controle dos profissionais na sua função de orientação, são duramente atacadas pelos profissionais de saúde através de responsabilizações idealizadas.

Além disso, percebemos que, independentemente dos diferentes termos usados pelos profissionais de saúde, todas as formas de clivagem dessas “outras mães” estão à serviço de hierarquizá-las de acordo com questões sociais, econômicas, educacionais, “cognitivo-intelectuais” e, também, étnico-raciais. Através de avaliações orientadas por saberes biomédicos e da cultura local, os profissionais de saúde tendem a julgar essas outras mães, pormenorizando os seus saberes e práticas de cuidado aos bebês. Ainda, quando alocadas nessa posição vulnerabilizante, é como se fossem destinadas a cumprir um destino, permeado de faltas e desfechos desfavoráveis.

Contudo, essa posição em que “as outras mães” são colocadas pode ter efeitos psíquicos iatrogênicos, uma vez que são constantemente convocadas a responder dessa posição de alteridade (Onocko-Campos, 2012). Sendo subjugadas, correm o risco de passarem a se identificar com esse lugar incapacitante: uma figura materna destituída de seu potencial de cuidado. É como se as intervenções e prevenções “responsáveis” e “bem-intencionadas” dos profissionais de saúde resultassem em um efeito contrário, produzindo estigmatização e fixando essas mães em uma posição subalternizada.

Assim sendo, torna-se importante aos profissionais de saúde estarem atentos aos sinais de potência dessas mães, promover espaços de escuta para que entrem em contato com seus saberes, conscientes e inconscientes, legitimando suas práticas de cuidado. Como bem lembra Onocko-Campos (2012), por mais empobrecida que seja uma região em seus aspectos materiais e educacionais, são sempre as pessoas que ocupam esses lugares que poderão fornecer pistas de potencialidades escondidas: “a pobreza não nos deve fazer supor a ausência total de recursos” (p. 34). Portanto, vulnerabilidades sociais e territoriais não devem ser equacionadas a um cuidado precário. Cabe questionar esses determinismos, a fim de

promover fissuras nos saberes da cultura local, que idealizam a maternidade e o cuidado, oportunizando aos profissionais de saúde que possam legitimar outros saberes e modos de existência da diversidade de cuidadores e seus bebês.

Por outro lado, percebemos que as estratégias dos profissionais não têm consistido em considerar as potencialidades das “outras mães”, mas em tentativas de vigiar-controlar seu suposto cuidado precarizado. Para os profissionais, enquanto as mães idealizadas procurariam os serviços de saúde para os atendimentos CD e vacinação dos bebês, bem como seguiriam as orientações de saúde, as outras mães teriam dificuldades de frequentar os serviços de saúde, buscando-os somente em caso de doença, e sem obedecer às prescrições. Assim, precisariam de medidas verticalizadas de vigilância-controle para permanecerem vinculadas e adequarem seus saberes e práticas de cuidado. Salientamos que não se trata aqui de julgar as práticas dos profissionais, mas de compreender que a vigilância-controle pode ser o último recurso para manter algumas mães conectadas aos serviços de saúde, algo que, mesmo por vias de controle, forneceria um acompanhamento e cuidado em saúde dos bebês.

Outro desdobramento da clivagem das mães se dá no âmbito das relações étnico-raciais. O deslocamento de sentido da literalidade de “mães esclarecidas”, as idealizadas, para uma representação metafórica de “mães mais brancas”, não é arbitrário, mas corroborado por dados estatísticos e discussões sobre as relações étnico-raciais. Ainda, essa questão pode ser constatada nos estranhamentos dos profissionais de saúde quanto aos saberes e modos de existência dos cuidadores imigrantes não italianos, especialmente os haitianos. Nesse sentido, é importante lembrar que o Brasil é um país racista: desde os fundamentos estruturais da cultura e dos saberes vigentes e validados (Almeida, 2018) até suas reverberações nas instituições, especialmente as de saúde (Werneck, 2016).

Não é de se estranhar que o racismo, sendo estrutural e institucional na sociedade brasileira, contribuiria para assimetrias nas relações entre profissionais da saúde e cuidadores nos atendimentos aos bebês. Há uma conjuntura histórica, social, política e científica que permite inferir que essas disparidades nas relações étnico-raciais, as quais subjagam e minorizam politicamente a população negra (Almeida, 2018), estão imbricadas nos saberes da cultura local, produzindo efeitos nos profissionais de saúde. Isso se torna uma questão de extrema importância, uma vez que esses saberes operam nos julgamentos e práticas dos profissionais, podendo potencializar as iniquidades em saúde e exclusão da assistência e do cuidado da população negra e de imigrantes (Werneck, 2016).

Cabe ainda salientar que identificamos um embate de múltiplos saberes e práticas de cuidado atuando nas experiências relatadas dos profissionais de saúde nos atendimentos aos bebês na atenção básica. Em particular, destacamos os saberes hegemônicos biomédicos-

cientificistas, comumente representados nos profissionais de saúde, em contraponto aos saberes tradicionais das avós (“*la nonna*”) e os saberes dos cuidadores imigrantes não italianos (“estrangeiros”), sobretudo haitianos. Tendo em vista essa polifonia de saberes, por vezes, os atendimentos dos bebês tornaram-se um palco de embates e disputas entre profissionais e cuidadores, especialmente no tocante aos distintos arranjos familiares e à diversidade de práticas de cuidado aos bebês.

Um embate que destacamos é o entre os saberes biomédicos-científicos dos profissionais e os saberes tradicionais das avós (“*la nonna*”), em especial, os que desafiam a lógica de controle dos profissionais. Nesse sentido, identificamos que os profissionais percebiam que as avós ocupavam um lugar importante na rede de cuidados dos bebês, mas, ao mesmo tempo, deslegitimavam sua presença nos atendimentos – inferindo, inclusive, o interesse em atender o bebê sozinho, sem qualquer cuidador. Assim sendo, as avós eram majoritariamente percebidas enquanto uma “interferência” no cuidado, já que influenciariam as mães a não seguirem as recomendações em saúde fornecidas nos atendimentos. Ainda, os profissionais referiram certas tentativas das avós em dominar as mães. No entanto, observamos que se tratava de um movimento contrário: os profissionais reprovavam exatamente o que reproduziam, ao verticalizarem orientações de cuidado e, assim, tentarem dominar as mães e seus saberes e práticas de cuidado.

Além dos saberes tradicionais das avós, constatamos que os atendimentos dos bebês se tornavam outro palco de embates entre os saberes e práticas de cuidado dos profissionais de saúde e os dos cuidadores imigrantes não italianos, os “estrangeiros”. Tendo em vista que a cidade de Caxias do Sul reserva supremacia e manutenção de seus saberes e práticas tradicionais, de início, percebemos seus efeitos nos atendimentos dos bebês e estranhamentos causados nos profissionais. Assim sendo, apontamos os estranhamentos quanto aos arranjos familiares dos brasileiros de outras regiões do país e dos estrangeiros, os quais, não se enquadrando no modelo de família nuclear hegemônica da cultura local, foram considerados como “famílias desestruturadas”.

Nesse sentido, Fonseca (2005) nos sinaliza que há uma lógica hegemônica atuante no discurso, o qual 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”, a partir de divórcios e recasamentos, fica relegado aos sujeitos em condições socioeconômicas desfavoráveis a pejorativa nomenclatura de “desestruturada”. E nesse lugar de desestrutura são atribuídos aos sujeitos vários determinismos de faltas e carências, 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.

Ainda, constatou-se que os estranhamentos dos profissionais são amplificados quando os saberes e práticas de cuidado advêm de locais geograficamente mais distantes. Além da dificuldade de comunicação em virtude do idioma, identificou-se embates, principalmente com mães/famílias haitianos, entre a lógica individualista dos saberes culturais locais, os quais responsabilizam exclusivamente “*la mamma*” pelo cuidado, e a lógica coletivista dos saberes e práticas de cuidado da cultura de imigrantes não italianos, sobretudo haitianos. A mesma questão não foi observada quanto aos atendimentos de cuidadores venezuelanos e senegaleses, o que denota que quando os saberes e práticas de cuidado apresentam maior consonância com os vigentes na cultura regional, não há tantos estranhamentos dos profissionais de saúde.

Por meio desses estranhamentos, tivemos a oportunidade de ilustrar a presença do assim chamado “fenômeno universal etnocêntrico” (Laraia, 2020). Esse fenômeno entende que os embates entre saberes são comuns e inerentes, já que o sujeito da cultura tende a considerar os seus saberes enquanto o modo de vida central e natural. Assim, estabelecer comparações lineares e hierarquizantes entre culturas é, no mínimo, injusto e incoerente. Essas concepções etnocêntricas podem resultar em apreciações negativas dos arranjos e formas de cuidado aos bebês, com diferentes níveis de estranhamentos e repercussões nos processos de atenção à saúde. Tratando-se de povos afrodescendentes e indígenas, a questão é amplificada pelo fundamento racista que estrutura as relações de poder em nossa sociedade (Almeida, 2018; Werneck, 2016).

É possível pensar esses estranhamentos dos profissionais em relação aos diferentes saberes por meio da noção de “pensamento abissal”, proposta por Boaventura Santos (2009). O conceito refere-se à concepção modernista que atualmente opera na sociedade através de uma divisão unilateral, advinda dos povos colonizadores, a qual cinde os sujeitos, experiências, saberes, práticas em úteis/visíveis/inteligíveis e inúteis/invisíveis/inteligíveis. Do lado positivado, estaria o eurocentrismo-colonizador em contraste com civilizações colonizadas, como africanos e indígenas. Assim sendo, o pensamento abissal estaria a serviço de legitimar os saberes e conhecimentos dos profissionais, tomando os saberes eurocêntricos como universais e centrais. Como consequência, promovem-se inúmeros epistemicídios, ao classificar os saberes de origem africana e indígena como não-científicos e não-filosóficos, em detrimento dos demais. Portanto, é necessário colocar em questão essa colonialidade epistemológica que segrega, exclui e hierarquiza saberes e práticas, também na área da atenção à saúde dos bebês, ao idealizar e colocar no centro, como padrão ideal de cuidado, as

mães brancas, descendentes de imigrantes italianos, subalternizando outros modos de existência e de cuidado, especialmente aqueles referentes a cuidadores de territórios pobres e imigrantes não italianos, em particular os haitianos.

Em termos da experiência com essa diversidade de culturas, saberes e práticas de cuidado, os profissionais de saúde referiram que sua formação, tanto acadêmica quanto continuada, não lhes preparou para esse trabalho. Indicaram a necessidade da articulação entre teorização acadêmica e práxis profissional de modo a incluir essa diversidade cultural e de saberes e práticas nos atendimentos aos bebês e seus cuidadores. De fato, há uma evidente complexidade na questão. Não há tutores que possam, ao menos intelectualmente, ensinar profissionais a administrarem seus conflitos quando se deparam com diferentes culturas e saberes, principalmente por se tratar de algo que envolve um processo de elaboração das vivências acadêmicas, laborais e pessoais em experiências que deem novas significações ao saber do outro, o qual é estranho e diferente de seus próprios. Portanto, é como se se instituisse um paradoxo: precisa-se aprender algo que não é possível ensinar.

A utilização dos diferentes termos “vivências” e “experiências” é proposital. Alinhado com a perspectiva do filósofo Walter Benjamin, a experiência não deve ser reduzida a acontecimentos cotidianos, mais ou menos significativos, contudo, se constitui a partir de um processo de elaboração de vivências significativas (Morais, 2017). Sem essa implicação subjetiva de elaboração, como em um processo de nomeação e de atribuição de sentido, as vivências se configuram apenas como acontecimentos: desligados e, por vezes, irrepresentáveis. Assim, a formação da experiência é tomada enquanto a elaboração de um (novo) saber, envolvendo processos psíquicos que se dão em outro nível, inconsciente. Portanto, entende-se que a lógica de aproximação com a temática da diversidade cultural, de saberes e práticas de cuidado não pode ser por vias intelectualizadas ou técnicas pedagógicas. Todavia, poderia ser facilitada por um dispositivo: a escuta, de si e do outro (Rosa, 2002; 2004).

Assim, cabe colocar em questão o potencial da formação continuada. Em um paralelo, da mesma forma como os profissionais descrevem a importância da educação em saúde dos usuários, reitera-se a relevância da educação na saúde, como um processo de aprendizagem continuada voltada para os profissionais (Falkenberg, Mendes, Moraes, & Souza, 2014). Nesse caso, a formação continuada poderia se configurar como uma “intervenção”, a qual não se ocuparia em intervir diretamente, a partir de estratégias recheadas de conteúdos teóricos e pedagógicos, à serviço de uma compreensão intelectualizada das práticas em saúde frente à diversidade cultural e de saberes. Em contraste, consistiria em propor um espaço de escuta que facilite e sustente a elaboração dessas vivências “estrangeiras” desses profissionais,

implicando-os no processo de transformação das experiências e novos saberes. Assim, abrir-se-ia espaço para a palavra, dando significado às vivências antes irrepresentáveis.

Portanto, em termos de proposta desse espaço, uma primeira questão talvez seja lançar luz sobre os saberes e práticas por detrás do discurso dos profissionais, como uma autocrítica, a partir de um movimento semelhante ao que bem nos figura Fonseca (2005) “devemos saber examinar as obviedades de nossa própria cultura” (p. 56). Ainda como uma forma de aproximação, propor reflexões sobre temáticas pertinentes do cotidiano dos profissionais e identificadas em suas falas, como as apresentadas sobre a diversidade de subjetividades, saberes e práticas de cuidado que circulam nos atendimentos aos bebês. Ainda, abordar as implicações subjetivas nas relações étnico-raciais, como destacamos anteriormente, como forma de enfrentamento ao racismo estrutural e institucional (Almeida, 2019; Werneck, 2016) nos serviços de saúde. Talvez esse seja um caminho possível para se abrir fissuras nos saberes biomédicos e hegemônicos da cultura – os quais atuam na lógica de subalternizar os saberes dissonantes, denunciando a hierarquização colonizadora do racismo.

Por fim, constatamos que a postura dos profissionais de saúde diante desses embates entre diferentes saberes e práticas é a utilização da “educação em saúde” dos cuidadores, como uma tentativa concreta de subalternizar os saberes dissonantes em relação aos hegemônicos da cultura, aqui nomeada como estratégia de “homogeneização de saberes”. Nessa perspectiva, a educação em saúde atuaria no sentido de “desmistificar” os saberes dissonantes, como uma tentativa de atualizar e, portanto, silenciar os saberes e práticas de cuidado das mães/avós/famílias de imigrantes não italianos, objetivando sua convergência com os saberes biomédicos-científicos. Nessa conjuntura, os profissionais, identificando-se como educadores na função de orientação, prescrevem orientações de cuidado com o objetivo de “capacitar” e “ensinar” as mães para “o cuidado ideal” dos seus bebês, alinhado às recomendações das políticas de saúde e ao paradigma de cuidado integral (Brasil, 2015; 2020). Contudo, apesar das tentativas de imposição verticalizada dos saberes biomédico-científicos e hegemônicos da cultura local, os profissionais relataram que, frequentemente, os cuidadores optam por seguir seus próprios saberes e práticas de cuidado, algo que denota a potência dos saberes tradicionais familiares, mas que também reverbera nos profissionais como sentimento de frustração, raiva e retaliações para com os cuidadores que não seguem as orientações.

Tendo em vista essas tentativas falhas de homogeneização de saberes e práticas de cuidado, recorremos a Freud (1925/2011; 1937/2018) e suas considerações acerca das três tarefas impossíveis – educar, governar e analisar. Nessa linha de argumentação, não se sustenta a ideia de educação do inconsciente, bem como dos saberes de cuidado das

mães/avós/famílias, ainda mais por vias intelectualizadas ou pedagógicas em que o sujeito não se implica na elaboração das experiências (Morais, 2017). Em termos da relação do bebê com seus cuidadores, Winnicott (1987/2020) já nos alertava sobre as interferências dos profissionais de saúde 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. Existem coisas bastante sutis que a mãe/cuidador sabe intuitivamente, sem nenhuma reflexão intelectual do que se passa. Esses saberes precisam ser respeitados pela equipe de saúde e não podem ser ensinados. Pelo contrário, esse aprendizado intelectualizado precisa ser evitado, pois tornaria as mães conscientes demais de sua importância, o que poderia assustá-las e assim, acabariam não desempenhando tão bem a sua função. Winnicott (1987/2020) ainda alerta para a importância de os médicos e enfermeiros não interferirem na relação do bebê com seus cuidadores. Em suas palavras, trata-se de algo “simples assim” (p.79). Embora os profissionais sejam necessários em momentos em que algo físico não vai bem, quando se trata da relação íntima que está se constituindo entre o bebê e seus cuidadores, nada disso concerne aos profissionais.

Para sintetizar, destacamos que as experiências relatadas dos profissionais de saúde com uma diversidade de cuidadores, nos atendimentos aos bebês nas UBS desvelam toda uma conjuntura de modos de existências, saberes e práticas de cuidado diversos, incluindo os saberes e práticas de cuidado hegemônicos, tanto os biomédicos quanto os específicos da tradição cultural local de imigrantes italianos. Cabe lembrar que esses saberes e práticas dos cuidadores tendem a ser hierarquizados pelos profissionais de saúde. Aqueles que são dissonantes dos saberes e práticas biomédicos e culturais hegemônicos, como os provenientes de mães de territórios pobres ou de famílias de imigrantes não italianos, ou que, de alguma forma, mesmo se constituindo em saberes da tradição local, como os das avós, “interferem” na função de orientação dos profissionais, precisam ser “desmistificados” por meio da educação em saúde. Acreditamos que, para os profissionais, tal solução estratégica passa a ser considerada como uma tentativa de controle e homogeneização de saberes, mas que na prática acaba por não se efetivar, tendo em vista a potência dos saberes e práticas de cuidado dos cuidadores. Portanto, torna-se, de fato, um desafio para os profissionais de saúde, sem a devida formação para tal, atenderem às recomendações das políticas de saúde no exercício da função de orientação, respeitando a diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidado presentes nos atendimentos aos bebês da Atenção Básica, em especial, de Caxias do Sul.

REFERÊNCIAS

- Acosta, D. F., Gomes, V. L. O., Kerber, N. P. C., & Costa, C. F. S. (2012). Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1327-1333. doi: 10.1590/S0080-62342012000600007
- Almeida, S. (2018). *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento.
- Araújo, M. B. S., & Rocha, P. M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 455-464. doi:10.1590/S1413-81232007000200022
- Araújo, T. S., Oliveira, C. S. M., Muniz, P. T., Silva-Nunes, M., & Cardoso, M. A. (2016). Child undernutrition in one of the cities with greater nutritional risk in Brazil: population-based study in the Western Brazilian Amazon. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 19(3), 554-566. doi: 10.1590/1980-5497201600030007
- Amarante, P., & Costa, A. M. (2012). Diversidade cultural e saúde. In: *A questão da diversidade do SUS* (pp. 21-26). Rio de Janeiro: Cebes.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. (M. L. X. A. Borges, Trad.), Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1980).
- Bisol, C. A. (1999). Diálogos sobre o bebê: análise de discurso em ultra-sonografias obstétricas. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Brasil (1990a). Lei nº 8.800, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.
- Brasil (1990b). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Série Pactos pela Saúde, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

- 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 nov. 2013.
- 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 ago. 2015.
- Brasil (2015). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)*. Secretaria de atenção à saúde, 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. Secretaria de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2019). Ministério da Saúde. *Caderneta da Criança Menino: Passaporte da Criança*. Secretaria de atenção à saúde, v. 12. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2020). Ministério da Saúde. *Caderneta da Criança Menino: Passaporte da Criança*. Secretaria de atenção à saúde, 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Briskievicz, M. (2012). *Territorialidade e identidade: a migração dos descendentes de italianos no município de Francisco Beltrão, Paraná*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Geografia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Francisco Beltrão.
- 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.
- Campos, R. M. C., Ribeiro, C. A. S., Silva, C. V., & Saporoli, E. C. L. (2010). Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 566-574. doi: 10.1590/S0080-62342011000300003
- Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004) A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva* 9(1), 139-146.
- Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, 27(78), 7-26. doi: 10.1590/S0103-40142013000200002
- Colbari, A. (1997). Familismo e ética do trabalho: o legado dos imigrantes italianos para a cultura brasileira. *Ver. Bras. Hist.*, 17(34), 1-15. doi: 10.1590/S0102-01881997000200003
- Costa, R. (1996). *Imigração italiana no Rio Grande do Sul*. Caxias do Sul: EST, EDUCS.
- Dominguez, C. C., Kerber, N. P. C., Rockembach, J. V., Susin, L. R. O., Pinheiro, T. M., & Rodrigues, E. F. (2017). Dificuldades no estabelecimento da amamentação: visão das enfermeiras atuantes nas unidades básicas de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, 25:e14448. doi: 10.12957/reuerj.2017.14448

- Erdmann, A. L., Andrade, S. R., Mello, A. L. S. F., & Drago, L. C. (2013). A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 1-8.
- Falkenberg, M. B., Mendes, T. P. L., Moraes, E. P., & Souza, E. M. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 847-852. doi: 10.1590/1413-81232014193.01572013
- Fernandez, J. C. A., Silva, R. A., & Sacardo, D. P. (2018). Religião e saúde: para transformar ausências em presenças. *Saúde e Sociedade*, 27(4), 1058-1070. doi: 10.1590/s0104-12902018170757
- Ferrari, H. (2011). Qué nos enseña Freud acerca del relato clínico psicoanalítico. In M. Vorchheimer (Coord.), *XXXIII Simposio Anual: Relatos de la clínica*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Fonseca, C. (2005). Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*, 14(2), 50-59.
- Fonseca, C. (2006). Da circulação de crianças à adoção internacional: questões de pertencimento e posse. *Cadernos Pagu*, 26, 11-43.
- Freud, S. (1912). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: Freud, S. (1911-1913). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago.
- Freud, S. (2011). A juventude abandonada. In S. Freud (P. C. de Souza, Trad.), *O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925)*, pp.347-350. Obras completas, v. 16, São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1925).
- Freud, S. (2018). Análise terminável interminável. In S. Freud (P. C. de Souza, Trad.), *Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e outros textos (1937-1939)*, pp.274-326. Obras completas, v. 19, São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1937).
- Gil, A. C. (2007). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Giuliani, N. R., Oliveira, J., Santos, B. Z., & Bosco, V. L. (2011). Prevalência do início do desmame precoce em duas populações assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis, SC, Brasil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 11(2), 239-244. doi: 10.4034/PBOCI.2011.112.14
- Giuliani, N. R., Oliveira, J., Santos, B. Z., & Bosco, V. L. (2012). O início do desmame precoce: motivos das mães assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis/SC para esta prática. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 12(1), 53-58. doi: 10.4034/PBOCI.2012.121.08
- 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.

- Kieling, S. S. S. & Link, D. (2011). A urbanização de Caxias do Sul como processo transformador dos patrimônios naturais da região. *Revista eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental*, 4(4), 371-379.
- Iserhard, A. R. M., Budó, M. L. D., Neves, E. T., & Badke, M. R. (2009). Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. *Esc. Anna Nery Revista Enfermagem*, 13(1), 116-122.
- Laraia, R. B. (2020). *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lima, L. G., Nobre, C. S., Lopes, A. C. M. U., Rolim, K. M. C., Albuquerque, C. M., & Araujo, M. L. (2016). Utilização da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento infantil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(2), 167-174. doi: 10.4034/RBCS.2016.20.02.12
- Linhares, E. F., Silva, L. W. S., Rodrigues, V. P., & Araújo, R. T. (2012). Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(4), 828-836. doi: 10.1590/S0104-07072012000400013
- Macêdo, V. M. C. (2016). *Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde*. Recife: Editora Universitária da UFPE.
- 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. doi: 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(spe), 820-827. doi: 10.1590/S0104-11692007000700017
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305. doi: 10.1590/S1413-81232010000500005
- Monteiro, A. I., Macedo, I. P., Santos, A. D. B., Araújo, W. M. (2011). A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. *Revista Rene*, 12(1), 73-80.
- Morais, G. A. L. F. (2017). O conceito de experiência, de Walter Benjamin, análogo às narrativas heroicas clássicas. *Letras Escreve*, 7(3), 385-402. doi: 10.18468/letras.2017v7n3.p385-402
- Moreira, M. D. S., & Gaiva, M. A. M. (2016). Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. *Ciênc. Cuid. Saúde*, 15(4), 677-684.
- Moreira, M. D. S., & Gaiva, M. A. M. (2017). Abordagem do contexto de vida da criança na consulta de enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 9(2), 432-440. doi: 10.9789/2175-5361.2017
- 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.

- Onocko-Campos, R. (2012). *Psicanálise & saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec.
- Pacheco, S. T. A. & Cabral, I. E. (2011). As crenças culturais dos familiares no manejo da alimentação do bebê de baixo peso. *Revista Enfermagem UERJ*, 19(4), 558-63.
- Palombo, C. N. T., Fujimori, E., Toriyama, A. T. M., Duarte, L. S., & Borges, A. L. V. (2017). Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectiva de profissionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 949-957. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0527
- 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.
- Ramos, J. S. (2003). O poder de domar o fraco: construção de autoridade e poder tutelar na política de povoamento do solo nacional. *Horiz. Antropol.*, 9(19), 15-47. doi: 10.1590/S0104-71832003000100002
- Raymundo, M. M. (2013). Interculturalidade e a conjunção de saberes que congregam a atenção em saúde. *Revista Bioética [online]*, 21(2), 218-225. doi: 10.1590/S1983-80422013000200004.
- Reichert, A. P. S., Rodrigues, P. F., Cruz, T. M. A. V., Dias, T. K. C., Tacla, M. T. G. M., & Collet, N. (2017) Percepção das mães sobre o vínculo com enfermeiros na consulta à criança. *Rev. Enferm. UPFE on-line*, 11(2), 483-490.
- Rocha, P. A., Soares, T. C., Farah, B. F., & Friedrich, D. B. C. (2012). Promoção da saúde: a concepção do enfermeiro que atua no Programa Saúde da Família. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, 25(2), 215-220.
- Rosa, M. D. (2002). Uma escuta psicanalítica das vidas secas. *Textura: Revista de Psicanálise*, 2(2), 42-46.
- 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.
- Rosa, W. A. G., & Labate, R. C. (2005). Programa de saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 13(6), 1027-1034.
- Santos, B., & Meneses, M. P. (2010). *Epistemologias do Sul* (M. Gomes, Trad.). São Paulo: Cortez.
- Silva, K. D., Araújo, M. G., Sales, L. K. O., Valença, C. N., Morais, F. R. R., & Morais, I. F. (2014). Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na visão de mães da estratégia saúde de família. *Revista Brasileira Pesquisa Saúde*, 16(2), 67-75.
- Silva, T. R. (2018). *História do crescimento urbano de Caxias do Sul: do milagre econômico à redemocratização*. Caxias do Sul: Educs.
- Silveira, V. G., Martins, M. C., Albuquerque, C. M., & Frota, M. A. (2008). Percepção da mãe sobre aleitamento materno na puericultura. *Ciência Cuidado Saúde*, 7(4), 523-529.

- Takemoto, A. Y., Zarpelon, N. F., & Rossetto, E. G. (2019). Práticas populares no cuidado infantil: percepções das mães. *Revista Rene*, 20, e:40075. doi: 10.15253/2175-6783.20192040075
- Tanaka, O. Y. (2011). Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 927-934. doi:10.1590/S0104-12902011000400010
- Tisott, R. V. (2011). A família Eberle e o início do desenvolvimento industrial de Caxias do Sul. In: Anais do XXVI Simpósio Nacional de História, da ANPUH, em São Paulo, julho, p. 1-17.
- 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.
- Werneck, J. (2016). Racismo Institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535-549. doi: 10.1590/S0104-129020162610.
- Winnicott, D. W. (2020). Bebês e suas mães. (C. Winnicott, R. Shepherd, M. Davis, Org., B. Longhi, Trad.) São Paulo: Ubu. (Trabalho original publicado em 1987).

ANEXO A

Carta de Autorização do Serviço/Instituição de Saúde

Breve informação

O Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) está desenvolvendo um projeto que visa identificar as ações do SUS voltadas à saúde psíquica dos bebês. Esta carta visa obter autorização para a realização da pesquisa no estabelecimento/instituição de saúde do qual você é coordenador.

Título do projeto guarda-chuva: SUSBEBÊ: Ações do SUS implicadas com a saúde psíquica do bebê

Objetivo: Identificar as ações de serviços do SUS voltadas para o bebê, nos diferentes níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária, e suas contribuições para a saúde psíquica do bebê, da gestação ao 2º ano de vida.

Descrição dos procedimentos: Os participantes desta pesquisa, que podem ser o coordenador do serviço/instituição de saúde, os profissionais ou mães/pais usuários do SUS, serão convidados a responder uma entrevista. As entrevistas deste projeto são divididas em 4 blocos diferentes: (1) Caracterização dos usuários, ou formação, no caso dos coordenadores e profissionais de saúde; (2) Caracterização do serviço de saúde, com perguntas que ajudam a conhecer um pouco mais sobre o funcionamento do serviço de saúde; (3) Ações realizadas pelo serviço de saúde voltadas à saúde do bebê, com questões que exploram as ações de saúde realizadas pelo serviço; e (4) Especificidades do cuidado à saúde psíquica do bebê, em que serão abordadas questões relativas às ações das equipes e papel dos profissionais e familiares no cuidado do bebê, podendo tratar desde a gestação até o segundo ano de vida do bebê. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. Para analisarmos as falas dos participantes, buscaremos temáticas referidas pelos mesmos dentro de cada um destes tópicos abordados. O tempo de cada entrevista será de aproximadamente 1 hora. As entrevistas serão realizadas no local de preferência do participante, podendo ser no serviço/instituição de saúde, em sala adequada, combinada previamente com a coordenação local, ou no Instituto de Psicologia da UFRGS, na Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 208. Todos os participantes confirmarão sua participação através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que atestarão conhecimento sobre os objetivos, método e demais informações sobre a pesquisa. Todos os participantes receberão uma cópia deste termo.

Possibilidade de desistência: Todo o possível participante terá plena liberdade de autorizar ou recusar sua participação. As entrevistas serão encerradas a qualquer momento caso o participante não queira continuar, sem custo ou qualquer penalização. Caso algum participante sentir-se cansado, a entrevista poderá ser interrompida, podendo ser remarcada em outro dia, se assim desejar. As disponibilidades de seus horários serão respeitadas. Caso solicite explicações sobre a pesquisa ou sobre as entrevistas, a pesquisadora lhe dará informações a qualquer momento.

Informações adicionais: Trata-se de uma pesquisa do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Os dados serão confidenciais e o nome dos participantes não será divulgado em momento algum. Após a conclusão, serão publicados artigos científicos com as informações decorrentes desta pesquisa, sempre mantendo a confidencialidade das identidades dos participantes em todas as fases da pesquisa. Em caso de dúvidas pode-se entrar em contato com a pesquisadora

responsável pelo seguinte telefone: Rita de Cássia Sobreira Lopes (51) 3308-5145; ou ainda com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, na Rua Ramiro Barcelos, 2600, fone (51) 3308-5066, CEP 90035003, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3289-5517, endereço Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar, com horário de atendimento das 8h até às 14h, sem intervalo e pelo e-mail: cep_sms@hotmail.com.br e cep-sms@sms.prefpoa.com.br.

Sendo assim,

Eu, _____, portador do CPF _____, coordenador do serviço/instituição de saúde _____, da cidade de _____, declaro que estou ciente dos objetivos, método e procedimentos do projeto de pesquisa “SUSBEBÊ: Ações do SUS implicadas com a saúde psíquica do bebê”, coordenado pela Professora Rita de Cássia Sobreira Lopes, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS.

Assim, autorizo que a pesquisa seja realizada dentro deste serviço de saúde.

_____ (cidade), _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano)

Coordenador do serviço/instituição de saúde

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Profissionais de Saúde

Breve informação

O Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) está desenvolvendo um projeto que visa identificar as ações do SUS voltadas à saúde psíquica dos bebês. Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que visa obter informações sobre como este cuidado vem sendo realizado pelos profissionais e percebido pelos cuidadores. Este processo será avaliado por meio de entrevistas.

Título do projeto guarda-chuva: SUSBEBÊ: Ações do SUS implicadas com a saúde psíquica do bebê

Objetivo: Identificar as ações de serviços do SUS voltadas para o bebê, nos diferentes níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária, e suas contribuições para a saúde psíquica do bebê, da gestação ao 2º ano de vida.

Descrição dos procedimentos: A entrevista que você está sendo convidado a responder será utilizada para investigar suas percepções sobre o atendimento aos bebês realizado por serviços e profissionais do SUS. A entrevista é dividida em quatro blocos diferentes: 1) Formação, com algumas perguntas relacionadas à sua formação e experiência profissional; 2) Caracterização do serviço de saúde, com perguntas que ajudam a conhecer um pouco mais sobre o funcionamento do serviço de saúde em que atua, a formação da equipe, principais demandas e a relação com o território em que atua; 3) Ações realizadas pelo serviço de saúde voltadas à saúde do bebê, com questões que exploram como você percebe as políticas existentes e ações realizadas pelo serviço, como é feito o acolhimento e continuidade do cuidado e possíveis sugestões de melhorias; e 4) Especificidades do cuidado à saúde psíquica do bebê, em que serão abordadas questões relativas às ações das equipes e papel dos profissionais e cuidadores no cuidado ao desenvolvimento do bebê, podendo tratar desde a gestação até o segundo ano de vida do bebê. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Para analisarmos as falas dos participantes, buscaremos temáticas referidas pelos mesmos dentro de cada um destes tópicos abordados. O tempo de cada entrevista será de aproximadamente 1 hora. O local da entrevista será combinado de acordo com a sua preferência, podendo ser no serviço de saúde em que você trabalha, em um local reservado, ou no Instituto de Psicologia da UFRGS, na Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 208.

Benefícios: Esta entrevista proporcionará um momento de reflexão sobre como está sendo realizada a atenção ao bebê no SUS. Além disto, você contribuirá para um estudo que poderá ajudar a gerar melhorias para a atenção prestada, com base em sua percepção e experiência. Ao final da pesquisa será organizado um momento de apresentação para os profissionais e usuários dos principais resultados da pesquisa. O local será acessível e será combinado com os serviços de saúde que tenham participado da pesquisa. A divulgação desse momento se dará através dos serviços de saúde.

Riscos e desconfortos: Considera-se que os riscos para a participação na pesquisa são considerados mínimos. Tais riscos dizem respeito a possíveis desconfortos que possam ser gerados a partir desta conversa. Caso você não se sinta bem com a entrevista, você será acolhido pela equipe de pesquisa, no momento da conversa. Ainda, se percebermos necessidade, e com seu consentimento, realizaremos o encaminhamento para o serviço de saúde do SUS o qual esteja vinculado.

Possibilidade de desistência: Todo o possível participante terá plena liberdade de autorizar ou recusar sua participação. As entrevistas serão encerradas a qualquer momento caso o participante não queira continuar, sem custo ou qualquer penalização. Caso algum participante sentir-se cansado, a entrevista poderá ser interrompida, podendo ser remarcada em outro dia, se assim desejar. As disponibilidades de seus horários serão respeitadas. Caso solicite explicações sobre a pesquisa ou sobre as entrevistas, a pesquisadora lhe dará informações a qualquer momento.

Informações adicionais: Trata-se de uma pesquisa do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Os dados serão confidenciais e o seu nome não será divulgado em momento algum. Caso necessário, será atribuído um nome fictício às suas falas, de modo que nunca será vinculado a você. Após a conclusão, serão publicados artigos científicos com as informações decorrentes desta pesquisa, sempre mantendo a confidencialidade das identidades dos participantes em todas as fases da pesquisa.

Considero-me igualmente informado:

- Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- Da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionada à privacidade, sendo que as entrevistas realizadas serão usadas para obter informações relacionadas à pesquisa e, após, serão arquivadas pela pesquisadora para posteriores trabalhos na área da Psicologia, sempre preservando o sigilo sobre a identidade dos participantes;
- Os dados serão armazenados na sala 108 do Instituto de Psicologia, campus saúde da UFRGS (Rua Ramiro Barcelos, nº 2600, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre – RS), por um período de 5 anos;
- De que não terei gastos com a participação nesta pesquisa;
- De que receberei uma cópia deste documento;
- De que, caso aceite a participação, este documento deverá ser assinado, junto com a acadêmica responsável pela pesquisa, e rubricado em todas as páginas.

Mediante esclarecimentos recebidos pelos pesquisadores, eu _____ (nome completo), portador do documento de identidade número _____, estou ciente de minha participação na pesquisa acima referida. Afirmo que estou ciente de que os dados deste estudo serão divulgados em meio científico, sem a minha identificação. Se tiver qualquer dúvida ou precisar de algum esclarecimento, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo seguinte telefone: Rita de Cássia Sobreira Lopes (51) 33085145; ou ainda na secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, na Rua Ramiro Barcelos, 2600, fone (51) 3308- 5066, CEP 90035003, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre; ou no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo telefone (51)32895517, endereço Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar, com horário de atendimento das 8h até às 14h, sem intervalo e pelo e-mail: cep_sms@hotmail.com.br e cep-sms@sms.prefpoa.com.br..

Assinatura do participante _____

Assinatura da pesquisadora responsável _____

ANEXO C

Entrevista sobre as experiências dos profissionais de saúde do SUS da Atenção Básica com bebês durante o período de pandemia do COVID-19

Olá, meu nome é (nome), sou psicólogo(a) e faço parte do NUDIF/UFRGS, e conduzirei a sua entrevista. Em nosso grupo, estamos realizando uma pesquisa para escutar os profissionais de saúde sobre seu trabalho de atenção à saúde do bebê. Para começar a entrevista, irei lhe perguntar algumas informações sobre você, sua trajetória e formação.

1. Dados sociodemográficos

- a. Idade.
- b. Você se identifica com alguma raça/cor?
- c. Você se identifica com algum sexo e gênero?
- d. Você se identifica com alguma religião ou forma de expressar a espiritualidade?

2. Trajetória e formação profissional

- a. Experiências profissionais anteriores e atual.
- b. Trabalha com adultos e bebês? O que é mais desafiador?
- c. O que motivou a trabalhar com bebês.
- d. Teve formação para trabalhar com bebês?
- e. Acha que deveria haver uma formação para trabalhar com bebês?
- f. Você acha que a psicologia poderia contribuir para a formação? Sentem falta de alguma coisa nessa área emocional?

3. Experiência profissional no trabalho com os bebês e seus cuidadores

- a. Como é o seu trabalho com os bebês?
- b. Quais os desafios de atender um bebê.
- c. Que aspectos da saúde do bebê estão sendo contemplados nos atendimentos.
- d. Você acha que é possível atender a saúde psíquica do bebê também?
- e. Os bebês têm a particularidade de não vir sozinho nas consultas. Como é o trabalho com os cuidadores dos bebês?
- f. Como você acha que os cuidadores impactam na saúde e adoecimento dos bebês?
- g. Como a relação entre profissionais/cuidadores/bebê impacta na saúde do bebê.

- h. Como é trabalhar com a Caderneta de Saúde da Criança (CSC)?
- i. Você faz/como é fazer as visitas domiciliares?
- j. Como você se sente sendo responsável pelo atendimento dos bebês e seus cuidadores?

Estamos interessados em conhecer o trabalho de vocês com os bebês no SUS e os desafios envolvidos. Sinta-se à vontade para relatar suas vivências de forma mais espontânea e livre possível. Como estamos no momento de pandemia, gostaríamos de ouvir você sobre como está sendo esse momento.

4. Experiência de trabalhar com os bebês e seus cuidadores nesse período de pandemia

- a. Como tem sido o trabalho com os bebês no contexto de pandemia.
- b. Como é o desafio de trabalhar com os bebês e seus cuidadores nesse momento?
- c. Como tem sido lidar com o adoecimento dos bebês nesse momento
- d. Repercussão do contexto de pandemia nos bebês e sua saúde como um todo.
- e. Quais são as possibilidades de trabalho com os cuidadores nesse momento?
- f. Como tem sido para o profissional realizar o contato com os cuidadores nesse momento, considerando que anteriormente havia consultas periódicas, visitas domiciliares e outras estratégias, agora paralisadas ou acontecendo em uma configuração diferente. Estão ocorrendo atendimentos de forma remota?

5. Diversidade e saberes culturais nos atendimentos aos bebês

Considerando a diversidade de classes sociais, culturas, religiões, crenças, marcador raça/cor, entre outros, sabemos que existem diferentes formas de cuidados com os bebês, que não se limitam apenas às recomendações que são dadas pela equipe de saúde.

- a. Relato de práticas culturais de cuidado ou de influência religiosa nos atendimentos ao bebê (crenças, rezas, simpatias, benzeduras, chás, tradições familiares).
- b. Como a diversidade e os saberes culturais impactam nos atendimentos do bebê
- c. Como tem sido para o profissional lidar com esta diversidade de formas de cuidado ao bebê.

6. Conversamos até agora sobre todas essas questões a respeito do cuidado do bebê nesse contexto atual de pandemia do Coronavírus. Levando em conta todas essas particularidades e desafios desse momento, como foi para você falar sobre isso?

ANEXO D

Autorização Comitê de Ética e Pesquisa UFRGS

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: SUSBEBÊ: Ações do SUS implicadas com a saúde psíquica do bebê

Pesquisador: Rita de Cássia Sobreira Lopes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 05657019.7.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.807.849

Apresentação do Projeto:

O estudo avaliado tem como título "SUSBEBÊ: Ações do SUS implicadas com a saúde psíquica do bebê" e se refere a uma segunda emenda de um projeto de pesquisa de autoria de Georgius Cardoso Esswein, Pedro Henrique Conte Gil, e Mariana Farias Puccinelli, sob coordenação dos Professores Drs. Rita de Cassia Sobreira Lopes e Cesar Augusto Piccinini. O objetivo do projeto consiste em identificar as ações de serviços do SUS voltadas para o bebê e seus principais desafios, nos diferentes níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária, e suas contribuições para a saúde psíquica do bebê, da gestação ao 2º ano de vida. Trata-se de um levantamento, que envolverá 135 participantes, distribuídos nos três níveis de atenção à saúde do SUS, sendo eles: atenção primária, secundária e terciária. Ao todo, serão convidados a participar 60 profissionais de equipes multidisciplinares, 15 coordenadores de serviços de saúde e 60 mães/pais usuários, cujo bebê esteja em atendimento no SUS. Entrevistas investigarão as percepções dos profissionais, coordenadores de serviços e dos usuários, quanto às ações de atenção à saúde do bebê, e suas contribuições para a saúde psíquica do bebê. As entrevistas serão gravadas e transcritas para fins de análise. Uma primeira emenda havia sido apresentada em outubro de 2019, com vistas a ampliar a coleta de dados de Porto Alegre para outros municípios do estado do Rio Grande do Sul. Já a presente emenda propõe a inclusão do método de observação de consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos bebês de 0 a 2 anos, que ocorrem em serviços da Atenção Primária à Saúde. Para tanto, a Secretaria Municipal de Saúde

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 3.807.849

de Porto Alegre (SMS/POA) está sendo inserida como instituição coparticipante. Também se propõe a substituição do termo “pais” e “família” por “cuidadores”, contemplando assim diferentes configurações familiares e de cuidado. Nesse sentido, incluiu-se um documento de autorização do serviço de acolhimento para entrevistar os cuidadores dos bebês que estiverem em situação de acolhimento institucional.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo consiste em Identificar as ações de serviços do SUS voltadas para o bebê e seus principais desafios, nos diferentes níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária, e suas contribuições para a saúde psíquica do bebê, da gestação ao 2º ano de vida. Já como objetivos específicos têm-se: conhecer as ações direcionadas às gestantes que contribuem para a saúde psíquica do bebê, nos diferentes níveis de atenção; conhecer as ações direcionadas ao período de parto e puerpério que contribuem para a saúde psíquica do bebê, nos diferentes níveis de atenção; e conhecer as ações direcionadas ao bebê, do nascimento ao 2º ano de vida que contribuem para a sua saúde psíquica, nos diferentes níveis de atenção. Os objetivos estão claros e são exequíveis de acordo com o método proposto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores pontuam no Formulário da Plataforma Brasil (FPB) e no projeto que os riscos implicados a pesquisa são mínimos, referentes à “a possíveis desconfortos que possam ser gerados a partir desta conversa ou observação”. Sinalizam que caso isso ocorra, há orientação será realizar “encaminhamento para um serviço especializado”. Também mencionam a possibilidade de não responder a alguma questão da entrevista ou deixar de participar do estudo, caso o participante assim desejar, a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. No tocante aos benefícios, indicam “um momento de reflexão sobre como está sendo realizada a atenção ao bebê no SUS, podendo contribuir para tais ações nesse contexto. Entende-se que a entrevista pode se constituir como espaço de escuta e acolhimento de suas vivências. Por ser um momento de verbalização de suas percepções e apropriação de suas experiências no SUS com relação ao desenvolvimento integral do bebê, na visão dos usuários e profissionais do serviço, esse espaço poderá oportunizar uma ampliação de perspectiva acerca dos cuidados do bebê na saúde pública”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No adendo os pesquisadores referem que todas as alterações estariam presentes e marcadas em vermelho na versão do projeto submetida, o que não corresponde a versão revisada. A proposta do estudo é relevante, está justificada e atende aos critérios exigidos para uma pesquisa científica.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 3.807.849

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados o Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde, devidamente assinado, uma carta de autorização voltada aos serviços de saúde, e os Termos de consentimento Livre e Esclarecidos destinados aos profissionais e coordenadores do SUS e aos cuidadores. Ainda há um terceiro TCLE específico para o procedimento de observação das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê. Todos apresentam linguagem clara, indicando adequadamente os riscos e benefícios implicados à pesquisa. Recomenda-se apenas não foi indicado o tempo médio previsto para responder aos instrumentos de pesquisa ou participar da observação e não foi referida a resolução que pauta as orientações éticas.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto e a emenda atendem as recomendações éticas amparadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde, de nº 510/2016.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1495799_E2.pdf	07/01/2020 01:39:16		Aceito
Outros	ADENDO_02.pdf	07/01/2020 01:26:29	GEORGIUS CARDOSO	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_completo_com_modificacoes_do_adendo.pdf	07/01/2020 01:24:24	GEORGIUS CARDOSO	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_INSTITUCIONAL_APS_POA.pdf	07/01/2020 01:20:37	GEORGIUS CARDOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Observacao.pdf	07/01/2020 01:20:08	GEORGIUS CARDOSO ESSWEIN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_e_coordenadores_do_SUS.pdf	07/01/2020 01:19:20	GEORGIUS CARDOSO ESSWEIN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Cuidadores.pdf	07/01/2020 01:18:01	GEORGIUS CARDOSO ESSWEIN	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL



Continuação do Parecer: 3.807.849

Outros	ADENDO.pdf	25/10/2019 15:27:15	GEORGIUS CARDOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	11/01/2019 14:04:16	Rita de Cássia Sobreira Lopes	Aceito
Outros	Carta_autorizacao_servicos_de_saude.p df	11/01/2019 13:24:03	Rita de Cássia Sobreira Lopes	Aceito
Outros	PARECER_COMPESQ.pdf	11/01/2019 11:50:12	Rita de Cássia Sobreira Lopes	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/01/2019 11:38:59	Rita de Cássia Sobreira Lopes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 23 de Janeiro de 2020

Assinado por:
Jerusa Fumagalli de Salles
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

Página 04 de 04

ANEXO E

Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul

	<p>PREFEITURA DE CAXIAS DO SUL SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - NEPS</p>	
---	--	---

CARTA DE ANUÊNCIA

Título da Pesquisa:	SUSBEBÊ: AÇÕES DO SUS IMPLICADAS COM A SAÚDE PSÍQUICA DO BEBÊ
Pesquisador:	GEORGIUS CARDOSO ESSWEIN, MARIANA FARIAS PUCCINELLI E PEDRO HENRIQUE CONTE GIL
Orientador:	PROF. PHD RITA DE CÁSSIA SOBREIRA LOPES
Curso e Instituição:	CURSO DE DOUTORADO E MESTRADO EM PSICOLOGIA / UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)
Nº de Protocolo:	552/2020

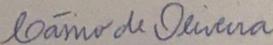
Em relação ao pedido de realização da Pesquisa supracitada, esta Secretaria, ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados, manifesta-se favorável à realização da mesma e autoriza a coleta de dados conforme prevista no Projeto, desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

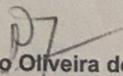
- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 CNS/CONEP;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Além disso, é de **responsabilidade do Pesquisador(a)**:

- 1) Entregar, **obrigatoriamente**, o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com a aprovação do Projeto antes da coleta de dados;
- 2) Fornecer uma cópia da conclusão do trabalho à Secretaria Municipal da Saúde;
- 3) Incluir o nome da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul/SMS em possíveis publicações científicas.

Caxias do Sul, 31 de julho de 2020.


Cássio de Oliveira
Gerente do NEPS


Rodrigo Oliveira de Souza
Diretor de Gestão, Trabalho e Educação

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)
Rua Marechal Floriano, 421, 5º andar – Centro – CEP: 95020-370 – Caxias do Sul/RS
Fone: (54) 3290.4400 / 3290.4494 – E-mail: neps@caxias.rs.gov.br