

## ESCUTANDO AS MÃES: O CUIDADO AO BEBÊ FRENTE ÀS ORIENTAÇÕES PROFISSIONAIS

Roberta Espote ([roberta.espote@hotmail.com](mailto:roberta.espote@hotmail.com))<sup>1</sup> & Conceição Aparecida Serralha ([serralhac@gmail.com](mailto:serralhac@gmail.com))<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Brasil; <sup>2</sup> Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Brasil

---

**RESUMO:** Estudos apontam que, no tocante aos cuidados ao bebê, as mães frequentemente optam pelas práticas de sua cultura familiar em detrimento do saber científico. Buscando entender qual a motivação das mães para não seguir, preferencialmente, as orientações dos profissionais de saúde, foi realizado um estudo descritivo, exploratório e de corte transversal, em uma abordagem qualitativa, buscando a percepção das próprias mães. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cinco mães de crianças de aproximadamente dois anos, cujos dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo e a discussão foi embasada na literatura revisada e na teoria psicanalítica de D. W. Winnicott. Os fatores de maior influência para não seguir as orientações dos profissionais foram: bem-estar do bebê, experiências com outros filhos, relação insatisfatória com o profissional de saúde, tipo de orientação, fantasias acerca das orientações e conflitos emocionais da mãe. Foram identificados sentimentos de eficiência nas mães, respaldados pela percepção do bem-estar do bebê. Notou-se a influência determinante da cultura familiar e a necessidade de um trabalho mais efetivo e eficaz junto às famílias, visando ao bem-estar das mães e seus bebês.

*Palavras-Chave:* cultura, cuidado da criança, saúde da família, educação em saúde

---

## LISTENING TO MOTHERS: THE BABY CARE IN THE VIEW OF PROFESSIONAL GUIDELINES

**ABSTRACT:** Studies show that regarding baby care mothers often opt for the practices used in their family's culture rather than scientific knowledge. In order to understand what kind of motivation leads mothers not to follow the guidance given by health-care professionals, a descriptive, investigatory and cross-sectional study has been conducted, in a qualitative approach, seeking the mothers' own perception. Semi-structured interviews with five mothers of two-year-old children have been taken, whose data has been analyzed by the Content Analysis technique; the discussion has been based on the reviewed literature and D. W. Winnicott's psychoanalytical theory. The most influential factors for mothers not to follow the guidance by professionals were the baby's well-being, experiences with other children, poor relationship with health-care professionals, kind of guidance, fantasies regarding the mother's orientations and emotional conflicts. A sense of efficiency in mothers has been identified, supported by the perception of the baby's well-being. It was noted the decisive

---

<sup>1</sup> Rua Alberto Agostine, nº361, casa 08, Jd. Monte Verde, Araras, SP, Brasil. CEP 13606-227. e-mail: [roberta.espote@hotmail.com](mailto:roberta.espote@hotmail.com)

## ORIENTAÇÕES PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO AO BEBÊ

influence of family culture and the need for a more effective and efficient work with the families, aiming mothers and their babies' well-being.

*Keywords:* culture, child care, family health, health education

---

Recebido em 31 de Outubro de 2016/ Aceite em 05 de Junho de 2018

No decorrer do desenvolvimento humano, vários eventos nodais se apresentam e modificam a vida de um indivíduo. A chegada de um bebê é um desses eventos para a mulher e sua família, ocasionando mudanças desde o período da gestação, provocando sentimentos e exigindo adaptações. (Balbino, Yamanaka, Balieiro, & Mandetta, 2015; Marcacine, Orati, & Abrão, 2012; Spehar & Seidl, 2013) De acordo com o Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada, publicado pelo Ministério da Saúde (2005), para vivenciar esse processo, a mãe necessita do apoio daqueles em quem confia e que ela acredita ter mais experiência. O auxílio do pediatra é de suma importância e não deve se restringir aos aspectos físicos, mas se atentar aos aspectos psíquicos do bebê e de seu cuidador.

Ariès (1978) afirma que a família foi se transformando conforme mudou sua relação interna com a criança e que foi, a partir do século XV, que os pais passaram a se ocupar da criação dos filhos e a não mais destinar isso a outras pessoas e famílias, como era feito anteriormente. Lisboa, Féres-Carneiro e Jablonski (2007) consideram que a transmissão intrageracional é responsável pela criação e manutenção da identidade na família através da cultura familiar, de forma consciente ou inconsciente, e assegura a perpetuação de um legado, rituais e tradições (Falcke & Wagner, 2005; Lisboa, Féres-Carneiro, & Jablonski, 2007; Suassuna, 2011).

De acordo com Zanatta e Motta (2007), as mães relatam que os cuidados são construídos nas relações com as pessoas que cuidaram delas e se tornaram seus referenciais, e utilizam medidas caseiras antigas que já tenham sido comprovadas pela comunidade. Desse modo, o cuidado é algo historicamente passado dos mais velhos para os mais novos, possibilitando entender a posição tão importante que pessoas mais velhas ocupam na família.

De acordo com Iserhard et al. (2009), o fato de o nascimento da criança ter sido levado para dentro do hospital, distanciou-o do contexto sociocultural da mãe, transformando uma situação biológica normal em um problema médico e colocando a mulher numa posição passiva e dependente. O cuidado passa, dessa maneira, a estar intimamente ligado ao modelo médico, no qual o indivíduo assume um papel passivo e submisso. (Motta, 2011).

Contudo, segundo algumas pesquisas feitas na área, as mães, mesmo recebendo orientações dos profissionais de saúde sobre os primeiros cuidados a serem oferecidos ao bebê, tendem a continuar seguindo aquelas que lhes foram transmitidas pelas suas próprias mães (Barbosa, Teixeira, & Pereira, 2007; Iserhard et al., 2009; Tomeleri & Marcon, 2009; Zanatta & Motta, 2007). Na maioria das vezes, elas recorrem primeiramente aos costumes populares e, mesmo em casos de intercorrências graves, quando o saber médico deveria ser consultado e seguido, tendem a seguir os costumes de cuidados populares, que, em algumas ocasiões, trazem resultados mais rápidos e são considerados mais naturais (Tomeleri & Marcon, 2009; Zanatta & Motta, 2007).

Em estudos já realizados sobre os primeiros cuidados oferecidos ao bebê, pôde ser inferido que as mães ficam divididas entre os saberes científicos e os populares, e acabam criando uma dicotomia entre eles (Barbosa et al., 2007; Iserhard et al., 2009; Tomeleri & Marcon, 2009; Zanatta e Motta, 2007). Há um consenso entre os pesquisadores sobre a existência de algumas práticas populares já consagradas pelas mães, que, frequentemente, estão relacionadas à amamentação – uso de bicos, chupetas e mamadeira –, ao cuidado com o coto umbilical – tendência a usar faixa ao redor do umbigo – e a atitudes frente a alterações na saúde – uso de chás e xaropes caseiros. Além disso, entre as principais crendices se encontram os benzimentos e orações (Barbosa et al., 2007; Iserhard et al., 2009; Pacheco & Cabral, 2011;

Tomeleri & Marcon, 2009).

Pacheco e Cabral (2011), por exemplo, buscaram avaliar as práticas culturais das famílias no manejo da alimentação do recém-nascido de baixo peso, quando estas já estavam em domicílio, e concluíram que, em casa, as mães não continuam com as orientações recebidas no hospital. As tentativas de difusão do conhecimento no âmbito da saúde têm ocorrido de uma forma que não tem atingido as mães de uma maneira eficaz, já que, na maioria das vezes, elas preferem seguir aquilo que veem dando resultado em suas práticas populares (Barbosa et al., 2007; Iserhard et al., 2009; Tomeleri & Marcon, 2009; Zanatta e Motta, 2007).

Algumas dessas práticas não são prejudiciais e, por vezes, são complementares aos cuidados preconizados pelos estudos científicos; um exemplo é a utilização do óleo para massagear a barriga do bebê, quando este apresenta cólica (Zanatta e Motta, 2007). Já outras, precisam ser extintas por trazerem riscos à saúde do bebê, como a utilização da faixa para tratar o coto umbilical, que além de não ter relação alguma com a cura, ainda pode gerar infecção (Barbosa et al., 2007; Tomeleri & Marcon, 2009; Zanatta & Motta, 2007).

Entretanto, os motivos pelos quais as mães preferem as práticas de sua cultura em detrimento das de base científica ainda estão obscuros e carecem de mais investigação. Marcacine et al. (2012), ao revisarem a literatura disponível sobre educação em saúde, afirmaram não haver nenhum trabalho específico focado na faixa etária neonatal e período pós-parto, e mesmo que fatores como os de que profissionais não ouvem o que os pacientes trazem como consagrado, ou de que as consultas têm tempo limitado, ou ainda, de que questões afetivas no relacionamento entre médico e paciente sejam relevantes (Costa & Azevedo, 2010; Grosseman & Stoll, 2008; Pereira & Azevedo, 2005; Sucupira, 2007), uma melhor compreensão sobre essas motivações deve ser buscada.

Assim, no intuito de contribuir para o estudo dessas motivações, entendeu-se ser importante oferecer um espaço às mães para exposição de seus sentimentos e percepções, sobre situações vividas durante os cuidados aos seus bebês. No âmbito da saúde pública, um estudo assim tem relevância social, uma vez que, ao se compreender melhor essas motivações, trabalhos mais efetivos e eficazes junto às famílias e na relação entre os profissionais de saúde e as famílias poderão ser realizados, a fim de alcançar o objetivo comum de promover a saúde da população.

O presente artigo tem como objetivo, portanto, relatar os resultados de uma investigação sobre o ponto de vista das mães, que concordaram dela participar, sobre os motivos que as levaram a não seguir as orientações dos profissionais de saúde e optar pelo que lhes foi transmitido pela cultura familiar no tocante aos primeiros cuidados oferecidos à criança. Mais especificamente, esse estudo buscou: a) conhecer, dentre as orientações recebidas dos profissionais e lembradas pela mãe, aquelas que não foram atendidas por esta; b) investigar como as mães compreenderam o fato de não terem atendido a essas orientações recebidas; c) identificar a quem as mães atenderam em detrimento das orientações dos profissionais de saúde; d) analisar os sentimentos da mãe em relação ao atendimento das orientações, conforme fossem orientações dos profissionais ou de seus familiares; e) buscar entender de que forma as orientações preteridas, ou atendidas, foram passadas pelos profissionais da saúde e f) avaliar a relação existente entre a mãe e os profissionais de saúde que a atenderam.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de corte transversal, realizado em uma abordagem qualitativa, buscando a percepção das pessoas envolvidas, e o significado que essas pessoas dão ao fenômeno dentro do seu contexto (Amorim, Moreira, & Carraro, 1999; Oliveira & Collet, 1999; Sugano, Sigaud, & Rezende, 2003).

### *Participantes*

## ORIENTAÇÕES PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO AO BEBÊ

Participaram do estudo cinco mães (n=5), cujas informações sociodemográficas encontram-se no Quadro 1. Somente uma das mães tinha um único filho; todas as outras tinham mais de uma criança e, nesses casos, a pesquisa foi realizada em relação ao filho mais novo, que possuía a idade necessária para os critérios de inclusão na pesquisa. Das cinco mães, três estavam sem parceiros e eram responsáveis pelo sustento da casa.

### Quadro 1.

Informações sociodemográficas das mães participantes

	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão	Número de Filhos	Renda Familiar
Mãe 01	33 anos	Superior Incompleto	Solteira	Dolar	3	até R\$1500,00
Mãe 02	36 anos	Magistério	Casada	Professora (afastada)	3	até R\$1500,00
Mãe 03	39 anos	Superior Completo	Separada	Educadora Física	4	até R\$1500,00
Mãe 04	25 anos	Superior Completo	Solteira	Pedagoga	1	até R\$1500,00
Mãe 05	38 anos	Segundo Grau Completo	Casada	Dolar	2	de R\$1500,00 a R\$3000,00

Foram estabelecidos dois critérios de inclusão para a participação na pesquisa. O primeiro, de que a mãe tivesse o filho nascido há aproximadamente dois anos, a fim de se obter um distanciamento importante, para a reflexão da mãe, da época em que as orientações para os cuidados iniciais foram dadas a ela, e um sentimento de maior segurança de se expor, sem receios, em razão de o relato ser retrospectivo. O segundo critério consistiu em uma consulta inicial às mães para verificar se houve durante o primeiro ano de vida da criança, alguma ação em desacordo com as orientações dos profissionais de saúde sobre os cuidados à criança e em acordo com os conselhos ou costumes de familiares. Foram excluídos os casos de mães cujos filhos nasceram com problemas de saúde ou deficiências graves. Foi realizada uma amostragem por saturação, que segundo Turato (2013) consiste em encerrar as entrevistas assim que os pesquisadores percebem uma repetição em seu conteúdo e que novas entrevistas teriam acréscimos pouco significativos para a pesquisa.

### *Material*

Foi escolhida a entrevista semi-estruturada em razão de sua alta flexibilidade e capacidade de obtenção de dados específicos de cada pessoa entrevistada. Assim, apesar de terem sido considerados previamente alguns pontos para investigação como os apresentados ao final da introdução, esse tipo de entrevista permitiu o surgimento de outros pontos aumentando a probabilidade de emergir o que realmente era pertinente para a análise dos dados.

### *Procedimento*

Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) – protocolo 2309 – foram realizadas visitas à sala de espera do Ambulatório de Pediatria da UFTM, onde as mães foram abordadas. Confirmados os critérios de inclusão e exclusão, cada mãe foi esclarecida sobre a pesquisa e, demonstrado o interesse em participar, foi obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que garantia o sigilo da identificação de suas informações, a autorização para a utilização da gravação em áudio, além de nenhum custo ou prejuízo para ela. Na sequência, foram agendadas as entrevistas.

Após a coleta de dados, foi realizada a transcrição de todas as entrevistas e uma Análise de Conteúdo em suas vertentes temática e da enunciação (Bardin, 1977/2011). Nestas, o pesquisador vai além da descrição dos dados, discutindo/inferindo sobre esses dados e desvelando mensagens. A análise temática, de acordo com Bardin (1977/2011), consiste em encontrar aquilo que há de comum nas entrevistas realizadas e que é alocado em categorias previamente definidas, no caso: a) orientações dos profissionais de saúde que foram seguidas; b) orientações dos profissionais de saúde que não foram seguidas; c) motivações das mães para seguir as orientações; d) motivações das mães para não seguir as orientações; e) sentimentos das mães em relação às suas escolhas no cuidado ao bebê quando atendia a uma orientação dos profissionais de saúde e f) sentimentos das mães em relação às suas escolhas no cuidado ao bebê, quando não atendiam a uma orientação dos profissionais de saúde. Já a análise da enunciação estuda cada entrevista como uma totalidade organizada e singular, buscando entender os fatores que subjazem ao discurso. A discussão se pautou na literatura revisada e na teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott (Dias, 2003; Winnicott, 1990/1988)

## RESULTADOS

As categorias predefinidas e construídas a partir dos objetivos do estudo, encontram-se no Quadro 2 a seguir.

### Quadro 2.

Resultados categorizados a partir das categorias predefinidas

Orientações dos profissionais de saúde que foram seguidas	- Orientações sobre prevenção de doenças e seu tratamento: vacinas, medicamentos, trato do coito umbilical, banho de sol e vitaminas. - Orientações sobre a introdução de alimentos sólidos. - Orientações sobre o aleitamento materno.
Orientações dos profissionais de saúde que não foram seguidas	- Orientações que vetavam o uso da mamadeira, chás e sucos, banho de picão e chupeta.
Motivações da mãe para seguir as orientações	- A percepção do bem-estar do bebê com a realização do que foi orientado; - A boa relação com o profissional de saúde; - A eficácia da orientação, após sua realização; - Ausência de um familiar confiável; - Orientações passadas com exemplos práticos.
Motivações da mãe para não seguir as orientações	- O bem-estar do bebê com a utilização de costumes familiares; - Orientações contrárias por parte de familiares da confiança da mãe; - Relação insatisfatória estabelecida com o profissional de saúde; - Experiências com filhos anteriores de costumes diferentes dos orientados; - Orientações passadas apenas oralmente; - Falta de praticidade em seu cotidiano para a realização das orientações recebidas; - Orientações consideradas sem importância/valor pela mãe; - Fantasias da mãe e/ou dos familiares em relação ao que foi orientado; - Conflitos emocionais da mãe.
Sentimentos das mães em relação às suas escolhas no cuidado ao bebê quando atendia a uma orientação dos profissionais de saúde	- A mãe se sentia segura.
Sentimentos das mães em relação às suas escolhas no cuidado ao bebê quando não atendia a uma orientação dos profissionais de saúde	- A mãe se sentia eficiente; - A mãe se sentia culpada ou em dúvida.

## ORIENTAÇÕES PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO AO BEBÊ

### Sobre as orientações dos profissionais de saúde que foram seguidas

Houve uma tendência a seguir aquelas que estivessem ligadas ao tratamento e à prevenção de doenças, como vacinas e remédios. Diferentemente do que foi encontrado na literatura (Tomeleri & Marcon, 2009; Zanatta & Motta, 2007), observou-se que, no caso de intercorrências graves de saúde do bebê, as mães optaram pelas orientações dos profissionais de saúde. Apenas uma mãe recorreu a simpatias e benzimentos no caso de uma doença grave, mas associados ao tratamento indicado pelo médico.

As orientações profissionais, da equipe de enfermagem, sobre o cuidado do coto umbilical também foram seguidas. Faziam mais sentido para as mães, já que o uso do óleo, orientação oriunda da cultura familiar, dava-lhes a sensação de fazer mal à criança, principalmente no verão. As mães também seguiam as orientações relacionadas ao banho de sol, no tratamento da icterícia, e à introdução de alimentos sólidos.

### Sobre as orientações dos profissionais de saúde que não foram seguidas

Constatou-se que a maioria se relacionava ao aleitamento materno e ao uso de mamadeiras que apareceu fortemente influenciado pelos costumes familiares e pelas fantasias da mãe sobre o seu próprio leite.

*Ele tava chorando muito, aí eu pensava assim, meu leite não tá sustentando, eu vou dar... Aí, ele mamava [na mamadeira] e dormia, apagava, então eu pensava assim, agora ele encheu, né? Então, foi isso, eu achava que meu leite não tava sustentando ele [...]. As tias dele mesmo falavam: 'Ah, taca mamadeira nesse menino, cê tá muito magra, cê vai dá anemia, só no peito... E outra, esse leite não tá sustentando, seu leite não tá sustentando, dá a mamadeira' (Mãe 01)*

As orientações dos familiares relacionadas ao cuidado da icterícia do recém-nascido também se mostraram bastante influentes. As mães optavam por dar banho de picão, ferver leite na água, ou ainda esquentar um pedaço de telha na água do banho. Essas práticas foram, na maioria das vezes, realizadas concomitantemente às orientações dos médicos de levar o bebê para tomar sol de manhã. Além disso, mesmo quando contra-indicado pelos médicos, era comum o uso de xarope, chás e sucos, principalmente quando a criança estava doente, deixando entrever, também, uma forte influência da cultura familiar.

### Motivações da mãe para seguir as orientações

Inferiu-se que o fator preponderante foi o bem-estar do bebê. Isso pôde ser notado com a orientação referente ao chá, que era percebido pela mãe como desnecessário, uma vez que não contribuía para o bem-estar do bebê, levando-a a seguir a orientação do profissional de não oferecer o chá à criança.

Foi percebida maior influência do profissional de medicina em relação aos outros profissionais não médicos. De acordo com as mães, o apoio dos médicos consistia em disponibilidade de ajudar, carinho e atenção para com a criança, conhecimento técnico e eficácia de suas prescrições. No presente estudo, quando o médico se mostrava disposto a atender as necessidades das mães, dava atenção a elas e à criança, e o que era orientado trazia bons resultados, havia grande probabilidade de as mães continuarem seguindo suas orientações. Isso pôde ser inferido a partir de falas das mães como a seguir:

*A hora que ele [filho] chega lá, eu acho que ele já conhece ela [a médica], porque ele já vai, e já vai deitar na cama, já quer levantar os braços pra ela examinar ele [...] Por isso, que eu acho que ele gosta dela, porque ele conhece ela, porque desde pititico ele vai lá, e ela tem todo um carinho pra conversar. [...] Ela é, nossa, excepcional com ele.*

(Mãe 02)

*Ele é um médico que... ele chega até ligar pra saber se melhorou, se você não ligar atrás [...]. Tem vez que eu ligo pro Dr. X e falo assim: “Dr. X o Y tá com isso, isso...”. Ele diz: “Não, traz ele aqui agora no hospital escola. [...] Eu tenho muita confiança nele. Agora, procuro sempre ir nele. (Mãe 04)*

Se o médico não considerava o saber da mãe sobre o bebê, a probabilidade de a mãe não seguir as orientações aumentava muito:

*Eu falei assim: Gente, mas eu falei pra ela [médica] que o remédio, o remédio não dá certo, e mesmo assim ela foi e passou o remédio. Eu fiquei com raiva dela, porque ela falou: ‘Não mãe, mas a senhora tem que comprar porque o remédio é bom, ele vai melhorar’. Aí eu falei assim: Não, mas ele já tomou esse remédio tem pouco tempo e se não fez efeito da outra vez, agora vai fazer? Aí, peguei fui embora e não comprei o remédio, fiz chá pra ele, chá com xaropinho caseiro. (Mãe 02)*

*Aí, ele [médico] já começou a fazer a receita e falou: ‘Ah dá um antitérmico pra ele’. Falei: ‘Dr. mas ele tá com a garganta inflamada’...porque quando ele dá muita febre assim, e vomita, é a garganta, que a gente que é a mãe já sabe mais ou menos, né? Aí, ele falou assim: ‘Ah, então eu vou olhar a garganta dele’. Aí que ele foi olhar a garganta dele e falou assim: ‘Ah, é a garganta mesmo, porque ele já tá com dois caroços assim... mas, aí eu vou passar antitérmico’. Eu falei ‘Não Dr., cê pode passar outro remédio. Aí, ele passou Benzetacil pra ele [...] Aí, eu vim embora... Aí por minha conta mesmo eu já comecei a dar o Profenid pra ele. (Mãe 05)*

Evidenciou-se também, que as orientações dos profissionais continuavam sendo seguidas, no caso de terem sido eficazes após a sua realização. A Mãe 04, por exemplo, foi orientada por um médico a dar banho de água fria no bebê que se encontrava com febre. No início, ela se mostrou resistente por ser noite e estar frio, porém, seguiu a orientação e, percebendo que a febre havia diminuído, continuou a seguir essa orientação e passou adiante para outras mães.

A confiança foi evidenciada como um elemento bastante importante. Quando a orientação partia de algum familiar próximo à mãe e que lhe transmitia confiança, ela acabava cedendo, contrariando as orientações médicas. Caso o familiar não lhe inspirasse confiança, ao segui-lo, a mãe se enchia de dúvidas e, dependendo da relação que tinha com o médico, as orientações deste se sobrepunham às recebidas do familiar, como aconteceu com a Mãe 04, que ofereceu chá ao bebê seguindo uma orientação da sogra, mas não sentiu confiança nela o suficiente para ficar tranquila com sua escolha.

Considerou-se também que a forma como a orientação era passada influenciava a decisão da mãe. As orientações que foram passadas por meio de exemplos práticos, e que durante a exemplificação já apresentavam resultados positivos, foram quase totalmente seguidas, como por exemplo, as orientações práticas sobre a pega correta e o cuidado com o coto umbilical que, em todos os casos, foi exemplificado por um profissional de saúde e seguido por todas as mães.

### **Motivações da Mãe para não Seguir as Orientações**

O fator que se mostrou mais relevante para não seguir as orientações dos profissionais também foi o bem-estar do bebê. Quando a mãe seguia uma orientação familiar contrária, ou simplesmente não seguia a orientação do profissional, e o bebê se mostrava bem com a conduta escolhida por ela, isso era suficiente para que a orientação profissional fosse preterida. No caso da Mãe 03, houve a orientação para que ela

## ORIENTAÇÕES PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO AO BEBÊ

não desse a mamadeira para suas filhas gêmeas e utilizasse a técnica do copinho no aleitamento. Sobre isso, a mãe relatou:

*Chegava de madrugada elas não dormiam de jeito nenhum, dava um pouquinho, dava só meia hora... choravam de novo, porque elas não conseguiam... Queriam, mas, derramava muito. [...] No dia que a gente percebeu que elas queriam mais, engolir mais, e não descia, porque engasgavam ou porque o leite acabava e elas can... E elas cansavam, né? Porque tentavam vir e não vinha, puxavam e elas dormiam, aí elas dormiam... Só que não foi o leite suficiente. [...] Elas queriam mais, mas aí, aquilo ali cansava elas, de ficar puxando [...]. Aí, elas passaram pra chuquinha, foi quando elas começaram a mamar e dormir mais, mamava e dormia, praticamente assim... Elas ficavam acordando três vezes, elas começaram a acordar duas, depois uma, depois não acordaram mais. (Mãe 03)*

Nesse caso, diante das dificuldades, o bem-estar das filhas foi fundamental para a decisão de dar a mamadeira, contrariando a orientação profissional.

Foi percebido também uma influência direta da família contrária àquilo que foi orientado pelos profissionais de saúde:

*Assim, pra mim, ali no momento, que eu achei que quem tava certa era minha mãe, porque ela criou a gente assim, cê entendeu? E graças a Deus, nós somos todos sadios, não temos nada, então, assim... eu mais dei foi porque ela [a mãe] pediu, sabe? Na hora, eu também nem pensei que a pediatra falou que aquilo lá podia fazer mal pra ele, né? (Mãe 01)*

As práticas adotadas pelas mães, que trouxeram resultados positivos para os filhos mais velhos, tinham grande chance de serem repetidas, mesmo que os profissionais de saúde orientassem o contrário. Alguns exemplos podem ser citados: a Mãe 05, no tratamento de uma bronquite, optou por repetir a simpatia que havia dado certo com o filho mais velho; a Mãe 01 não deu a chupeta, porque as filhas mais velhas a usaram exageradamente e tiveram problemas nos dentes; a Mãe 03 não deixava os filhos sozinhos na cama, porque o mais velho havia caído da cama uma vez, e cuidou do coto umbilical com álcool, porque aprovou a experiência com o filho anterior.

Outro fator evidenciado, que pareceu levar a mãe a não seguir uma orientação do profissional, foi a falta de praticidade daquilo que estava sendo proposto. Nesse sentido, a principal orientação não seguida foi para não usar mamadeira:

*“Mas eu acho mais prático dá a mamadeira, sabe? Assim, ele mesmo pega ali sozinho, ele mesmo toma. Se eu der no copo ele vai derramar, vai fazer sujeira, então, eu penso assim, a questão mais é praticidade mesmo, né?” (Mãe 01)*

Em outras situações, entretanto, o que se constatou foi o fato de os profissionais proporem algumas práticas que não eram condizentes com a realidade da mãe, como por exemplo, a utilização da técnica do copinho para o aleitamento no lugar da introdução da mamadeira, alegando que aquela seria mais benéfica ao bebê. Entretanto, essa técnica se mostrou difícil para as mães, exigindo-lhes disponibilidade emocional e tempo, como também disposição do bebê.

Algumas orientações dos médicos tinham pouca importância para a mãe, ou eram sentidas como orientações muito radicais e não eram seguidas, por exemplo, a de não brincar com bichinhos de pelúcia para evitar alergia na criança. Notou-se, também, que, alguns receios e fantasias das mães, influenciados

ou não pela família, faziam com que elas não seguissem as orientações. Uma mãe, por exemplo, não conseguia seguir a orientação de mudar o bebê de quarto, afirmando ter medo de acidentes. Já, outra mãe, apesar das orientações médicas a respeito de oferecer comida sólida para o bebê após certa idade, não o fazia por acreditar que ele poderia se engasgar com a comida: Essas fantasias podiam vir de um conselho direto da família, ou não. Por exemplo, a Mãe (04) foi aconselhada por sua própria mãe a dar banho na criança no quarto, porque, de acordo com esta, o banheiro era um lugar de muitas bactérias.

Além disso, foi notado que as mães, em alguns casos, possuíam questões emocionais que também as impediam de seguir as orientações dos profissionais de saúde. Isso ficou mais evidente no que se referiu ao desmame orientado por alguns médicos:

*Eu ficava pensando assim, eu, eu tô fazendo errado, só que eu tinha dó, tinha muita dó, também tinha vez que ele chorava, que eu queria tampar o ouvido pra não ficar com dó, porque assim eles falam: “o que os olhos não veem o coração não sente, o que você não escuta, cê não importa”. Se eu não escutasse que ele tava chorando, eu não ia importar de estar dando outras coisas em vez do leite. (Mãe 04)*

### **Sentimentos das mães em relação às suas escolhas no cuidado ao bebê quando atendia a uma orientação dos profissionais de saúde**

Percebeu-se que, quando as mães seguiam alguma orientação dos profissionais de saúde e isso proporcionava o bem-estar do bebê, elas se sentiam seguras com aquilo, contribuindo para a relação de confiança estabelecida com o profissional de saúde. Isso aconteceu nos casos de adoecimentos em que os médicos prescreviam alguma medicação e esta dava bons resultados e também quando a Mãe 04 deu o banho de água fria no bebê para abaixar a febre sob orientação médica e funcionou, se sentindo tão segura com sua atitude a ponto de repassar a orientação.

### **Sentimentos das mães em relação às suas escolhas no cuidado ao bebê quando não atendia a uma orientação dos profissionais de saúde**

Notou-se que, quando as mães deixavam de seguir alguma orientação e viam que o bebê ficava bem com aquilo, elas se sentiam mais confiantes, uma vez que, para elas, era isso o que importava. Alguns relatos ilustram esse ponto:

*“Então, a mamadeira pra mim assim, eu vi que pra ele não fez mal, o leite não fez mal. No caso, então, eu dou até hoje a mamadeira pra ele, né?” (Mãe 01); “Ah ele melhora [risos], ele melhora eu fico bem.” (Mãe 02); “Na verdade pra mim foi normal [...], não fez mal, porque se tivesse feito mal eu tinha me sentido culpada, né? Aí, se tivesse feito mal pra ele, eu ia pensar assim não vou dar mais, né?” (Mãe 01)*

Em todas as situações relatadas sobre o uso da mamadeira, houve relato de culpa em apenas uma. No caso, a Mãe 05 havia sido orientada a não dar mamadeira para o bebê que era prematuro, uma vez que isso, de acordo com as enfermeiras, o faria desistir de mamar no peito. Porém, como a mãe queria que ele ganhasse peso mais rapidamente, acabou optando pela mamadeira, no início. Depois, com receio de que ele desmamasse, arrependeu-se e voltou atrás.

Percebeu-se, no caso da Mãe 05, que houve uma influência direta da família na orientação para o uso da mamadeira, num momento em que ela se sentia muito fragilizada:

## ORIENTAÇÕES PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO AO BEBÊ

*“cê vai ficando sem dormir, cê vai ficando assim meio, meio transpassado. Aí, cê já quer alguma coisa pra dar, pra ver se a criança para de chorar, pra cê descansar um pouquinho, porque no começo é difícil” (Mãe 05).*

A opção pela mamadeira pareceu ser, assim, uma saída para o seu cansaço, levando-a a ceder àquilo que os familiares diziam, sem conseguir se lembrar das orientações dos profissionais de saúde.

### Sobre a Cultura Familiar

Mesmo quando as mães afirmavam fazer algumas coisas por si próprias, sem orientação de qualquer pessoa, em outro momento da entrevista elas acabavam relatando algo que indicava ter havido influência da cultura familiar naquela ação. A Mãe 01, por exemplo, relatou que dava leite com complementos para o filho. Ao ser indagada, não confirmou ter sido influenciada e disse que fazia o mesmo com as filhas mais velhas. Em outro momento, porém, contou que foi sua sogra que a orientou sobre um complemento para as filhas mais velhas e, em outro momento, ainda, disse ver os sobrinhos tomando mamadeira. Além disso, relatou que dava espontaneamente bolacha para o filho se acalmar, mas depois relatou, em outra situação, que o seu pai fazia o mesmo quando ela própria estava doente e ficava muito nervosa.

A Mãe 05 afirmou que era orientada a tomar quatro litros de água para a produção do leite, mas, dizendo-se enjoada, tomava suco de caju. Indagada sobre essa escolha, afirmou apenas acreditar que o suco de laranja não lhe faria bem e, por isso, preferiu o de caju. Contudo, em outro momento, contou que ofereceu suco de laranja para o filho mais velho, quando este era bebê, e foi repreendida pela família porque prenderia o intestino dele.

A Mãe 04 relatou não trocar o filho de quarto, passando-o para o seu próprio quarto, por receio de acidentes caseiros. Um tempo depois, relatou ter dormido no quarto da mãe até os oito anos de idade. A Mãe 03, que afirmou optar pela mamadeira em razão da facilidade, relatou também que utilizou mamadeira até os sete anos de idade e, afirmando que dava suco sem orientação, contou depois que tomava bastante suco quando era criança. Assim, evidenciou-se que a influência da família se mostrou forte mesmo que de forma indireta ou inconsciente. De acordo com Falcke e Wagner (2005), “essas experiências, que envolvem a cultura, a moral e os valores das gerações anteriores, vão influenciando, sem que o sujeito perceba, as suas decisões e as suas escolhas afetivas” (p. 26).

Inferiu-se também, que, para que a mãe definisse quais atitudes tomar em relação à criança, era preciso que ela estivesse identificada com o bebê. A Mãe 02, por exemplo, optou por passar uma pomada, na qual ela confiava, quando o filho manifestou alergia, e ao ver que o medicamento foi eficaz, adotou isso como prática. Também foi capaz de perceber que o enjoamento do filho era devido ao dente que estava nascendo e optou por continuar dando o peito, mesmo sendo orientada ao desmame, pois sabia que, em razão do enjoamento, a criança não conseguiria comer outra coisa e se sentiria fraca. Já a Mãe 03 percebeu que as filhas não dormiam devido à fome que elas sentiam, já que não estavam se adaptando à técnica do copinho, e isso a fez optar pela mamadeira, para que as filhas parassem de sentir fome e pudessem dormir. Também percebeu que elas ficavam nervosas quando enroladas no cobertor, orientação da avó, e parou de usar.

## DISCUSSÃO

Notou-se que, conforme os estudos sobre as famílias contemporâneas (Borsa & Nunes, 2011; Marin & Piccinini, 2009; Vitorello, 2011; Wagner, Predebon, Mosmann, & Verza, 2005) as famílias tradicionalmente parentais foram cedendo lugar para novas configurações familiares nas quais a mãe assume a figura central. Porém, no que se refere à maternidade e aos cuidados dos filhos, ainda que a

mulher participe mais do mercado de trabalho, é ela que assume esse cuidado (Borsa & Nunes 2011, Wagner et al., 2005). Marin e Piccinini (2009) ressaltam, ainda, que essas novas configurações familiares têm implicado em uma sobrecarga de tarefas para a mulher e as equipes de saúde devem estar atentas a isso, principalmente com relação aos primeiros cuidados com o bebê. Segundo Winnicott (1965/1990), cabe ao pai exercer um papel fundamental de apoio à mãe, para que, ao se ocupar de coisas alheias ao bebê, a mãe possa se ocupar apenas de sua relação com este.

Com relação aos cuidados propriamente ditos e as motivações das mães para seguir as orientações, percebeu-se a importância na relação que era estabelecida entre a mãe e, mais especificamente, o médico. Alguns autores ressaltam que, na relação entre médico e paciente, é esperado que exista afeto e esse é um fator que influencia diretamente no resultado da prática médica (Caprara & Franco, 1999; Costa & Azevedo, 2010; Pereira & Azevedo, 2005). No presente estudo, ficou evidente que a confiança da mãe no profissional influenciava a sua disponibilidade de seguir as orientações recebidas dele. Notou-se também que, se as explicações faziam sentido para a mãe e eram dadas de forma clara e firme pelo médico, dificilmente ela não as seguia.

Quando se estabelecia uma relação insatisfatória com o médico, ou um incômodo em relação a alguma atitude deste – sentida como descaso ou descuido com o bebê –, a mãe não sentia confiança em sua prescrição. Ainda, se ele não considerava o saber da mãe sobre o bebê, a probabilidade de a mãe não seguir as orientações aumentava muito: Alguns estudos afirmam que é comum que os médicos desconsiderem aquilo que é trazido pelo paciente, além de questões subjetivas, sociais e culturais, e isso interfere direta e negativamente na adesão ao tratamento e no estado de saúde do paciente (Caprara & Franco, 1999; Grosseman & Stoll 2008; Pereira & Azevedo, 2005; Sucupira 2007). Nos cuidados com o recém-nascido, Tomeleri e Marcon (2009) afirmam que também é comum que a equipe de enfermagem não valorize e até despreze as práticas culturais passadas de mãe para filha, gerando conflitos entre os profissionais e a família.

É importante ressaltar que, vários autores são categóricos ao afirmar que é necessário melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, sendo que a principal queixa se refere à necessidade de uma escuta maior por parte do profissional para uma maior adesão àquilo que é proposto. (Caprara & Franco; 1999, Chiodi et al., 2012; Grosseman & Stoll 2008; Pereira & Azevedo, 2005; Sucupira, 2007).

Chiodi et al. (2012), Frello e Carraro (2012) e Roseiro e Paula (2015) também reforçam a importância de os profissionais de saúde e a família conseguirem estabelecer uma relação empática, na qual o profissional consiga perceber as condições dos pais, alcançá-los de forma a acolher suas emoções e, ao mesmo tempo, orientar tecnicamente quando necessário. Porém, os autores chamam atenção para as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde com a rotina extremamente exigente e condições nem sempre boas de trabalho.

Já no que se refere às motivações da mãe para não seguir as orientações, conforme discutido na literatura, muitas vezes há uma influência direta da família contrária àquilo que foi orientado pelos profissionais de saúde (Barbosa et al., 2007; Iserhard et al., 2009; Tomeleri & Marcon, 2009; Zanatta e Motta, 2007), o que faz com que as mães não sigam essas orientações. De acordo com Tomeleri e Marcon (2009), as mães não só sentem confiança nos seus familiares, mas também reconhecem a capacidade e experiência que essas pessoas apresentam em cuidar de crianças, e isso as deixa mais seguras do que com profissionais de saúde, que, na maioria das vezes, são pessoas que a mãe mal conhece.

De acordo com Winnicott (1959/1997) toda a família é orientada para lidar com a chegada de um bebê, ou seja, normalmente estão todos bastante envolvidos com os primeiros cuidados. Ainda, segundo esse autor, existem muitas coisas que as mães não podem saber por intuição e precisam ser informadas, porém, “para receber estas instruções, [...] ela deve esperar até que se encontre em um estado mental que lhe permita recebê-las” (1987/1999, p. 14). A mãe precisa, pois, de apoio e, sendo assim, pode-se entender a influência da família em razão da sua presença mais constante nesses momentos em que a mãe se sente

## ORIENTAÇÕES PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO AO BEBÊ

muito frágil. Pacheco e Cabral (2011) afirmam que em casa, apesar de enfrentarem as mesmas dificuldades, as mães não contam com o suporte profissional com o qual contavam quando internadas e, por enfrentarem momentos de maior angústia e ansiedade, acabam sendo influenciadas mais fortemente pelos valores e normas familiares na tomada de decisão sobre como alimentar o filho, do que pela memória das orientações dadas pelos profissionais de saúde.

Além disso, esses profissionais, ao focarem o bem-estar da criança, acabavam desconsiderando a dificuldade da mãe para uma determinada tarefa, que a deixava cansada e não a atendia em suas necessidades. Dessa maneira, a condição física e emocional da mãe ficava prejudicada, como também o próprio bem-estar da criança, uma vez que, de acordo com Winnicott, “o apoio do ego materno facilita a organização do ego do bebê.” (1987/1999, p. 9). Se a mãe não consegue dar esse apoio, o bebê terá sua organização dificultada.

Winnicott (1969/1993) ainda afirma que, nesse período, as mães têm a capacidade de se colocar no lugar do bebê, conseguindo identificar quais são as suas necessidades, pois, afinal, ela “também foi um bebê e possui lembranças para guiá-la, além de tudo que pode ter aprendido quando observa e participa nos cuidados dispensados a bebês” (p. 143). Essa capacidade de identificação se deve muito ao estado de preocupação materna primária, no qual, segundo Winnicott (1963/1983), a mãe geralmente se encontra, no início de sua relação com o bebê. Segundo ele, no final da gravidez e assim que o bebê nasce a mãe fica muito identificada com ele, utilizando de suas próprias experiências como bebê para entender o que o filho está sentindo. Sendo assim, ela é capaz de perceber o bem-estar ou o mal-estar do bebê e essa percepção influenciará em suas decisões sobre quais orientações seguir em detrimento de outras.

Diferentemente do que foi encontrado na literatura, este estudo permitiu ver que os profissionais de saúde têm alcançado as mães no tocante às orientações sobre prevenção e tratamento de doenças, porém, nos cuidados do dia-a-dia a influência da cultura familiar ainda se faz muito presente. As orientações médicas relacionadas ao aleitamento materno foram as mais preteridas por parte das mães. Foi possível constatar que as motivações da mãe, para não seguir uma orientação médica, são mais fortemente marcadas por seus sentimentos e fantasias oriundos da qualidade da relação de empatia, compreensão e confiança, que pode ser estabelecida com o profissional, do que pela não compreensão ou não entendimento daquilo que lhe é passado.

Um fator determinante para a conduta materna se encontra na confiança estabelecida entre a mãe e o profissional de saúde, como também com a sua família. Além disso, a capacidade de identificação da mãe e sua consequente percepção do bem-estar do bebê, no presente estudo, foram responsáveis pelo não atendimento das orientações dos profissionais na maioria das vezes em que isso foi relatado.

A influência da cultura familiar pôde ser inferida, mesmo quando a mãe não foi capaz de identificá-la. Assim, para que os profissionais de saúde possam alcançar as mães é preciso conhecer e levar em conta a influência cultural na busca de seus objetivos. Entende-se ser necessário que eles se aproximem mais das mães, buscando estabelecer uma relação de confiança e empatia e que pensem práticas que aproximem suas famílias dos profissionais, havendo uma maior articulação entre eles, de forma que seja possível conhecer a realidade familiar e social da mãe, ao mesmo tempo em que a família seja convidada a participar mais ativamente dos cuidados necessários ao bebê. É possível pensar numa prática mais integrada, na qual os saberes científicos e a cultura familiar possam ser complementares e não excludentes.

Torna-se importante ressaltar as limitações desse estudo, no que se refere ao número restrito da amostra, uma vez que não se visou a uma generalização dos achados, mas a uma contribuição para o tema, considerando o relato das mães do grupo entrevistado. Há necessidade de mais pesquisas que possam ampliar e aprofundar o que foi encontrado neste estudo, para que as práticas possam ser aprimoradas visando ao bem-estar de mães e seus bebês. No âmbito da saúde pública, um estudo assim tem relevância social, uma vez que, ao se compreender melhor essas motivações, trabalhos mais efetivos e eficazes junto às famílias e na relação entre os profissionais de saúde e as famílias poderão ser

projetados e realizados, a fim de alcançar o objetivo comum de promover a saúde da população.

## REFERÊNCIAS

- Ariès, P. (1978). *História social da criança e da família*. (D. Flaksman, Trad.). Rio de Janeiro: LTC editora.
- Amorim, S. T. S. P., Moreira, H., & Carraro, T. L. (1999). Amamentação em crianças com síndrome de down: a percepção das mães sobre a atuação dos profissionais de saúde. *Revista Nutrição*, 12, 5-19. doi:10.1590/S1415-52731999000100008
- Balbino, F. S., Yamanaka, C. I., Balieiro, M. M. F. G., & Mandetta, M. A. (2015) Grupo de apoio aos pais como uma experiência transformadora para uma família em unidade neonatal. *Revista Escola Anna Nery*, 19, 297-302. doi: 10.5935/1414-8145.20150040
- Barbosa, M. A. R. S., Teixeira, N. Z. F., & Pereira, W. R. (2007). Consulta de Enfermagem – um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), 226-229. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026613014>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70. (Original publicado em 1977)
- Dias, E. O. (2003). A teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago.
- Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2011) Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicologia Argumento*, 29(64), 31-39. Recuperado de: <http://132.248.9.34/hevila/Psicologiaargumento/2011/vol29/no64/3.pdf>
- Caprara, A., & Franco, A. L. S. (1999). A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3), 647-654. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>
- Chiodi, L. C., Aredes, N. D. A., Scochi, C. G. S., & Fonseca, L. M. M. (2012). Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(6), 969-74. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a22.pdf>
- Costa, F. D., & Azevedo, R. C. S. (2010). Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(2), 261–269. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a10v34n2.pdf>
- Falcke, D., & Wagner, A. (2005) A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade. In A. Wagner (Org.), *Como se perpetua a família? A transmissão dos modos familiares* (pp.25-46). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Frello, A. T., & Carraro, T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 514-21. doi: 10.1590/S0034-71672012000300018
- Grosseman, S., & Stoll, C. (2008). O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com esudantes do último semestre do curso de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (3), 301–308. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a04.pdf>
- Iserhard, A. R. M., Neves, E. T., Budó, M. L. D., & Badke, M. R. (2009). Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 13(1), 116-12. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a16>
- Lisboa, A. V., Féres-Carneiro, T., & Jablonski, B. (2007). Transmissão intergeracional da cultura: um estudo sobre uma família mineira. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 51-59. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122096007>

## ORIENTAÇÕES PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO AO BEBÊ

- Marcacine, K. O., Orati, P. L., & Abrão, C. F. V. (2012). Educação em saúde: repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 141-147. doi: 10.1590/S0034-71672012000100021
- Marin, A., & Piccinini, C. A. (2009) Famílias uniparentais: a mãe solteira na literatura. *Psico*, 40(4) 422-429. Recuperado de:  
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2683/4927>
- Ministério da Saúde. (2005). Pré-natal e Puerpério - Atenção qualificada e humanizada. Secretária de Atenção à Saúde, da Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, caderno nº5. Brasília, DF. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)
- Motta, S. P. P. (2011). Ética do Cuidado: Formulações do Outro. In S. M. A. J. Zornig, & R. O. Aragão (Orgs.), *Nascimento: Antes e Depois – Cuidados em Rede* (pp. 147-61), Curitiba: Hanoris Causa Editora.
- Oliveira, B. R. G., & Collet, N. (1999). Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. *Revista latino americana enfermagem*, 7(5), 95-102. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13509.pdf>
- Pacheco, S. T. A., & Cabral, I. E. (2011). Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio:enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 15, 314-322. doi: 10.1590/S1414-81452011000200014
- Pereira, M. G. A., & Azevedo, E. S. (2005) A relação médico-paciente em rio branco/AC sob a ótica dos pacientes. *Revista Associação Médica Brasileira*, 51(3), 153-157. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n3/a16v51n3.pdf>
- Roseiro, C. P., Paula, K. M. P. (2015). Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Estudos de Psicologia*, 32, 109-119. Doi:10.1590/0103-166X2015000100010
- Spehar, M. C., & Seidl, E. M. F. (2013). Percepções maternas no método canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. *Psicologia em Estudo*, 18, 647-656. Doi: 10.1590/S1413-73722013000400007
- Sugano, A. S., Sigaud, S. H. S., & Rezende, M. A. (2003). A enfermeira e a equipe de enfermagem - segundo mães acompanhantes. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 11(5), 601-607. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a06.pdf>
- Suassuna, A. M.V. (2011). *A transmissão psíquica entre gerações e o psiquismo fetal*. Curitiba: Honoris Causa.
- Sucupira, A. C. (2007). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 11(23), 619-35. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115440016>
- Tomeleri, K. R., & Marcon, S. S. (2009). Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos. *Acta Paul Enfermagem*, 22(3), 272-280. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a06v22n3.pdf>
- Turato, E. R. (2013). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Vitorello, M. A. (2011). Família contemporânea e as funções parentais: há nela um ato amor?. *Psicologia da Educação*, 32, 7-24. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-69752011000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752011000100002)
- Wagner, A., Predebon, J., Mosmann, C., & Verza, F. (2005) Compartilhar Tarefas? Papéis e Funções de Pai e Mãe na Família Contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (2), 181-186. doi: 10.1590/S0102-37722005000200008
- Winnicott, D. W. (1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D.W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963)

- Winnicott, D. W. (1990). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, Artes Médica. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W. (1993). A construção da confiança. In D. W. Winnicott, *Conversando com os pais*. (pp. 140-152). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1969)
- Winnicott, D. W. (1997). Uma abordagem clínica aos problemas familiares: a família. In D. W. Winnicott (Org.), *Pensando sobre crianças* (pp.70-71) Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1959)
- Winnicott, D. W. (1997). A influência do desenvolvimento emocional sobre os problemas de alimentação. In D. W. Winnicott (Org.), *Pensando sobre crianças* (pp. 59-60) Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1967)
- Winnicott, D. W. (1999) *O bebê e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1987)
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro, Imago Editora. (Original publicado em 1988)
- Zanatta, E. A., & Motta, M. G. C. (2007). Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 28(4), 556-63. Recuperado de: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3152/1725>