

UNIVERSIDADE ABERTA



**Saberes e práticas de mães angolanas sobre os cuidados ao recém-nascido.**

**Contributos para melhorar a intervenção em saúde infantil e promover cuidados de saúde culturalmente competentes.**

Elsy Alejandra de Oliveira Tavares

**Doutoramento em Relações Interculturais**

2021

UNIVERSIDADE ABERTA



**Saberes e práticas de mães angolanas sobre os cuidados ao recém-nascido.**

**Contributos para melhorar a intervenção em saúde infantil e promover cuidados de saúde culturalmente competentes.**

Elsy Alejandra de Oliveira Tavares

**Doutoramento em Relações Interculturais**

Orientadora Científica: Professora Doutora Natália Ramos

2021

## RESUMO

O período neonatal é crítico na vida de uma criança, pela sua maior vulnerabilidade e maior risco de morte. Assim, os cuidados realizados ao recém-nascido (RN) revestem-se da maior importância e têm reflexos na sua saúde futura. A cultura, mitos e crenças revelam-se num conjunto de saberes tradicionais que muitas vezes prevalecem perante os conhecimentos científicos, levando a práticas de cuidados com consequências negativas para a saúde, como é o caso da onfalite.

Em Angola, existe um elevado número de mortes nos recém-nascidos, sendo a septicemia uma das principais causas. Mantendo-se a tendência atual, entre 2017 e 2030, prevê-se que cerca de 60 milhões de crianças morrerão em todo o mundo, sendo metade recém-nascidos (UNIGME, 2017). Estas evidências motivaram-nos a desenvolver o presente estudo, que teve como objetivo estudar os saberes e práticas de mães angolanas nos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, comparativo e transversal que tem por base uma metodologia sobretudo de cariz qualitativa. Optamos por uma amostra não probabilística por conveniência. Solicitamos a participação de informadores qualificados para dar o seu contributo especializado sobre o tema. Utilizamos a triangulação de meios de colheita de dados através da entrevista semiestruturada, observação fílmica, fotográfica, observação direta e registo em grelha de observação. Realizamos o tratamento através de estatística descritiva e de análise de conteúdo.

Os principais resultados evidenciam que os saberes e as práticas de mães angolanas nos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical, derivam da componente empírica transmitida maioritariamente pela família através das gerações, e sobretudo pelas avós do recém-nascido e da componente científica através dos profissionais de saúde.

O tempo de permanência na cidade de Luanda, das mães naturais de várias províncias de Angola, pode ser indicador da aculturação à cidade e a razão de algumas semelhanças nos seus testemunhos quando comparadas com as mães naturais de Luanda. Contudo, observamos que as mães com experiência migratória revelam alguns comportamentos distintos das mães naturais de Luanda, nomeadamente, ao mencionar com mais frequência

o álcool como conhecimento prévio, sendo no entanto, as mães naturais de Luanda que mais o utilizam de forma isolada como prática nos cuidados ao coto umbilical.

As práticas nos cuidados ao coto umbilical revelam uma variedade de meios e de produtos tradicionais, traduzindo-se em práticas incorretas e com consequências nocivas para o recém-nascido. Constatamos que existem mães que mesmo referindo conhecer a prática recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), optam por manter os cuidados tradicionais. Perante a elevada influência cultural nos cuidados das mães angolanas recomendamos o investimento na formação de profissionais no âmbito de cuidados de saúde culturalmente competentes, contribuindo para a capacitação das mães e diminuição da morbimortalidade neonatal em Angola.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da criança; Cuidados ao recém-nascido; Coto umbilical; Mães angolanas; Crianças angolanas; Multiculturalidade e saúde; Profissionais de saúde; Saúde e Cultura; Migração Interna.

## **ABSTRAT**

The neonatal period is critical in a child's life, due to its greater vulnerability and greater risk of death. Thus, the care provided to the newborn (NB) is of the utmost importance and has an impact on their future health. Culture, myths and beliefs are revealed in a set of traditional knowledge that often prevails over scientific knowledge, leading to care practices with negative health consequences, such as omphalitis.

In Angola, there is a high number of deaths in newborns, with septicemia being one of the main causes. Maintaining the current trend, between 2017 and 2030, it is estimated that around 60 million children will die worldwide, half of them newborns (UNIGME, 2017). This evidence motivated us to develop this study, which aimed to study the knowledge and practices of Angolan mothers in caring for the newborn, namely the umbilical stump.

This is a descriptive, exploratory, comparative and cross-sectional study based on a methodology mainly of a qualitative nature. We opted for a non-probabilistic sample for convenience. We request the participation of qualified informants to give their specialized contribution on the topic. We use the triangulation of data collection means through semi-

structured interviews, filmic, photographic observation, direct observation and observation grid recording. We carry out the treatment through descriptive statistics and content analysis.

The main results show that the knowledge and practices of Angolan mothers in the care of the newborn, namely the umbilical stump, derive from the empirical component transmitted mainly by the family through the generations, and above all by the grandparents of the newborn and the scientific component through health professionals.

The length of stay in the city of Luanda, of natural mothers from various provinces of Angola, can be an indicator of the acculturation to the city and the reason for some similarities in their testimonies when compared to the natural mothers of Luanda. However, we observe that mothers with migratory experience reveal some behaviors that are different from those of natural mothers in Luanda, namely, by mentioning alcohol more frequently as prior knowledge, although it is the mothers of Luanda who most use it in isolation as a practice. in the care of the umbilical stump.

The practices in the care of the umbilical stump reveal a variety of traditional media and products, resulting in incorrect practices and with harmful consequences for the newborn. We found that there are mothers who, even referring to know the practice recommended by the World Health Organization (WHO), choose to maintain traditional care. In view of the high cultural influence in the care of Angolan mothers, we recommend investing in the training of professionals in the field of culturally competent health care, contributing to the training of mothers and reducing neonatal morbidity and mortality in Angola.

**KEYWORDS:** Child health; Newborn care; Angolan mothers; Angolan children; Multiculturalism and health; Health professionals; Health and Culture; Internal migration.

## **RESUMEN**

El período neonatal es crítico en la vida de un niño, debido a su mayor vulnerabilidad y mayor riesgo de muerte. Así, la atención que se le brinda al recién nacido (RN) es de suma importancia y tiene un impacto en su salud futura. La cultura, los mitos y las creencias se revelan en un conjunto de conocimientos tradicionales que a menudo prevalecen sobre los

conocimientos científicos, dando lugar a prácticas asistenciales con consecuencias negativas para la salud, como la onfalitis.

En Angola, hay un elevado número de muertes de recién nacidos, siendo la septicemia una de las principales causas. Manteniendo la tendencia actual, entre 2017 y 2030, se estima que alrededor de 60 millones de niños morirán en todo el mundo, la mitad de ellos recién nacidos (UNIGME, 2017). Esta evidencia nos motivó a desarrollar este estudio, que tuvo como objetivo estudiar los conocimientos y prácticas de las madres angoleñas en el cuidado del recién nacido, es decir, el muñón umbilical.

Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, comparativo y transversal basado en una metodología principalmente de carácter cualitativo. Optamos por una muestra no probabilística por conveniencia. Solicitamos la participación de informantes calificados para dar su aporte especializado sobre el tema. Se utilizó la triangulación de medios de recolección de datos mediante entrevistas semiestructuradas, observación fílmica, fotográfica, observación directa, registro de la cuadrícula de observación. Realizamos el tratamiento mediante estadística descriptiva y análisis de contenido.

Los principales resultados muestran que los conocimientos y prácticas de las madres angoleñas en el cuidado del recién nacido, es decir, el muñón umbilical, derivan del componente empírico transmitido principalmente por la familia a través de las generaciones, y sobre todo por los abuelos del recién nacido y el componente científico a través de los profesionales de la salud.

El tiempo de estadía en la ciudad de Luanda, de madres naturales de varias provincias de Angola, podría ser un indicador de la aculturación a la ciudad y un motivo de algunas similitudes en sus testimonios y para compararlas con las madres de la naturaleza en Luanda. Sin embargo, notamos que las madres con experiencia migratoria revelan algunos comportamientos diferentes a los de las madres naturales en Luanda, es decir, además de mencionar el alcohol con mayor frecuencia como conocimiento previo, a pesar de que son las madres de Luanda las que lo utilizan de forma más aislada. como práctica. . en el cuidado del cordón umbilical.

Las prácticas en el cuidado del muñón umbilical revelan una variedad de medios y productos tradicionales, resultando en prácticas incorrectas y con consecuencias nocivas para el recién nacido. Encontramos que hay madres que, incluso refiriéndose a conocer la práctica recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), optan por mantener

los cuidados tradicionales. Dada la alta influencia cultural en el cuidado de las madres angoleñas, recomendamos invertir en la formación de profesionales en el campo de la atención de la salud culturalmente competente, contribuyendo a la formación de las madres y a la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal en Angola.

PALABRAS CLAVE: Salud infantil; Cuidado del recién nacido; Madres angoleñas; Niños angoleños; Multiculturalismo y salud.; Profesionales de la salud; Salud y Cultura; Migración Interna.

## DEDICATÓRIA

À minha mãe Emília Tavares e ao meu pai Bernardo Tavares (*in memoriam*) que muitas vezes renunciaram aos seus sonhos, para que eu pudesse realizar os meus.

Esta conquista não é só minha, mas nossa.

Tudo que consegui só foi possível graças ao amor, apoio e dedicação que sempre tiveram por mim e aos valores que me transmitiram e que sempre me guiam.

## AGRADECIMENTOS

A presente tese traduz um trajeto de avanços e recuos, conquistas e frustrações, dúvidas e certezas próprias de um processo de investigação. Este trabalho não teria sido possível sem colaboração, o apoio e o incentivo de muitas pessoas a quem expresso a minha gratidão.

À Professora Doutora Natália Ramos pela confiança depositada, pela inspiração, pelo sentido crítico na orientação competente e pelas palavras certas que soube conceder para que eu desenvolvesse o presente trabalho.

Aos Professores do Curso de Doutoramento em Relações Interculturais e à Universidade Aberta pela oportunidade para a realização do doutoramento.

Aos responsáveis do Centro de Saúde da Samba e do Hospital da Samba que colaboraram e contribuíram para a realização deste estudo.

Às mães que se disponibilizaram a partilhar as suas experiências e tornaram possível este estudo.

Aos informadores qualificados pela disponibilidade em facultar informações.

Ao meu irmão, André Tavares e em especial à minha mãe Emília Tavares, pelos momentos de atenção que não lhes dispensei, e pela compreensão, suporte, carinho e motivação constantes.

Ao meu namorado, Rómulo Cardoso, pela clarividência e calma transmitidas, pela sua paciência e por todo o incentivo incondicional.

À Teresa Pinheiro pelo sentido crítico, disponibilidade e apoio ao longo desta caminhada.

Aos meus amigos, pelas palavras de encorajamento e estímulo em continuar o percurso.

A Deus, por me ter acompanhado e iluminado em mais esta jornada.

Finalmente, agradeço a todos que, de alguma forma me ajudaram a chegar até aqui.

Muito obrigada!!

## ÍNDICE

<b>RESUMO</b>	ii
<b>ABSTRACT</b>	iii
<b>RESUMÉ</b>	iv
<b>DEDICATÓRIA</b>	vii
<b>AGRADECIMENTOS</b>	viii
<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	7
<b>CAPÍTULO I – CULTURA E CUIDADOS DE SAÚDE AO RECÉM-NASCIDO</b>	7
<b>1. Multiculturalidade nos cuidados de saúde</b>	7
1.1. Modelos de saúde	8
1.2. Influência cultural na saúde	13
1.3. Migração, globalização e saúde	14
<b>2. Cuidados de saúde culturalmente competentes</b>	20
2.1. Comunicação intercultural na saúde	21
2.2. Competências culturais na promoção e educação para a saúde	25
<b>3. Saúde infantil e neonatal</b>	32
3.1. Saúde infantil e neonatal: panorama mundial	33
3.2. Cuidados de saúde ao recém-nascido: conhecimento empírico versus conhecimento científico	39
3.3. Parentalidade: contexto dos cuidados ao recém-nascido	42
<b>4. Coto umbilical do recém-nascido</b>	46
4.1. Cuidados ao coto umbilical: recomendações científicas versus práticas tradicionais	47
4.2. Mortalidade neonatal: onfalite/tétano/sépsis	53
<b>CAPÍTULO II – ANGOLA: SAÚDE INFANTIL E NEONATAL</b>	57

<b>1. Perfil do país</b>	57
1.1. Resenha histórica e geográfica	57
1.2. Situação demográfica	63
1.3. Realidade migratória em Angola	65
<b>2. Situação de saúde em Angola</b>	67
2.1. Situação epidemiológica: saúde neonatal/infantil	68
2.2. Sistema Nacional de Saúde	69
2.3. Estratégias do Ministério de Saúde	71
<b>3. Saberes e práticas tradicionais nos cuidados de saúde ao recém-nascido</b>	74
3.1. Cultura tradicional versus científica nos cuidados de saúde	75
3.2. Impacto na saúde materna-infantil	79
<b>PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	82
<b>CAPÍTULO III – METODOLOGIA</b>	82
<b>1. Problema de investigação e justificação do estudo</b>	82
<b>2. Questões e objetivos de investigação</b>	83
<b>3. Tipo de investigação/estudo</b>	85
<b>4. Contextualização do estudo/inserção no terreno</b>	88
<b>5. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados</b>	92
5.1. Entrevista semiestruturada	92
5.2. Observação fotográfica e fílmica	94
<b>6. Procedimento de análise de dados</b>	96
<b>7. Questões éticas</b>	99
<b>CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	103
<b>1. Caracterização sócio-demográfica.</b>	103
1.1. Situação migratória	110
<b>2. Análise e discussão dos resultados sobre saberes e práticas de mães angolanas.</b>	116
2.1. Conhecimento empírico nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido	119
2.1.1. <i>Aprendizagem com a ajuda.</i>	120

2.1.2. <i>Experiência anterior com o recém-nascido.</i>	121
2.1.3. <i>Recomendações transmitidas por terceiros.</i>	122
2.1.4. <i>Referenciais empíricos nos cuidados.</i>	124
2.2. <b>Conhecimento científico nos cuidados ao coto umbilical</b>	126
2.2.1. <i>Informação diferente transmitida pelos profissionais.</i>	126
2.2.2. <i>Referenciais científicos nos cuidados.</i>	131
2.3. <b>Práticas realizadas ao coto umbilical</b>	133
2.3.1. <i>Conhecimento prévio das mães relativos às práticas ao coto umbilical.</i>	134
2.3.2. <i>Práticas antes da queda do coto.</i>	141
2.3.3. <i>Práticas depois da queda do coto.</i>	143
2.3.4. <i>Práticas diferentes nos filhos anteriores.</i>	144
2.3.5. <i>Utilização de álcool (isolado ou com outros produtos).</i>	145
2.3.6. <i>Práticas não recomendadas.</i>	150
2.4. <b>Apoio nos cuidados ao recém-nascido.</b>	159
2.5. <b>Aspetos gerais nos cuidados ao recém-nascido.</b>	164
2.5.1. <i>Ajuda financeira.</i>	165
2.5.2. <i>Ajuda nos cuidados.</i>	166
2.5.3. <i>Aprendizagem.</i>	174
2.5.4. <i>Dúvidas.</i>	177
2.5.5. <i>Orientação do profissional de saúde.</i>	179
2.5.6. <i>Vacinas em falta.</i>	187
2.5.7. <i>Alimentação.</i>	188
2.5.8. <i>Eliminação.</i>	190
2.5.9. <i>Hábitos de higiene: banho/roupa.</i>	191
2.5.10. <i>Segurança e conforto: acidentes/risco de contaminação/transporte/ sono.</i>	196
<b>3. Informadores qualificados do estudo</b>	207
3.1. <b>Caraterização dos informadores qualificados</b>	207
3.2. <b>Análise dos testemunhos dos informadores qualificados</b>	207
3.2.1. <i>Influência cultural nos cuidados realizados pelas mães ao recém-nascido.</i>	207

3.2.2. <i>Desempenho dos profissionais de saúde.</i>	210
3.2.3. <i>Estratégias de intervenção</i>	212
<b>CONCLUSÃO</b>	215
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	223
<b>ANEXOS</b>	238

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO I</b> - Parecer de autorização do estudo do comité de ética de Angola	239
--	-----

## ÍNDICE DE APÊNDICES

<b>APÊNDICE I</b> - Solicitação de recolha de dados no Hospital Municipal da Samba	243
<b>APÊNDICE II</b> - Consentimento informado de participação no estudo mães	245
<b>APÊNDICE III</b> - Guião da entrevista para informadores qualificados	248
<b>APÊNDICE IV</b> - Consentimento informado de participação no estudo informadores qualificados	251
<b>APÊNDICE V</b> - Guião da entrevista para as mães	254
<b>APÊNDICE VI</b> - Grelha de observação dos cuidados ao coto umbilical	269
<b>APÊNDICE VII</b> - Aprendizagem com ajuda	272
<b>APÊNDICE VIII</b> - Experiência anterior de cuidados com recém-nascido	274
<b>APÊNDICE IX</b> - Recomendações transmitidas por terceiros	276
<b>APÊNDICE X</b> - Referenciais tradicionais nos cuidados	279
<b>APÊNDICE XI</b> - Informação diferente transmitida pelos profissionais.	281
<b>APÊNDICE XII</b> - Referenciais científicos nos cuidados.	284
<b>APÊNDICE XIII</b> -Práticas de cuidado antes da queda do coto umbilical.	287
<b>APÊNDICE XIV</b> - Práticas de cuidado depois da queda do coto umbilical	289
<b>APÊNDICE XV</b> - Práticas diferentes nos outros filhos.	291
<b>APÊNDICE XVI</b> - Utilização de álcool isolado ou com adição de outros produtos.	293
<b>APÊNDICE XVII</b> - Unidades de contexto ampicilina.	297
<b>APÊNDICE XVIII</b> - Unidades de contexto, caixa de fósforos	299
<b>APÊNDICE XIX</b> - Unidades de contexto, cinza.	301
<b>APÊNDICE XX</b> - Unidades de contexto, cuspo.	303

<b>APÊNDICE XXI</b> - Unidades de contexto, folhas.	305
<b>APÊNDICE XXII</b> - Unidades de contexto, leite de pau.	307
<b>APÊNDICE XXIII</b> - Unidades de contexto, óleo.	309
<b>APÊNDICE XXIV</b> - Unidades de contexto, pasta dentífrica (pepsodent).	311
<b>APÊNDICE XXV</b> - Unidades de contexto, pó.	313
<b>APÊNDICE XXVI</b> - Unidades de contexto, sal	315
<b>APÊNDICE XXVII</b> - Unidades de contexto, apoio recebido nos cuidados ao coto umbilical.	318
<b>APÊNDICE XXVIII</b> - Unidades de contexto, ajuda financeira	321
<b>APÊNDICE XXIX</b> - Unidades de contexto, ajuda nos cuidados ao recém-nascido.	324
<b>APÊNDICE XXX</b> - Unidades de contexto, aprendizagem.	329
<b>APÊNDICE XXXI</b> - Unidades de contexto, dúvidas.	332
<b>APÊNDICE XXXII</b> - Unidades de contexto, informação diferente transmitida pelo profissional de saúde.	334
<b>APÊNDICE XXXIII</b> - Unidades de contexto, cuidados baseados no profissional de saúde	336
<b>APÊNDICE XXXIV</b> - Unidades de contexto, vacinas em falta	338
<b>APÊNDICE XXXV</b> - Unidades de contexto, alimentação	340
<b>APÊNDICE XXXVI</b> - Unidades de contexto, cólicas	345
<b>APÊNDICE XXXVII</b> - Unidades de contexto, hábitos de higiene: banho	347
<b>APÊNDICE XXXVIII</b> - Unidades de contexto, hábitos de higiene: roupa.	351
<b>APÊNDICE XXXIX</b> - Unidades de contexto, segurança e conforto: acidentes	355
<b>APÊNDICE XXXX</b> -Unidades de contexto, segurança e conforto: risco de contaminação.	357
<b>APÊNDICE XXXXI</b> - Unidades de contexto, segurança e conforto: nunca andou de transporte.	359
<b>APÊNDICE XXXXII</b> - Unidades de contexto, segurança e conforto: transporte com proteção.	361
<b>APÊNDICE XXXXIII</b> - Unidades de contexto, segurança e conforto: transporte sem proteção.	363
<b>APÊNDICE XXXXIV</b> - Unidades de contexto, segurança e conforto: dorme sozinho	366

**APÊNDICE XXXXV-** Unidades de contexto, segurança e conforto: berço com proteção lateral. 368

**APÊNDICE XXXXVI-** Unidades de contexto, segurança e conforto: mosquitoireiro na cama 370

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 4.1:</b> Dimensões, categorias e subcategorias	118
<b>Tabela 4.2:</b> Conhecimento empírico nos cuidados ao coto umbilical.	120
<b>Tabela 4.3:</b> Conhecimento científico nos cuidados ao coto umbilical: categorias.	126
<b>Tabela 4.4:</b> Mães que realizam a prática recomendada no cuidado ao coto umbilical e fonte tradicional da informação.	136
<b>Tabela 4.5:</b> Mães que realizam a prática recomendada no cuidado ao coto umbilical e fonte científica da informação.	137
<b>Tabela 4.6:</b> Práticas realizadas ao coto umbilical: tema, categorias e subcategorias.	139
<b>Tabela 4.7:</b> Álcool como prática ou como conhecimento prévio.	145
<b>Tabela 4.8:</b> Mães que utilizam álcool isolado: referências nos cuidados.	148
<b>Tabela 4.9:</b> Apoio nos cuidados ao recém-nascido: categorias.	159
<b>Tabela 4.10:</b> Aspectos gerais nos cuidados ao RN: tema, categorias e subcategorias.	164

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 3.1:</b> Mães participantes no estudo	89
<b>Quadro 3.2:</b> Informadores privilegiados do estudo	91
<b>Quadro 4.1:</b> Estatísticas descritivas da idade das mães	103
<b>Quadro 4.2:</b> Paridade e naturalidade das mães	104
<b>Quadro 4.3:</b> Dialetos das mães	104
<b>Quadro 4.4:</b> Habilitações literárias das mães	105
<b>Quadro 4.5:</b> Profissão das mães	105
<b>Quadro 4.6:</b> Estado Civil das mães	105
<b>Quadro 4.7:</b> Religião das mães	106
<b>Quadro 4.8:</b> Constituição do agregado familiar das mães	106

<b>Quadro 4.9:</b> Frequências do número de filhos, além do recém-nascido: Luanda e outras Províncias	107
<b>Quadro 4.10:</b> Estatísticas descritivas do número de filhos, além do recém-nascido	107
<b>Quadro 4.11:</b> Motivo para engravidar de acordo com o número de filhos	108
<b>Quadro 4.12:</b> Motivo para engravidar de acordo com a naturalidade	109
<b>Quadro 4.13:</b> Sentimento em relação ao nascimento do bebé de acordo com o número de filhos	109
<b>Quadro 4.14:</b> Sentimento em relação ao nascimento do bebé de acordo com a naturalidade	110
<b>Quadro 4.15:</b> Tempo (em anos) a viver em Luanda	111
<b>Quadro 4.16:</b> Há quanto tempo (em anos) visitou a família	111
<b>Quadro 4.17:</b> Situação migratória das mães (n=20)	112
<b>Quadro 4.18:</b> Realização do parto	114
<b>Quadro 4.19:</b> Rituais de nascimento em relação ao coto umbilical	115
<b>Quadro 4.20:</b> Acolhimento na unidade de saúde	115
<b>Quadro 4.21:</b> Principal responsável pelos cuidados ao recém-nascido.	169
<b>Quadro 4.22:</b> Relação com o progenitor e ao papel deste no apoio aos cuidados ao recém-nascido (número de filhos).	169
<b>Quadro 4.23:</b> Relação com o progenitor e ao papel deste no apoio aos cuidados ao recém-nascido (naturalidade).	170
<b>Quadro 4.24:</b> Com quem vai ficar o bebé quando a mãe for trabalhar	171
<b>Quadro 4.25:</b> Com que frequência se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao bebé (número de filhos).	172
<b>Quadro 4.26:</b> Com que frequência se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao bebé (naturalidade).	172
<b>Quadro 4.27:</b> Com que frequência se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao bebé (estado civil).	173
<b>Quadro 4.28:</b> Quem procura em caso de problema de saúde ou dúvidas.	173
<b>Quadro 4.29:</b> Com quem aprendeu os cuidados ao recém-nascido, de acordo com as habilitações literárias.	176
<b>Quadro 4.30:</b> Número de consultas de pré-natal que a mãe frequentou, amostra, por província.	181

<b>Quadro 4.31:</b> Número de consultas de pré-natal que a mãe frequentou, amostra, de acordo com o número de filhos.	181
<b>Quadro 4.32:</b> Consultas, parto e orientações.	182
<b>Quadro 4.33:</b> Quais os profissionais de saúde que a orientaram nas consultas de pré-natal e/ou parto (número de filhos).	184
<b>Quadro 4.34:</b> Quais os profissionais de saúde que a orientaram nas consultas de pré-natal e/ou parto (naturalidade).	184
<b>Quadro 4.35:</b> Importância atribuída às orientações sobre os cuidados ao recém-nascido.	185
<b>Quadro 4.36:</b> Papel dos profissionais de saúde: classificação das intervenções e grau de satisfação (número de filhos).	185
<b>Quadro 4.37:</b> Papel dos profissionais de saúde: classificação das intervenções e grau de satisfação (naturalidade).	186
<b>Quadro 4.38:</b> Alimentação do recém-nascido.	188
<b>Quadro 4.39:</b> Frequência do banho e troca de fralda (número de filhos).	193
<b>Quadro 4.40:</b> Frequência do banho e troca de fralda (naturalidade).	193
<b>Quadro 4.41:</b> Período do dia em que realiza o banho.	194
<b>Quadro 4.42:</b> Produtos que usa para lavar a roupa do bebé (número de filhos).	195
<b>Quadro 4.43:</b> Condições do sono do recém-nascido (o número de filhos).	201
<b>Quadro 4.44:</b> Condições do sono do recém-nascido (naturalidade).	202
<b>Quadro 3.1:</b> Mães participantes no estudo	89
<b>Quadro 3.2:</b> Informadores privilegiados do estudo	91
<b>Quadro 4.1:</b> Estatísticas descritivas da idade das mães	103
<b>Quadro 4.2:</b> Paridade e naturalidade das mães	104
<b>Quadro 4.3:</b> Dialetos das mães	104
<b>Quadro 4.4:</b> Habilitações literárias das mães	105
<b>Quadro 4.5:</b> Profissão das mães	105
<b>Quadro 4.6:</b> Estado Civil das mães	105
<b>Quadro 4.7:</b> Religião das mães	106
<b>Quadro 4.8:</b> Constituição do agregado familiar das mães	106
<b>Quadro 4.9:</b> Frequências do número de filhos, além do recém-nascido: Luanda e outras Províncias	107

<b>Quadro 4.10:</b> Estatísticas descritivas do número de filhos, além do recém-nascido	107
<b>Quadro 4.11:</b> Motivo para engravidar de acordo com o número de filhos	108
<b>Quadro 4.12:</b> Motivo para engravidar de acordo com a naturalidade	109
<b>Quadro 4.13:</b> Sentimento em relação ao nascimento do bebé de acordo com o número de filhos	109
<b>Quadro 4.14:</b> Sentimento em relação ao nascimento do bebé de acordo com a naturalidade	110
<b>Quadro 4.15:</b> Tempo (em anos) a viver em Luanda	111
<b>Quadro 4.16:</b> Há quanto tempo (em anos) visitou a família	111
<b>Quadro 4.17:</b> Situação migratória das mães (n=20)	112
<b>Quadro 4.18:</b> Realização do parto	114
<b>Quadro 4.19:</b> Rituais de nascimento em relação ao coto umbilical	115
<b>Quadro 4.20:</b> Acolhimento na unidade de saúde	115
<b>Quadro 4.21:</b> Principal responsável pelos cuidados ao recém-nascido.	169
<b>Quadro 4.22:</b> Relação com o progenitor e ao papel deste no apoio aos cuidados ao recém-nascido (número de filhos).	169
<b>Quadro 4.23:</b> Relação com o progenitor e ao papel deste no apoio aos cuidados ao recém-nascido (naturalidade).	170
<b>Quadro 4.24:</b> Com quem vai ficar o bebé quando a mãe for trabalhar	172
<b>Quadro 4.25:</b> Com que frequência se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao bebé (número de filhos).	172
<b>Quadro 4.26:</b> Com que frequência se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao bebé (naturalidade).	173
<b>Quadro 4.27:</b> Com que frequência se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao bebé (estado civil).	173
<b>Quadro 4.28:</b> Quem procura em caso de problema de saúde ou dúvidas.	173
<b>Quadro 4.29:</b> Com quem aprendeu os cuidados ao recém-nascido, de acordo com as habilitações literárias.	176
<b>Quadro 4.30:</b> Número de consultas de pré-natal que a mãe frequentou, amostra, por província.	181
<b>Quadro 4.31:</b> Número de consultas de pré-natal que a mãe frequentou, amostra, de acordo com o número de filhos.	182

<b>Quadro 4.32:</b> Consultas, parto e orientações.	182
<b>Quadro 4.33:</b> Quais os profissionais de saúde que a orientaram nas consultas de pré-natal e/ou parto (número de filhos).	184
<b>Quadro 4.34:</b> Quais os profissionais de saúde que a orientaram nas consultas de pré-natal e/ou parto (naturalidade).	184
<b>Quadro 4.35:</b> Importância atribuída às orientações sobre os cuidados ao recém-nascido.	185
<b>Quadro 4.36:</b> Papel dos profissionais de saúde: classificação das intervenções e grau de satisfação (número de filhos).	186
<b>Quadro 4.37:</b> Papel dos profissionais de saúde: classificação das intervenções e grau de satisfação (naturalidade).	186
<b>Quadro 4.38:</b> Alimentação do recém-nascido.	188
<b>Quadro 4.39:</b> Frequência do banho e troca de fralda (número de filhos).	194
<b>Quadro 4.40:</b> Frequência do banho e troca de fralda (naturalidade).	194
<b>Quadro 4.41:</b> Período do dia em que realiza o banho.	195
<b>Quadro 4.42:</b> Produtos que usa para lavar a roupa do bebé (número de filhos).	196
<b>Quadro 4.43:</b> Condições do sono do recém-nascido (o número de filhos).	202
<b>Quadro 4.44:</b> Condições do sono do recém-nascido (naturalidade).	202

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 2.1:</b> Mapa de Angola	59
-----------------------------------	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 4.1:</b> Género do recém-nascido	108
---	-----

## ÍNDICE DE ESQUEMAS

<b>Esquema 4.1:</b> Determinantes de saúde nos saberes e práticas de mães nos cuidados ao recém-nascido.	116
<b>Esquema 4.2:</b> Conhecimento científico versus conhecimento empírico.	117
<b>Esquema 4.3:</b> Conhecimento empírico nos cuidados ao coto umbilical: categorias.	120
<b>Esquema 4.4:</b> Conhecimento científico nos cuidados ao coto umbilical: categorias	126

<b>Esquema 4.5:</b> Produtos utilizados como prática no cuidado ao coto umbilical, de acordo com o número de filhos e a naturalidade das mães.	134
<b>Esquema 4.6:</b> Produtos do conhecimento prévio no cuidado ao coto umbilical, de acordo com o número de filhos e a naturalidade das mães.	134
<b>Esquema 4.7:</b> Práticas realizadas ao coto umbilical	139

## ÍNDICE DE FOTOGRAFIAS

<b>FOTOGRAFIA 4.1:</b> Coto umbilical do recém-nascido	133
<b>FOTOGRAFIA 4.2:</b> Cuidado ao coto umbilical do recém-nascido pela mãe E1	140
<b>FOTOGRAFIA 4.3:</b> Cuidado ao coto umbilical do recém-nascido pela mãe E5	140
<b>FOTOGRAFIA 4.4:</b> Cuidado ao coto umbilical do recém-nascido pela mãe E6	141
<b>FOTOGRAFIA 4.5:</b> Cuidado ao coto umbilical do recém-nascido pela mãe E23	141
<b>FOTOGRAFIA 4.6:</b> Cuidado ao coto umbilical do recém-nascido pela mãe E37	141
<b>FOTOGRAFIA 4.7:</b> Cuidado ao coto umbilical do recém-nascido pela mãe E39	141
<b>FOTOGRAFIA 4.8:</b> Utilização de algodão e álcool a 70° nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido.	150
<b>FOTOGRAFIA 4.9:</b> Utilização de compressa e álcool a 70° nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido.	150
<b>FOTOGRAFIA 4.10:</b> Utilização de álcool a 70° nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido.	150

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ADECO (Agentes de Desenvolvimento Comunitário)  
ADPP (Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo)  
AIDI (Atenção Integrada às Doenças de Infância)  
APSI (Associação para a Promoção de Segurança Infantil)  
BCG (Bacilo Calmette-Guérin)  
CEMETRA (Centro de Estudos de Medicinal Tradicional Angolana)  
CHX (Clorohexidina)  
CNAC (Conselho Nacional da Criança)  
CNMT (Conselho Nacional da Medicina Tradicional)  
CPLP (Comunidade de Países de Língua Portuguesa)  
CPS (Cuidados Primários de Saúde)  
ELP (Estratégia de Longo Prazo)  
FAO (Fundo para a Alimentação)  
FNUAP (Fundo das Nações Unidas para a População)  
IBEP (Inquérito Integrado sobre o Bem-estar da População)  
IBM (International Business Machines)  
IGMI (Grupo Interagencial de Estudos sobre Mortalidade na Infância)  
IIMS (Inquérito dos Indicadores Múltiplos de Saúde)  
INE (Instituto Nacional de Estatística)  
IOM (Organização Internacional para as Migrações)  
JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão)  
MFH (Migrants Friendly Hospitals)  
MINPLAN (Ministério do Planeamento e Desenvolvimento Territorial)  
MINSÁ (Ministério da Saúde de Angola)  
MPLA (Movimento Popular de Libertação de Angola)  
MSF (Médicos Sem Fronteiras)  
RN (Recém-nascido)  
ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável)  
OMS (Organização Mundial de Saúde)

ONG (Organização Não Governamental)  
PAV (Programa Alargado de Vacinação)  
PIB (Produto Interno Bruto)  
PMI (Project Management Institute)  
PND (Plano Nacional de Desenvolvimento)  
PNDS (Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Angola)  
PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento)  
SADC (South Africa Development Community)  
SNS (Serviço Nacional de Saúde)  
SPSS (Statistic Package for Social Sciences)  
UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura)  
UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância)  
UNITA (União Nacional para a Independência Total de Angola)  
UNIGME (United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation)  
UNRIC (Centro Regional de Informação das Nações Unidas)  
UNSD (United Nations Statistics Division)  
USAID (United States Agency for International Development)  
WHO (World Health Organization)

## INTRODUÇÃO

O presente estudo diz respeito aos saberes e práticas de mães angolanas nos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical.

O período neonatal compreende geralmente as quatro primeiras semanas de vida (OMS). Este período é revestido de enorme vulnerabilidade, que torna os cuidados prestados fundamentais ao crescimento, desenvolvimento e sobrevivência do recém-nascido. A taxa de mortalidade neonatal é uma referência dos cuidados materno/infantis. Em África 2/3 das mortes infantis ocorrem no primeiro ano de vida (Centro Regional de Informação das Nações Unidas (UNRIC), 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS) e as Nações Unidas desenvolvem vários esforços no sentido da sua redução. Apesar da mortalidade neonatal e infantil ter diminuído em todo o mundo, os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio não foram atingidos. A mortalidade neonatal permanece relacionada principalmente à prematuridade, anoxia no nascimento e infeções (Carlo & Travers, 2016). A *World Health Organization* (WHO) (2016) refere que anualmente em todo o mundo cerca de 2,8 milhões de bebés morrem durante o primeiro mês, sendo a maioria das mortes em países em desenvolvimento.

A saúde é um estado de bem-estar que é culturalmente definido, validado e praticado. Por sua vez, a cultura consiste na totalidade de comportamentos socialmente transmitidos em relação a crenças, valores, costumes, estilos de vida, caraterísticos de um povo e que servem de guia na sua tomada de decisão. É atribuída à cultura o papel de manutenção da identidade de um grupo. Os valores culturais têm grande influência nas representações e no comportamento adotado no âmbito da saúde. Não é possível homogeneizar o cuidado, pois o que é válido numa cultura pode não o ser noutra (Ramos, 2003,2004 a,b; Ribeiro, Matos, Santos & Lopes, 2009).

O conhecimento da cultura inclui as práticas de medicina popular ou alternativa. A medicina científica não é o único tipo de cuidados de saúde, especialmente em populações rurais e minorias étnicas. A escolha de tratamentos naturais é feita não apenas em função da eficácia do tratamento, mas também em função do que as pessoas consideram que lhes dá mais segurança e um papel mais participativo no processo de cura. Relativamente ao processo de cuidados a primeira fonte de conhecimento é a pessoa, mas ao contactá-la é

preciso perceber os sinais de saúde/doença, o significado que atribui à saúde e à situação vivenciada (Ribeiro, Matos, Santos & Lopes, 2009).

Na cultura angolana é marcante a transmissão das orientações dos cuidados ao recém-nascido de geração em geração, sendo que muitas vezes estas informações prevalecem face às orientações dos profissionais de saúde. É fundamental a formação dos profissionais de saúde na área da multiculturalidade, permitindo-lhes reavaliar os saberes e direcionar as mães no sentido adoção de comportamentos e atitudes saudáveis, promovendo-se assim, a negociação baseada num diálogo intercultural, na ética e na cidadania (Ramos, 2010b). A OMS (2016) exige que a intervenção dos profissionais de saúde na orientação dos cuidados ao recém-nascido seja de forma a promover o bem-estar e potenciar a sua saúde. Tanto a OMS, como a Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam visita domiciliária aos recém-nascidos ou a sua avaliação na unidade de saúde, na primeira semana de vida, com o intuito de reforçar as orientações aos cuidados ao recém-nascido, incluindo a higiene do cordão umbilical (Carvalho, Markus, Abaggae, Giraldi, & Campos, 2015). A visita domiciliária é assim, uma metodologia de intervenção que permite fornecer às mães um recurso personalizado, que estimula a transição para a maternidade no seu contexto cultural (Ribeiro, Matos, Santos & Lopes, 2009).

A escolha do tema foi determinada por um conjunto de circunstâncias relacionadas com o nosso percurso pessoal e profissional. A formação na especialidade em enfermagem de saúde comunitária permitiu a experiência de trabalhar em Portugal e em Angola. Em Portugal na prática dos cuidados de saúde primários no âmbito da saúde infantil, a realidade constatada há seis anos atrás quanto às orientações dos profissionais de saúde, refletia alguma diversidade de opiniões, como por exemplo, na introdução dos alimentos (quanto ao período e tipos de alimentos). Relativamente aos cuidados ao coto umbilical, verificava-se também alguma inconsistência nas orientações dos profissionais de saúde. A divergência de correntes defendidas pelos profissionais, variava entre aplicação de álcool a 70°, clorohexidina ou optar pela técnica *dry care*. Esta situação causava notória insegurança e dúvidas nas mães. O decorrer da prática profissional, dos últimos anos, na prestação de cuidados de saúde primários, em Angola (Luanda), permitiu-nos continuar a desenvolver funções no âmbito da saúde materno infantil. Através da participação em projetos de intervenção comunitária nos bairros de Luanda, no âmbito do serviço docente do curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, e durante os

períodos de estágio com estudantes, em unidades de cuidados de saúde primários e na realização de visitas domiciliárias. Este contexto permitiu-nos identificar vários problemas relacionados aos cuidados realizados pelas mães aos recém-nascidos.

Os cuidados ao recém-nascido referem-se a boas práticas que incluem a amamentação ou alimentação artificial, cuidados de higiene e conforto, vestuário, eliminação, sono e repouso, afeto e estimulação, adaptação ao papel parental, segurança, prevenção de acidentes e vigilância de saúde.

Em Angola, voltamo-nos a deparar embora num contexto diferente mas com consequências bastante mais danosas para a saúde, com a problemática dos cuidados ao recém-nascido. Sendo que no continente Africano os cuidados são revestidos de uma forte influência da cultura tradicional, nomeadamente nos cuidados ao coto umbilical, resultando com frequência em onfalites, septicémia e morte do recém-nascido. Este constituiu o problema que nos despertou maior interesse, não apenas pela elevada frequência da sua ocorrência, mas também pelas suas elevadas repercussões negativas na vida do recém-nascido e pelo fato de ser um problema prevenível. O período puerperal é revestido de mitos, crenças, costumes e medos, onde os cuidados ao recém-nascido são permeados por práticas culturais, transmitidas através de gerações (Ramos, 2004a; Zanatta, 2006). É frequente encontrar mães que neste tipo de cuidado específico ao coto umbilical, não seguem as recomendações da OMS, mas sim as orientações do seu contexto cultural. Estas constatações são corroboradas por Carvalho, Markus, Abaggae, Giraldi, & Campos (2015), ao afirmarem que cerca de 30% das mortes neonatais decorrem de infeções, onde os débeis cuidados ao coto umbilical são reconhecidos como potenciais causas de onfalite e septicemia. A presença de bactérias leva à infeção do coto umbilical, denominada de onfalite e é também responsável pelo tétano neonatal (Borrozino, s.d.).

A insegurança das mães relativamente ao manuseio do coto umbilical, leva-as a delegar frequentemente os seus cuidados nas pessoas mais experientes e que geralmente não foram alvo da atenção das orientações dos profissionais de saúde. Trata-se de uma realidade bem evidente em Luanda, onde as mães mesmo sendo acompanhadas numa unidade de saúde, adotam condutas de aplicação de soluções caseiras no coto umbilical, as quais provocam infeções. Algumas das práticas frequentes no cuidado ao coto umbilical realizadas pelas mães em Luanda são a aplicação sobretudo de cinza, sal, barata queimada, óleo, azeite, pó. Apesar de estar cientificamente comprovada a ineficácia destas práticas e os danos para

a saúde do recém-nascido, continua a ser frequente a sua transmissão e utilização como primeira escolha nos cuidados realizados ao coto umbilical (Ribeiro & Brandão, 2011).

Perante a evidência científica que demonstra que práticas incorretas no cuidado ao coto umbilical têm como consequência infeção e que esta é uma das causas de morte neonatal, tão elevada em Angola; e encontrando-nos perante um problema com repercussões graves, mas ainda assim passível de prevenção, consideramos importante estudar os saberes e as práticas de mães angolanas que vivem na cidade de Luanda quanto aos cuidados realizados ao coto umbilical do recém-nascido. Sendo este um tema que engloba a área da saúde, educação e interculturalidade, no contexto angolano.

Desse modo, o presente estudo justifica-se pelo reconhecimento de práticas nos cuidados realizados pelas mães ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical que não estão de acordo com o recomendado pela OMS e que destas derivam consequências nocivas para o recém-nascido. Em virtude da escassez de publicações científicas do contexto angolano sobre os saberes e práticas das mães, relativas aos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, fortalece-se a pertinência do desenvolvimento de um estudo neste âmbito. Com este pretende-se estudar os saberes e as práticas culturais nos cuidados realizados pelas mães da cidade de Luanda, principalmente ao coto umbilical dos seus recém-nascidos. Através dos resultados obtidos pretende-se demonstrar a prioridade de investir na formação dos profissionais de saúde e adoção de medidas e políticas ao nível do país. Evidencia-se a pertinência da elaboração um projeto de intervenção focado na formação dos profissionais de saúde, particularmente de enfermagem, investindo na formação em cuidados culturalmente competentes. Tendo como finalidade garantir a qualidade dos cuidados das mães, a redução da mortalidade neonatal e contribuir para ampliar o conhecimento e a produção científica no âmbito da saúde neonatal.

O nosso período de permanência em Angola nos últimos anos permitiu-nos contactar com a realidade e tornou possível a realização da investigação empírica deste estudo.

Partindo destes pressupostos, ao dar início ao presente estudo em questão, foi delineada a questão de investigação. Quais são os fatores determinantes nos saberes e práticas das mães angolanas residentes na cidade de Luanda, nos cuidados realizados ao recém-nascido, em particular ao coto umbilical?

Emergiram ainda questões complementares que servem de orientação para a condução do estudo:

- Quais são os saberes das mães angolanas relativamente aos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical?
- Qual a origem dos saberes e práticas das mães angolanas, nos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical?
- Quais as semelhanças e diferenças nos cuidados realizados ao coto umbilical do recém-nascido, pelas mães primíparas e pelas mães múltiparas?
- Quais as semelhanças e diferenças nos cuidados realizados ao coto umbilical do recém-nascido, pelas mães originárias de Luanda e pelas mães que vêm de outras províncias?
- Qual a influência de pessoas de apoio, nos saberes e práticas das mães nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido?

Para tentar dar resposta a estas questões, definimos os seguintes objetivos de investigação. O objetivo geral, estudar os fatores determinantes nos saberes e práticas nos cuidados ao recém-nascido, em particular ao coto umbilical realizados pelas mães angolanas, residentes na cidade de Luanda. E, como objetivos específicos:

- Conhecer quais são os saberes das mães angolanas relativamente aos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical.
- Identificar a origem dos saberes e práticas dos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical, pelas mães angolanas.
- Descrever as práticas cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, realizados por mães primíparas e mães múltiparas.
- Analisar e comparar as práticas dos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, realizados pelas mães originárias de Luanda e pelas mães que migram de outras províncias de Angola.

O presente estudo encontra-se estruturado em duas partes distintas, mas interligadas, cada uma das quais constituída por dois capítulos.

Na Parte I, dedicada ao Enquadramento Teórico, abordamos os aspetos conceptuais que considerámos relevantes para uma melhor compreensão dos fenómenos estudados. Esta é composta pelo capítulo I e II.

No Capítulo I desenvolvemos conceitos relacionados com a cultura e cuidados de saúde ao recém-nascido. Esta temática é analisada em quatro vertentes. A multiculturalidade

nos cuidados de saúde, os cuidados de saúde culturalmente competentes, a saúde infantil e neonatal e o coto umbilical do recém-nascido.

No Capítulo II abordamos a situação de saúde infantil e neonatal em Angola. Iniciamos pela caracterização do perfil do país (histórico, geográfico e demográfico), e realidade migratória em Angola, seguido da abordagem da situação de saúde em Angola, considerando a situação epidemiológica da saúde neonatal/infantil, o sistema de nacional de saúde e as estratégias do Ministério de Saúde. Por último abordamos os saberes e práticas tradicionais nos cuidados de saúde ao recém-nascido, na vertente da cultura tradicional nos cuidados de saúde, versus cuidados científicos, bem como o impacto na saúde materno-infantil.

Na Parte II, dedicada à Investigação Empírica, apresentamos os aspetos metodológicos e a análise e discussão dos resultados do trabalho realizado.

Constituem esta parte o Capítulo III, no qual descrevemos a metodologia adotada e a respetiva fundamentação. Neste capítulo apresentamos o problema de investigação e justificação do estudo, as questões e objetivos de investigação, o tipo de investigação/estudo, a contextualização do estudo/inserção no terreno, os instrumentos e procedimentos de colheita de dados, os procedimentos de análise de dados, assim como as dificuldades e limitações sentidas, terminamos com a reflexão sobre as questões éticas inerentes ao estudo.

No Capítulo IV apresentamos os resultados da nossa pesquisa, procedendo simultaneamente à sua análise e discussão. Finalizamos o presente estudo com a apresentação da conclusão, compilando as principais ideias resultantes da análise efetuada ao longo do trabalho, assim como algumas propostas para a melhoria dos cuidados em saúde. Deixamos ainda algumas sugestões para futuros trabalhos de investigação.

A dissertação termina com a apresentação das Referências Bibliográficas e Anexos onde se acrescentam os modelos de consentimento informado, os guiões de entrevista utilizados, assim como o parecer da Comissão de Ética, e restante material elaborado e utilizado ao longo da investigação.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO I – CULTURA E CUIDADOS DE SAÚDE AO RECÉM-NASCIDO**

A cultura é um conjunto de crenças, valores e pressupostos acerca da vida amplamente mantidos num grupo de pessoas e transmitidos de geração em geração. Desenvolve-se ao longo do tempo e é resistente à mudança (Leininger 2002, cit. in. Stanhope & Lancaster, 2011).

A Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural emanada em 2002 pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) considera a cultura um conjunto dos traços distintivos espirituais e materiais, intelectuais e afetivos que caracterizam uma sociedade ou um grupo social (UNESCO, 2009).

#### **1. Multiculturalidade nos cuidados de saúde**

A cultura é fundamental para incorporar as experiências anteriores, influenciar os pensamentos e ações no presente e transmitir essas tradições para os futuros membros do grupo (Oliveira, Moreira, Machado, Neto & Machado, 2006).

Os determinantes em saúde são os fatores que influenciam a saúde individual e coletiva e dividem-se em quatro categorias: fatores genéticos e biológicos, serviços de saúde, comportamentos individuais relacionados com a saúde e características sociais e culturais. Os determinantes sociais da saúde são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham e às quais é atribuída a maior ponderação no estado de saúde, constituindo a migração um importante fator social (Loureiro & Miranda, 2010).

Existem numerosos estudos a realçar a importância das primeiras experiências de vida, de múltiplos fatores individuais e coletivos, da dimensão cultural nas práticas de cuidados e de saúde que promovem ou dificultam o desenvolvimento da criança e de diferentes modelos sistémicos e ecológicos de desenvolvimento e de saúde (Ramos, 2004a, p.211-216).

### 1.1. Modelos de saúde

Os modelos de saúde contribuem para a compreensão dos comportamentos de saúde adotados.

Segundo Ramos (2014a: p159) “o desenvolvimento, a saúde, os comportamentos, as teorias e as concepções relacionadas com a criança, correspondem a um processo complexo, interativo e dinâmico, a compreender a globalidade do indivíduo, as suas relações com os diferentes contextos em que está inserido, nas representações individuais e coletivas”.

O modelo biomédico tem como base a patologia, e a saúde é caracterizada pela ausência de doença. Em 1948, a OMS, refere a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Deste modo, reconheceu-se a necessidade de um Modelo Holístico de Saúde, que considera a pessoa como um todo indivisível, na sua componente física, mental, espiritual, ambiental e cultural, envolvendo a saúde física e mental e processos individuais, coletivos e psicológicos, dinâmicos e interativos (Ramos, 2004a). O modelo holístico bio-psico-socio-cultural implica uma abordagem multifatorial, ou seja, o indivíduo é considerado num processo contínuo, em que transita do estado de saúde ao estado de doença. Integra terapias convencionais e tradicionais para a prevenção, tratamento de doenças e promoção da saúde, tendo o seu foco na educação do utente e na sua participação em todo o processo, responsabilizando-o pelo seu bem-estar e tornando-o um participante ativo (Ramos, 2004a). Deste modo, não existe neste modelo uma padronização dos cuidados, estes devem ser realizados de forma individual e pessoalizada.

Segundo Davis-Floyd (2003, cit. in. Mendonça, 2015), o Modelo Humanístico, pressupõe uma conexão mente-corpo, sendo o processo de saúde/doença influenciado por ambos. Considera que através do suporte emocional muitos problemas podem ser evitados ou solucionados. As emoções e sentimentos vivenciados pela mãe do recém-nascido, como o medo, insegurança, pressão familiar nos cuidados ao coto umbilical, podem influir na forma como estas realizam os cuidados.

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, defende que cada pessoa tem características e experiências individuais únicas, que vão afetar o seu comportamento, pretendendo-se a promoção de comportamentos saudáveis. Os fatores pessoais que influenciam o comportamento, dividem-se em 3 categorias: biológicos, psicológicos e

socioculturais (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006).

A Teoria de Médio Alcance de Meleis, enfatiza a importância dos cuidados atendendo às transições de vida. Os períodos de transição de vida, correspondem a períodos de maior vulnerabilidade e de risco para a saúde. A forma como cada pessoa vivencia a transição, as suas representações e significados acerca dos fatores inerentes à mudança sofrem influência do contexto envolvente (Meleis, 2007). No período do puerpério a transição não se vivencia apenas com todas as mudanças inerentes ao novo papel de mãe, mas também na percepção em relação ao coto umbilical, pois o próprio coto encontra-se em transição.

Spector (2000) designa por Modelo das Tradições de Saúde, aquele que tem por base crenças e práticas de saúde originárias da herança etnocultural das pessoas. Este modelo utiliza o conceito holístico de saúde, abrangendo o corpo, a mente e o espírito. A pessoa deve encontrar-se num estado de equilíbrio com a família, a comunidade e as forças do mundo natural que a rodeia, sendo esse o conceito de saúde no sentido tradicional.

O Modelo de Nicho de Desenvolvimento, elaborado por Super & Harknes, analisa o desenvolvimento da criança como sendo influenciado por três subsistemas que agem em constante interação e promovem o crescimento e adaptação da criança à cultura em que vive. O ambiente físico e social, as crenças dos cuidadores e as práticas de cuidado culturalmente estabelecidas (Harkness et al., 1992).

Os meios culturais, físicos, sociais, económicos, afetivos e psicológicos em que as famílias se encontram inseridas, ou seja, os diferentes *nichos ecológicos-culturais e de desenvolvimento* influenciam as características e acontecimentos que ocorrem na vida das pessoas. Estes são fundamentais no desenvolvimento, na educação, na saúde da criança e na estruturação do ser humano. O comportamento parental face à criança e ao seu desenvolvimento não é uniforme. As problemáticas individuais e particularidades dos contextos em que a família se insere, influenciam as representações que os adultos têm sobre a saúde e contribuem para modelar comportamentos de cuidados e educação às crianças. As crianças necessitam de um espaço onde sejam garantidas as necessidades físicas, materiais e psicológicas fundamentais ao seu desenvolvimento saudável (Ramos, 2004a, p.159).

O Modelo Ecocultural, segundo Berry, Poortinga, Segall & Dasen (2002), tem como base a ideia geral de que o comportamento individual é determinado, pelo menos parcialmente, pela cultura. É assim, uma resposta adaptativa do grupo às condições

ecológicas e sociopolíticas e implica processos como a aculturação e a transmissão cultural. A transmissão cultural de pais para filhos é por estes autores designada por “transmissão vertical”. Na transmissão horizontal, aprende-se através dos pares e interações diárias, e, na transmissão oblíqua, aprende-se através de outros adultos e instituições (por exemplo, a escola, igrejas...). Estas três formas de transmissão cultural envolvem dois processos: a enculturação e a socialização. Enquanto a enculturação leva os indivíduos a incorporar um comportamento apropriado, considerado necessário por essa cultura, sem um esforço deliberado para comunicar essa aprendizagem. A socialização envolve instrução e treino específicos, conduzindo à aquisição de um comportamento culturalmente adequado, mas por moldagem deliberada (Ramos, 2003, 2004 a,b; Manuel, 2012).

O Modelo de Competência Cultural de Purnell e Paulanka, apresenta doze domínios da cultura interrelacionados com implicações para a saúde, sendo estes: comunicação, organização e papel desempenhado na família, a atividade laboral, ecologia biocultural, comportamento de alto risco para a saúde, nutrição, rituais de morte, espiritualidade, práticas de saúde, prestadores de cuidados de saúde e as práticas relacionadas com a gravidez e parto (Presswalla, 2004).

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, tem como base a universalidade e diversidade do cuidado revestido pelas influências culturais do meio envolvente e interpretado a partir dos diversos significados culturais do cuidar humano (Peter, Feyer, Búrigo & Sallai, 2005; Leininger & Mcfarland, 2006). O cuidar é um fenómeno universal, mas as suas expressões, processos e padrões variam entre culturas (Ramos 2003, 2004 a,b, 2016; Ribeiro, Matos, Santos & Lopes, 2009). Neste sentido, alguns dos pressupostos da enfermagem transcultural são: o cuidado visto como essência da enfermagem e essencial para a saúde; todas as culturas possuem conhecimentos e práticas do cuidar que variam transculturalmente; os valores, as crenças e as práticas do cuidado cultural são influenciadas pelo contexto religioso, familiar, político, educativo, económico, tecnológico, histórico e ambiental de uma cultura específica (Tomey & Alligood, 2004). A teoria do cuidado transcultural é explicada com o auxílio do *Sunrise Model* (nascer do Sol), que remete para a visão holística do ser humano. A expressão *Sunrise Model* significa que os enfermeiros precisam abrir suas mentes para descobrir os diferentes fatores que influenciam o cuidado, a saúde e o bem-estar dos clientes. Evidencia a necessidade de os enfermeiros expandirem suas visões do mundo e incorporar novas

dimensões e outras áreas para chegar a informações compreensivas e holísticas necessárias ao entendimento do fenómeno do cuidado cultural. Este modelo, relaciona os cuidados culturais com os determinantes de saúde e as suas múltiplas influências numa perspetiva multicultural (Ribeiro, Matos, Santos & Lopes, 2009). A finalidade é o cuidado culturalmente competente, e através do modelo o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro obtém as linhas orientadoras para o planeamento de cuidados, de modo a trabalhar com eficácia no contexto cultural da pessoa, família e comunidade (Martins, 2010).

O Modelo Integrado de Desenvolvimento da Saúde, resulta de um trabalho desenvolvido no âmbito de um projeto Europeu (*European Health Promotion Indicators Development*, 2002), e defende que a saúde do indivíduo é encarada como um processo em curso, através da autorregulação em equilíbrio com o contexto sócio-ecológico (Loureiro & Miranda, 2010). De acordo com este modelo, são necessários ao desenvolvimento e à abordagem em saúde, uma infraestrutura de promoção de saúde pré-existente, ação sistemática de promoção de saúde com objetos de intervenção identificados, combinação adequada das cinco áreas de intervenção definidas pela carta de Ottawa e obdecer aos sete princípios básicos do modelo de promoção de saúde definidos pela OMS (empoderamento, participação, abordagem holística, equidade, sustentabilidade e multi-estratégia). Ou seja, este modelo responde e organiza as perspetivas das diferentes teorias e da prática da promoção da saúde.

O modelo de assistência à saúde de Kleinman, defende a existência de três realidades diferentes que interagem entre si: biofísica, psicológica e social. Estas expressam-se através de dimensões diferentes: *disease* - ter uma doença- que representa a dimensão biomédica, a realidade biológica de uma alteração observada no organismo; *illness* - sentir-se doente- representa a realidade psicológica, a dimensão subjetiva de acordo com as experiências individuais, das representações e interações do indivíduo com o meio, ou seja, a doença do doente e *sickness* -comportar-se como doente- que representa uma identidade social, estatuto ou papel, ou seja o processo psicossocial (Ramos, 2004a, p.103).

Para Kleinman, citado por Ramos (2004a), a doença é construída pela forma como é percebida pela pessoa e como esta lida com ela, baseada nas suas explicações sobre a doença, nos sistemas de valores e nas posições sociais ocupadas, existindo uma variedade de sistemas culturais com representações de saúde e doença diferentes, uma pluralidade de recursos aos cuidados e como vimos anteriormente diferentes modelos explicativos de saúde

e doença. Desenvolvendo-se assim, concepções e etnoteorias sobre a saúde e a doença que influenciam os comportamentos, as práticas de cuidados e os rituais terapêuticos.

Nas sociedades tradicionais africanas a saúde é vista como o equilíbrio entre o meio social, natural e sobrenatural. O método do cuidar é dirigido para a relação com a sociedade e sobrenatural, fazendo geralmente uso de símbolos com carga emocional e afetiva. Na sociedade e medicina ocidentais, predominam as explicações centradas no doente e no mundo natural, sendo o corpo uma entidade complexa, e os técnicos de cuidados caracterizados pela distância, formalismo nas relações e utilização de linguagem científica. Verifica-se que cada vez mais, em ambas as sociedades a existência do pluralismo médico, baseado em princípios originários de culturas diferentes, coexistindo explicações tradicionais e científicas modernas, e um sistema médico oficial e outros alternativos (Ramos, 2004a, p.104).

Kleinman (1980), citado por Ramos (2004a, p.104-105), desenvolveu o conceito de “*health care system*”, com três setores de assistência à saúde que podem ser utilizados pelos indivíduos. O *sector popular*, que se refere ao campo leigo, não especializado e informal. Este inclui o auto-tratamento, auto-medicação e tratamentos recomendados por familiares e amigos baseados num conjunto de crenças sobre a conservação da saúde. A família é o principal suporte de assistência em particular as mulheres, com mais experiência em acontecimentos de vida. Consiste em normas específicas de cada grupo cultural, sobre o comportamento preventivo e curativo, recorrendo por vezes a objetos protetores ou a práticas mágico-religiosas. O *setor tradicional*, encontra-se mais presente em sociedades não ocidentais (africanas, indígneas, asiáticas...). Neste contexto os curandeiros são indivíduos especializados em métodos de cura e compartilham geralmente os mesmos valores culturais e crenças, havendo maior proximidade, afeto e inclusão da família na relação terapêutica. A sua abordagem é geralmente holística incluindo acontecimentos e aspetos de vida dos indivíduos. O *setor profissional* corresponde à medicina científica ocidental, com profissionais de saúde cujas profissões estão regulamentadas e protegidas pela lei.

## 1.2. Influência cultural na saúde

A história de vida anterior e a experiência do passado estão enraizadas na forma de pensar e de agir do indivíduo (Moreira et al., 2007, cit.in. Manuel, 2012). A cultura influencia o valor e significado de saúde e doença, bem como as necessidades de cuidado. Wong (1999), afirma que provavelmente a maior influência sobre as práticas de criação dos filhos e sua consequência é a classe social da família em que a criança nasce.

Os cuidados familiares são baseados nas experiências dos próprios membros familiares, decorrentes de conhecimentos populares, culturais e de profissionais de saúde. O cuidar é uma forma de interagir com o outro, adquirindo a família destaque nesta interação (Leininger & Mcfarland, 2006). No âmbito familiar, as avós ao exercerem cuidados perpassam os seus mitos, crenças, valores e práticas longo das gerações (Ramos 2005). As puérperas colocam-se em posição de aprendizes, tanto em relação aos profissionais como aos familiares. O medo de não saber, ou de não ter certeza de como fazer, deixa-as submissas à vontade alheia, e leva-as a ceder a cuidados que não condizem com seu modo de ser ou em que não acreditam (Miranda, Marostica & Matão, 2015).

Desde o início da humanidade que a mulher realizava práticas populares com os seus filhos como lambar a pele, nutrir e proteger, comportamentos de tocar, cheirar e gestos rudimentares de afago. Os saberes populares de cuidado surgem a partir da necessidade de resolução dos problemas do quotidiano.

Tradicionalmente, nos saberes populares, surgem as parteiras, mulheres possuidoras de um saber empírico, para prestarem assistência domiciliar entre as mulheres durante a gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Essas tinham a confiança da população feminina e eram questionadas sobre os diversos temas de saúde (Melo, et al., 2015).

Os mitos, presentes desde a antiguidade na vida das pessoas, estão intimamente relacionados com as crenças e a cultura de cada população. Para muitas pessoas os mitos em saúde representam uma verdade sagrada para a cura, juntamente com a religião. Neste aspeto, destacam-se os saberes populares que muitas vezes tem o poder de curar, acalmar, melhorar e solucionar os problemas de saúde. Esses saberes populares são fundamentais no contexto de cada cultura, pois é por meio deles que se evidencia a história de vida dos membros de cada comunidade (Santos, 2014).

A OMS define a medicina tradicional como o conjunto de habilidades, práticas e conhecimentos baseados em teorias, crenças e experiências inerentes a diferentes culturas, que são usados para manter a saúde, bem como para prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças do foro físico e mental (WHO, 2000). As terapias de medicina tradicional podem envolver o uso de medicamentos à base de plantas (fitoterapia), partes de animais e/ou minerais, e práticas como a acupunctura, terapias manuais e espirituais (WHO, 2002). A medicina tradicional, incluindo a “mágico-religiosa”, pode tomar a forma de práticas mágico-religiosas relacionadas com a proteção da saúde e a cura de doenças, em que podem ser utilizados amuletos, feitiços e manipulações físicas (Spector, 2000).

A influencia cultural e diversidade nos cuidados de saúde relaciona-se também com as condições climáticas e ecológicas, com reflexo, por exemplo, no vestuário e no tipo de transporte da criança. Por exemplo, em Angola, os bebés necessitam de menos peças de vestuário e é comum serem transportados pelas mães seguros por um pano nas costas, o que traz numerosos estímulos tácteis e afetivos para o bebé, benéficos para o seu desenvolvimento. Em determinadas sociedades, face aos eventuais perigos vindos do solo (insetos, animais, entre outros), o bebé nunca é deixado sozinho no chão e é sempre transportado por um adulto ou criança mais velha (Ramos, 2004a,b).

Ramos (2003, 2004a,b); Leininger & Mcfarland (2006), dizem que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes (diversidade), apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo (universalidade). O cuidado cultural é multidimensional e considera os diferentes contextos sociais em que estão inseridos os sujeitos e as influências intergeracionais, o que possibilita que o cuidar contemple significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais de cuidado cultural com diversidades e similaridades (Ramos, 2004 a,b; Leininger & Mcfarland, 2006).

É fundamental conhecer o contexto cultural em que o recém-nascido e família estão inseridos para que o cuidado a ser praticado não cause conflitos entre as partes (profissional de saúde e cuidador), mas ocorra a partir de uma realidade que considere as diferenças culturais entre os envolvidos (Ramos 2004 a,b, 2012 a,c, 2016).

### 1.3. Migração, globalização e saúde

O fenómeno da migração é uma realidade que caracteriza a sociedade no mundo

globalizado. A migração implica a saída de um sítio para outro, independentemente da duração da permanência. O número de migrantes internacionais atingiu em 2017 o número de 258 milhões (Ramos & Dias, 2020; Ramos et al., 2020).

O fenómeno da progressiva diversidade cultural resulta do aumento dos fluxos migratórios, cada vez mais numerosos, rápidos, diversificados e complexos, que atinge todos os continentes, géneros, classes sociais e gerações. Em virtude da globalização, da mobilidade das populações e da urbanização, verifica-se um aumento exponencial de culturas a coabitar, formando-se cada vez mais sociedades multi/interculturais, o que representam desafios à comunicação e à gestão da diversidade cultural (Ramos, 2001, 2007). O aumento do fluxo migratório constata-se principalmente a nível das cidades, havendo, assim, a preocupação de várias entidades com a promoção da saúde, por exemplo, através da implementação de “cidades saudáveis” (pela OMS), bem como, das “cidades abertas e interculturais” (pelo conselho da Europa e Comissão Europeia), com o intuito de acolher a diversidade cultural. Um país multi/intercultural, necessita de perspetivar os grupos étnico-culturais como uma mais valia. O que implica a adoção de estratégias e políticas de inclusão, de desenvolvimento pessoal e equidade na saúde, nas oportunidades e no acesso à saúde e cidadania, de toda a população (Ramos, 2008a,b,c).

Os fenómenos migratórios têm repercussões positivas a vários níveis, mas também ao nível da saúde aumentam a vulnerabilidade do migrante, devido as situações como a ilegalidade, exploração, precariedade, escassa inserção comunitária, falta de consciencialização acerca da importância dos cuidados de saúde e ausência de confiança nos serviços de saúde, desconhecimento dos serviços sociais disponíveis, baixo nível sócio-económico (Coutinho, Rodrigues & Ramos, 2012). As barreiras linguísticas são também um fator de vulnerabilidade, pois criam dificuldades comunicacionais e relacionais entre o migrante e as diferentes estruturas de apoio social e com os profissionais de saúde (Ramos, 2004, 2006, 2008a,b, 2012a, 2017). Por outro lado, a situação política e social em que o imigrante se encontra, influenciado pelo medo de denúncia em situação de ilegalidade ou de perder o emprego, pode condicionar o seu comportamento relativamente à hospitalização ou à procura de cuidados de saúde (Ramos, 2004a), o que torna frequente a recorrência apenas aos serviços de saúde em caso de emergência ou em fase avançada da doença, depois de recorrer à auto-medicação ou remédios caseiros.

Os migrantes experimentam sentimentos de estranheza em relação à nova cultura,

assim como por vezes, a indiferença e hostilidade, por parte da população que o acolhe. Esta situação tem repercussões psicológicas (stress de aculturação) que se manifestam também a nível físico (fadiga, cefaleias, náuseas...) e na saúde mental. Estas repercussões, a longo prazo podem estar na origem do aumento de casos de morbidade e patologias diversas (Ramos, 2008a,b,c, 2012b).

O processo migratório constitui um processo capaz de provocar a inadaptação, o disfuncionamento, a doença, como, igualmente, capaz de favorecer o desenvolvimento, o bem-estar, a saúde e a criatividade dos indivíduos e das famílias. O acolhimento e a integração dos migrantes nas sociedades receptoras, está relacionado com um conjunto complexo e variado de fatores, onde se destacam fatores psicológicos, sócio-económicos, culturais e políticos, redes sociais e de suporte e atitudes da sociedade de acolhimento (Ramos, 2004a, 2006, 2008 a, 2012a).

Ao processo dinâmico e adaptativo, a situações adversas, propulsor do desenvolvimento social, afetivo, cognitivo e físico do indivíduo, denomina-se resiliência (Ramos, 2004). Esta é o resultado de um equilíbrio evolutivo entre fatores de risco e vulnerabilidades (desigualdades sociais e de género, choques intergeracionais, sobrelocação de agregados familiares, habitações precárias e exíguas, violência e exclusão) e os fatores de proteção internos (competências cognitivas, identidade, personalidade, motivações, auto-estima) e externos (família alargada, religião, educação, língua, redes social e suporte comunitário) (Ramos, 2004a, 2008c; Sopa, 2009).

Migrar tem também consequências positivas, como a melhoria do estilo de vida. Apesar da vulnerabilidade que domina a população imigrante, alguns valores culturais, sentimento de pertença ao grupo, a coesão e a solidariedade do grupo podem funcionar como seus protetores. Apesar do reagrupamento familiar acontecer frequentemente em bairros ou zonas, segundo a sua proveniência étnica e cultural, constata-se que muitas vezes, estas tentativas de reconstrução de uma comunidade são mal-sucedidas, quer pelas condições habitacionais, fracos recursos económicos, falta de redes sociais de apoio e isolamento (Ramos, 2006, 2008a,b,c, 2014).

O número elevado de migrantes nas cidades torna-as espaços multiculturais, onde se exprimem traços culturais, estilos de vida e identidades. As mulheres que vêm das províncias residir na capital são separadas do seu meio familiar e de apoio, e sujeitas a hábitos culturais diferentes. Estas sentem-se frequentemente desenraizadas e tornam-se mais vulneráveis e

inseguras, quando mães, em relação aos cuidados prestados aos recém-nascidos (Ramos, 2004a, 2008a). As mães e crianças nos primeiros anos de vida são particularmente vulneráveis, perante a situação de migração no que respeita às questões de saúde, angústia, stress, ruturas e transformações. Contudo, a mobilidade familiar e a feminização das migrações promovem oportunidades para a família e para a mulher ao nível identitário, social, educacional e económico (Ramos, 2008a, 2012 a,b,c).

O fato das as mulheres imigrantes recorrerem menos aos serviços de saúde, para a vigilância pré-natal e após o parto, conduzindo ao aumento das situações de risco durante a gravidez (patologias obstétricas), durante o parto (prematividade) e no pós-parto (depressão e psicoses na mãe) e a distúrbios funcionais no bebé (como de sono e de alimentação). Estas situações devem-se não só às questões de acessibilidade, como à falta de conhecimentos, hábitos de vigilância de saúde e sentimentos de incompreensão dos seus costumes por parte dos profissionais de saúde.

A mobilidade familiar e a feminização das migrações promovem oportunidades para a família e para a mulher ao nível identitário, social, educacional e económico (Ramos, 2008a,b, 2012a). A mulher que migra com frequência, tem necessidade de colaborar com o marido nas despesas familiares, passando a ser um membro ativo no mercado de trabalho. Por vezes, a necessidade económica sujeita as mulheres a atividades subalternas, mal remuneradas e com carga horária excessiva. Esta situação conduz a sentimentos de frustração, desânimo e desmotivação, interferindo na sua integração na sociedade de acolhimento (Ramos, 2004a, 2012 a,b,c).

As mulheres imigrantes, no contato com outra cultura, vivenciam experiências contraditórias da maternidade. Confrontam-se com dificuldades psicossociais, emocionais adaptativas e culturais que, associadas ao frequente isolamento e à pobreza de relações sociais e familiares, provocam desequilíbrios na interação mãe-criança, afetam a capacidade de resposta às necessidades da criança e interferem na qualidade do ambiente promotor ao seu crescimento e desenvolvimento (Ramos, 2004a , 2008a,b,c). Esta situação é agravada pela diversidade de práticas de cuidados maternos existentes nas diferentes culturas, associada à influência das condições stressantes do meio envolvente como os conflitos gerados pelas carências económicas e sociais, os perigos ambientais, as prioridades sociais e o confronto de valores culturais (Ramos, 2004a,b, 2012 a,b,c; 2016).

Para Ramos (2004a, 2012 a,b,c), assiste-se com alguma frequência à modificação e

ao abandono de certas práticas e cuidados à criança, devido às exigências impostas pelas condições de vida, ao desejo de fazer igual à cultura de acolhimento e ao medo de se ser julgado ou criticado. Por outro lado, as características da dinâmica familiar influenciam os comportamentos maternos relativos à maternagem. Quando a coesão do grupo familiar é frágil, perante a rutura com os aspetos culturais do país de origem, desaparecem as referências às práticas tradicionais de educação e de cuidados a prestar às crianças. De acordo com Ramos (2004 a), vivência da maternidade em circunstâncias de migração mostra que a aculturação pode acontecer de três formas: aculturação com êxito, quando existe um equilíbrio entre as práticas tradicionais e as adquiridas no local de acolhimento. É mais comum em famílias que mantêm laços estreitos com o seu local de origem. A “semi-aculturação”, ocorre quando as mães elegem, maioritariamente para os cuidados ao seu filho, as práticas da sociedade de acolhimento, tendendo a diminuir ou a desaparecerem os cuidados que derivam do seu local de origem. É mais frequente em mães jovens, com rutura nas relações intergeracionais. A semi-aculturação, propicia contradições, indecisões e conflitos entre saberes apreendidos na cultura de origem e os veiculados pelos profissionais de saúde na cultura de acolhimento. A “desaculturação”, ocorre quando o desenraizamento cultural é muito elevado, não conseguindo adaptar-se ao novo ambiente para prestar cuidados ao seu filho. Corresponde às situações de maior vulnerabilidade, acompanhadas de isolamento, depressão e psicopatologias (Ramos, 2004a).

A mãe, durante a adaptação à maternidade, necessita de recursos que lhe possibilitem cumprir as suas funções de maternagem, tentando manter a mesma qualidade de interações afetivas e sociais que seriam possíveis no seu local de origem. Estes recursos deverão ser proporcionados por uma comunidade responsável, nomeadamente através de uma rede social organizada, que garanta uma assistência adequada a vários níveis, tais como, da saúde, educação, jurídico, social, entre outros. Mas, para além destes recursos, existem outros mais informais, mas também sustentados pela sociedade de acolhimento, onde se incluem amigos, vizinhos, grupos sociais e religiosos, que podem oferecer suporte emocional e apoio no desenvolvimento das diferentes atividades de vida diárias, ajudando a mãe imigrante a dar resposta às dificuldades encontradas (Ramos, 2004a, 2008a,c, 2012 a,b,c).

O parto e os primeiros cuidados que se prestam ao recém-nascido são, para muitas culturas, impregnados em rituais transgeracionais, e processados no papel protetor da envolvente familiar, principalmente pelos elementos femininos. A mulher provinda de outra

cultura, principalmente aquela que é mãe pela primeira vez, perante um ambiente isolado e estranho, experimenta sentimentos de angústia, ansiedade e stress, com consequências nefastas para a saúde da mãe e da criança (Ramos, 2004 a, 2008 a, 2016). As dificuldades que a mulher imigrante experimenta, comprometem a adesão e utilização dos cuidados de saúde por parte desta, repercutindo-se na sua saúde e do recém-nascido.

A gravidez e o puerpério provavelmente são os períodos em que uma mulher sente mais necessidade de mobilizar os seus recursos, recrutando familiares para a prestação de serviços (Sopa, 2009). Com frequência, estas mulheres não recebem cuidados pré-natais ou recebem este tipo de cuidados de modo inadequado ou tardio. Apresentam uma menor utilização de métodos contraceptivos e maior vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, registam mais gravidezes indesejadas, taxas mais elevadas de aborto espontâneo, de recém-nascidos com baixo peso e de mortalidade perinatal e infantil (Ramos, 2004 a, 2008a,b, 2012 a, b, c; Machado et al., 2006).

A atenção à equidade e aos mais vulneráveis é uma preocupação constante da OMS. Em 1998, a estratégia da OMS “Saúde 21”, substituiu as 38 metas regionais da Estratégia Europeia da OMS “Saúde para todos”. Esta tem como objetivo reduzir a doença com o aumento do potencial de saúde, através da equidade, segurança ambiental e parcerias (OMS, 2004). Em 2000, a Assembleia Geral das Nações Unidas adota a Declaração do Milénio e assume a responsabilidade dos estados em garantir a defesa dos princípios da dignidade humana com igualdade e equidade, com particular atenção aos mais vulneráveis incluindo as crianças (Loureiro & Miranda, 2010).

A OMS, em 2005, estabeleceu a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde com a finalidade de apoiar os países a enfrentarem os fatores sociais que influenciam, negativamente, a saúde e são responsáveis por desigualdades e inequidades, colaborando para os objetivos de Desenvolvimento para o Milénio. Têm vindo a ser desenvolvidos projetos como “*Migrants Friendly Hospitals*” (MFH) (2002-2005), com o objetivo de identificar áreas prioritárias de intervenção para facilitar a saúde dos migrantes, resultando deste projeto a Declaração de Amesterdão para Hospitais Amigos dos Migrantes numa Europa Etnoculturalmente Diversificada (Ramos, 2010b).

## 2. Cuidados de saúde culturalmente competentes

Para Leininger & Mcfarland (2006), o cuidado deve considerar três formas de ação. A preservação do cuidado ao apoiar as pessoas na seleção dos aspetos da cultura que promovem comportamentos saudáveis. A acomodação do cuidado, ao reconhecer que determinada prática, mesmo não tendo eficácia científica ou bases de saúde, pode ter significado do ponto de vista cultural e ajuda a integrar a prática nos cuidados. E a repadronização do cuidado, que corresponde à ação dos profissionais de saúde na modificação de comportamentos de origem cultural que sejam nocivos, negativos ou incompatíveis com o bem-estar e saúde.

O cuidado profissional deve ser congruente com o cuidado popular, respeitando a individualidade da cliente e da família. Deste modo, a acomodação, deve ser tida em conta pelo profissional de saúde. Nem toda a crença está errada e não deve ser totalmente repadronizada apenas porque o profissional tem crenças diferentes. O profissional deve ter a preocupação de prestar cuidados de acordo com as recomendações da OMS e diretrizes dos Ministérios da Saúde.

A acomodação do cuidado implica a educação bilateral, onde o profissional aprende a forma de cuidar utilizada pela família e ensina-lhe a sua forma, sendo que, a partir daí, se inicia um processo de negociação de cuidados aceitáveis para ambos. A negociação é um processo interativo e dinâmico entre a mãe/família/cuidador com a equipa de saúde e requer que todos compartilhem saberes, decisões e poderes. Assim, as práticas tradicionais nocivas alusivas ao cuidado ao recém-nascido, conseguem ser alteradas ou erradicadas, se as mães entenderem que tal trará benefícios (Ramos, 2004a,b, 2016; Leininger & Mcfarland, 2006).

Os cuidados de saúde devem interpretar e compreender a diversidade cultural, os significados de saúde/doença e as experiências das mães. É importante o profissional fazer uma autorreflexão e reflexão crítica, reconhecendo os seus próprios valores, para aprender a diferenciá-los dos valores e práticas dos clientes com os quais estabelece relações de cuidado (Ramos, 2006, 2008c, 2012a; Martins, 2010). A construção do conhecimento transdisciplinar é um processo coletivo em que cada um cria os seus próprios saberes e contribui para a construção dos saberes dos outros (Loureiro & Miranda, 2010).

## 2.1. Comunicação intercultural em saúde

O ser humano é um ser social e, para se relacionar com os outros indivíduos, necessita comunicar. A comunicação é a troca contínua de informações de diversas dimensões e influências recíprocas levando a retroações que condicionam o comportamento (Ramos, 2001).

A comunicação requer representações, significações e valores relacionados com a cultura onde se inserem. É um conjunto de códigos e de regras que tornam possível manter as relações e as interações entre os membros de uma mesma cultura. A língua é o meio pelo qual uma cultura partilha as suas crenças, valores, referências, regras, e é igualmente o instrumento que possibilita o ser interagir com outros elementos do seu grupo. No processo comunicativo é imprescindível conhecer a outra cultura, entender o significado da comunicação gestual, da linguagem não-verbal, e o interlocutor (Ramos, 2001).

A comunicação intercultural implica ter consciência da própria cultura, pois muitas vezes ao comunicarmos transmitimos valores de forma inconsciente. É igualmente importante desenvolver a metacomunicação, ou seja, a capacidade de explicar o que se pretende dizer quando se comunica algo, não só o sentido da mensagem, mas também o significado e os efeitos que se pretendem causar com a mensagem, de forma a torná-la clara e explícita (Alsina, 1999). Na perspetiva de Ramos (2001), os problemas da comunicação intercultural advém, na sua maioria, das diferentes perceções acerca dos objetos e situações sociais. A mesma autora refere que a base da comunicação intercultural é a compreensão de que o mundo, que percebemos, no qual comunicamos e sobre o qual se constroem mensagens, pode não ser o mesmo mundo experimentado pelo elemento de outra cultura. Assim, culturas distintas podem construir perceções sociais diversas, e compreender significados diferentes para as mesmas situações, objetos e realidades, o que podem levar a conflitos e obstáculos na comunicação. A comunicação, em contexto de cuidados de saúde, tem que ser apropriada a cada cliente, de acordo com os seus conhecimentos linguísticos, capacidades intelectuais, nível cultural e educacional, tendo em conta as suas representações e crenças de saúde e as suas reais necessidades (Ramos, 2007, 2008b, 2012a, 2017).

O modelo facilitador da comunicação entre os clientes de diferentes etnias e os profissionais de saúde, de Stern (1980, cit. por Williams, 1999), identifica 3 níveis de obstáculos na comunicação: a abordagem inicial, que implica estabelecer um clima de

confiança, facilitador das relações interpessoais; abordagem holística e cuidado pessoalizado, que implica conhecer a razão da utilização de determinados comportamentos de saúde baseados em práticas culturais e a barreira da linguagem, que leva ao desenvolver de estratégias para ultrapassar os obstáculos linguísticos.

Os comportamentos culturais quando não são corretamente interpretados, podem parecer desconexos, quer para o profissional de saúde, quer para o cliente. Deste modo, o conhecimento prévio das crenças e hábitos culturais, que possam orientar a mulher imigrante durante a sua adaptação à maternidade, proporciona a identificação precoce de comportamentos prejudiciais para a saúde da mãe e do recém-nascido, por parte do profissional de saúde, e pode ser facilitador do processo comunicacional.

As dimensões culturais e sociais, podem constituir barreiras importantes aos cuidados de saúde e devem merecer a atenção do profissional de saúde num cuidado culturalmente congruente e adaptado (Ramos, 2007). O desconhecimento ou não respeito pelos códigos culturais e linguísticos dos diversos contextos pode criar problemas comunicacionais e pode reforçar os estereótipos e os preconceitos. A comunicação é uma componente básica dos cuidados de saúde, constituindo um bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde, com reflexo a vários níveis, incluindo na economia do país (Ramos, 2007, 2008b, 2012a).

O Modelo de Enfermagem Transcultural de Leininger (1995), sugere dois processos que os profissionais de saúde podem utilizar para comunicar com clientes de diversas culturas: a avaliação cultural inicial, que se refere à avaliação de crenças e comportamentos, em que a informação é utilizada para determinação das intervenções adequadas, e a negociação cultural inicial, que se refere ao processo de negociação de cuidados com o cliente, atendendo às divergências entre crenças e comportamentos (Leininger & Mcfarland, 2006).

O profissional de saúde tem que avaliar as barreiras culturais - a compreensão da língua, os dialetos, o estilo e volume da linguagem, o toque, o tom emocional do discurso, os movimentos corporais (os gestos, a expressão, a postura corporal), bem como as experiências de vida, as aprendizagens de família e da cultura de origem, os espaços pessoais na comunicação e a opinião do cliente acerca da importância da família na saúde. É fundamental compreender e utilizar a linguagem do cliente nos cuidados culturais, considerar os vários significados do silêncio, que variam consoante a cultura, e ter a perceção

do poder que a pessoa exerce sobre as situações e acontecimentos que a afetam (Pontes, 2002; Jenko & Moffitt, 2006; Sopa, 2009).

Em contexto migratório, o desconhecimento da língua do país de acolhimento, pode criar situações constrangedoras e dificultadoras da comunicação e da relação com os profissionais de saúde, podendo resultar em erros de avaliação, de diagnóstico e cuidados inadequados (Ramos, 2007, 2008, 2017). De acordo com Machado et al. (2006), não é solução a utilização de familiares ou amigos como intérpretes, pois estes não têm conhecimentos a nível da terminologia médico-científica, não têm a noção ética de sigilo, assim como podem desviar-se de temas constrangedores (como a sexualidade, a violência...). Outra forma de comunicar com grupos étnicos diferentes, é recorrer à utilização da comunicação não verbal, através de desenhos, objetos e linguagem gestual (Sopa, 2009).

A partilha de sentimentos e pensamentos, por parte do imigrante, é, com frequência, demonstrada nos hábitos tradicionais da sua própria cultura. Assim, nesta perspetiva, os aspetos inerentes à comunicação não verbal devem ser valorizados pelos profissionais de saúde nas relações interpessoais, assim como certos rituais religiosos, práticas e procedimentos de higiene e rituais de lavagem, o tipo de alimentos consumidos, a confeção dos alimentos, as restrições alimentares. A linguagem corporal (gestualidade, mímicas), a distância corporal, o toque, o olhar, o vestuário, as posturas e a noção de pudor (por exemplo a nudez), variam consoante os grupos étnicos e as culturas (Ramos, 2004 a, 2007).

O profissional de saúde deve prestar cuidados de qualidade, que acolham a diversidade cultural. Como tal, deve estabelecer canais de comunicação que valorizem a pluralidade, a diferença e proporcionem trocas autênticas e recíprocas de experiências com os clientes, que se sejam facilitadoras da prestação de cuidados (Wong, 1999; Leininger & Mcfarland, 2006).

Se não houver conhecimento sobre a cultura do cliente e formação na área da interculturalidade, o encontro com a diferença cultural pode causar reações emocionais ou atitudes de rejeição por parte dos profissionais de saúde e o mesmo por parte do cliente à abordagem do profissional de saúde (Ramos, 2004 a, 2007, 2008a).

Num mundo cada vez mais plural, onde a globalização acentua a heterogeneidade e a diversidade cultural, a promoção do diálogo intercultural tem sido foco de atenção do Conselho da Europa. Segundo este, é necessário evitar os perigos que resultam da marginalização daqueles que não possuem competências necessárias para comunicar e

conviver num mundo global (*Council of Europe*, 2008 ; Ramos, 2012a). O Relatório Mundial da UNESCO (2009), aposta para o investimento na diversidade cultural, e defende que o sucesso do diálogo intercultural depende mais da capacidade de ouvir, da flexibilidade cognitiva, da empatia, da humildade e da hospitalidade do que do conhecimento dos outros. Realça-se assim, que, além das capacidades comunicativas necessárias ao diálogo intercultural, é impreterível garantir os direitos humanos para que o diálogo seja possível realizar de forma livre, democrática, entre todos os intervenientes (*Council of Europe*, 2008).

A preocupação com a comunicação em saúde, levou que a nível europeu fosse desenvolvido o Projeto *Migrants Friendly Hospitals*, com o objetivo de facilitar o acesso à saúde dos migrantes, reduzir as barreiras comunicacionais/linguísticas, a iliteracia e promover cuidados de saúde culturalmente competentes, resultando deste projeto a Declaração de Amesterdão para Hospitais Amigos dos Migrantes numa Europa Etnoculturalmente Diversificada (Ramos, 2012a). A importância da comunicação em saúde é também reconhecida, e sublinhada, pela OMS, pela Agência Europeia para o Desenvolvimento das Políticas e Práticas de Saúde Pública na Europa e pelo Gabinete de Estratégia de Prevenção Nacional do Ministério da Saúde nos EUA (Ramos, 2012c).

A comunicação é um instrumento básico dos cuidados em saúde, que influencia o comportamento através de um fluxo pluridimensional de informações. Desta forma, a comunicação na relação terapêutica contribui para o sucesso da prática dos cuidados de saúde e torna o cliente um agente ativo e responsável no seu processo saúde-doença (Ramos, 2004 a, 2007, 2012a). Investir na relação de ajuda e na humanização dos cuidados, por parte dos profissionais de saúde (diretamente relacionado com as competências comunicacionais) promove ganhos em saúde para as mães e crianças, que passam a confiar nos profissionais. É indubitável a relevância da formação sólida dos profissionais de saúde na área da comunicação e das relações interculturais, para desenvolverem estratégias de intervenção face às diversidades individuais (Ramos, 2004 a, 2007, 2012a). É fundamental que o profissional de saúde na sua prática profissional respeite a diferença cultural e compreenda as motivações para as práticas de saúde adotadas pelo cliente no contexto em que se encontra, mesmo que estas não sejam as mais indicadas. Segundo Ramos (2008c), para se desenvolver a competência na comunicação e nas relações interculturais é necessário que o profissional de saúde tenha consciência do grau de determinismo cultural dos seus próprios comportamentos, ou seja, desenvolver a consciencialização cultural.

## 2.2. Competências culturais na promoção e educação para a saúde

Para uma prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes, é crucial desenvolver estratégias e intervenções culturalmente competentes, e investir na formação e desenvolvimento de competências individuais, éticas, profissionais, comunicacionais, interculturais, relacionais e de cidadania (Ramos, 2006, 2010b, 2017).

Os profissionais de saúde possuem as suas próprias experiências culturais que dão significado e compreensão ao seu próprio comportamento. É necessário que os profissionais de saúde, aprendam a identificar os seus sentimentos e atitudes e conheçam sua própria cultura, de modo a ter consciência dos seus preconceitos e posturas etnocêntricas e egocêntricas, para evitar julgamentos e cuidados de saúde inapropriados resultantes de estereótipos (Presswalla, 2004; Sopa, 2009).

A competência cultural é combinação de comportamentos culturais congruentes, para trabalhar eficazmente em situações transculturais. Implica a visão holística das pessoas, o respeito de diferentes culturas e individualidade de valores (Stanhope & Lancaster, 2011). De acordo com *American Academy of Nursing Expert Panel* (1992), os cuidados de enfermagem culturalmente competentes orientam-se por quatro princípios: ser concebidos para um cliente específico, ser baseados na singularidade cultural dos clientes, incluir estratégias de auto-emponderamento e ser prestados com sensibilidade (Stanhope & Lancaster, 2011).

O desenvolvimento da competência cultural é um processo contínuo que envolve todos os aspetos de cuidado ao cliente. Segundo Leninger (2002, cit. in. Stanhope & Lancaster, 2011), o elemento chave para desenvolver a competência cultural são as experiências com clientes de outras culturas, a consciencialização dessas experiências e a promoção do respeito mútuo pelas diferenças de cada um. Orlandi (1992, cit. in Stanhope & Lancaster, 2011), refere três estádios de desenvolvimento de competência cultural: culturalmente incompetente, culturalmente sensível e culturalmente competente. Cada estádio tem três dimensões: a cognitiva, afetiva e psicomotora, que em conjunto têm efeito global nos cuidados de saúde. Posteriormente Campinha (2003, cit. in Stanhope & Lancaster, 2011), propôs cinco construtos do modelo teórico de desenvolvimento cultural: o desejo cultural, a consciência cultural, o conhecimento cultural, a aptidão cultural e o encontro cultural. O desejo cultural refere-se à motivação intrínseca para assegurar os cuidados

culturalmente competentes. A consciência cultural envolve uma auto-avaliação e uma exploração profunda de crenças e valores de cada um e como estes influenciam o comportamento. O conhecimento cultural, consiste em aprender a ver o mundo com a visão que o cliente tem numa perspetiva sociocultural. O encontro cultural, é o processo que permite procurar atividades para intervir em situações transculturais. Este pode ser direto, quando o profissional aprende diretamente com os seus clientes e indireto, quando partilha experiências com outros profissionais.

O profissional de saúde tem responsabilidades a nível da preservação cultural, através de ações, que ajudem os clientes de uma determinada cultura a manter e preservar os seus valores tradicionais no sentido de manter, restabelecer e prolongar a sua saúde. Os profissionais de saúde colaboram na acomodação cultural, com ações de adaptação ou negociação com o cliente, no sentido de atingir resultados de saúde satisfatórios. Participam também na repadronização cultural, através de ações numa determinada cultura para mudar ou alterar uma prática cultural por uma nova ou por padrão de cuidados de saúde diferente, que seja significativo, satisfatório e benéfico. Nos cuidados culturalmente competentes cabe ao profissional de saúde a mediação cultural que consiste em advogar, negociar e intervir a favor do cliente de modo a conciliar a sua cultura os cuidados de saúde (Stanhope & Lancaster, 2011).

O cuidado de saúde prestado sofre a influência do contexto interno e externo do profissional de saúde e da pessoa cuidada. Esta influência é exercida a nível interno pelas suas experiências anteriores, expectativas, modelos explicativos, estereótipos, crenças e representações culturais. Na vertente externa, tem importância o contexto do serviço de saúde e cuidados prestados, as diferenças económicas, sociais e culturais entre os intervenientes, etc. (Ramos, 2008a,c).

Na visão de Stanhope & Lancaster (2011), o insucesso nos cuidados culturalmente competentes pode ser resultado de falta de oportunidade para aprender, pressão dos superiores para aumento da produtividade ou pressão dos colegas. Tal pode resultar em estereotipagem, preconceito, racismo, etnocentrismo, imposição cultural, conflito cultural e choque cultural.

Segundo Ramos (2007, 2008a,b, 2012a), a avaliação dos cuidados de saúde feita pelos clientes inclui geralmente as competências técnicas e conhecimentos dos profissionais de saúde, bem como a competência nas relações interpessoais, incluindo a empatia, de modo

a transmitir segurança e equilíbrio emocional. O profissional de saúde deve ser autêntico e deve haver congruência no seu comportamento verbal e não verbal. O conjunto das competências fazem a excelência do cuidar, culturalmente congruente e de qualidade.

Leininger & Mcfarland (2006), mencionam um cuidar genérico com base no saber tradicional e o cuidar profissional com base científica. O cuidar genérico compreende o que pode ser encontrado em qualquer cultura do mundo sob as formas naturais ou caseiras e o cuidar profissional, aquele realizado por profissionais do sistema de saúde. Os saberes populares, tradicionais ou leigos, têm que obrigatoriamente ser tomados em conta, quando os profissionais de saúde mobilizam os seus saberes profissionais e procuram a transculturalidade no cuidar. Deve saber-se quais as práticas que estão a ser utilizadas, para que a associação das mesmas possa ser feita com conhecimento de causa. Os profissionais de saúde devem conhecer os elementos culturais e respeitar a diversidade cultural, devendo sempre considerar-se a individualização dos cuidados, pois tal como as culturas não são semelhantes os indivíduos dentro da mesma cultura não são todos iguais (Stanhope & Lancaster, 2011).

O profissional de saúde ao cuidar de um cliente imigrante, na sua abordagem, tem que avaliar determinados fatores influentes, tais como, o motivo da migração e a qualidade de adaptação ao país de acolhimento. Deve, também, ter em conta a manutenção, no país de acolhimento da estrutura familiar, de valores étnico-religiosos e de acesso a práticas tradicionais de saúde (Ramos, 2008a,b). O profissional de saúde deve considerar o que é importante para a pessoa e família, estabelecer prioridades relativamente às necessidades, atribuir objetivos, determinar a razão e a zona de intervenção dos elementos envolvidos (mãe, família, agentes não formais de saúde), onde cada um contribui com seus conhecimentos, experiências, atitudes e pensamento crítico para a promoção da saúde da criança, de modo a responder às necessidades de forma progressiva e contínua (Collière, 2003; Zanatta & Motta, 2007).

Muitas mães, ao migrarem das províncias, trazem consigo influência da cultura tradicional, e são confrontadas com o efeito da cultura ocidental nos cuidados ao recém-nascido. Neste sentido, a relação terapêutica estabelecida com os profissionais de saúde é determinante nos cuidados prestados. É primordial investir na educação para a saúde das mães, adequando os ensinamentos ao seu nível de conhecimentos e contexto sócio-cultural, capacitando-as para os cuidados e favorecendo a adesão ao regime terapêutico.

Durante a adaptação ao processo da maternidade o tipo de apoio social pode ser um fator negativo ou positivo na consecução do papel materno, havendo necessidade de ser avaliado pelo profissional de saúde (Sopa, 2009). A ideia é corroborada por Galanti (2004, cit. in Sopa, 2009) ao considerar que, diferentes culturas têm múltiplas formas e tradições para encarar o processo de nascimento. Algumas destas diferenças afetam a saúde da mãe e da criança, mas outras não, cabe ao profissional de saúde aprender a distingui-las.

Eticamente, toda a pessoa tem direito à saúde, não devendo ser discriminada pela sua etnia, matriz cultural, hábitos e crenças, contexto social e económico ou pelo carácter da sua doença (Ramos, 2008c). A mesma autora refere que a ética de cuidados compreende a informação ao cliente sobre a sua doença, sobre as prescrições, medidas preventivas, numa língua e terminologia tendo em conta a sua compreensão e literacia. Eliason (1993, cit. in. Sopa, 2009), refere a importância de incluir o cliente nos cuidados, na discussão e tomada de decisão do seu problema (ou alguém escolhido por este), tratar o cliente como ele gosta de ser chamado, descobrir o que o cliente sabe sobre a doença ou tema em discussão e sobre formas de resolução. O respeito pelo cliente e capacidade de escuta são princípios basilares no caminho do cuidado ético transcultural.

Os primeiros cuidados prestados pela mãe ao recém-nascido exigem do profissional de saúde competências de apoio, ajuda, orientação e educação, no sentido de reforçar as capacidades pessoais de cada mãe e permitir que adquiram a autonomia desejada. Com o nascimento de um filho os indivíduos e famílias encontram-se numa fase de transição e mudança familiar, em que podem surgir alterações profundas nos papéis e dinâmicas familiares, das quais podem advir consequências, tornando-se primordial o apoio e promoção da saúde das famílias nesta fase do ciclo de vida. É necessário considerar a individualidade de cada família e especificidade das suas experiências que vão influenciar os cuidados realizados pelas mães (Colliére, 2003).

Os promotores de saúde devem conhecer a necessidade de um trabalho prévio de identificação e consciencialização da lógica organizacional das pessoas e comunidades que dê suporte às ações de promoção de saúde (Loureiro & Miranda, 2010).

De acordo com Loureiro & Miranda (2010) a WHO (1998) refere que a literacia em saúde, representa um conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade para compreender e utilizar a informação de forma a promover a saúde.

No domicílio, a puérpara recebe cuidados, geralmente orientados por profissionais de saúde e por membros da família e da comunidade, que constituem sua rede de suporte social (Christoffel, Moreira & Leandro, 2011). A visita domiciliária na fase do puerpério adquire um papel preponderante, facilitando a correta avaliação das necessidades reais da mulher/recém-nascido/família, por parte do profissional de saúde. A visita domiciliária é um elemento fundamental da vigilância da promoção de saúde, em particular, nos dias seguintes à alta da maternidade. O ambiente domiciliário é privilegiado para a atuação do profissional de saúde na medida em que se encontra no seio da família, onde todas as interações e relações se desenvolvem naturalmente (Silva, Palma, & Gil, 2001). As visitas domiciliárias permitem uma avaliação rigorosa da estrutura da família, a natureza do ambiente domiciliar e o comportamento dos elementos nesse ambiente. É importante avaliar a intensidade, regularidade e frequência dos comportamentos específicos. Para o cliente as visitas domiciliárias têm vantagens, pois o agendamento depende da sua conveniência, evita deslocamentos e decorrem num ambiente natural e relaxado que o próprio controla. Para as visitas domiciliárias eficazes, são competências fundamentais a observação, escuta, questionamento, formulação e incitamento. A construção da relação de confiança com o cliente e família é o ponto fulcral para o estabelecimento da relação terapêutica e sucesso da visita domiciliária (Stanhope & Lancaster, 2011).

No contexto da estratégia de saúde da família, considerando os aspetos biopsicossociais, quando mãe e família estão bem, têm melhores condições de cuidar das crianças, para que essas alcancem maiores níveis de saúde e bem-estar. Nos partos sem intercorrências, a permanência da puérpera na maternidade é breve, tornando-se fundamental, o papel da atenção básica no cuidado ao binómio mãe-filho. A atenção permanente dos profissionais ao binómio, no puerpério, tanto no ambiente hospitalar quanto no ambiente domiciliar, no âmbito dos cuidados primários de saúde, é fundamental para reduzir a morbimortalidade materno-infantil (Andrade, Santos, Maia & Mello, 2015). A contratualização/negociação é uma estratégia que envolve formalmente a família no processo de cuidados e em conjunto define os papéis tanto dos membros da família como dos profissionais de saúde. O aumento do controlo por parte da família implica aumento da responsabilidade da mesma. O profissional de enfermagem na sua intervenção desenvolve o plano de cuidados de enfermagem que inclui três componentes fundamentais: a gestão dos problemas de saúde reais ou potenciais, a educação e orientação antecipatória e por fim, a

gestão de casos e a coordenação de cuidados (Stanhope & Lancaster, 2011).

Para orientar as suas intervenções o profissional de saúde deve fazer a avaliação do risco de saúde familiar. Segundo Pender (2002), existem seis categorias de fatores de risco familiar: a genética, idade, características biológicas, hábitos de saúde pessoais, estilos de vida e ambiente. Avaliar o risco comportamental, é fundamental pois a família é a unidade básica na qual os comportamentos de saúde incluindo valores, hábitos e percepções de risco de saúde são desenvolvidos, organizados e realizados. Cabe às famílias importantes tarefas, como os cuidados ao recém-nascido (Stanhope & Lancaster, 2011).

Perante situações em que a atuação do profissional de saúde não alcança a resolução de todos os condicionantes do processo-saúde doença, deve-se considerar a atuação interdisciplinar e intersetorial. O potencial de parceria com profissionais como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, educadores, advogados, entre outros, adquire enorme relevância no processo de cuidados de saúde (Andrade, Santos, Maia & Mello, 2015).

O profissional de saúde tem uma enorme responsabilidade a nível da promoção e educação para a saúde. O modelo teórico de promoção de saúde de Nola J. Pender, fornece uma estrutura simples e clara, em que o profissional de saúde, pode realizar um cuidado de forma individual ou em grupo, permitindo planejar, intervir e avaliar as ações que levam à promoção da saúde, bem como relaciona três pontos principais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável (Pender, 2011).

De acordo com a carta de Ottawa (s.d.), existem cinco estratégias essenciais para o sucesso das intervenções na promoção da saúde: a construção de políticas públicas saudáveis, criação de contextos de apoio à saúde, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento das competências pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Considera-se o indivíduo como sujeito e agente da sua própria aprendizagem e responsável pelas suas opções. O direito e o dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos seus cuidados de saúde assume particular importância depois da Conferência de Alma-Ata. Assim, promove-se a cidadania em saúde que é a capacidade de exercer, de modo informado e responsável, poder/influência sobre o seu estado de saúde e sobre o desenvolvimento do sistema/ serviços de saúde, baseado na afirmação da autonomia do sujeito e a liberdade de escolha (Gonçalves, & Ramos, 2010;

Simão & Gallo, 2013). Sendo a pessoa o centro da atenção dos cuidados, a humanização é um aspeto central em cidadania (Leite, Pontes, & Pavão, 2015).

As práticas educativas em saúde atuam como um potencializador do auto-cuidado.

Na consulta de saúde infantil, a promoção dos cuidados antecipatórios realizados pela equipa de enfermagem, incide sobre um vasto leque de comportamentos promotores de saúde, seguindo as orientações do ministério da saúde e da OMS (UNICEF, 2018). A 1ª consulta de vigilância do recém-nascido coincide com as atividades que promovem a aprendizagem de competências parentais tais como: alimentação da mãe, promoção do aleitamento materno, higiene e conforto, cuidados ao coto umbilical, vestuário do recém-nascido, hábitos de sono e repouso, posição de deitar, local onde descansa o recém-nascido; hábitos intestinais e cólicas; prevenção de acidentes (quedas, aspiração de vômito e exposição solar), segurança no transporte do recém-nascido, interação pais/recém-nascido, sintomas e sinais de alerta que justifiquem recorrerem aos serviços de saúde. Estes cuidados são acompanhados pela vigilância do desenvolvimento infantil, dados antropométricos, avaliação física, postura, pele, cabeça (fontanelas), reflexos sensoriais e motores do recém-nascido (Sopa, 2009; UNICEF, 2018).

Na educação em saúde, o envolvimento das pessoas de referência e a interação com a comunidade, aumenta a sensibilização para os cuidados e a eficácia dos mesmos. A avaliação da aprendizagem ocorre ao longo do processo, em intervalos periódicos para verificar se as metas estão a ser alcançadas. É frequente a necessidade de reensino, uma vez que a intervenção pode não conduzir à aprendizagem desejada. Na maioria dos casos o reforço do follow-up e o reensino são necessários ao longo do tempo (Redman, 2003). A educação para a saúde conduz ao emponderamento das famílias, tornando-as mais ativas no seu processo de saúde. O profissional de saúde em vez de tomar decisões pela família o apoia a família na tomada de decisão e potencia a sua auto-estima reconhecendo e utilizando as forças e redes de apoio da família (Stanhope & Lancaster, 2011). O empoderamento é assim o processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências que leva ao acréscimo de poder e controlo por parte do cidadão na tomada de decisão, aumentando a capacitação, participação e responsabilidade no seu processo de saúde e qualidade de vida (Loureiro & Miranda, 2010; Leite, Pontes, & Pavão, 2015).

É fundamental a consciência do recurso aos vários sistemas de cuidados ao dispor das mães angolanas. Esta é uma realidade presente em várias sociedades, incluindo Luanda,

onde se verifica o recurso aos vários sistemas de saúde. Por questões culturais, económicas e falta de conhecimento as pessoas recorrem frequentemente ao saber leigo, no entanto, verifica-se cada vez mais a procura de um complemento a este saber através do recurso ao saber científico. Ambos devem complementar-se, pois a procura do saber científico aumenta com a visibilidade dos resultados do tratamento, no entanto, o saber leigo, está muito enraizado na cultura e é transmitido de geração em geração como uma herança inegável, no entanto com conhecimentos nem sempre atualizados e corretos. Constata-se a maior adesão ao regime terapêutico e adoção de estilos de vida saudáveis, quando estes saberes se complementam.

A OMS constata que o cumprimento da meta de desenvolvimento sustentável para saúde e bem-estar, exige que os países tenham 44,5 médicos, enfermeiros ou parteiras estimadas para cada 10.000 pessoas. No entanto, nos 10 países com as maiores taxas mortalidade de recém-nascidos, existem, em média, apenas 11 profissionais de saúde qualificados para cada 10.000 pessoas (UNICEF, 2018). A qualidade do atendimento deve ser priorizada, pois apenas a presença de uma unidade de saúde, sem profissionais de saúde qualificados, não é suficiente para garantir a qualidade dos cuidados. Durante a gravidez, o nascimento e os primeiros dias e semanas de vida, a mãe e o recém-nascido devem ter acesso a profissionais de saúde qualificados, a medicamentos e equipamentos essenciais e os serviços de saúde devem estar acessíveis para todos os membros da comunidade 24 horas por dia, 7 dias por semana (UNICEF, 2018).

### **3. Saúde infantil e neonatal**

O período neonatal é especialmente importante não apenas para a sobrevivência, mas também para a interação e desenvolvimento da primeira infância, quando são criados os alicerces para a evolução das habilidades cognitivas e psicossociais (WHO 2014, WHO & UNICEF, 2015).

#### **3.1. Saúde infantil e neonatal: panorama mundial**

Dois terços das mortes de recém-nascidos são evitáveis, através de medidas simples e de baixo custo que podem ser tomadas pelos profissionais de saúde, mães e famílias (WHO,

2016; WHO, 2018; UNICEF, 2018). De acordo com Pinto (2005), o risco de morte varia em razão inversa da idade da criança. São vários os fatores que influenciam a probabilidade da mortalidade infantil e neonatal (UNIGME, 2018).

Em 2016, à escala mundial, as principais causas de morte entre crianças menores de 5 anos incluíram complicações prematuras do nascimento (18%), pneumonia (16%), eventos relacionados ao parto (12%), anomalias congénitas (9%), diarreia (8%), sépsis neonatal (7%) e malária (5%) (UNIGME, 2018). De acordo com a OMS, 32% das mortes de recém-nascidos são causadas por infeção. Quando a higiene é precária os recém-nascidos podem ser infetados por bactérias ou outros organismos que podem causar infeções graves da pele, cordão umbilical, pulmões, sistema gastrointestinal, cérebro ou sangue (Beck, Ganges, Goldman & Phyllis, 2004). A mortalidade infantil reflete o acesso limitado de crianças e comunidades a intervenções básicas de saúde, como vacinação, acesso a medicamentos, consultas de prevenção, tratamento e acompanhamento de saúde materno-infantil, nutrição adequada e água potável e saneamento (Pinto, 2005; UNIGME, 2018). Em ambientes tropicais as condições climáticas facilitam a proliferação de vetores e agentes de doenças infecciosas. Para além disso, as populações provenientes de áreas rurais e áreas suburbanas das grandes cidades, devido a condições de vida precária, aglomeração intra-domiciliar e condições higiénico-sanitárias degradadas, são as que mais expõem as suas crianças ao risco de morte, por doenças infecciosas (Pinto, 2005). De acordo com a WHO & UNICEF (2015), 51% da população rural tem acesso a instalações sanitárias em comparação com 82% dos moradores urbanos. As crianças nas áreas rurais têm uma probabilidade 1,5 vezes maior de morrer antes do seu quinto aniversário do que as crianças das áreas urbanas (UNIGME, 2018).

A escolaridade materna influencia a taxa de mortalidade infantil, de acordo com a UNIGME (2018) e a UNICEF (2018), as crianças nascidas de mães sem escolaridade têm 2,6 vezes maior probabilidade de morrer antes do quinto aniversário do que aquelas nascidas de mães que concluíram o ensino médio. Os bebés nascidos nas famílias mais pobres têm 1,4 vezes mais probabilidade de morrer durante o período neonatal do que os nascidos nas famílias mais ricas (UNICEF, 2018). A taxa de mortalidade neonatal nas crianças do género masculino é de 30 mortes em 1.000 nados-vivos e nas crianças do género feminino é de 19 mortes em 1.000 nados-vivos (INE, Ministério da Saúde de Angola (MINSA), Ministério do Planeamento e Desenvolvimento Territorial (MINPLAN) & *International Classification*

*Functioning* (ICF), 2017). À medida que aumenta a ordem de nascimento, o risco de mortalidade aumenta consideravelmente, devido a múltiplos fatores, nomeadamente a experiência dos pais, o tamanho da família, a disponibilidade de alimentos e de tempo para os cuidados individuais de cada filho (Pinto, 2005). As crianças nascidas num período inferior a dois anos após o parto anterior da mãe, têm 2,7 vezes mais probabilidade de morrer no período neonatal do que as crianças nascidas quatro ou mais anos após o último parto da mãe. Os recém-nascidos cujas mães têm menos de 20 anos têm uma probabilidade 1,5 vezes maior de morrer no primeiro mês de vida em comparação com crianças de mães com idades entre os 20 a 29 anos. A mortalidade infantil aumenta nas mães com idades entre os 30 e 49 anos (INE, MINSA, MINPLAN & ICF, 2017; UNIGME, 2018). A mortalidade infantil é maior em mães menos escolarizadas (Ramos, 2004 a,b). Ter parceiro regular associa-se à redução na probabilidade de óbito em menores de cinco anos em nove países da África Sub-Sariana (Pinto, 2005). A ausência da mãe apresenta-se associada ao risco aumentado de morte na criança, sendo este efeito, mais pronunciado no primeiro ano de vida. Em África, muitas vezes na sequência de uma nova gravidez da mãe, a criança é retirada da mãe e entregue ao cuidado da avó, sendo suspensa de forma brusca a amamentação e introduzida a alimentação do adulto. As crianças dos 0 aos 5 meses de idade, desmamadas, quando comparadas com crianças com amamentação exclusiva, apresentam risco de morte, por diarreia e por pneumonia, sete vezes e cinco vezes superior, respetivamente (Pinto, 2005). O aleitamento materno exclusivo, é essencial para a sobrevivência da criança no primeiro mês de vida (WHO, 2016).

O baixo peso ao nascer, a prematuridade e a ausência de aleitamento exclusivo, contribuem para o aumento da mortalidade neonatal e infantil. A gravidez múltipla representa um risco global de morte de 3,6 vezes superior à gravidez única, sendo o risco de mortalidade no período neonatal, 2,96 vezes superior (Pinto, 2005).

Segundo a regra dos dois terços, as estatísticas de saúde à escala mundial mostram que cerca de dois terços das mortes de bebés ocorrem durante o primeiro mês de vida. Dos bebés que morrem no primeiro mês de vida, cerca de dois terços morrem na primeira semana de vida e dos bebés que morrem na primeira semana de vida, cerca de dois terços morrem nas primeiras 24 horas de vida (Beck, Ganges, Goldman & Phyllis, 2004).

Segundo a OMS, em 2015, aproximadamente 5,9 milhões de crianças morreram em todo o mundo antes de completarem cinco anos e cerca de 45% das mortes de crianças

ocorrem durante o período neonatal (WHO, 2016, cit. in. Cardão, Parreira & Coutinho, 2019). A nível mundial, cerca de 36% morreram no mesmo dia em que nasceram e quase 3/4 de todas as mortes de recém-nascidos ocorreram na primeira semana de vida. Entre 1 e 11 meses de vida ocorreu 1,6 milhão de mortes e em crianças com idade entre 1 e 5 anos ocorreu 1,3 milhão de mortes (UNIGME, 2018). Em Portugal, verificou-se um decréscimo na mortalidade neonatal, de 28% em 1960, para 2,3% em 2016 (WHO, 2016, cit. in. Cardão, Parreira & Coutinho, 2019).

De acordo com a WHO (2016), em todo o mundo, nos primeiros dias após o nascimento ocorrem cerca de 50% de óbitos neonatais e 75% durante a primeira semana de vida. Apesar dos progressos nos últimos 25 anos, milhões de recém-nascidos, morrem em cada ano. Também à escala mundial, entre 1990 e 2016, a taxa de mortalidade de recém-nascidos diminuiu apenas 49% (UNIGME, 2018). Entre o ano 2000 e 2017, a mortalidade em crianças de 1 a 4 anos de idade diminuiu 60%. No mesmo período a mortalidade neonatal diminuiu 41%, enquanto a mortalidade entre crianças de 1 a 11 meses diminuiu 51% (UNIGME, 2018). Somente no ano de 2017, cerca de 6,3 milhões de crianças e adolescentes morreram, principalmente por causas evitáveis.

Embora as oportunidades de sobrevivência tenham aumentado para todas as faixas etárias desde 2000, o progresso foi desigual, e continuam a existir disparidades no que se refere à oportunidade de sobrevivência das crianças. Em 2017, na região africana, 1 em cada 13 crianças morreram antes de completar cinco anos de vida. Em 2017, metade das mortes entre crianças menores de 5 anos ocorreu na África subsaariana e outros 30% ocorreram no sul da Ásia. Uma criança nascida na África Subsaariana ou no sul da Ásia tem nove vezes mais probabilidade de morrer no primeiro mês do que uma criança em um país desenvolvido (UNIGME, 2018).

Entre 1990 e 2011, Angola destacou-se negativamente, ao apresentar uma das menores reduções nas taxas de mortalidade infantil de toda a África Subsaariana (2,1% ao ano), conduzindo o país a ocupar a 9ª pior taxa de mortalidade infantil dentre os 50 países que compõem a África Subsaariana, avaliados pelo Grupo Interagencial de Estudos sobre Mortalidade na Infância (IGMI) (Simão & Gallo, 2013).

A mortalidade neonatal em 2012, estimada em Angola, era de 42/1000 nascidos vivos (MINSAs, 2012). Em Angola, entre 2001-2005 e 2011-2015, a mortalidade infantil reduziu de 81 para 44 mortes por 1.000 nados-vivos, respetivamente (Relatório final. INE,

MINSA, MINPLAN & ICF, 2017). Apesar do desempenho do país para a eliminação do tétano neonatal, em 2013 verificou-se taxa de letalidade de 28% (OMS, 2016). Em 2015, segundo *Wateraid* (2015), cit. in Ramos & Tavares (2020b), Angola foi considerado o local mais perigoso do mundo para se ter um bebê, com as infecções a representarem quase 30% de todas as mortes neonatais.

No ano de 2012, dos 10.989 recém-nascidos analisados que nasceram na Maternidade Lucrecia Paim, em Luanda, 4.341 (39,5%) morreram; destes, 1.295 morreram antes dos 27 primeiros dias. Dos recém-nascidos com morte neonatal, 336 morreram precocemente (antes do 7º dia de vida) (Rodrigues, et al., 2019).

Num estudo realizado em Luanda, no serviço de pediatria do Hospital Municipal da Samba, constatou-se que, em relação aos internamentos por onfalite, o número foi consideravelmente maior no primeiro semestre de 2018 com 101 internamentos, comparativamente ao ano de 2017, em que se registaram 54 internamentos. Contrariamente aos internamentos por onfalite, no que se refere ao número de óbitos em recém-nascidos por onfalite ou septicemia derivada de onfalite, o registo foi superior no ano de 2017 com 21 óbitos, quando comparado com o primeiro semestre de 2018, em que se registaram cinco óbitos (Ramos & Tavares, 2020b).

A mortalidade infantil é um indicador-chave não apenas para a saúde e o bem-estar infantil, mas também para o progresso geral em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Deste modo, o 4º objetivo do desenvolvimento do milénio que pretendia reduzir em 2/3 a taxa de mortalidade de menores de 5 anos, até 2015, foi sucedido pelo objetivo 3 do desenvolvimento sustentável (ODS): saúde de qualidade, “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, até 2030 (UNRIC, 2017). A meta dos ODS para a mortalidade infantil representa um compromisso renovado com as crianças do mundo, ou seja, que até 2030, terminem as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças com menos de 5 anos de idade. Pretende-se assim, em todos os países, reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 mortes por 1.000 vivos nascimentos e nas crianças menores de 5 anos reduzir a mortalidade até pelo menos 25 mortes por 1.000 nascidos vivos (UNIGME, 2018).

Segundo as tendências atuais, estima-se que 56 milhões de crianças menores de 5 anos venham a morrer entre 2018 e 2030 (80% dessas mortes deve ocorrer no sul da Ásia e na África subsaariana). Desses 56 milhões de crianças, 28 milhões são recém-nascidos. Para

atingir a meta dos ODS até 2030, os esforços precisam ser ampliados em 51 países, 2/3 dos quais se encontram localizados na África Subsaariana. Entre eles, 30 países precisarão de duplicar sua taxa atual de redução da mortalidade infantil, o que significaria reduzir o número de mortes em quase 10 milhões entre 2018 e 2030 (UNIGME, 2018). Os países com as maiores taxas de mortalidade infantil continuam a ser: Chade, Angola, República Centro-Africana, Serra Leoa e Somália (WHO, 2018).

É necessária atenção a vários ODS, para abordar as principais causas de mortalidade infantil. O ODS 3.2 está intimamente relacionado ao ODS 3.1, "até 2030, reduzir a taxa global de mortalidade materna para menos de 70 por 100.000 nascidos vivos", ao ODS 2.2, "até 2030, acabar com a desnutrição", e ao ODS 6, "redução de doenças diarreicas depende de água potável, saneamento e higiene" (OMS, 2016a). Para alcançar um progresso sustentável e equitativo para 2030, devem ser abordadas as disparidades na sobrevivência infantil nos países. A monitorização da mortalidade infantil requer o desenvolvimento de sistemas completos e precisos de registos. Apenas cerca de 70% dos bebés do mundo possuem certidão de nascimento e a maioria das mortes de crianças ocorre sem registo (UNIGME, 2018). Os registos de nascimento contribuem para o aperfeiçoamento e continuidade dos cuidados de saúde, tornando a informação menos fragmentada e mais completa, o que permite respostas mais eficazes e favorece a avaliação das intervenções (Ramos 2003 a; Ferreira, et, al. 2017, cit. in Ramos & Tavares, 2020b).

De acordo com a WHO (2017), Angola encontra-se na cauda da tabela a nível da mortalidade infantil mundial. Deste modo, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Angola (2012-2025) (PNDS), no programa de prevenção e luta contra as doenças, inclui no projeto 18: "a prestação dos cuidados de saúde para a sobrevivência materna, neonatal e infantil", tendo como uma das metas a redução em 50% das taxas de mortalidade materna e infantil (MINSÁ, 2012). Os determinantes sociais adquirem um peso importante na saúde da mulher e recém-nascido (WHO, 2014; WHO & UNICEF, 2015). O planeamento familiar é um colaborador vital, permitindo o espaçamento entre partos e limitando os nascimentos, o que pode reduzir a mortalidade de recém-nascidos e melhorar a sua saúde e das mães. Por outro lado, a alta cobertura de intervenções antes, durante e após a gravidez pode prevenir problemas de saúde em cerca de 3 milhões de mulheres e recém-nascidos (WHO, 2014; WHO & UNICEF, 2015).

Em Angola, para prevenir, diagnosticar e tratar complicações após o parto,

recomenda-se que a mãe e o recém-nascido façam, pelo menos, uma consulta seis dias após o parto, visto ser este um período crítico para ambos (MINSA, 2012a). De acordo com INE, MINSA, MINPLAN & ICF (2017), entre o ano de 2015 e 2016, em Angola, cerca de um quinto (21%) dos recém-nascidos tiveram consulta dois dias depois do nascimento. Estas consultas são mais frequentes quando o parto é realizado numa unidade de saúde (38%) do que noutra local (5%); ocorrem quase três vezes mais nas áreas urbanas (28%) do que nas áreas rurais (10%); são mais frequentes em mães que possuem o ensino secundário ou superior (34%) comparativamente às mães sem escolaridade (9%).

Segundo as Estatísticas de Saúde Mundial da OMS cerca de 81% das mulheres recebem atendimento pré-natal pelo menos uma vez durante a gravidez, mas apenas 55% recebem o mínimo recomendado de quatro visitas ou mais, e a qualidade do atendimento geralmente é débil. Na maioria dos casos, a pessoa que presta assistência é uma parteira profissional, que precisa do apoio de uma equipa composta por outros profissionais de saúde, como enfermeiros, obstetras e pediatras, quando surgem complicações (WHO 2014, WHO & UNICEF, 2015). As oportunidades de sobrevivência aumentam quando as mulheres têm o parto com o apoio de um profissional de saúde qualificado ou num estabelecimento de saúde (UNICEF, 2018). O “*plano de ação para todos os recém-nascidos*” proposto pela WHO & UNICEF em 2015, apresenta metas ambiciosas para acabar com a mortalidade evitável até 2035 (WHO, 2014; WHO & UNICEF, 2015).

Nas regiões e países com as maiores taxas de mortalidade, o acesso aos serviços geralmente é baixo (WHO, 2018). Para além da precariedade e falta de unidades de saúde as más condições de trabalho e poucos incentivos para os funcionários morarem e trabalharem em áreas remotas ou entre populações desfavorecidas, levam a uma distribuição desigual dos profissionais de saúde e a grandes desigualdades no acesso aos cuidados de mães e recém-nascidos (WHO, 2014; WHO & UNICEF, 2015).

É preciso tomar medidas sobre os determinantes sociais da saúde para reduzir as desigualdades. Especificamente, o ODS 1 “*apela para reduzir a desigualdade dentro e entre países*” (WHO, 2018).

Torna-se prioritária a assistência às mães e a formação dos profissionais de saúde, de modo a que as suas intervenções junto das mães e dos recém-nascidos sejam efetivas e de qualidade, no sentido de prevenir a realidade preocupante da ocorrência de onfalites e

diminuir práticas prejudiciais à saúde da criança que ainda hoje se mantêm em Angola (Ramos & Tavares, 2020a).

### 3.2. Cuidados de saúde ao recém-nascido: conhecimento empírico versus conhecimento científico

O desenvolvimento da criança caracteriza-se por todo um conjunto de interações, de práticas e de rituais familiares e rotinas diárias relacionadas com a satisfação das necessidades humanas básicas como a alimentação e higiene.

Ramos, refere:

As práticas de cuidados às crianças ocupam uma parte do tempo que a família despende com a criança e transmitem-se de geração em geração. Apesar de serem consideradas repetitivas constituem um domínio complexo e de grande importância para o desenvolvimento e saúde da criança. É através dos cuidados parentais, pelo contacto físico, pelas variadas estimulações vestibulares, cinésicas, tácteis que a criança estabelece as suas primeiras relações, descobre o mundo, entra numa cultura, conhece o amor e experimenta o sentimento de segurança.

(Ramos, 2004a:189)

Todas as crianças são semelhantes, seguindo um padrão geral de desenvolvimento e de maturação. No entanto, a sua cultura, e as suas experiências, internas e externas fazem de cada criança um ser único e distinto de todos os outros e podem influenciar o seu desenvolvimento e saúde (Whaley & Wong, 1989).

O parto e o pós-parto imediato, para a maioria das sociedades é sinónimo de período de risco para a mãe e criança, estando mergulhado em cuidados, rituais e crenças culturais que variam de acordo com a cultura (Ramos 2004 a, b; Figueiredo, 2003). O recém-nascido depende totalmente de uma pessoa responsável pela satisfação das suas necessidades. O modo, como as necessidades vão ser satisfeitas está intimamente ligado a fatores culturais e individuais, que, entre outros fatores, vão ser determinantes no desenvolvimento físico e psíquico da criança (Lowdermilk & Perry, 2009). As necessidades básicas de cuidados ao recém-nascido que são comuns a todos, e referem-se a boas práticas, incluem a amamentação ou alimentação artificial, cuidados de higiene (corporal, ambiental, coto umbilical...) e conforto, vestuário, eliminação, sono e repouso, afeto e estimulação, adaptação ao papel parental, segurança, prevenção de acidentes e vigilância de saúde (Ramos 2004, a, b).

Em Angola, os cuidados ao recém-nascido são geralmente realizados pelas mães, sob

influência de orientações familiares transmitidas entre gerações. A cultura, mitos e crenças revelam-se num conjunto de saberes tradicionais que muitas vezes prevalecem perante os conhecimentos científicos, levando a práticas de cuidados com consequências negativas para a saúde, como é o caso da onfalite (infecção do coto umbilical), devido a cuidados incorretos ao coto umbilical (MINSa, 2012).

Um conjunto crescente de evidências mostra que melhores práticas na comunidade e na família, associadas a oportunidades de encaminhamento ao sistema de saúde, podem ter um impacto poderoso sobre a redução da mortalidade de menores de 5 anos (UNICEF, 2008). Os programas e políticas de saúde específicos dos recém-nascidos visam a qualidade de vida das crianças, para possibilitar que cresçam e se desenvolvam com todo seu potencial.

No processo de aculturação, as mães têm dificuldade em selecionar os aspetos a manter e abandonar da sua cultura de origem relacionados com o cuidado ao recém-nascido (Ramos, 2004, 2008a,b,c, 2012 a, b, 2016). Esta situação leva a uma complementaridade nos cuidados de saúde, manifestada pelo recurso que a puérpera faz aos vários sistemas de cuidados ao seu dispor. Esta é uma realidade bem evidente em Luanda, onde as mães, mesmo sendo acompanhadas numa unidade de saúde, adotam condutas de aplicação de soluções caseiras no coto umbilical, as quais provocam infecção. É também frequente as mães fazerem uma seleção da informação que fornecem aos diversos profissionais de saúde. Por exemplo, muitas vezes apesar de recorrerem a medicinas alternativas ou utilizar práticas tradicionais, recorrem também ao médico, mas não o informam do percurso realizado.

A saúde e a doença não se compreendem sem dar voz à população, e sem ver o mundo do ponto de vista daqueles que o vivenciam no quotidiano. Assim, conhecer as manifestações e crenças do senso comum, permite compreender a lógica das suas ações no quotidiano, nomeadamente em saúde.

O senso comum interpreta continuamente a realidade, a experiência vivida, e negocia de acordo com os sentidos do grupo, opondo-se ao conhecimento científico. A ciência é objetiva e neutra e reduz os fenómenos às dimensões controláveis, separando do seu campo analítico os contextos e os significados culturais (Alves & Silva, 2011). O saber popular integra a cultura de um grupo, práticas e comportamentos vividos num determinado contexto e conhecimentos de vários campos, onde se inclui a religião, a moral, a magia. Nestes saberes leigos de saúde e de doença a sua principal função não é conhecer (exigência de saber) mas antes a de dar um sentido (exigência de significação). Deste modo, a saúde e

a doença são conceitos que se constroem na experiência quotidiana e os sentidos atribuídos no campo da saúde não resultam de uma visão profissional difundida pela medicina, mas de diferentes fontes (Ramos 2004 a; Alves, 2015). Existem assim, dois modelos explicativos da doença, o científico e o tradicional ou leigo, em que os clientes constroem itinerários plurais e mobilizam os recursos que lhes permitem acesso mais rápido e eficaz aos cuidados de saúde.

Os rituais destinados especialmente à criança, incluem rituais de separação e de agregação (WHO, 2018). As práticas e crenças mais comuns utilizadas pelas mães de recém-nascidos estão relacionadas com aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical, problemas diarreicos e respiratórios e cura do mau-olhado. É importante considerar que existem práticas utilizadas que não causam dano às crianças (Oliveira, et al., 2006).

A família é um sistema aberto, hierárquico, dinâmico e multidimensional, e deve ser vista em toda a sua dimensão, complexidade e intersubjetividade. A intergeracionalidade no cuidado ao recém-nascido recai no papel das avós, presença constante desde o nascimento. A avó assume um papel fundamental na história da família. É uma pessoa respeitada e valorizada, sendo os seus discursos muitas vezes tidos como “verdades” transmitidas intergeracionalmente. A avó aplica os seus saberes populares, adquiridos através da sua experiência de vida, ao cuidado da família. Esta dá sua contribuição à continuidade das gerações futuras, assumindo papéis de cuidados de saúde não só à puérpera, mas, sobretudo, ao recém-nascido (Ramos 2005; Linhares, 2010; Simão & Gallo, 2013; Linhares, Dias, Santos, Boery, Santos & Marta, 2019). A avó materna tende a ser a pessoa mais ativa no cuidar dos netos, mas quando não está presente é, geralmente, a sogra que toma o papel de cuidadora. Na relação puérpera-avó-cuidadores há uma posição de subalternidade por parte de algumas puérperas, que motivadas pelo medo, insegurança e desconhecimento, acatam e sujeitam-se ao conhecimento dos mais velhos, impossibilitando a puérpera de desenvolver cuidados aos seus filhos, mesmo quando este cuidado precisa ser repadronizado ou modificado. A autonomia da avó-cuidadora acaba por se constituir numa forma de “poder” com características decisórias de controlo sobre os seus familiares, em especial no que tange ao cuidado do recém-nascido. Porém, por vezes, os saberes transmitidos pelas avós, culminam em práticas tradicionais não recomendadas pela comunidade científica, como a utilização de substâncias nocivas nos cuidados do coto umbilical. Deste modo, é fundamental incluir as avós nas orientações aos cuidados e incentivar a puérpera a participar

nos cuidados e adquirir responsabilidades e poder na tomada de decisão, desenvolvendo os cuidados com segurança e prazer. Os laços de solidariedade e ajuda à puérpera podem não depender apenas da proximidade física, mas, o fato de viverem na mesma localidade ou a curta distância, viabiliza os contatos e as práticas comuns quotidianas, fortalecendo a partilha de saberes leigos nos cuidados de saúde. As puérperas, apesar de encontrarem fatores de proteção, laços afetivos, suporte emocional, nos familiares (pai, mãe, sogra, avó, irmão, irmã, tios), nos vizinhos e nos amigos, que tenham experienciado práticas de cuidados ao recém-nascido, devem procurar recursos para exercer sua capacidade de resiliência. Ou seja, empoderarem-se para vencer as dificuldades e o medo e tornarem-se autónomas (Simão & Gallo, 2013).

Svaldi e Lunardi Filho (2000, cit. in Simão & Gallo, 2013), referem que, por vezes, para os profissionais de saúde os familiares mantêm-se numa rígida hierarquia que, muitas vezes, dificulta a implementação do cuidado profissional. Torna-se necessário ao profissional de saúde conhecer a realidade das pessoas alvo de cuidados, respeitar e valorizar a família, no sentido de prestar cuidados congruentes, com objetivos determinados e em consonância com os intervenientes. Os saberes dos cuidadores podem ser contestados pelos profissionais de saúde, mas também considerados se os mesmos forem benéficos à saúde do recém-nascido (Simão & Gallo, 2013). Muitas mães migram das províncias acompanhadas da influência da cultura tradicional, e são confrontadas a cultura ocidental nos cuidados. Nestas situações, a relação terapêutica estabelecida com os profissionais de saúde é determinante nas opções de cuidados de saúde adotadas (Ramos 2004 a,b, 2007, 2012 a,b,c; Sopa, 2009).

### 3.3. Parentalidade: contexto dos cuidados ao recém-nascido

Atualmente, sabe-se que o recém-nascido é capaz de iniciar interações sociais com os pais imediatamente após o nascimento. Deste modo, tão importante como a satisfação das necessidades biológicas e físicas para o recém-nascido, é também a satisfação primária de contato e afeto (Ramos 2004 a, b; Bobak et al.,1999). Na altura do nascimento, é recomendado o contato pele com pele do recém-nascido em cima no abdómen da mãe (WHO, 2006). Para Robson & Moss (1970, cit.in. Figueiredo, 2003), os contatos iniciais entre a mãe e o bebé, na altura do nascimento, são essenciais para a posterior qualidade dos

cuidados maternos, para o desenvolvimento e decorrente bem-estar da criança. Elementos corroborados por Ramos (2004 a,b), que defende que a segurança transmitida ao bebé, nos braços da mãe, pai ou de outro cuidador é elementar na construção e desenvolvimento físico e psíquico salutar da criança.

A cultura imprime significado à parentalidade, nomeadamente no que corresponde a diferentes formas de interação e práticas de cuidar das crianças, que são transmitidas entre gerações. Assim, o principal prestador de cuidados ao bebé, pode não ser a mãe, pois outros podem assumir um envolvimento completo ou parcial dos cuidados à criança (Ramos, 2004 a,b, 2005; Sopa, 2009; Bobak *et. al.* 1999).

Ao longo das várias etapas do ciclo de vida a família vivencia mudanças situacionais ou acidentais, originadas no seu próprio ambiente familiar ou ambiente externo, adaptando-se às mudanças, em resposta às necessidades da cultura na qual está inserida (Linhares, 2010). Ramos (2003; 2004a), refere que o contexto familiar e o comportamento dos pais, são influenciados por fatores individuais e pelo meio social e cultural no qual vive a família.

O modo como a família e cultura vai modelar as semanas seguintes ao parto é de extrema importância, visto ser o momento que, tanto a mãe como o bebé, começam a conhecer-se e a aprender um com o outro. Os cuidados maternos são assim pautados pelas variantes psicológicas e culturais (Figueiredo, 2003; Ramos 2003, 2004).

Nos países subdesenvolvidos ou sociedades mais tradicionais, como em África, Ásia, América do Sul, China ou Índia, o papel da mulher está muito centrado na maternidade, dependendo o seu estatuto, na família, do número de filhos gerados. As mulheres, das sociedades ocidentais, esperam conseguir conjugar as suas aspirações na carreira com o papel de mãe. Porém, para muitas mães, as prioridades anteriormente consolidadas, sofrem alterações após o nascimento dos filhos, dificultando a adaptação à maternidade (Ramos 2004a). Para algumas mulheres a maternidade representa uma realização pessoal sobre a forma de dádiva ou, por outro lado, uma obrigação de servir, pela responsabilidade de ter alguém dependente de si (Canavarró & Pereira, 2001).

Os cuidados às crianças são um fenómeno universal, mas os estilos de cuidado são expressivos da cultura, como se pode observar nas sociedades multiculturais quando se vê diferentes maneiras de transportar, alimentar e adormecer o recém-nascido. Há muitas variações culturais nos comportamentos interativos usados entre as mães, os pais e o bebé (Ramos 2003, 2004a,b). Para esta autora, a comparação transcultural de cuidados à criança

permite destacar a tradição e a modernidade, o empírico e o científico, a correlação entre práticas de cuidados e de proteção à criança e ideologias, representações e sistemas de valores. Esta comparação transcultural permite realçar três estilos culturais de maternagem. A maternagem de tipo proximal, caracterizada por interações táteis, cinestésicas e de proximidade entre o adulto e criança. Nesta, a comunicação baseia-se no contato corporal e predomina em África, na Ásia e na América Latina. O estilo de maternagem de tipo distal, exprime-se por interações verbais e visuais. Predominante no norte-americano e norte europeu. E o estilo de maternagem de tipo próximo-distal, que se caracteriza pela coexistência de interações táteis e cinestésicas e interações verbais e visuais. É o estilo predominantemente português (Ramos, 2004a,b). Por sua vez, Winnicott (1969, cit. in Ramos, 2014), refere-se à preocupação maternal primária, para responder às necessidades da criança, considerando os cuidados maternos de três tipos. O *holding*, onde a mãe com a sua sensibilidade materna representa um suporte psíquico e físico, o *handling*, onde a mãe é prestadora de cuidados físicos à criança, e proporciona estimulações táteis, auditivas, visuais e cinestésicas (no decurso de numerosas interações e cuidados básicos) e o *object-presenting*, onde a mãe proporciona a abertura e acesso progressivo da criança aos objetos e ao mundo.

De acordo com Meleis, o nascimento é uma transição, e a forma como cada pessoa vivencia essa transição, as suas representações e significados acerca dos fatores inerentes à mudança, sofrem influência do contexto em que se insere e influenciam os cuidados realizados ao recém-nascido. Assim, tornar-se mãe e pai exige adaptação e mudança de comportamentos que promovam esta transição (Bobak *et. al.*, 1999). As representações do que é ser pai e mãe, são construídas em grande medida a partir da família de que provêm, com tendência a repetir os modelos que conhecem, que foram usados pelos seus pais, ou o inverso em oposição aos que os seus pais elegeram. Ser pai ou ser mãe, é uma das formas de assumir ativamente o papel de “cuidador” (Sopa, 2009). Os cuidados à criança diferenciam-se e complementam-se consoante o estilo materno ou paterno de cuidados (Ramos, 2004a,b). O estilo paterno geralmente privilegia uma interação mais física, estimulante, lúdica, descontínua e menos convencional, enquanto, o estilo materno refere-se a interações mais verbais, mais visuais, mais calmas, mais contínuas e mais convencionais (Ramos, 2004 a,b). A experiência da paternidade é construída em vários níveis. O pai, no passado, representava a figura de provedor de recursos financeiros, de respeito e autoridade. Atualmente,

principalmente nas sociedades ocidentais, cada vez mais, o marido/pai tem exercido o papel de auxiliar a mãe e a mulher dentro de casa. A postura da mãe como catalisadora do processo de aproximação do pai ao bebê, e criação de vínculo entre ambos, é fundamental e deve iniciar-se durante a gravidez (Ramos 2004 a,b; Soares, Bernardino & Zani, 2019).

Tomey & Alligood (2004), referem-se à teoria da consecução do papel materno de Ramona Mercer, como um processo evolutivo dividido em quatro fases. A fase antecipativa que se inicia na gravidez, inclui ajustamentos sociais e psicológicos, onde a mãe apreende as expectativas do seu novo papel. A fase formal inicia-se com o nascimento da criança a qual abarca a aprendizagem e o desempenho do papel de mãe, de acordo com as expectativas do sistema social da mãe. A fase informal principia-se quando a mãe desenvolve formas únicas de lidar com o papel (baseada nas experiências e nos seus objetivos futuros), as quais não são transmitidas pelo sistema social. A fase de identidade decorre à medida que a mãe interioriza o seu papel, experimentando sensações de harmonia, confiança e competência com o seu desempenho. Segundo a teoria de Mercer, estas fases são influenciadas pelos traços e comportamentos da mãe e do bebê. Os principais traços maternos são a empatia, a sensibilidade aos sinais do bebê, a maturidade e flexibilidade, crenças maternas, experiência da gravidez e do parto, ansiedade, depressão e conflitos de papéis. Os principais traços referentes ao bebê, incluem o temperamento da criança, as suas reações e estado de saúde. A consecução do papel materno também é determinada pelo apoio social, o funcionamento da família e a relação entre mãe/pai/pessoa significativa, pelo trabalho, igreja e outras entidades da comunidade próximas, bem como pela influência política e cultural (Tomey & Alligood, 2004).

O processo da maternidade e paternidade implica duas componentes, uma de caráter prático, baseada na aquisição de aptidões a nível cognitivo e motor e outra de caráter emocional, baseada em aptidões afetivas. As duas componentes são imprescindíveis para a segurança e bem-estar da criança (Bobak *et. al.*, 1999).

Os cuidados maternos, são considerados atividades importantes para o bem-estar, desenvolvimento e saúde da criança. Contudo, geralmente os cuidados não são avaliados pelo seu caráter complexo e essencial em termos de desenvolvimento emocional, cognitivo e psicológico da criança. São vistos por vezes como atividades banais e repetitivas, como, por exemplo, os gestos utilizados para adormecer, embalar, proteger e amamentar, valorização e reação às queixas e aos sons emitidos pelo bebê. De fato, são estes cuidados

quotidianos que permitem à criança iniciar as suas primeiras relações e comunicações com os outros, entrar numa cultura, adquirir confiança, vinculação, segurança e gradualmente autonomia (Ramos, 2004a,b). A carga afetiva das mães é regulada quer por sentimentos de prazer e satisfação, quando a mãe é capaz de proporcionar proteção ao bebé, ou por raiva, tristeza ou ansiedade, quando a sua capacidade de proteção não responde às necessidades do bebé. As competências maternas dependem da relação estabelecida com a sua própria mãe e das restantes relações interpessoais, das representações da gravidez e maternidade e da relação conjugal. A qualidade do comportamento materno tem influência na qualidade dos cuidados prestados, na vinculação estabelecida e na qualidade de desenvolvimento e saúde das crianças. Por outro lado, a inadequada qualidade dos cuidados à criança, conduzem a disfuncionamentos e perturbações de desenvolvimento e de personalidade, afetando a saúde mental e física da criança (Ramos, 2004 a,b).

O puerpério corresponde ao período de tempo de seis a oito semanas após o parto e divide-se em três períodos: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia). No puerpério, ocorrem modificações internas e externas, e é carregado de transformações psíquicas, continuando a mulher a precisar de cuidado e proteção. É oportuna a assistência à mãe, filho e família, e qualquer fragilidade que afete um desses três grupos representa uma ameaça à saúde infantil. Os cuidados prestados abrangem ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos problemas de saúde (Andrade, Santos, Maia & Mello, 2015).

#### **4. Coto umbilical do recém-nascido**

O cordão umbilical é um tecido único, composto por vasos umbilicais (duas artérias e uma veia) que liga a placenta ao feto, na vida intra-uterina (WHO, 1998; Luís, 2014; WHO, 2016). No cordão ocorre a circulação sanguínea, as artérias transportam sangue não oxigenado e a veia, sangue oxigenado (WHO, 1998; Rosa, 2009). Após o nascimento, o cordão umbilical é cortado e clampado, com técnica asséptica, com um instrumento estéril e afiado (tesoura ou uma lâmina nova), para evitar trauma dos tecidos e diminuir a probabilidade de ocorrência de infeções (WHO, 1998; Rosa, 2009; Luís, 2014). Inicia-se o processo de mumificação/desidratação do coto umbilical, devido à suspensão do aporte

sanguíneo, ocorrendo a isquemia e necrose (Rosa, 2009; Luís, 2014; Cardão, Parreira & Coutinho, 2019). O tempo estimado da queda do coto umbilical é de 5 a 15 dias após o nascimento do bebê, contudo pode permanecer em alguns casos por três semanas (Lowdermilk & Perry, 2009; Linhares, Dias, Santos, Boery, Santos & Marta, 2019). O atraso na queda está muitas vezes associado ao aumento da incidência de infecção bacteriana. O tecido desvitalizado é um meio suscetível à colonização bacteriana, sendo uma porta de entrada para infecção (onfalite), pois permite acesso direto à circulação sistêmica do neonato (sépsis) (Pereira, 2004, cit. in. Rosa, 2009; Cardão, Parreira & Coutinho, 2019).

#### 4.1. Cuidados ao coto umbilical: recomendações científicas versus práticas tradicionais

A higiene do recém-nascido é fundamental para o seu bem-estar, para além de permitir uma maior proximidade e relação com pais/cuidadores. O banho é uma medida de manutenção da integridade física da pele, proporcionando limpeza e hidratação. Devido à pele delicada do recém-nascido, os produtos de higiene devem ter características neutras (Silva, 2006). Na perspetiva da prevenção das onfalites, antes da queda do coto umbilical, no banho a água deve ser derramada sobre o corpo (banho de aspersão) ao invés de imergir na água acumulada na banheira (banho de imersão). No final do banho é necessário secar adequadamente o coto umbilical e a sua base de implantação (Whaley & Wong, 1998; Linhares, et.al. , 2017).

Para a WHO (2006a), se o coto umbilical estiver sujo, deve lavar-se com água tépida e sabão neutro não perfumado e secar o coto e pele adjacente após estas manobras. A limpeza e desinfeção do coto umbilical e área circundante, deve ser realizada a cada muda de fralda. Deve limpar-se desde a base até ao extremo livre, limpar o clampe e limpar na união com o umbigo. O coto umbilical deve ser mantido seco e exposto ao ar, ou coberto com roupas limpas e a fralda deve ser apertada abaixo do umbigo (Sopa, 2009; Cardão, Parreira & Coutinho, 2019). Este deve ser mantido livre de agentes hidratantes para promover a secagem e a queda (Caple & Walsh, 2016, cit. in Pires, 2016). Os pais devem saber identificar e estar atentos aos sinais e sintomas de infecção (Silva, 2006; Linhares, Dias, Santos, Boery, Santos & Marta, 2019).

O método de limpeza do coto umbilical do recém-nascido depende dos protocolos praticados nas diversas instituições de saúde (Caple & Walsh, 2016, cit. in Pires, 2016). Contudo, existe um ponto crucial e comum a qualquer método - a higienização das mãos dos cuidadores com água e sabão (Branco, 2003, cit. in Luís, 2014; Beck et al., 2013, cit. in Pires, 2016).

O coto umbilical está associado a diversas crenças, tais como: não poder ser abandonado, pois está ligado à prevenção contra o mal e relacionado a um símbolo de vida (Boehs, Monticelli & Elsen, 1991, cit. in Rosa, 2009); ter relação com a futura profissão do bebé (Rosa, 2009); se for ingerido por um rato, a criança torna-se um malfeitor; se for enterrado sob uma árvore, a criança cresce bela e meiga; se for guardado com a puérpera, mãe e filho permanecem unidos pela vida (Baraldi & Praça, 2013); se a criança for exposta em locais públicos durante os 7 primeiros dias de vida ocorre o “mal-dos-sete-dias” (tétano); (Melo, et al., 2015; Linhares, et al., 2019). Nas Filipinas, como proteção dos “não-humanos”, utiliza-se uma cinta e aplicações de cinza e de óleo no coto umbilical, e após a queda este é embrulhado em algodão e pendurado na casa, onde o vento o atingirá para fortalecer a região toraco-abdominal da criança. Entre os mnonggar do Vietname central, aquando da queda do coto umbilical, é realizada uma importante cerimónia da “saída da criança”, sendo apresentado à comunidade (Manuel, 2012).

As recomendações e práticas nos cuidados ao coto umbilical são variadas e diversificadas e têm um impacto na qualidade dos cuidados prestados, sobretudo pelos profissionais de saúde, o que pode ser gerador de dúvidas entre a equipa e nos próprios pais (Luís, 2014). Por outro lado, o cuidado do coto umbilical realizado no domicílio, nem sempre é realizado pelas mães, que são o foco da atenção nas instituições hospitalares (Rosa, 2009). As práticas de cuidados do coto umbilical do recém-nascido variam como reflexo de tradições culturais no seio das comunidades (Stewart & Benitz, 2016, cit. in. Pires, 2016). A conduta de cada cuidador leigo e, também, as suas crenças, podem contribuir, significativamente, para que ocorram as infeções neonatais, que elevam os indicadores de morbi-mortalidade (Ribeiro & Brandão, 2011; Linhares, et al., 2019).

No cuidado realizado ao coto umbilical do recém-nascido, são várias as práticas tradicionais, provenientes dos saberes leigos que são adotadas, mencionadas por diversos autores. Oliveira, et al. (2006), referem a utilização de areia, chá, pó de café, óleo de mamona e xaropes com ervas medicinais. De acordo com Linhares, 2010; Linhares & Silva, 2012;

Linhares, et al., 2019, são utilizadas substâncias como fumo de corda, alecrim torrado, óleo, éter, mercúrio, pós de teia de aranha, pó de pena de galinha, pó de sola de sapato, pó de café, óleo de amêndoa, fumo, esterco, entre outras, podem conter bactérias que predispondo a onfalites. Segundo Campos & Silva (2011), nas zonas rurais do Brasil, onde eram realizados partos domiciliares feitos por parteiras, era habitual encontrar no cuidado ao coto umbilical, produtos como raspa de chifre, caroços de feijão, galhos de arruda, farelos, penas de galinha, folhas de fumo, azeite de mamona, dentre outros elementos. Para Sarayva (2003, cit. in. Manuel, 2012) em Timor-Leste, é comum o uso de álcool iodado, mertiolate, óleo de amêndoa, óleo de coco, óleo de rícino, variados tipos de pós, como pena de galinha, sola de sapato, cinza, mastruz. De acordo com Vieira et al. (2015) e Luís (2014), nos países em desenvolvimento é comum a aplicação no cuidado ao coto umbilical de diversas substâncias como extratos de plantas, cinzas, moedas, óleo de coco, borra de café, colostro materno, ou azeite. A aplicação de azeite é uma prática tradicional usada na Turquia, pelas propriedades antimicrobianas das suas fibras.

Em Luanda, algumas das práticas mencionadas por Ribeiro & Brandão (2011) são o enfaixar o coto, colocar moedas, usar banha de galinha, folhas queimadas, cinza, sal, barata queimada, óleo de palma, azeite, leite materno, pó de café, fezes, aranha. Ao longo dos anos e nas diferentes culturas, vários métodos e produtos foram sendo utilizados nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido. Começou por se fazer a aplicação de óleos, de mesinhas caseiras, do colostro, extratos de plantas, moedas, azeite, óleo de coco. Posteriormente, com o evoluir dos tempos, surgiram os medicamentos, como o corante triplo, a iodopovidona, o álcool a 70°, a clorhexidina e alguns antibióticos. No entanto, no século XXI, o recurso a produtos caseiros ainda é utilizado por um número considerável de pessoas. O coto umbilical requer a utilização de produtos cientificamente recomendados, para evitar infeções (Luís, Costa, & Casteleiro, 2014; Luís, 2014; Pires, 2016). Atualmente existem vários métodos para os cuidados ao coto umbilical, tais como a aplicação de antissépticos tópicos, o uso de antibióticos tópicos e o método *dry care*, mas parece não haver consenso sobre qual optar (Gutiérrez, 2015, cit. in. Correia & Pires, 2016; Cardão, Parreira & Coutinho, 2019).

Em Portugal também ocorreram mudanças na forma de cuidar do coto umbilical. Na década de 40, este cuidado envolvia a limpeza com gaze humedecida em álcool a 70°, após o banho, sendo posteriormente aplicada uma ligadura à volta do abdómen como forma de evitar hemorragia (Freitas e Porto, 2011, cit. in Luís, 2014).

Com a evolução do conhecimento científico, desenvolvido ao longo dos últimos anos, surgiu a abordagem do método *dry care*, que significa manter o cordão limpo e seco após o banho ou após limpeza do local, sem aplicação de solutos por rotina. A utilização desta técnica reduz o tempo de queda do coto umbilical (WHO, 2013; Luís, 2014; Cardão, Parreira & Coutinho, 2019). Esta técnica tem sido amplamente aceite sendo atualmente apoiada pela Academia Americana de Pediatria. Vários autores são unânimes ao afirmarem que não havendo sinais de infeção ou risco acrescido da ocorrência de onfalite, não há necessidade de expor a criança ao contato com solutos que não evidenciam benefícios (Luís, 2014; Correia & Pires, 2016). A filosofia *dry care* deve ser praticada nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido em países desenvolvidos, onde a mortalidade neonatal é reduzida e o risco de onfalite é quase inexistente pela manutenção de um ambiente limpo, pelo uso de técnicas assépticas durante o parto, partos realizados em unidades de saúde e acesso a cuidados de saúde fácil e rápido, como é o caso de Portugal (WHO, 2013; Luís, 2014; Luís, Costa, & Casteleiro, 2014; Correia & Pires, 2016; Pires, 2016; Cardão, Parreira & Coutinho, 2019). A técnica funciona bem em populações que compreendem e aplicam o ensino e treino realizado e que facilmente reconheçam os sinais e sintomas de alarme de infeção e recorram aos serviços de saúde (WHO, 2013).

Em regiões com baixos recursos, onde as taxas de infeção e de mortalidade neonatal são elevadas, onde o parto asséptico não é ainda uma realidade e onde a maioria das crianças nasce em casa, sem ajuda de um profissional qualificado, o *dry care* pode não se revelar a melhor prática. Nestas situações, a escolha de um método baseado na aplicação de solutos é o mais adequado, ainda que a aplicação de solutos atrase o tempo de queda do coto umbilical (Luís, Costa, & Casteleiro, 2014; Correia & Pires, 2016; Cardão, Parreira & Coutinho, 2019).

Uma revisão sistemática da Cochrane que envolveu 69.338 recém-nascidos, verificou que em ambiente hospitalar não existe efeito protetor dos antissépticos quando comparados com o *dry care* e por isso recomendam a utilização deste método (Cardão, Parreira & Coutinho, 2019).

De acordo com Luís, Costa, & Casteleiro (2014); Correia & Pires (2016, cit. in. Cardão, Parreira & Coutinho, 2019), estudos apresentados em 14 artigos de elevada qualidade científica, com ensaios clínicos randomizados, realizados em meio hospitalar na Turquia, Irão e Argentina e na comunidade na Zâmbia, Bangladesh e Paquistão e na

Tanzânia em meio hospitalar e comunitário, sugerem que o uso de leite materno nos cuidados ao coto umbilical diminui significativamente o tempo de separação em comparação com o *dry care* e o álcool, não se verificando diferença entre os grupos na ocorrência de infecção. Contudo, Correia & Pires (2016), refere que numa das suas pesquisas houve diferenças significativas entre três grupos estudados em termos de ocorrência de onfalite, onde dois casos de onfalite foram observados no grupo do leite materno, um no grupo da iodopovidona e nenhum no grupo *dry care*. Face aos resultados obtidos e sendo o leite materno de fácil acesso e barato, justifica-se a necessidade da realização de mais estudos comparando a técnica *dry care* com a aplicação do leite materno nos cuidados ao coto umbilical, visto que apesar de serem escassos os estudos que abordam o uso do leite materno, estes aproximam-se bastante com a técnica *dry care*. É, no entanto, fundamental assegurar que este é inócuo em termos de infecção (Luís, Costa, & Casteleiro, 2014; Correia & Pires, 2016; Cardão, Parreira & Coutinho, 2019).

O tempo de separação do coto umbilical diminui com a técnica do *dry care* quando comparado com a aplicação de solutos antissépticos, como a clorhexidina, o álcool ou a iodopovidona, que retardam a queda do coto umbilical (Cardão, Parreira & Coutinho, 2019).

São vários os solutos antissépticos e antimicrobianos, usados ao longo dos anos nos cuidados ao coto umbilical, sendo os mais comuns: o álcool a 70°, antibióticos tópicos (bacitracina e nitrofurazona), clorhexidina, corante triplo iodopovidona, pó talco com óxido de zinco, sulfadiazina de prata a 1%, tintura de iodo a 2% em solução alcoólica e violeta de genciana a 0.5% em solução aquosa (Luís, 2014).

A utilização de álcool 70° é reportada desde o ano 1900 para os cuidados ao coto umbilical. O seu baixo custo e fácil disponibilidade, levou ao seu uso generalizado, especialmente em ambientes de baixos recursos (OMS, 1999 cit. In. Luís, 2014). Este fato contribuiu para que este seja um dos produtos mais utilizados ao longo das décadas e muitos profissionais continuam a mantê-lo como opção, por o considerarem um produto eficaz pois destrói bactérias gram positivas e gram negativas e por estar facilmente ao dispor da comunidade em geral, sendo fácil integrar os pais nesta prática (Branco, 2003 cit. In Luís, 2014). No passado a técnica consistia em envolver a base do coto com uma compressa embebida em álcool a 70°, sendo posteriormente enfaixado o coto umbilical e o abdómen com uma ligadura, atualmente consiste apenas na limpeza do coto com álcool a 70° (Luís, 2014). De acordo com (Carmo et al., 2009, cit in. Vieira et al., 2015) a desinfecção do coto

umbilical deve promover a limpeza ao redor do coto com o auxílio do cotonete ou compressa embebida em álcool 70%, seguindo de movimentos circulares, únicos até retirar toda sujidade, secando toda a região no final.

Contudo, de acordo com Caple & Walsh (2016, cit. in. Pires, 2016), alguns autores que referem que o álcool destrói a flora bacteriana normal da pele circundante do coto umbilical, cria uma oportunidade para o desenvolvimento de microorganismos, tendo um efeito antibacteriano menor que os outros solutos, para além de atrasar a queda do coto umbilical. O álcool parece assim, ser menos eficaz do que outros antissépticos na prevenção da colonização do coto umbilical. A opinião é corroborada por Luís, Costa, & Casteleiro (2014), que associam também ao uso do álcool efeitos sistémicos, como hemorragia, hipotonia, letargia e decréscimo na resposta à dor por intoxicação.

A iodopovidona é outro dos antissépticos largamente utilizados nos cuidados ao coto umbilical, sendo um dos mais usados logo depois do álcool, pelas suas características antissépticas, por se considerar a sua eficácia na redução da colonização microbiana e pelo forte combate à infeção já instalada. Perante sinais leves de onfalite o recurso à iodopovidona tem sido o cuidado de opção, na tentativa de travar a infeção (Vural & Kisa, 2006 cit. in Luís, 2014). Porém, o uso da iodopovidona, associa-se ao maior risco de alergias, e risco de absorção de iodo, que potencia o hipotiroidismo neonatal (associado a hemorragia intraventricular, distúrbios cognitivos ou morte). Assim, constata-se que não existe uma clara vantagem quanto ao seu uso (Luís, Costa, & Casteleiro, 2014; Luís, 2014). Deste modo, de acordo com Cardão, Parreira & Coutinho (2019), solutos, como a iodopovidona ou o álcool a 70%, ainda hoje utilizados em muitas instituições de saúde, devem ser abolidos das práticas de cuidados pela nocividade para a saúde do recém-nascido aquando da sua exposição.

A clorohexidina (CHX) é um antisséptico com um largo espetro de atividade contra bactérias gram-negativas e gram-positivas. Contudo, comparativamente a outros solutos, como o álcool e a iodopovidona, tem um custo mais elevado (Whitmore, 2010 cit. in Luís, 2014). O centro colaborador da OMS para a síntese de pesquisa baseada em evidências e Desenvolvimento de Guidelines em Saúde Reprodutiva, incluiu a clorohexidina na lista de medicamentos essenciais da OMS, para o cuidado ao coto umbilical (Miranda et al., 2016).

Em 2014, a OMS emitiu uma nova recomendação para os cuidados do cordão umbilical, com a aplicação diária de clorohexidina (solução aquosa ou gel de 7,1% de

digluconato de clorohexidina, libertando 4% de clorohexidina) durante a primeira semana de vida, para recém-nascidos que nascem em casa em ambientes com alta mortalidade neonatal. A aplicação de solutos à base de clorohexidina na limpeza do coto umbilical, permite obter um maior efeito antibacteriano, na prevenção da colonização por *Staphylococcus Aureus*, o patógeno mais frequentemente isolado no umbigo do neonato. O efeito antibacteriano da clorohexidina é mais longo que o álcool, pois este evapora rapidamente (Luís, 2014). A clorohexidina deve ser aplicada imediatamente após se cortar o cordão umbilical, no coto e à volta da base do coto (*Chlorhexidine Working Group*, 2017).

De acordo com López-Medina, Linares-Abad, López-Araque & López-Medina (2019), estudos publicados recentemente reforçam o nível da evidência da clorohexidina. A sua aplicação reduz significativamente a incidência de onfalite em partos domiciliares ou em países com taxa de mortalidade neonatal superior (30 ou mais óbitos neonatais por 1000 nascimentos vivos) (Cardão, Parreira & Coutinho, 2019). Mais de 25 países na África subsariana e no Sul da Ásia estão a utilizar a clorohexidina para os cuidados do coto umbilical. Nomeadamente no Bangladesh, na República Democrática do Congo, na Etiópia, no Quênia, na Libéria, em Madagáscar, no Malawi, em Moçambique, na Nigéria e no Paquistão. Estima-se que, aproximadamente, 1 milhão de vidas seriam salvas se a clorohexidina fosse utilizada nos cuidados do cordão umbilical em cada nascimento em casa em 49 países muito atingidos, entre 2015 e 2030 (*Chlorhexidine Working Group*, 2017).

Apesar da instituição dos cuidados assépticos, as infeções do cordão umbilical continuam a ser uma causa de morte nos países em desenvolvimento (Ferreira, Moreira & Barbosa, 2017). Desta forma, enfatiza-se a importância dos profissionais de saúde reformularem as suas práticas, promovendo a prestação de cuidados fundamentados na evidência científica disponível, atualizada e credível. Após a queda do coto umbilical devem ser mantidos os mesmos cuidados até completa cicatrização (Luís, 2014; Cardão, Parreira & Coutinho, 2019).

#### 4.2. Mortalidade neonatal: onfalite/sépsis

As infeções no período neonatal continuam a ser uma das principais causas de morbimortalidade neonatal no mundo e são originadas muitas vezes devido a infeções

provenientes do coto umbilical (WHO, 2016, cit. in. Pires 2016).

Segundo a OMS (1998, cit. in Branco 2003; Luís, 2014) os recém-nascidos só começam a desenvolver a sua própria flora de proteção após 24 horas de vida. E o seu sistema imunitário nos primeiros dias de vida ainda não está totalmente desenvolvido, tornando-o altamente suscetível à infecção (Beck, Ganges, Goldman & Long, 2013). Deste modo, os cuidados ao coto umbilical são relevantes na prevenção da sépsis neonatal (Pires, 2016).

Na pele do recém-nascido, existem diversos microrganismos patogénicos, incluindo *Staphylococcus aureus*, estreptococos e coliformes, que podem ser adquiridos a partir do ambiente, do canal de parto, dos cuidadores, ou do contacto com a pele da mãe (Branco, 2003; Caple & Walsh, 2016 cit. in. Pires, 2016). Quanto maior for o tempo de queda do coto umbilical, maior é a probabilidade de ser colonizado por microrganismos patogénicos e desenvolver infecção (Perry, 2010, cit. in. Pires, 2016).

As infeções do coto umbilical denominam-se onfalites. Estas podem ser localizadas na superfície do coto umbilical ou regiões adjacentes, ou, após a entrada na corrente sanguínea, tornarem-se sistémicas, como é o caso da sépsis neonatal, que pode levar a complicações graves como abscessos, artrite séptica, meningite, endocardite bacteriana, peritonite, êmbolos sépticos e fascíte necrosante, com falência multiorgânica (WHO, 1998 cit. in. Rosa 2009; Luís, 2014). A onfalite caracteriza-se pela presença de hiperemia com ou sem a presença de secreção serosa, purulenta ou sanguinolenta na área do coto umbilical, associado ou não, a edema ou sinais de neoformação vascular (WHO, 1998 cit. in. Rosa, 2009; López-Medina, et al., 2019). As onfalites necessitam ser diagnosticadas e tratadas precocemente a fim de evitar a mortalidade neonatal (Rosa, 2009). É de extrema importância a inspeção regular e meticulosa em relação aos sinais e sintomas de infecção. Estes podem ser locais, apresentando cheiro fétido, rubor, hemorragia e exsudado purulento (Lowdermilk & Perry, 2009). Mas também podem ser sinais generalizados como a letargia, prostração, distensão abdominal, febre, taquicardia, apneia, instabilidade hemodinâmica, anorexia (Caple & Walsh, 2016 cit. in. Pires, 2016; Cardão, Parreira & Coutinho, 2019). Quando são detetados sinais sistémicos (febre, apatia, anorexia, etc.) pode ser necessária a antibioticoterapia sistémica e eventual tratamento suporte com hidratantes, glicose e vitaminas. Em certos casos, há a ocorrência de abscessos intraperitoniais, sendo necessária a sua drenagem com recurso a intervenção cirúrgica (Reis & Cruz, 2004; Luís, 2014).

O tétano neonatal, também denominado por “mal dos setes dias” ou “mal do umbigo”, por o período de incubação ser em média de sete dias, e tem como foco o coto umbilical (Freitas & Porto, 2011; Brunnella, et al., 2011). Este ocorre quando a bactéria, *Clostridium tetani*, infeta um corte ou um ferimento (WHO, 2006). Esta bactéria é encontrada no ambiente, em locais como areia, terra, galhos, arbustos, águas putrefatas, instrumentos de lavoura, fezes de animais ou humanas, em material cirúrgico não esterilizado (instrumentos impróprios e contaminados) e nas substâncias utilizadas no cuidado ao coto umbilical (fezes de animais, azeites de plantas) (Wong, 1999; Rosa, 2009; Brunnella, et al., 2011).

No processo de contaminação do tétano, a toxina é liberada no ferimento e atinge os terminais dos neurónios motores periféricos, passando pelo axónio, até ao sistema nervoso central, tronco encefálico e medula espinhal, causa hiperexcitabilidade do sistema nervoso central, provocando o aumento do tónus muscular e contrações espasmódicas, sendo assim, considerada uma desordem neurológica (Brunnella, et al., 2011). Os primeiros sintomas são trismo, rigidez da nuca e paravertebral, além do riso sardónico (Costa, et al., 2015).

Nos países desenvolvidos conseguiu-se uma redução drástica da incidência do tétano, com a administração do toxoide tetânico à grávida, com o recurso ao parto asséptico, ao uso de assépsia no corte do cordão umbilical, proximidade dos recém-nascidos com as mães nas enfermarias e cuidados posteriores do cordão umbilical (Branco, 2003). No recém-nascido, o tétano manifesta-se 3 a 12 dias após o nascimento, com dificuldade progressiva na alimentação e choro associados. O óbito ocorre usualmente por alterações do equilíbrio hidroelectrolítico ou por asfixia (Brunnella et al., 2011).

O tétano é uma doença potencialmente letal, imunoprevenível, com diagnóstico baseado em critérios clínicos e cujo prognóstico depende do reconhecimento precoce e do tratamento adequado. A educação e vacinação da população permitem a sua erradicação. O tétano neonatal ocorre em recém-nascidos de mães que não possuem anticorpos suficientes para protegê-los, passando por via transplacentária. Deste modo, a vacinação das mulheres em idade fértil e grávidas com o toxóide tetânico é a melhor estratégia de prevenção do tétano neonatal (Brunnella et al., 2011; Linhares et al., 2019). Na maioria dos casos, duas doses garantem concentrações protetoras de antitoxinas, e a terceira dose garante quase 100% de imunidade (WHO, 2006). O tratamento do tétano implica a realização do desbridamento da ferida primária e uso de antibiótico (metronidazol), além da imunização passiva com imunoglobulina tetânica humana e vacinação com o toxoide tetânico (Ribeiro

& Brandão, 2011; Costa et al.,2015).

## CAPÍTULO II – ANGOLA: SAÚDE INFANTIL E NEONATAL

### 1. Perfil do país

A República de Angola durante quase três décadas vivenciou uma guerra civil que provocou um impacto negativo no desenvolvimento nacional. Este impacto foi sentido em todos os campos da sociedade angolana, afetando a vida de quase todos os angolanos e em particular a saúde (WHO 2005; Carvalho, 2013).

#### 1.1 Resenha histórica e geográfica

O nome Angola deriva da palavra Banto N'gola, título dos governantes da região no século XVI, época em que começou a colonização da região por Portugal. Angola foi uma colónia portuguesa até 1975 e esteve em guerra desde 1961 até 2002 (Toni, 2010).

Angola é um país localizado na região ocidental da África Austral, a Sul do Equador. A extensão da costa marítima é de 1.650 km e a terrestre de 4.834 km, sendo a área total de 1.246.700 km (*Central Intelligence Agency*, 2019 ; Monteiro, 2011). O país encontra-se limitado ao norte e ao leste pela República Democrática do Congo e pela Zâmbia, ao sul pela Namíbia e ao oeste pelo Oceano Atlântico. Angola inclui também o enclave de Cabinda, através do qual faz fronteira com a República do Congo (Toni, 2010). Cerca de 63% do território de Angola é formado por um planalto coberto de savanas, estando situado numa altitude entre os 1.000 e os 1.600 metros (Monteiro, 2011). A sua capital, Luanda, localizada no noroeste do país nas costas do Atlântico, é o centro social e político do país (United Nations Statistics Division (2013) cit. in, Carvalho (2013). À data dos Censos de 2014, a Divisão Política e Administrativa de Angola era constituída por 161 municípios, 556 comunas, 2.352 bairros em áreas urbanas e 25.289 aldeias (em áreas rurais) (INE, 2016). Os principais centros urbanos, além da capital, são Huambo (antiga Nova Lisboa), Lobito, Benguela e Lubango (antiga Sá da Bandeira) (Toni, 2010). A República de Angola está administrativamente organizada em 18 províncias: Bengo, Benguela, Bié, Cabinda, Cuando Cubango, Cuanza-Norte, Cuanza- Sul, Cunene, Huambo, Huíla, Luanda, Lunda-Norte,

Lunda-Sul, Malange, Moxico, Namibe, Uíge, Zaire. Cerca de 18.513.994 pessoas (correspondente a cerca de três quartos da população), concentra-se em apenas 7 províncias do país. Apresenta-se de seguida uma breve caracterização das sete principais províncias de Angola.

A província do Bengo, encontra-se localizada no norte de Angola. Tem uma superfície de 41.000 km e uma população estimada em 356 641 mil habitantes (INE, 2016). Dada a presença do rio Bengo a província é auto-suficiente no setor agrícola (Monteiro, 2011). A província de Cabinda, anteriormente conhecida como Congo Português. Constitui o principal suporte económico do país devido à extração de aproximadamente 70% do petróleo exportado. Localizada na costa do Oceano Atlântico tem uma superfície de 7.270 km<sup>2</sup>. Tem a segunda maior reserva florestal do mundo, depois da Amazônia. As vastas florestas são ricas principalmente em café, cacau e oleaginosas e cultivam-se, tradicionalmente, a mandioca, a batata-doce e banana (Monteiro, 2011). Cuanza Norte, é uma província situada a norte do Rio Cuanza, que o separa da província do Cuanza Sul. Tem uma superfície de 24.110 Km<sup>2</sup> e uma população estimada em 291.251 habitantes (INE, 2016). A capital é a cidade de N'dalatando, que dista de Luanda 248 km. É limitada pelas províncias do Uíge (Norte), Cuanza Sul (Sul), Bengo (Este) e Malange (Oeste). A população é predominantemente agrícola, tendo como principais produções o milho, amendoim, abacate e o ananás. A província tem numerosos recursos minerais e hídricos, estando a primeira maior barragem hidroelétrica do país construída no município da Cambambe. Cuanza Sul, é uma província localizada no sudoeste de África, tem uma superfície 55.660 Km<sup>2</sup> e uma população estimada em 1.036.518 mil habitantes (INE, 2016). A capital da província é a cidade do Sumbe. A atividade é fundamentalmente piscatória, predominando também o cultivo do café, do milho e do feijão (Monteiro, 2011). Huambo é uma província localizada na região centro-sul do país. Tem uma área aproximada de 35.771 km<sup>2</sup> e uma população aproximada de 1.239.777 habitantes (INE, 2016). A maior altitude da província (e do país) situa-se no Morro do Moco, com 2.620 metros de altitude, de onde nascem numerosos rios e riachos. A população é predominantemente agrícola, existindo, no entanto outros potenciais de desenvolvimento económico, como a exploração do subsolo. A província de Malange, está localizada na região centro norte do país, aproximadamente a 423 km de Luanda. As populações são essencialmente agrícolas, vivendo muitas famílias numa agricultura de subsistência, apesar das grandes potencialidades hidrominerais da

província (diamantes, minerais radioativos e cobre) (Monteiro, 2011). Luanda, é a capital do país, foi fundada em 1575 (anteriormente conhecida como São Paulo da Assunção de Loanda). É a província mais industrializada e com maior crescimento económico. Localizada na costa do Oceano Atlântico, tem uma superfície de 241.778 km<sup>2</sup>. Dois grandes e importantes rios atravessam a província de Luanda: a norte o Bengo e a sul o Cuanza. Cultivam-se tradicionalmente a mandioca, milho, batata-doce, amendoim, feijão e hortícolas, que constituem a base da alimentação das populações de Luanda (Monteiro, 2011). Luanda é o principal centro administrativo de Angola e tem nove municípios, 35 comunas e 186 bairros (Monteiro, 2011). As migrações provocadas sobretudo pela guerra alteraram a dimensão e distribuição da população de Luanda. É a província mais populosa do país, apresenta densidade populacional de 368 habitantes por Km<sup>2</sup> (cerca de 18 vezes superior à média do país). Os resultados dos Censos de 2014 apontavam para 6.945.386 pessoas, o que representa pouco mais de um quarto (27%) da população do país, causando problemas tanto a nível de infra-estruturas como da produtividade (Monteiro, 2011; INE, 2016).

**Figura 2.1.** Mapa de Angola



**Fonte:** [www.dholmes.com/master-list/angola.gif](http://www.dholmes.com/master-list/angola.gif)

A nível climático do país, diferencia-se a zona tropical seca, ao longo da faixa litoral e sul do país. Na província do Namibe assume um clima tropical desértico e inclui o deserto do Namibe. A zona tropical húmida envolve a maior parte da região do interior. Existem duas estações distintas por ano: o cacimbo, caracterizado por um tempo frio e seco (Maio a Agosto) e a estação das chuvas, quente e húmida (Setembro a Abril), as temperaturas variam

em média entre os 17° de mínima e 27° de máxima (Monteiro, 2011). As regiões do norte e Cabinda têm chuvas ao longo de quase todo o ano.

A nível de transportes o sistema ferroviário de Angola compõe-se de cinco linhas que ligam o litoral ao interior. A mais importante delas é o caminho de ferro de Benguela. Os portos mais movimentados são os de Luanda, seguido do porto do Lobito, Namibe e Cabinda. O Aeroporto 4 de Fevereiro em Luanda, é o centro de linhas aéreas que ligam o país ao resto do mundo. Angola dispõe de uma rede de 18 aeroportos e 12 aeródromos, com pistas pavimentadas. Um novo aeroporto internacional dista a cerca de 45 quilómetros do centro de Luanda, e está em construção. O transporte terrestre pode ser feito através do total de 26.000 km de estradas, das quais 13.600 km são asfaltadas (Toni, 2010; MINSA, 2012a; *Central Intelligence Agency*, 2019).

A economia de Angola caracteriza-se por ser predominantemente agrícola, sendo o café a sua principal cultura. Seguem-se-lhe a cana-de-açúcar, o milho, o óleo de coco e o amendoim. Entre as culturas comerciais, destacam-se o algodão, o tabaco e a borracha. A produção de batata, arroz, cacau e banana é relativamente importante. Os maiores rebanhos são o bovino, o caprino e o suíno. Angola é rica em minerais, especialmente diamantes, petróleo e minério de ferro e possui também jazidas de cobre, mangasses, fosfatos, sal, mica, chumbo, estanho, ouro, prata e platina. As minas de diamante estão localizadas perto de Dondo, na província da Lunda-Norte. Importantes jazidas de petróleo foram descobertas em 1966, ao largo de Cabinda, assegurando ao país a auto-suficiência. Em 1975 foram localizados depósitos de urânio perto da fronteira com a Namíbia. As principais indústrias do território são as de oleaginosas, cereais, carnes, algodão e tabaco, açúcar, cerveja, cimento, e madeira, pneus, fertilizantes, celulose, vidro e aço, além da refinação de petróleo (Toni, 2010).

Quanto às divisões étnicas, existem quatro grupos étnicos principais: os ovimbundos, os quimbundos, os bakongos e os mestiços (misto de europeus e africanos) representando respetivamente 37%, 25%, 13% e 2% da população total, havendo ainda 1% de Europeus e 22% de outras origens. No que se refere à religião, 41% da população é católica, 38% protestantes, 9% de outras religiões e 12% sem religião (*Central Intelligence Agency*, 2019; Carvalho, 2013). A população de Angola é assim composta por uma ampla diversidade etnográfica e cultural. Os principais grupos etnolinguísticos são: Bakongo, Kimbundu, Lunda-Cokwe, Nganguela, Nyaneka Nkumbe, Hereros e Ambós, sendo o Ovimbundu o

grupo mais importante (Monteiro, 2011).

No contexto do país, a língua e a religião merecem uma atenção particular, como potenciais veículos na comunicação para a mudança de comportamentos, em prol da promoção da saúde e do bem-estar em geral (MINSA, 2012). Embora as línguas nacionais sejam as línguas maternas da maioria da população, o português é a língua oficial de Angola. Esta tem maior representação na capital do país e em áreas urbanas, sendo falado por perto de 71% da população angolana (MINSA, 2012; *Central Intelligence Agency*, 2019). Angola tem uma população predominantemente jovem, que se identifica com a língua portuguesa, como língua materna, mais do que se identifica com as línguas nacionais (MINSA, 2012).

Para além de numerosos dialetos, Angola possui mais de vinte línguas nacionais. De acordo com os Censos de 2014, as línguas mais falantes em Angola, depois do português, são o Umbundu com 23%, o Kikongo com 8.2%, o Kimbundu com 7.8%, o Chokwe com 6.5%, o Nhaneca com 3.4%, o Nganguela com 3.1%, o Fiole com 2.4%, o Kwanhama com 2.3%, o Muhumbi com 2.1%, o Luvale com 1% e outras com 3.6%.

Angola viveu 5 séculos de colonização portuguesa (1475-1975), 14 anos de luta de libertação nacional pela independência (1961-1975) e obteve a independência a 11 de Novembro de 1975 (Simão & Gallo, 2013). No entanto, com o recuo dos portugueses e nas três décadas seguintes (27 anos) de 1975 a 2002, Angola iniciou uma guerra civil, Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA), contra as forças rebeldes, União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA), numa luta pelo poder (Hodges, 2001; Van Wijk, 2010, cit.in Carvalho, 2013). Em 22 de Fevereiro de 2002, após a morte do líder da UNITA, Jonas Savimbi, a insurgência rebelde chegou ao fim. Desde então o país passa por um período de paz e reconstrução, mas com um passado difícil e violento, marcado na história, na cultura e na vida dos angolanos, onde muitos ainda vivem na lógica da sobrevivência (Simão & Gallo, 2013; Dzinesa 2007 cit in. Carvalho, 2013). Embora a extensão total dos danos de guerra nunca tenha sido conhecida, estes foram desastrosos para a população (Carvalho, 2013).

A mineração e a produção de petróleo são os principais setores que contribuem para o Produto Interno Bruto (PIB) angolano, contudo os preços mais baixos do petróleo e diamantes resultaram em uma queda de 0,7% do PIB em 2016. A continuação dos baixos preços do petróleo, a depreciação do kwanza e o crescimento mais lento do que o esperado

no PIB não petrolífero reduziram as perspectivas de crescimento económico (*Central Intelligence Agency*, 2019).

Após um processo prolongado de democratização, Angola é agora uma República com um sistema presidencialista. O seu sistema legal baseia-se na lei civil portuguesa com um Poder Legislativo, um Poder Executivo, um Poder Judiciário e os governos provinciais locais. Além disso, como forma de ligação entre as comunidades locais e seus líderes, há outros atores como ONGs, líderes tribais, missões religiosas que também exercem forte influência sobre a governança dos países (Carvalho, 2013).

O património histórico e cultural de Angola constitui a “herança viva” do passado, contudo encontra-se hoje em avançado estado de degradação e pouco atrativo, havendo necessidade da sua recuperação (República de Angola, 2018).

Luanda é uma cidade cosmopolita onde interagem grupos étnicos de diferentes pontos de Angola e imigrantes de diversos países africanos e de outras partes do mundo, sendo o maior centro urbano do país. A sua situação geográfica ofereceu mais segurança à população em tempos de guerra. Sofreu assim um processo de crescimento urbano, quer por deslocamentos internos, quer por angolanos deslocados externos. Por volta de 1990, Luanda viu nascer bairros urbanos periféricos, tendo-se tornado num espaço diluído entre o urbano e o semi-urbano, superlotado de bairros periféricos, de tal modo que se torna difícil diferenciar a fronteira da zona urbanizada da periferia, conhecida por musseques (nome atribuído a habitações precárias de fraco nível sócio económico). Estes bairros são ocupados na maioria por população migrante originária das províncias (Carvalho, 2013).

A percentagem da população abaixo da linha de pobreza extrema é elevada, continua instável e debilitada, dependente da principal mercadoria o petróleo, sujeita à inflação mundial. Parte da população de Luanda vive do comércio informal, em atividades desde venda de cigarros, engraxar sapatos, lavar carros, as mulheres conhecidas por zungueiras a vender produtos alimentares e artigos domésticos nas ruas. Este setor evoluiu no mercado paralelo dos anos 1980, e constitui o principal provedor de emprego e sobrevivência para a maioria das famílias angolanas. Angola, trata-se de um país onde os níveis de incerteza e insegurança são elevados, não se perspectivando a erradicação da pobreza. A população economicamente mais carenciada é conseqüentemente mais vulnerável a doenças (Carvalho, 2013).

## 1.2. Situação demográfica

Angola é um extenso país, com uma superfície de 1.246.700 Km<sup>2</sup>, mas demograficamente muito desequilibrado, com vastas regiões sem habitantes ou com densidade demográfica muito baixa (República de Angola, 2018).

Em 2020 a população residente em Angola era de 33 487 320 habitantes, dos quais 16 588 445 habitantes do género masculino (49.5%) e 16 898 878 habitantes do género feminino (50.5%). Estimando-se uma taxa de crescimento de 17% atingindo em 2025 uma população de 38 431 203 habitantes (*United Department of Economic and Social Affairs*, 2020).

A população encontra-se a residir maioritariamente em áreas urbanas (62,6%), com forte concentração na província de Luanda. As províncias mais povoadas são Huíla, com 2,5 milhões (10%), Benguela, com 2,2 milhões (9%), e o Huambo, com 2 milhões (8%). As províncias com menos habitantes são o Namibe e o Bengo, respetivamente, com 495,3 mil (1,9%) e 356,6 mil habitantes (1,4%). As províncias com menor densidade populacional são o Cuando Cubango e o Moxico, com menos de 5 pessoas por km<sup>2</sup> (República de Angola, 2018).

Luanda, assim como outras capitais do mundo, foi por várias situações inerentes à guerra, um refúgio da população de quase todo país, tendo como consequência o aumento de questões de desigualdades, vulnerabilidades e pobreza e o fenómeno das crianças de rua (Venâncio, 2011). O número de pobres em Angola em 2014 era de 9,44 milhões, registando-se uma taxa de incidência de pobreza de 36% (República de Angola, 2018). Isto significa que em média, consomem menos de 4.793 Kwanzas por mês (MINSa, 2012; *Central Intelligence Agency*, 2019).

A população confronta-se também com um inadequado funcionamento dos serviços de saúde, infraestruturas debilitadas, agravado com inexistência de saneamento básico causando constrangimentos no acesso e utilização dos serviços de saúde (Venâncio, 2011). Em Angola o aumento gradual da população, deve-se não só ao crescimento natural da população (estimado em cerca de 3,1% por ano), mas também ao constante regresso de angolanos, outrora refugiados nos países vizinhos, bem como ao aumento da esperança de

vida. A concentração das pessoas nas cidades, resulta em parte da migração em busca de segurança e de melhores oportunidades económicas (MINSAs, 2012).

No que se refere a questões de género existem cerca de 94 homens para 100 mulheres (República de Angola, 2018). Nos Censos de 2014, a taxa de emprego entre a população com 15 ou mais anos de idade foi de 40%, sendo 46,6% nos homens e 34,1% nas mulheres (INE, 2016). Também se verificou que a maior parte da população está empregada no setor primário (42,9%), seguindo-se o setor terciário (26,2%) e o setor secundário (6,1%) (República de Angola, 2018).

A estrutura etária da população é, pois, extremamente jovem 65% da população tem menos de 24 anos, sendo a proporção da população com 0-14 anos de 47,3%, enquanto a população com mais de 65 anos representa apenas 2% do total nacional. A idade média dos angolanos é de 20,6 anos (República de Angola, 2018; INE, 2016). A esperança média de vida à nascença em Angola estima-se à data dos Censos de 2014 em 60 anos, sendo 55,5 para os homens e 63 para as mulheres. A taxa de crescimento natural era de 2,7%, e a taxa de fecundidade estimada em 5,7 nascimentos por mulher (MINSAs, 2012; INE, 2016). A taxa de mortalidade materna em 2017 era de 241 por 100.000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade da população em geral estimada para 2020 é de 8,5 mortes /1.000 habitantes.

A prática de amamentação é comum em Angola, com 92% das mulheres a amamentarem os seus filhos. A população infantil (abaixo dos cinco anos de idade) constitui 15% da população total. A população com menos de 15 anos de idade, é de cerca de 47% e 49% nas zonas urbanas e rurais, respetivamente. As crianças com menos de um ano de idade, estão distribuídas de igual forma entre as áreas rurais e urbanas. O tamanho médio dos agregados familiares é de cinco pessoas. A maioria dos agregados familiares é chefiado por homens, existindo apenas um em cada cinco dos mesmos liderado por uma mulher (MINSAs, 2012); 65% dos agregados familiares são do tipo nuclear e 35% do tipo alargado; 10 % das crianças dos 0 aos 17 anos são órfãs e 12% das crianças com a mesma faixa etária vivem sozinhas (INE, UNICEF & World Bank, 2011; INE, 2016). Além disso, de acordo com a distribuição da população segundo o estado civil, 46% são solteiros, 33,7% vivem em união de fato, 14,1% são casados, 0,4% são divorciados, 2,5% são separados e 3,5% são viúvos (INE, 2016).

No que concerne à escolaridade, os resultados definitivos dos Censos de 2014, revelam que 48% da população angolana com 18 ou mais anos não possui nenhum nível de

escolaridade. 20% tem o ensino médio, 17% o primeiro ciclo do ensino secundário, 13% o segundo ciclo do ensino secundário e 2% o ensino superior. No meio rural, o nível de escolaridade é menor e a taxa de analfabetismo maior, comparativamente ao meio urbano (INE, 2016).

À data dos Censos de 2014, o número de unidades habitacionais era de 5.544.834. 70% da população angolana vivia em casa própria, e apenas 19% vivia em casas arrendadas. Perto de 70% dos agregados familiares vivem em casas autoconstruídas, em especial nas áreas rurais (91,3%). O acesso à água potável abrange 44.0% dos agregados familiares, enquanto o acesso ao saneamento básico abrange 60.0%; 32% tem eletricidade; mais de 75% tem rede de telemóvel; e mais de 25% tem internet. Destaca-se que 70% dos agregados familiares, despeja os resíduos sólidos ou lixo, ao ar livre (República de Angola, 2018; INE, 2016).

### 1.3. Realidade migratória em Angola

*“Migração é o processo de mudança, seja através de uma fronteira internacional, ou dentro de um Estado”* (Organização Internacional para as Migrações (IOM) 2004 p.41). A migração trata-se de uma escolha racional após calcular uma análise de custo-benefício e prever os seus retornos positivos (Garza, 2010; Carvalho, 2013).

O crescimento da população urbana em áreas geográficas, como a África Subsaariana, é impulsionado principalmente por movimentos rurais a urbanos (migração interna), o que impõe grandes restrições às infra-estruturas e condições de subsistência das cidades (Konseiga, 2008; Carvalho, 2013).

Angola um país de oportunidades para alguns e um lugar de dificuldades para os outros. A estabilidade política pós-conflito e o crescimento económico baseado em recursos naturais (indústrias de mineração e petróleo), colocaram Angola numa forte posição económica no continente africano e criaram um ambiente favorável para aumentar o comércio transfronteiriço e movimentos migratórios (OIM 2006; Carvalho, 2013). As dinâmicas migratórias passaram de uma saída transfronteiriça significativa, de pessoas como migrantes forçados, migração intra-regional (rural-urbana) e deslocados internos, para um fluxo de entrada transfronteiriço de migrantes, reintegração e reinstalação de deslocados de guerra internos e externos e movimentos migratórios intra-regionais (IOM, 2013).

Numa procura por melhores oportunidades de emprego e condições de vida, os angolanos tendem a migrar interna e externamente. A migração interna é caracterizada por movimentos internos de regiões mais pobres para áreas de recursos naturais ou socioeconómicos mais elevados, abrangendo a migração rural-urbana ou movimentos intra-provinciais. A migração externa é caracterizada por movimentos internacionais da África para outros continentes ou entre nações africanas. Tudo isto como um meio de fugir da pobreza que ainda se sente dentro das fronteiras angolanas (Carvalho, 2013).

De acordo com a OIM (2006) cit. in. Carvalho (2013), existem cinco fatores principais que contribuem para os fluxos migratórios angolanos: 1ª mineração e produção de petróleo; 2ª agricultura comercial; 3ª construção; 4º “empregos uniformizados” e 5º comércio transfronteiriço informal. O primeiro atrai principalmente angolanos de outras partes do país, o segundo, faz com que os angolanos se desloquem dentro ou fora das fazendas fronteiriças dos países vizinhos; o terceiro está intimamente relacionado com os esforços de reconstrução do pós-guerra que atraem angolanos de todo o país, o quarto, está associado a obras móveis, envolvendo oficiais militares e de fronteira, e o último, envolve os movimentos de nacionais para os países vizinhos para vender seus produtos (Carvalho, 2013).

Anteriormente a maioria dos emigrantes angolanos deslocavam-se para a região africana e para a Europa. Atualmente, apesar de um quinto dos migrantes angolanos, ter como Portugal o destino escolhido para se instalarem, muitos continuam a emigrar para outros países africanos, como a Zâmbia, a África do Sul, o Zimbabwe ou a Namíbia (IOM, 2013).

À procura de melhores serviços, oportunidades de emprego e rendimento, a população tende a ser atraída para áreas urbanas como Luanda, como se pode ver pelas diferenças do crescimento populacional entre os assentamentos urbanos e rurais (Ammassari, 2005). No entanto, muitos Angolanos, em vez de se deslocarem para as áreas urbanas, tendem a procurar oportunidades na indústria dos recursos naturais, passando assim para as províncias ricas onde existem esses recursos, como Cabinda para o petróleo e Lunda Norte / Sul para os diamantes (Carvalho, 2013).

Apesar da falta substancial de dados, estima-se que 12,6% da população angolana tenha migrado dos seus locais de origem, 20% desses movimentos eram de zonas rurais para urbanas. As pessoas sem escolaridade tendem a migrar menos do que as pessoas com ensino

primário e secundário, 4,8%, 13,5% e 29% respetivamente. As taxas de migração variam consoante a província, sendo Luanda a que apresenta as taxas mais elevadas, de 30,5%. As taxas de migração são mais elevadas entre os agregados mais pobres e 39% da população não vive nas suas províncias de origem (INE, UNICEF & *World Bank*, 2011). As mulheres angolanas tendem a migrar internacionalmente e nacionalmente mais do que os homens. 12,7% do género feminino e 12,6% do género masculino da população total em relação à migração interna e 53% das mulheres, em comparação com 47% dos homens no que se refere à migração internacional (Carvalho, 2013).

De acordo com os resultados definitivos dos Censos de 2014, a população de nacionalidade estrangeira era de 586.480, sendo 401.308 na área urbana e 185.172 na área rural (INE, 2016).

O impacto da migração dos pais na saúde dos recém-nascidos, pode estar relacionada com a alocação de recursos e a adoção de comportamentos de risco. O impacto psicológico sobre a mãe, resultante da alteração forçada pela migração das configurações familiares tradicionais e dos apoios familiares, pode afetar o bem-estar da mãe e família (Ramos, 2004, 2012 a,c, 2016; Castaneda & Buck, 2011 cit. in. Carvalho, 2013).

Dadas as tendências migratórias variadas angolanas e o baixo estatuto socioeconómico da maioria de seus habitantes, pode-se supor que em várias situações os cuidados aos recém-nascidos possam ter debilidades, levando a um efeito colateral sobre seu estado de saúde. Os níveis de educação dos pais, também podem contribuir para o modo como são realizados os cuidados ao recém-nascido. A partir dessa perspetiva, a migração dos pais pode ser um disruptor indubitável da estrutura familiar tradicional e pode potencialmente causar danos à saúde do recém-nascido. No entanto, isso sempre estará em conjugação com outros fatores influentes (Carvalho, 2013).

## **2. Situação de saúde em Angola**

Apesar da melhoria significativa dos principais indicadores de saúde globais do País, Angola ainda tem uma elevada taxa de mortalidade materna, infantil e infanto-juvenil. Apresenta ainda alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias com destaque para as grandes endemias, doenças respiratórias e doenças diarreicas, um nível de malnutrição ainda elevado em menores de 5 anos (MINSa, 2012).

## 2.1. Situação epidemiológica: saúde neonatal/infantil

Os inquéritos estatísticos têm uma história recente no país e o sistema de registo civil de nascimentos e de óbitos apresenta lacunas (Toni, 2010). A mortalidade infanto-juvenil representa a proporção de crianças que morrem antes de completar cinco anos de vida. É considerado um indicador sensível das condições de vida e saúde de uma população (UNICEF, 2017; Toni, 2010).

O nível de mortalidade resulta de uma combinação de três fatores suscetíveis de afetar o bem-estar da população: serviços públicos de saúde, os serviços que podem melhorar o nível de saúde (exemplo, água potável) e um conjunto de características ligadas diretamente ao indivíduo (como o rendimento). A taxa de mortalidade constitui uma medida da qualidade de vida, do desenvolvimento sócio-económico e dos serviços de saúde que prevalecem numa população, trata-se de indicador sensível do estado da saúde. Quanto melhor é o nível de saúde, menor é a proporção de casos de óbitos (Toni, 2010). Em Angola, à semelhança de outros países em vias de desenvolvimento os indicadores de saúde estão caracterizados pela baixa esperança de vida ao nascer e altas taxas de mortalidade infantil (Venâncio, 2011).

A saúde materna, neonatal e infantil, são indicadores de avaliação de desenvolvimento e de qualidade de vida de um país e das suas populações, pois refletem de forma incisiva a eficiência dos sistemas de saúde em geral. De acordo com o MINSÁ (2012), existiam apenas 9 enfermeiras / parteiras por 10.000 pessoas; 47% das mulheres angolanas efetuaram pelo menos, 4 consultas pré-natais; 42% dos partos tiveram lugar numa instituição de saúde, principalmente pública; e 49% dos partos foram assistidos por profissionais qualificados.

A ausência de cuidados pré-natais está associada com um aumento do risco de baixo peso ao nascer, partos prematuros e mortalidade materna e infantil (Toni, 2010). Segundo Venâncio (2011), evidencia-se um acréscimo de partos institucionais ao invés dos domiciliários, resultando numa melhor assistência ao recém-nascido. Os indicadores de Saúde, publicados em 2010 pelo Instituto Nacional de Estatística e em 2011 pela OMS, mostram uma melhoria dos principais indicadores, nomeadamente ao nível da mortalidade infantil. A taxa de mortalidade neonatal em 2001 foi de 98 por 1000 nascidos vivos e reduziu para 42 por 1000 nascidos vivos em 2010. A mortalidade em menores de cinco anos passou de 250 em 2001 para 194 em 2010. A mortalidade infantil evoluiu de 150 mortes por 1000

nascidos vivos em 2001 para 116 em 2010 (MINSa, 2012a). De acordo com a *Central Intelligence Agency* (2019) a taxa de mortalidade infantil era de 62,3 por 100.000 nascidos vivos em 2019.

Contudo, apesar do desenvolvimento económico dos últimos anos, Angola continua a ter uma das maiores taxas de mortalidade infanto-juvenil do mundo e um dos piores registos do continente africano em matéria de serviços primários de saúde (*World Bank*, 2013; UNICEF, 2017).

Os dados do Programa Alargado de Vacinação (PAV), indicam que apesar do esforço empreendido, ainda existe uma parte da população sem acesso às vacinas, não tendo o país atingido uma taxa de cobertura próximo de 100%. O tétano neonatal encontra-se nas causas mais frequentes de mortalidade entre as infeções preveníveis por vacinas em países em desenvolvimento (Toni, 2010).

O período mais crítico na vida de um indivíduo, é o período neonatal. Nesta altura o recém-nascido enfrenta os maiores riscos de morte, resultantes diretamente de três causas principais: a asfixia, a prematuridade e a sépsis. A probabilidade de uma criança sobreviver até aos 5 anos de idade, é largamente influenciada pelo grau de escolaridade da mãe, nível de conhecimentos das famílias, acesso aos serviços de saúde preventiva e curativa, acesso aos alimentos com necessário valor nutritivo, acesso à água potável e ao saneamento básico. As principais causas de mortalidade em crianças menores de 5 anos em Angola são a malária, as doenças respiratórias agudas, as doenças diarreicas agudas e o sarampo. A malnutrição está presente na maioria das crianças e constitui um fator de peso, quer para favorecer o aparecimento de outras doenças, quer para agravar o quadro evolutivo (MINSa, 2012a). As condições socioculturais, económicas, fatores de uso dos serviços de saúde e fatores demográficos são considerados como determinantes na mortalidade neonatal e infantil em Angola (Toni, 2010).

## 2.2. Sistema de Nacional de Saúde

Como verificamos anteriormente, o estado de saúde da população angolana é muito débil, em parte devido à guerra prolongada que destruiu e conduziu à degradação da rede de infra-estruturas sanitárias e da prestação de cuidados de saúde, e devido também a fatores transversais como o estado de pobreza da população, os níveis de saneamento do meio, a

disponibilidade de água potável e a insuficiente oferta de alimentos com teor nutritivo adequado. Estima-se que uma proporção baixa da população tenha acesso a instalações de saúde em condições de funcionamento, localizadas a menos de 5 km da localidade onde reside (Toni, 2010).

Angola tem um Sistema Nacional de Saúde, baseado nos princípios da universalidade e equidade (através da gratuidade dos cuidados primários de saúde), responsabilidade individual e coletiva e de liberdade de escolha dos cuidados. Com as reformas políticas administrativas e económicas patentes na aprovação da Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde (SNS), Lei 21-B/92, em 1992, o Estado Angolano deixou de ter a exclusividade na prestação dos serviços de saúde e permitiu a iniciativa privada em saúde e a comparticipação financeira dos utentes nos custos de saúde (MINSÁ, 2012).

Atualmente a organização do Sistema Nacional de Saúde de Angola tem presentes os três níveis de cuidados de saúde. O nível primário ou dos Cuidados Primários de Saúde (CPS), é representado pelos postos de enfermagem e consultórios, centros de saúde e hospitais municipais. O nível secundário ou intermediário é representado pelos Hospitais Gerais e é também o nível de referência para as unidades de primeiro nível. O nível terciário, representado pelos hospitais de referência mono ou polivalentes diferenciados e/ou especializados é também o nível de referência para as unidades sanitárias do segundo nível (Venâncio, 2011). Estes níveis encontram-se articulados entre si através de mecanismos de referência e contra referência, de forma a garantir uma assistência integrada e contínua. Organicamente, o Ministério da Saúde rege-se por um sistema com três níveis hierarquizados de administração sanitária: os níveis central, provincial e municipal. O maior número de unidades sanitárias em Angola pertence ao Sistema Nacional de Saúde. A rede de prestação de cuidados de saúde funcional do SNS, é constituída por 1.305 postos de saúde, 291 centros de saúde, 34 centros materno-infantis, 146 hospitais municipais, 22 hospitais provinciais, 20 hospitais centrais e 36 unidades diversas sem tipificação (MINSÁ, 2012). A concentração de profissionais de saúde é maior nas cidades, onde estão 70% dos médicos (destes 43% estão em Luanda), 30% do pessoal de enfermagem e 45% do restante pessoal paramédico. Angola tem cerca de oito médicos para cada 100 mil habitantes, um registo abaixo da média de países comparáveis em África (Toni, 2010).

Angola conta com a participação das Agências Internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo

das Nações Unidas para a População (FNUAP), o Fundo para a Alimentação (FAO), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) bem como o Banco Mundial, a *United States Agency for International Development* (USAID) e a União Europeia, que cooperam desde há muitos anos com o executivo no domínio da saúde, contribuindo de forma financeira e técnica. Existem também cooperações bilaterais, como é exemplo a cooperação Cubana, que tem permitido fomentar ações de assistência técnica, formação e promoção da saúde. Universidades, Centros de Investigação e diversas instituições do setor privado participam também na implementação de ações de saúde. O setor privado lucrativo presta os cuidados de saúde a nível dos grandes centros urbanos, bem como na periferia, onde a rede sanitária pública é limitada ou não existente. Os preços praticados constituem um fator de exclusão e de iniquidade na população (MINSa, 2012). Por outro lado, o setor privado não lucrativo, constituído por igrejas, organizações religiosas e Organizações Não-Governamentais (ONGs) de carácter humanitário ou de desenvolvimento, presta cuidados de saúde maioritariamente na periferia das cidades e no meio rural, tendo como população-alvo as comunidades pobres e desfavorecidas. Referente à medicina tradicional, esta ainda carece de estruturação, legislação e definição clara do seu enquadramento no Sistema Nacional de Saúde. Mesmo quando uma boa parte da população recorre aos cuidados e tratamentos desta medicina, a falta de dados e de estudos não permite avaliar a contribuição da mesma na saúde das populações (MINSa, 2012).

### 2.3. Estratégias do Ministério de Saúde

Em Angola, as autoridades, quer governamentais quer civis estão envolvidas na procura de meios e caminhos no sentido de identificar os verdadeiros fatores que são determinantes na mortalidade infantil no país. Assim, uma vez identificados, poder-se-á adotar estratégias eficazes capazes de reduzir esta tão elevada taxa de mortalidade (Toni, 2010).

A primeira prioridade estratégica passa pelo fortalecimento do sistema de saúde, melhor estruturado, mais eficiente e equitativo, com uma rede expandida de atenção e serviços essenciais, funcional e estruturada em níveis de referência. Nesse sentido, a OMS concentra as suas intervenções nas seguintes áreas: organização e gestão de sistemas de saúde, desenvolvimento de recursos humanos, reforço do sistema de saúde e pesquisa em

saúde, medicamentos, equipamentos médicos e rede de laboratórios de saúde. A implementação dos Agentes de Desenvolvimento Comunitário (ADECO) é também uma estratégia para apoiar a promoção da saúde e de programas comunitários. A segunda prioridade estratégica, implica: melhorar a saúde materna infantil e adolescente, contribuindo para tal a revisão e atualização da Política Nacional de Saúde Reprodutiva. A terceira prioridade estratégica, envolve o controlo de doenças transmissíveis, não transmissíveis e negligenciadas (República de Angola, 2018).

O desenvolvimento de parcerias multissetoriais para a saúde em Angola continua a ser uma estratégia fundamental, uma vez que facilita e acelera intervenções críticas destinadas a melhorar o estado de saúde da população angolana (OMS, 2017). Entre os principais parceiros do setor da saúde estão a cooperação cubana, o Banco Mundial, a União Europeia, o Fundo Global, a USAID, o *Project Management Institute* (PMI), a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) e as agências das Nações Unidas. Além disso, existem parcerias ativas com ONGs (Nacional, Visão Mundial da Cruz Vermelha, Médicos Sem Fronteiras (MSF), MENTOR, Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo (ADPP) e outras), com associações civis, com empresas locais e estrangeiras e organizações regionais (*South Africa Development Community* (SADC), Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)). A União Europeia, o Banco Mundial e o Fundo Global apoiam os programas do Ministério da Saúde para fortalecer o Sistema Nacional de Saúde e implementar o PNDS. Estes parceiros estão a prestar um apoio técnico e financeiro relevante ao setor da saúde em Angola, de acordo com as prioridades nacionais definidas no Plano de Desenvolvimento Nacional 2013-2017 e no Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde 2012-2020 (República de Angola, 2018).

O Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) 2018-2022, constitui o segundo instrumento de planeamento de médio prazo, na sequência do PND 2013-2017, e visa a promoção do desenvolvimento sócio-económico e territorial do País. O PND tem um carácter prospetivo e plurianual, abrange os níveis nacional, setorial e provincial de planeamento, e implementa as opções estratégicas do país, constantes da Estratégia de Longo Prazo (ELP) Angola 2025. As orientações estratégicas do PND 2018-2022, encontram-se agrupadas em torno de 6 eixos estratégicos, que explicitam as prioridades relacionadas com as grandes áreas do desenvolvimento de Angola. Entre estes eixos estratégicos encontra-se o eixo 1, desenvolvimento humano e bem-estar, que constitui uma dimensão central de todo o plano,

na medida em que a melhoria do bem-estar dos cidadãos e da qualidade de vida das famílias angolanas, são condições essenciais para o progresso económico e social do país. Este eixo integra oito políticas, entre elas o desenvolvimento de infra-estruturas, como fator muito relevante pelos seus efeitos nos índices de desenvolvimento humano, nomeadamente na educação e na saúde. O PDN 2018-2022 estabelece prioridades de intervenção para o setor da saúde entre elas melhorar e reforçar os cuidados de saúde materno-infantil (República de Angola, 2018).

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, é um instrumento orientador para a implementação da Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola -2025” e da Política Nacional de Saúde. A Política Nacional de Saúde tem por meta assegurar, no horizonte 2025, “uma vida saudável para todos” num contexto de desenvolvimento nacional sustentável e de um Sistema Nacional de Saúde, que responda às expectativas da população, prestando cuidados de saúde humanizados, de qualidade e com equidade (MINSa, 2012).

A Política Nacional de Saúde identifica a investigação em saúde, como uma ferramenta fundamental para gerar conhecimento sobre os sistemas e os problemas de saúde e outras informações, prevendo-se o reforço dos sistemas nacionais de investigação, informação e gestão de conhecimentos (MINSa, 2012).

No ano de 2015, Angola, no contexto das Nações Unidas subscreveu a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. A agenda 2030 das Nações Unidas aborda várias dimensões do desenvolvimento sustentável, sendo constituída por 17 Objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS), construídos a partir dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, de forma a completá-los e a responder a novos desafios. Estabelece vários objetivos de que as crianças, os jovens, as mulheres e a família são especiais protagonistas nomeadamente com o ODS 3: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar de todos, em todas as idades (República de Angola, 2018).

A Constituição da República de Angola estabelece no artigo 35º, nº 6 que “a proteção dos direitos da criança”, nomeadamente, a proteção da sua saúde, constitui absoluta prioridade da família, do estado e da sociedade. A proteção dos direitos da criança está, igualmente plasmada, em diferentes diplomas normativos nacionais e internacionais dos direitos da criança, nomeadamente a lei Nº25/12, de 22 de Agosto, a Convenção sobre os Direitos da Criança, a Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança, entre outros.

A Política de Saúde, nas estratégias a longo prazo, Angola 2025, apresenta como um dos objetivos, reduzir substancialmente a mortalidade infantil e mortalidade em menores de 5 anos (República de Angola, 2018). A política de saúde enquadra-se também nos objetivos da Agenda 2063 da União Africana, com duas áreas prioritárias de intervenção: “pobreza, desigualdade e fome” e “saúde e nutrição” (República de Angola, 2018). Outro mecanismo importante de coordenação de ações em prol da saúde e bem-estar é o Conselho Nacional da Criança (CNAC) de carácter multissetorial (MINSÁ, 2012).

Luanda tem apostado no cumprimento das estratégias para redução da mortalidade materna e infantil, cumprindo com as políticas e estratégias previamente estabelecidas pelo Ministério da Saúde de Angola, na implementação dos pacotes essenciais de saúde materna, neonatal e infantil (WHO, 2018a). O Programa de Saúde reprodutiva tem sido um dos mais exequíveis na promoção prevenção melhoria de assistência à grávida e ao parto. Em todos os Centros de Saúde foi introduzido serviço de assistência pré-natal, com abertura das salas de consultas. Os casos detetados como de alto risco são encaminhados para hospitais de referência no nível de hospitais especializados. Com o apoio de ONGs, e cooperações bilaterais, foram capacitados pessoal médico e de enfermagem, criadas salas de parto na periferia de Luanda, distribuídos materiais e medicamentos para as salas de parto, adquiridos transportes (ambulâncias), com o objetivo de acompanhar a mulher durante a gravidez, parto, cuidados pós-natais e evolução dos recém-nascido. A atenção integrada às doenças de infância (AIDI) requereu um programa de formação dos profissionais de saúde, nomeadamente de enfermagem e criação de protocolos terapêuticos das doenças mais correntes e implementação de programas de coordenação de atendimento pediátrico de Luanda (Venâncio, 2011).

### **3. Saberes e práticas tradicionais nos cuidados de saúde ao recém-nascido**

Existem várias críticas à medicina convencional moderna ao longo dos últimos anos do século XX, sobre os limites da sua eficácia e racionalidade. O público leigo depara-se com a interposição de diferentes lógicas, com discursos de múltiplas origens e elabora as suas próprias conclusões, cientificamente corretas ou não. Reconhece-as como verossímeis

e dignas de crédito e validam-nas como guias de comportamento, que por vezes podem ser consideradas incoerentes por surgirem de lógicas distintas (Viegas, 2015).

### 3.1. Cultura tradicional versus científica nos cuidados de saúde

A lógica terapêutica e a lógica explicativa não se desenvolvem de forma linear, logo o doente pode realizar itinerários diferentes. O doente procura a cura quer nos hospitais, curandeiros ou nas várias religiões, independente do seu estatuto social. Em situações de desespero, perante o sofrimento, dor, morte, recorre-se em Angola a poderes sobrenaturais. Consta-se assim a existência de um pluralismo médico, através do recurso a várias possibilidades terapêuticas, onde cada uma delas tem os seus especialistas de cura (Viegas, 2015).

Existe o conceito de cura social, também denominado cura simbólica, que se foca nas dimensões sociais, não se baseia em nenhum tratamento farmacológico, mas sim na linguagem, no ritual e na manipulação de símbolos culturais poderosos, realizado pelo curandeiro tradicional e/ou terapeuta tradicional. Por outro lado, quando a causa da doença é atribuída a feitiçaria ou *wanga*, a procura de saúde pode levar a ruturas que obrigam à realização de rituais que podem derivar em desintegrações e divisões familiares. Existe um triângulo mágico religioso: adivinho, curandeiro e feiticeiro. Os dois primeiros são considerados benéficos, têm a função de diagnosticar e curar. Em determinados grupos sociais estão representados pela mesma pessoa e quando mal sucedidos nas suas atividades tornam-se feiticeiros. Estes três agentes não representam a homogeneidade cultural pois cada grupo etnolinguístico apresenta as suas variedades. Em alguns grupos etnolinguísticos de Angola, as causas das doenças podem estar ligadas a vários fenómenos: pela indignação dos espíritos dos antepassados, violação de regras sociais ou não realização de rituais de veneração. A doença pode também ser causada por intenção maligna da intervenção ativa dos homens nas suas relações que interferem no bem-estar dos outros, denominando-se “a doença dos homens” (Viegas, 2015).

O saber médico tradicional africano e as práticas de cura estão hierarquizados e enquadrados num corpo social. A hierarquia é conservada por um grupo especializado que intervém segundo os casos e as especificidades das doenças. Os sistemas religiosos de cura oferecem uma explicação para a doença que a insere no contexto sociocultural mais amplo

do doente. Os cultos religiosos na sociedade tradicional Angolana admitem a presença de um ser superior que rege todos os aspetos da vida. No entanto, apesar de ser uma entidade soberana serve-se de outros seres invisíveis (espíritos antepassados) que atuam como intermediários entre Deus e os agentes especializados dos grupos. O fenómeno de cura no catolicismo está radicado na fé, o que difere da cura do espiritismo e no pentecostal. As questões ligadas à doença, saúde e cura podem ser encaradas sob perspetivas diversas e equacionadas em dois paradigmas alternativos e complementares: o conhecimento popular e o conhecimento científico (Viegas, 2015).

Pode encontrar-se três modelos de práticas de cuidados: modelo incultado pela tradição, com alternativa à feitiçaria, antepassados e recurso ao curandeiro, modelo proposto pela bíblia, baseado nos pares bem/mal, Deus/Santanás e recurso à igreja e o modelo da medicina moderna com as doenças orgânicas e psíquicas e recurso a hospitais. A recorrência simultânea a vários tratamentos e à existência de visões discordantes ou contraditórias sobre a questão terapêutica evidenciam que tanto a doença como a cura são experiências intersubjetivamente construídas. Deste modo, a perceção sobre a doença e tentativas de cura ou prevenção devem ser analisadas e compreendidas em função de cada sistema de conhecimento existente, o da medicina convencional e o da medicina tradicional (Viegas, 2015).

Kleinman criou o conceito de sistema de cuidados de saúde, *health care system*, contendo os seguintes três setores: profissional, tradicional e popular ou informal. Cada setor tem a sua explicação sobre o tratamento da doença, definindo quem cura, quem é o doente e a sua interação durante o processo terapêutico. Deste modo, o profissional compreende a medicina convencional, conhecida por alopática ou biomedicina, o tradicional refere-se a especialistas de curas sagradas ou seculares como curandeiros, adivinhos, espiritualistas, clarividentes ou xamãs. O popular/informal inclui o campo leigo não especializado da sociedade onde enquadrámos a automedicação, conselhos ou tratamentos recomendados por familiares, amigos, vizinhos, igrejas, seitas religiosas ou grupos de auto-ajuda (Ramos 2004 a; Viegas, 2015).

Em situação de doença intervém grupos de parentesco ou vizinhança, tanto na escolha do sistema terapêutico, quanto na formulação de hipóteses sobre as causas das doenças. A capacidade de reconciliar os saberes e as práticas de cura é uma situação constante na sociedade angolana. Perante situação de doença a população procura soluções

através de uma utilização articulada de medicinas, dependentes de fatores culturais económicos e sociais. Estudos realizados no contexto angolano demonstram a que na procura de serviços de saúde, a população recorre sobretudo ao que está mais ao seu alcance, misturando no ato da cura diferentes formas e práticas médicas (Viegas, 2015).

A medicina tradicional é definida pela OMS como uma combinação de conhecimentos, habilidades e práticas, baseadas em teorias, crenças e experiências proveniente de diferentes culturas, explicáveis cientificamente ou não, e que são usadas para manter a saúde, a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças (MINSa, 2012a).

A medicina tradicional africana, enquanto conjunto de saberes e práticas utilizados por uma diversidade de agentes especializados (adivinho, curandeiro, quimbanda, parteira tradicional, feiticeiro e outros), ocupou lugar importante no contexto da sociedade tradicional com o objetivo de restituir ao indivíduo e à comunidade um equilíbrio vital. O seu principal papel é descobrir a causa do mal e doença e recorrem tanto aos efeitos das plantas medicinais quanto ao peso simbólico dos ritos mágico-religiosos. A medicina tradicional não é um simples saber mas um tipo de representação coletiva. As pessoas procuram a medicina tradicional por depositarem confiança e por ser um legado ao qual dificilmente pretendem renunciar. Assim, vigora a sobreposição dos dois níveis de saúde no sistema de saúde. O sistema de saúde está formado por duas tradições médicas de diferentes origens: a tradição africana (medicina tradicional ou popular), que resulta da acumulação de experiências populares em resposta aos problemas de saúde e na procura de recursos para a cura das doenças e a medicina moderna ocidental (Viegas, 2015).

Em Angola, a medicina tradicional assenta fundamentalmente na fitoterapia. 72,4% da população utiliza as plantas medicinais para o tratamento de diversas doenças. Outros procedimentos como a homeopatia, acupunctura, massagens, terapias bioenergéticas têm sido implementados em Angola e são utilizados para a prevenção e tratamento de certas doenças (MINSa, 2012a).

Contudo, em Angola a medicina tradicional não alcançou ainda um lugar relevante nos cuidados de saúde primários. A Política Nacional de Saúde aprovada em 2010, reconhece que a medicina tradicional se encontra num estado ainda incipiente, apesar da sua forte procura, carecendo de um quadro legal (MINSa, 2012a). É assim, atribuída à medicina convencional um lugar dominante, sendo a única medicina oficial. Em alguns países africanos a medicina tradicional já ocupa um lugar privilegiado nos cuidados primários de

saúde pela elevada percentagem da população que recorre a este tipo de práticas de cura. Tal justifica-se pois, sobretudo em áreas mais longínquas em África, onde a medicina moderna é bastante dispendiosa e disfuncional, sendo elevado número de praticantes da medicina tradicional (Viegas, 2015). De acordo com o diretor geral da OMS, Ebrahim Samba (2003) cit.in. Viegas (2015), apesar dos progressos dos cuidados de saúde do século XXI, em grande parte de África a vida começa com apoio da medicina tradicional e assim se mantém.

As práticas da medicina tradicional põe em evidência o religioso e o mágico assente numa base cultural. A medicina tradicional não se resume à utilização de plantas medicinais com o objetivo de curar, o ritual de seleção e receituário das plantas ocorre num ambiente sagrado e espiritual. Para o africano a medicina tradicional representa um fenómeno social total sempre presente nos rituais de nascimento, vida e morte em resposta às preocupações e necessidade quotidianas. A medicina tradicional engloba, arte, magia, religião, a comunicação, o modo de pensar e sentir do individuo e da coletividade e faz parte do *modus vivendi* do africano (Viegas, 2015).

A sociedade angolana é dotada de saberes e praticas de cura, intercalando os diagnósticos tradicionais com diagnósticos modernos, o consumo de medicamentos da farmácia, recursos a consultas hospitalares e realização de análises e exames ao mesmo tempo que continua a fazer diagnósticos tradicionais e a praticar terapias tradicionais (Viegas, 2015).

Em 1979, em Luanda ocorreu o I Congresso Internacional da Medicina Tradicional dos países subdesenvolvidos africanos e na década de oitenta orientaram-se dois encontros sobre a medicina tradicional. Apesar de algumas barreiras a medicina tradicional tem alcançado alguns êxitos como a realização de palestras, exposição de produtos medicinais, festejos anuais do dia da medicina tradicional africana e a criação de um Conselho Nacional da Medicina Tradicional (CNMT) em 2004 (Viegas, 2015). Foi também criado o Centro de Estudos de Medicinal Tradicional Angolana (CEMETRA) primeiro centro de estudos de medicinal tradicional angolana. Tendo como intuito promover uma nova estratégia de valorização da medicina tradicional, com intenção de controlar e aperfeiçoar as práticas e saberes como elemento integrante da cultura nacional de forma a tornar-se similares à medicina moderna (Viegas, 2015).

Quase três décadas após a independência as autoridades políticas angolanas e os responsáveis do MINSA, perspetivam a revalorização da medicina tradicional na saúde

pública e práticas complementares. Apesar dos investimentos em estruturas, recursos humanos e equipamentos, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), cobre apenas cerca de 60% da população. A dificuldade no acesso à medicina convencional, a falta de técnicos e os custos associados, acelera a urgência em (re)valorizar a medicina tradicional (Viegas, 2015). No PNDS (2012-2025), o Projeto 27 refere-se à medicina tradicional, onde a prioridade será estudar a viabilidade de articulação da medicina tradicional e práticas complementares com o SNS, de forma sustentável (MINSÁ, 2012).

### 3.2. Impacto da migração na saúde materno-infantil

A migração tem um impacto potencial nos cuidados das mães angolanas aos recém-nascidos e por consequência influenciam a saúde destes. Os cuidados realizados pelas mães aos recém-nascidos não são nem imutáveis nem independentes do contexto em que as mães se encontram envolvidas. Estes cuidados dependem de variáveis como contextos culturais, económicos e sociais, idade da mãe e nível de educação dos pais migrantes, tipo de migração, capacidade de cuidador alternativo, condições domésticas, comunicação e relações com a família e pessoas de referência (Ramos, 2004a,b, 2012a,b,c; Whitehead e Hashim 2005; Cortés 2007; Garza 2010; Parreñas 2005; Piko e Fitzpatrick 2006, cit. in. Carvalho, 2013). A migração também pode induzir efeitos menos visíveis, como mudanças nas estruturas familiares típicas, com consequente impacto nos cuidados das mães aos recém-nascidos (Parreñas, 2005). O impacto da migração varia desde benefícios económicos não apenas para a família, mas para o país, melhorando a segurança e o bem-estar da família de migrantes, no entanto uma preocupação são os custos da migração especificamente para a saúde das mães e seus recém-nascidos (Konseiga, 2008).

Embora as migrações, tenham o potencial de dar uma grande proteção financeira, também deixam as mães mais vulneráveis, sem proteção física, psicológica ou emocional, levando subsequentemente a consequências negativas de longo prazo (Ramos 2004a, 2008a, 2012 a,b,c; Castaneda e Buck 2011; Dreby 2007).

As consequências nefastas da migração para a saúde das mães e crianças a nível mental, mais documentadas são: níveis mais baixos de bem-estar, maior incidência de transtornos emocionais e mentais (stress, tristeza, solidão e abandono), menores níveis de desempenho no trabalho ou estudo e impedimento do desenvolvimento social e psicológico.

Para além da componente psicológica existe a tendência para a aquisição de comportamentos e estilos de vida pouco saudáveis como: dietas não saudáveis, inatividade física, consumo de substâncias nocivas, maior exposição a doenças transmissíveis, baixas taxas de vacinação e maior exposição a abuso, exploração, abuso sexual, tráfico, trabalho infantil, violência e crime. Podem apresentar também maior dificuldade em aceder aos serviços de saúde, apesar de na sua maioria haver maior oferta relativamente ao local de origem (Ramos, 2004 a,b, 2012 a,b,c, 2016; Carvalho, 2013). Ainda assim, a migração não é de todo prejudicial para a mãe e para a criança. Dependendo das condições oferecidas pelo local de acolhimento, com um forte apoio social e da família, os efeitos nefastos podem ser afastados. A mãe e a criança podem estar em melhores condições do que nos seus locais de origem (Carvalho, 2013).

Muitas mães migram das províncias e trazem consigo influência da cultura tradicional, sendo confrontadas com os efeitos da cultura ocidental nos cuidados. Tal como acontece na maioria das capitais, Luanda é uma cidade que concentra um elevado número de migrantes, tornando-se um local de encontro entre culturas das suas 18 províncias e de outros países. Compreende-se assim, a multiculturalidade existente nesta cidade e o enorme desafio no que respeita a questões de saúde. A elevada concentração de migrantes nas cidades, torna-as espaços multiculturais, onde se exprimem traços culturais, estilos de vida e identidades. No processo de aculturação, as mães têm muitas vezes dificuldade na seleção entre os aspetos a manter e abandonar da sua cultura de origem relacionados com o cuidado ao recém-nascido (Ramos 2004a,b, 2012a,b). O desenraizamento, a sensação de desencaixe espacial e a existência de códigos culturais contraditórios e por vezes incompreensíveis juntamente com o desconhecimento dos serviços disponíveis e dos seus direitos, bem como a falta de recursos disponíveis e situações de precariedade aumentam a vulnerabilidade da mãe e a probabilidade destas virem a ser vítimas de estereótipos, preconceitos, discriminação e exclusão o que contribui para o stress de aculturação. Estas repercussões psicológicas manifestam-se também a nível físico e a longo prazo pode estar na origem de outras patologias concomitantes (Ramos, 2004, 2008a, 2012b,c). A opinião é corroborada por Amaral (2015), que refere que o sofrimento psíquico enfrentado por migrantes em situação extrema pode levar ao desenvolvimento da Síndrome de Ulisses ou Síndrome do Imigrante com stress crónico e múltiplo.

As mães que têm filhos em situação migratória vivenciam frequentemente conflitos maternos em relação aos cuidados prestados, devido à exigência cultural diferente e vivenciam situações de solidão, dúvida e medo e culpa. Assim a mãe pode apresentar distúrbios psíquicos e de comportamento (depressão e psicoses), que se refletem no bebê, tais como: agitação, problemas de sono e alimentação, déficit no crescimento e desenvolvimento entre outros (Ramos, 2004a, 2008a, 2012b,c).

O desenraizamento e isolamento social das mães migrantes, está por vezes na origem do desequilíbrio da relação mãe-criança e inadequação das respostas das mães às necessidades das crianças, verificando-se incapacidade na oferta de um suporte psicológico, afetivo e familiar sólido. Estas mães encontram-se frequentemente em situação de condições sócio-económicas precárias, a viver em situações de superpopulação e falta de condições de conforto e higiene, o que coloca em risco a saúde do recém-nascido, com repercussões para toda a sua vida (Ramos, 2004a,b, 2012b,c). Assim, assume um papel primordial a postura/comportamentos/características da sociedade de acolhimento e as estratégias de coping adotadas pela mãe migrante, bem como o papel dos profissionais de saúde.

## **PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

### **CAPÍTULO III – METODOLOGIA**

#### **1. Problema de investigação e justificação do estudo**

O período neonatal compreende o primeiro mês de vida, e é revestido de enorme vulnerabilidade, sendo que em Angola a mortalidade neonatal, é estimada em 42/1000 nascidos vivos (MINSA, 2012). Devido à vulnerabilidade do recém-nascido, os cuidados prestados no primeiro ano de vida são fundamentais ao seu crescimento, desenvolvimento e sobrevivência. De acordo com a WHO (2016) a nível mundial cerca de 5,9 milhões de crianças menores de cinco anos morrem anualmente e estima-se que 45% dessas mortes ocorrem no período neonatal.

Ao longo da nossa prática profissional como docente do curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, nos períodos de estágio com estudantes numa unidade de cuidados de saúde primários em Luanda e nas visitas domiciliárias realizadas, foram vários os problemas identificados nos cuidados realizados pelas mães aos recém-nascidos. No entanto, o problema que maior interesse nos despertou, não apenas pela elevada frequência da sua ocorrência, mas também pelas suas elevadas repercussões negativas na vida do recém-nascido, foram as práticas associadas aos cuidados realizados pelas mães ao coto umbilical. É frequente encontrar mães que neste tipo de cuidado específico ao coto umbilical, não seguem as recomendações da OMS, mas sim as orientações do seu contexto cultural, onde os mitos e crenças se encontram presentes, colocando assim em risco a vida do recém-nascido. Estas constatações são corroboradas por Carvalho, et al. (2015), ao afirmarem que cerca de 30% das mortes neonatais decorrem de infeções, onde os débeis cuidados ao coto umbilical são reconhecidos como potenciais causas de onfalite e septicemia. Para estes autores os cuidados precários de higiene podem

determinar a presença de bactérias patogénicas, nomeadamente no coto umbilical. A presença de bactérias leva à infeção do coto umbilical, denominada de onfalite e é também responsável pelo tétano neonatal (Borrozino, s.d.).

O período puerperal é revestido de mitos, crenças, costumes e medos, onde os cuidados ao recém-nascido são permeados por práticas culturais, transmitidas através de gerações, o mesmo se verifica nos cuidados ao coto umbilical.

A escassez de publicações científicas do contexto angolano sobre os saberes e práticas das mães que vivem na cidade de Luanda, relativas aos cuidados realizados ao coto umbilical do recém-nascido. O reconhecimento de práticas nos cuidados realizados pelas mães ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical que não estão de acordo com o recomendado pela OMS e que destas derivam consequências nocivas para o recém-nascido, fez-nos deparar com problema de saúde pública, com graves repercussões, mas ainda assim passível de prevenção.

Desse modo, evidencia-se, a necessidade de estudar os saberes e as práticas culturais nos cuidados realizados pelas mães da cidade de Luanda, principalmente ao coto umbilical de seus recém-nascidos. Através dos resultados obtidos poderá evidenciar-se como pertinente elaborar um projeto de intervenção focado na formação dos profissionais de saúde, particularmente de enfermagem, investindo em cuidados culturalmente competentes.

## **2. Questões e objetivos de investigação**

Os fatores culturais influenciam os comportamentos e atitudes das mães residentes na cidade de Luanda, face aos cuidados infantis, nomeadamente os realizados ao coto umbilical do recém-nascido e muitas vezes prevalecem, face às recomendações da OMS, mesmo perante as evidências negativas dos mesmos.

A evidência científica demonstra que práticas incorretas no cuidado ao coto umbilical têm como consequência infeção e que esta contribui para as causas de morte neonatal, tão elevadas em Angola.

Partindo destes pressupostos, formula-se a questão de investigação de partida:

### **Questão de partida**

Quais são os fatores determinantes nos saberes e práticas das mães angolanas residentes na cidade de Luanda, nos cuidados realizados ao recém-nascido, em particular ao

coto umbilical?

### **Questões complementares**

De forma a colaborar para a resposta à pergunta de partida, são apresentadas as seguintes questões complementares:

- Quais são os saberes das mães angolanas relativamente aos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical?
- Qual a origem dos saberes e práticas das mães angolanas, nos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical?
- Quais as semelhanças e diferenças nos cuidados realizados ao coto umbilical do recém-nascido, pelas mães primíparas e pelas mães múltíparas?
- Quais as semelhanças e diferenças nos cuidados realizados ao coto umbilical do recém-nascido, pelas mães originárias de Luanda e pelas mães que vêm de outras províncias?
- Qual a influência de pessoas de apoio, nos saberes e práticas das mães nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido?

De modo a responder a estas questões definiram-se os seguintes objetivos de investigação:

**Objetivo geral:** Estudar os fatores determinantes nos saberes e práticas nos cuidados ao recém-nascido, em particular ao coto umbilical realizados pelas mães angolanas, residentes na cidade de Luanda. E como **objetivos específicos:**

- Conhecer quais são os saberes das mães angolanas relativamente aos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical.
- Identificar a origem dos saberes e práticas dos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical, pelas mães angolanas.
- Descrever as práticas cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, realizados por mães primíparas e mães múltíparas.
- Analisar e comparar as práticas dos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, realizados pelas mães originárias de Luanda e pelas mães que migram de outras províncias de Angola.
- Conhecer a influência de pessoas de apoio, nos saberes e práticas das mães nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido.

### 3. Tipo de investigação

Trata-se de um estudo descritivo, comparativo, transversal, com características etnográficas e abordagem qualitativa. Foi também realizada a análise quantitativa das questões fechadas do inquérito por entrevista.

Em ciências sociais, existe uma variedade de métodos e de técnicas de investigação, onde a escolha se prende diretamente com os objetivos que o investigador se propõe alcançar com o estudo. Assim, apresentado o problema, as questões, os objetivos, é importante formular considerações sobre as escolhas e abordagens metodológicas.

Considerou-se a abordagem qualitativa como a mais adequada ao estudo em questão. Trata-se de uma abordagem apropriada para a investigação intercultural, pois permite ver o mundo através dos olhos dos participantes, encontrar respostas que são mais relevantes para eles e trabalhar no ambiente natural, ou seja, no contexto onde os cuidados ocorrem (unidade de saúde), aproximando a pesquisadora do contexto de sua investigação. A pesquisa qualitativa encontra-se no campo das ciências sociais e trabalha com os significados, crenças, valores e atitudes, relações, percepções, comportamento e influencia intergeracional, no caso deste estudo, nos cuidados ao recém-nascido (Liamputtong, 2010). Esta abordagem recorre a uma multiplicidade de desenhos de investigação, com aspetos comuns como: abordagem holística das questões, foco na experiência humana, envolvimento elevado do investigador e flexibilidade (Vilelas, 2017).

Os métodos qualitativos permitem assim, informação aprofundada e descritiva da população e do contexto (Aboud, 1998). Nesta pesquisa utilizam-se frequentemente como técnicas de colheita de dados a observação e a entrevista no ambiente natural. Trabalha geralmente com um pequeno número de pessoas e um elevado número de questões que surgem do contato com a realidade, não sendo assim possível generalizações teóricas, mas a identificação de significados em contextos social e cultural (relativos aos cuidados realizados pelas mães aos recém-nascidos). Neste sentido o investigador procura compreender os fenómenos, sendo que a sua análise implica tempo, capacidade de argumentação e discernimento, desenvolvimento de atributos pessoais de empatia, confiança e capacidade de interação com as mães de recém-nascidos (Vilelas, 2017).

Na abordagem qualitativa pretendemos considerar o seu carácter indutivo, ao

adquirirmos a compreensão de fenómenos pela recolha de dados, carácter holístico ao considerarmos a realidade global (relativa ao contexto da realização de cuidados ao recém-nascido), naturalista ao misturarmos-nos com a fonte (mães) no seu ambiente natural (unidade de saúde onde tiveram o parto e recorrem para as consultas) para a compreender melhor e tentar conhecer o sujeito no seu lado humano (Carmo & Ferreira, 2015). De acordo com os mesmos autores, esta abordagem implica a descrição rigorosa dos dados recolhidos e a transcrição das entrevistas, fotos, vídeos, notas, respeitando o mais possível a forma original.

O estudo possui características de estudos etnográficos pois a ideia da cultura e crenças relacionada com os comportamentos adotados é central. O investigador foca-se na unidade de estudo na tentativa de compreender as crenças, os saberes e as práticas das mães através do seu ponto de vista (Carmo & Ferreira, 2015), adotando assim, o estudo um cariz etnográfico.

Segundo Carmo & Ferreira (2015) a etnografia deriva da palavra “*Etnoe*”, que significa escrever sobre o outro mas na perspetiva dele. Os mesmos autores referem ainda que nestes estudos é realizada uma extensa recolha de dados (período mais ou menos longo) de uma forma naturalística, com foco na cultura e sem que o investigador interfira na situação que está a estudar.

A etnografia clássica descreve uma cultura de forma a identificar e compreender as estruturas e ligações sociais, as crenças e os padrões de comportamento das pessoas no interior dessa cultura, recorrendo a um processo que envolve geralmente uma permanência prolongada no local a recolher dados. No entanto, os etnógrafos atuais referem a possibilidade de uma mini-etnografia, caracterizada por um período de tempo mais curto no terreno, recorrendo-se geralmente, à observação e documentação visual e escrita (Grbich, 2007).

Este método é frequentemente utilizado no campo da saúde e ajuda na prestação de cuidados culturalmente congruentes. Consideram-se dois tipos de conhecimento, o conhecimento que motiva o cuidado popular, geralmente transmitido de geração em geração e expressa a visão do contexto cultural. E o conhecimento científico que se situa de fora do enraizamento cultural, como são as orientações dos profissionais de saúde (Leininger & Mcfarland, 2006).

Por sua vez, os estudos etnográficos permitem conhecer a população tendo em conta as suas necessidades, numa perspetiva cultural (o que inclui o indivíduo, comunidade,

ambiente e tempo), onde é realizada a observação, descrição e análise das tradições através do contato direto com as mães de recém-nascidos, para familiarização com costumes e crenças, comportamentos e valores da população (transmitidos intergeracionalmente), permitindo assim explorar o comportamento, perspectivas e experiências das pessoas, no caso do presente estudo relacionado com os saberes e práticas das mães angolanas nos cuidados ao recém-nascido (Vilelas, 2017).

A disseminação do método etnográfico em pesquisas na área da saúde e a análise de fenômenos contemporâneos de saúde promovem a reflexão sobre contribuições teórico metodológicas para a renovação do conhecimento (Nakamura, 2011). A ideia é corroborada por Passos (2015), que menciona que refletir sobre as palavras das pessoas, ações e interações no campo da saúde, ajudam na compreender o processo saúde/doença e produção de conhecimento. De acordo com Gualda & Hoga (1997) a pesquisa etnográfica revela-se um método de pesquisa útil no estudo de contextos naturais em que se processa o cuidado à saúde. Os mesmos autores referem que o fato do pesquisador etnográfico ser um profissional de saúde tem vantagens, pelo seu conhecimento das instituições de saúde, familiaridade na atividade de observação e entrevista, experiências prévias de contato direto com pessoas de diferentes culturas e experiência profissional em lidar com questões relativas ao cuidado da saúde e da doença. Os trabalhos etnográficos desenvolvidos pelos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, neste campo, têm por norma como objetivo obter uma visão do cliente em relação à vida e em relação ao processo de saúde/doença, com a finalidade de planeamento de cuidados e ganhos em saúde. No âmbito do estudo o fato do pesquisador ser enfermeiro com experiência na área da saúde comunitária e materno-infantil, pode constituir uma mais valia neste sentido.

Trata-se de um estudo descritivo, ao proporcionar informação sobre uma comunidade, os saberes e práticas desse mesmo contexto, úteis para compreender um fenómeno ou a sua importância, tentando explicar a situação atual do objeto de investigação (Carmo & Ferreira, 2015). A abordagem descritiva do estudo pretende descrever a complexidade que envolve o cuidado ao recém-nascido (especificamente ao coto umbilical), por parte das mães angolanas, no contexto sociocultural e familiar. Trata-se também de um estudo exploratório, uma vez que pretende analisar uma realidade pouco estudada e com pouca informação no contexto angolano.

É também um estudo com características comparativas, ao realizar a comparação

entre saberes e práticas das mães de acordo com a experiência de cuidados, a cultura e condições sociais das mães (Flick, 2009). De acordo com Vilelas (2017), nos estudos comparativos pretende-se verificar as semelhanças entre os fenómenos, no qual são explicadas as diferenças entre os resultados obtidos. Neste caso pretende-se realizar a comparação ente mães primíparas e múltíparas e entre as mães naturais de Luanda e naturais de outras províncias de Angola que não Luanda.

É considerado um estudo transversal, ao ser efetuado numa população para estudar os saberes e práticas inerentes aos cuidados ao recém-nascido, num período de tempo específico. Este é constituído por uma sucessão de colheitas de dados em condições regulares, utilizando sempre o mesmo instrumento de recolha de dados, o que permite a comparação dos resultados e análise das tendências. No que se refere à saúde são úteis para avaliar a necessidade de cuidados e realizar o seu planeamento (Vilelas, 2017).

#### **4. Contextualização do estudo/inserção no terreno**

O objeto de estudo do presente trabalho é a análise dos fatores determinantes nos saberes e práticas dos cuidados ao recém-nascido, especificamente ao coto umbilical, realizados pelas mães angolanas residentes em Luanda.

O estudo tem como participantes, 40 mães de recém-nascidos, residentes na cidade de Luanda.

Após aprovação do projeto de investigação por parte da Universidade Aberta de Lisboa, solicitamos autorização para colheita de dados num hospital de Luanda, no serviço de pediatria para fundamentar o problema em estudo, dada a escassez de dados específicos de Angola (APÊNDICE I). De seguida procedemos à solicitação da autorização para a realização do estudo a nível do comité de ética do Ministério da Saúde de Angola, que englobou a autorização da instituição de saúde (Centro de Saúde da Samba) onde se realizou posteriormente o contato e entrevista às participantes do estudo (ANEXO I).

Na maternidade do Centro de Saúde da Samba foi estabelecido o primeiro contacto com as mães, explicado o objetivo do estudo, aspetos inerentes à proteção de dados e questões éticas, e convidadas as mães a participar no mesmo. Decorrente deste contato, foi programado o agendamento da entrevista nos dias em que as mães tinham a consulta de revisão do puerpério na mesma unidade de saúde, de modo a evitar deslocações

desnecessárias para a mãe e recém-nascido. Houve três situações de mães que eram acompanhadas na unidade de saúde, no entanto, ou por não ter tempo de chegar à unidade para o parto ou por motivo de transferência médica, tiveram o parto noutra instituição. Contudo, recorreram à consulta de revisão do puerpério na unidade de saúde onde estávamos a realizar as entrevistas e aproveitamos a oportunidade para entrevistar também estas mães, uma vez que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo. Antes da realização da entrevista foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido das participantes do estudo, após leitura do mesmo e esclarecimento de dúvidas (APÊNDICE II).

A amostra do estudo é não probabilística por conveniência, pois foram entrevistadas 40 mães distribuídas nos seguintes grupos: vinte mães naturais de Luanda e nestas, dez mães são primíparas e dez mães são múltíparas, e vinte mães naturais de outras províncias de Angola, sendo estas dez mães primíparas e dez mães múltíparas. Pretendeu-se também que estas fossem residentes em bairros distintos da cidade de Luanda, (selecionadas de forma aleatória por conveniência), para garantir maior diversidade relativa ao contexto sociocultural. As entrevistadas apesar de terem diferentes áreas de residência, encontram-se todas inscritas no maior centro de saúde público de Luanda (Centro de Saúde da Samba), com localização central e com maior oferta de serviços, incluindo a maternidade, sendo por isso um local de referência muito procurado pela população. Procurámos com esta amostra investigar também de que modo o número de filhos e o local de origem das mães participantes, podem influenciar os cuidados realizados ao recém-nascido.

Os critérios de inclusão são: ser mães de bebés no máximo com 28 dias de vida, nascidos na maternidade do Centro de Saúde da Samba ou acompanhadas em consultas na mesma unidade e residentes na cidade de Luanda, que decidam de forma informada, livre esclarecida participar no estudo. Como critérios de exclusão: apresentar vulnerabilidade intelectual ou desenvolvimental para participar no estudo ou recusar participar no estudo.

No quadro 3.1 é apresentada a informação relativa à naturalidade, idade e paridade das mães participantes no estudo.

**Quadro 3.1:** Mães participantes no estudo

<b>Entrevista</b>	<b>Mãe</b>	<b>Naturalidade</b>	<b>Província</b>	<b>Idade</b>
E1	Múltipara	Luanda	Luanda	35
E2	Múltipara	Luanda	Luanda	22

E3	Primípara	Outra Província	Malange	18
E4	Primípara	Outra Província	Benguela	20
E5	Primípara	Luanda	Luanda	21
E6	Primípara	Luanda	Luanda	24
E7	Múltipara	Luanda	Luanda	28
E8	Múltipara	Outra Província	Malange	29
E9	Primípara	Luanda	Luanda	22
E10	Múltipara	Luanda	Luanda	24
E11	Múltipara	Luanda	Luanda	30
E12	Primípara	Outra Província	Huambo	24
E13	Múltipara	Luanda	Luanda	24
E14	Múltipara	Luanda	Luanda	26
E15	Primípara	Luanda	Luanda	26
E16	Primípara	Luanda	Luanda	18
E17	Múltipara	Luanda	Luanda	35
E18	Primípara	Luanda	Luanda	21
E19	Múltipara	Outra Província	Zaire	20
E20	Primípara	Luanda	Luanda	18
E21	Primípara	Outra Província	Cuanza Sul	16
E22	Múltipara	Luanda	Luanda	36
E23	Múltipara	Luanda	Luanda	28
E24	Primípara	Luanda	Luanda	24
E25	Múltipara	Outra Província	Cabinda	33
E26	Primípara	Luanda	Luanda	19
E27	Primípara	Luanda	Luanda	26
E28	Múltipara	Outra Província	Uíge	33
E29	Múltipara	Outra Província	Namibe	37
E30	Múltipara	Outra Província	Benguela	23
E31	Múltipara	Outra Província	Cuanza Sul	38
E32	Múltipara	Outra Província	Malange	19
E33	Múltipara	Outra Província	Huíla	24
E34	Múltipara	Outra Província	Cuanza Sul	22
E35	Primípara	Outra Província	Cuanza Sul	29
E36	Primípara	Outra Província	Huíla	20
E37	Primípara	Outra Província	Malange	38
E38	Primípara	Outra Província	Uíge	29
E39	Primípara	Outra Província	Uíge	26
E40	Primípara	Outra Província	Cuanza Sul	27

Para permitir uma abordagem mais aprofundada e abrangente da realidade em estudo, foram colhidos dados provenientes dos informadores privilegiados, através de entrevista (APÊNDICE III) após obtenção do seu consentimento informado, livre e esclarecido

(APÊNDICE IV).

Os informadores qualificados são pessoas que pela posição que ocupam, funções que desempenham ou conhecimento que detêm sobre a temática a investigar, se revelam como fontes de informação primordial. Neste estudo, tivemos a colaboração: da diretora clínica do Centro de Saúde da Samba, do administrador do Centro de Saúde da Samba, do supervisor de enfermagem Centro de Saúde da Samba, da parteira responsável pelo Serviço de Obstetrícia, e da responsável pelo Departamento de Saúde Pública do Distrito Urbano. De forma geral, é apresentado no quadro 3.2, o perfil destes informadores qualificados.

**Quadro 3.2:** Informadores privilegiados do estudo

ID	Cargo	Unidade de Saúde	Nacionalidade	Idade	Naturalidade	Habilitações	Universidade/ País	Função
I1	Chefe de Secção de Saúde Pública	CSS	Angolana	55	Uíge	Técnica Superior de Enfermagem	Universidade de Belas	Enfermeira
I2	Directora Clínica	CSS	Angolana	47	Uíge	Licenciada em Medicina, especialidade Pediatria (começou por ser enfermeira)	Angola	Médica Pediatra
I3	Administrador	CSS	Angolana	52	Huambo	Licenciado em Enfermagem	Angola	Enfermeiro
I4	Parteira Especialista	CSS	Angolana	53	Cuanza Norte	Licenciada em Enfermagem	Angola	Parteira Especialista
I5	Supervisor de Enfermagem	CSS	Angolana	54	Cuanza Norte	Mestre em Gestão Hospitalar	Universidade Agostinho Neto	Enfermeiro

Considerando os aspetos apresentados no enquadramento teórico, e nos objetivos elegemos as seguintes variáveis de análise: os cuidados ao recém-nascido (coto umbilical), o tipo de conhecimento das mães, a origem do conhecimento, o número de partos, características demográficas, apoio nos cuidados.

Foi realizada a análise documental através da recolha de bibliografia especializada e relevante sobre o tema em investigação, permitindo o seu aprofundamento e descrição.

Na pesquisa de campo foram utilizados os seguintes instrumentos de colheita de dados: o inquérito por entrevista semiestruturada e a aplicação de grelha de observação dos cuidados realizados ao coto umbilical do recém-nascido, bem como a observação direta, a observação filmica e fotográfica.

A observação filmica e fotográfica, foi realizada sempre que se reuniram os seguintes

aspectos: disponibilidade da mãe para realizar o cuidado (algumas mães não se sentem à vontade com a prática) e a mãe referir realizar a prática recomendada (não permitindo o investigador, a realização de práticas nocivas para a saúde do recém-nascido).

Na análise e tratamento dos dados utilizou-se a análise de conteúdo temática ou categorial.

## **5. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados**

Na pesquisa de campo, para garantir a validade interna foram utilizados os seguintes instrumentos de colheita de dados: o inquérito por entrevista semiestruturada, após elaboração de um guião de entrevista com questões abertas e fechadas (APÊNDICE V) e a aplicação de grelha de observação dos cuidados realizados ao coto umbilical do recém-nascido (APÊNDICE VI), bem como a observação direta, a observação filmica e fotográfica. Foi também utilizado um diário de campo para anotações. Realizou-se no primeiro contato com as mães na maternidade, um encontro informal com a finalidade de estabelecer uma zona de conforto entre entrevistador e entrevistado, agendando posteriormente a data da entrevista.

No presente estudo efetuámos uma triangulação de métodos na recolha de dados, procurando integrar diferentes perspetivas que, conjugadas, pudessem proporcionar uma análise mais completa e expressiva do fenómeno em estudo.

### **5.1. Entrevista semiestruturada**

Na colheita de dados optou-se pela entrevista recorrendo-se a um guião de entrevista. A opção pela entrevista semiestruturada, possibilita maior amplitude de obtenção de respostas. O objectivo é compreender o ponto de vista do participante (Fortin, 2009). Através do guião da entrevista flexível proporcionou-se às participantes o seu próprio discurso argumentativo e em profundidade de acordo com a temática (Carmo & Ferreira, 2015).

Neste tipo de entrevista há uma preparação anterior das questões e temáticas a abordar, embora a forma e a ordem como elas são introduzidas possa variar, adaptando-se ao discurso do entrevistado (Ribeiro, 2003). Foi elaborado um guião de entrevista com as linhas de temas a explorar, de acordo com os objectivos traçados e com a revisão da literatura

efetuada, contemplando questões na sua maioria abertas, o que de acordo com Fortin (2009), facilita a comunicação e apresenta de forma lógica as questões que tocam os diferentes aspetos do tema. Este instrumento foi afinado e completado após a realização de entrevistas pré-teste.

Uma das principais vantagens da entrevista é permitir ao entrevistador ajustar-se ao entrevistado, elucidando as suas dúvidas e adequando as questões a colocar (Carmo & Ferreira, 2015). Conhecer a comunidade angolana, facilita ao investigador atender a estes aspetos, importantes, principalmente se considerarmos o baixo nível de conhecimentos e dificuldades de linguagem, existentes em geral nas mães angolanas.

O inquérito por entrevista tem como vantagem os dados serem fornecidos pelos próprios atores (mães) e como inconveniente alguma distorção da informação pela subjetividade das mesmas (Vilelas, 2017). Os inquéritos por entrevista realizam-se de forma presencial e com interação direta (entrevistador/entrevistado), o que permite gerir a influencia do entrevistador no entrevistado, reduzir as diferenças entre ambos e evitar a sobreposição de canais de comunicação (Carmo & Ferreira, 2015). As entrevistas foram conduzidas face a face e realizada recolha de dados audio de todas, de forma a poder ser efetuada a posterior transcrição. Com as participantes foi estabelecida uma relação de confiança, para que a situação se tornasse facilitadora na colheita de dados. Também no sentido de proporcionar maior à vontade das participantes e facilitar a partilha da informação, as entrevistas foram realizadas em local que garante condições de privacidade das participantes, cedido pela instituição de saúde, e realizadas no dia em que as mães tiveram consulta de revisão do puerpério, de acordo com o combinado previamente. As entrevistas tiveram como duração entre trinta a sessenta minutos, pois conforme explicado por Streubert, quanto mais confortável está cada participante, mais facilmente fornece a informação procurada (Streubert & Carpenter, 2002).

Todas as entrevistas iniciaram com a apresentação da investigadora, agradecendo às participantes terem aceite o convite para a participação no estudo realizado no dia do parto. Foi novamente explicado às participantes em que consistia o estudo, os objetivos e as implicações para si, e lido o consentimento informado, livre e esclarecido, obtendo a aceitação de participação no estudo de forma oral e escrita. Foi reforçado que em qualquer momento, as mães poderiam desistir de participar nesta investigação. Após a realização das entrevistas, procedeu-se à transcrição minuciosa das mesmas. A maior parte das entrevistas

foi realizada individualmente à mãe, que se encontrava sozinha com o recém-nascido, salvo raras exceções, o pai acompanhava a mãe e esteve presente na entrevista.

Na colheita de dados, de acordo com Carmo & Ferreira (2015) realizou-se uma descrição rigorosa, recorrendo à transcrição e análise das entrevistas, fotografias, vídeos e notas, respeitando o mais possível a forma original de modo a garantir a validade da informação recolhida, atendendo ao que as mães diziam ou faziam.

## 5.2. Observação fotográfica e filmica

Os métodos visuais como o filme e a fotografia, podem ser utilizados em conjunto com outros métodos de investigação como a entrevista, complementando a estratégia da triangulação.

Para melhor compreensão da relação entre as práticas e os contextos culturais em que são realizados os cuidados ao recém-nascido e a interação mãe/filho no seu meio natural, pode recorrer-se à utilização da imagem em movimento (documento fílmico ou videográfico). Esta metodologia é um meio e um instrumento de comunicação que permite a observação diferida, instrumentalizada, minuciosa, precisa, a descrição das práticas e comportamentos, a análise da comunicação, linguagem verbal e não verbal, fornecendo contributos valiosos, tanto ao nível da pesquisa, como no âmbito da intervenção e da formação em comunicação em saúde. Nela o investigador pode ser também participante, o que facilita a inserção no terreno e a familiarização entre pesquisador e participante, permitindo maior confiança, aceitação e participação (Ramos, 2010a). Permite assim aos profissionais desenvolver competências comunicacionais, educativas e culturais em saúde, pois ao observar o comportamento das mães aquando da prestação de cuidados aos recém-nascidos visualiza os processos de interação nas diferentes perspetivas e dimensões e proporciona informação sobre os valores, crenças e práticas da comunidade, colaborando para a prestação de cuidados de saúde mais humanizados (Ramos, 2010a; Ramos & Serafim, 2014).

Na aplicação desta metodologia teve-se em conta a garantia dos princípios éticos a começar pelo consentimento informado, respeito pelos hábitos e costumes das populações e não transposição dos modelos de cultura do investigador, fazendo-se a “reconversão do olhar” (Ramos, 2010a). Para esta autora o filme é o método mais completo de observação

do comportamento, das práticas educativas e dos mecanismos de aprendizagem e transmissão.

Por sua vez, trabalhar a comunicação no contexto multicultural e de saúde é primordial (Ramos, 2001, 2004, 2006, 2008a, 2012 b, c, 2016; Nunes & Ramos, 2011). A comunicação um instrumento básico dos cuidados em saúde, que influencia o comportamento através de um fluxo pluridimensional de informações. Desta forma, a comunicação na relação de cuidados, contribuí para o sucesso da prática dos cuidados de saúde e torna o utente um agente ativo e responsável no seu processo saúde-doença. A comunicação constitui um bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde com reflexo a vários níveis incluindo na economia do país (Ramos (2004, 2006, 2012 a,b,c; Ramos). O método filmico permite comparar actividades semelhantes em famílias e contextos diferentes, o que favorece a comparação transcultural (Ramos, 2004a, 2010a).

Ao comunicar considera-se a identidade do outro e promove-se a capacidade de resiliência da mãe migrante. Daí a relevância da formação sólida dos profissionais de saúde para desenvolver estratégias de intervenção face às diversidades individuais e culturais. Assim, a relação pedagógica e a comunicação intercultural baseiam-se na compreensão, tolerância e reconhecimento do outro e sua diversidade, permitindo a negociação do processo de cuidados de saúde entre o profissional de saúde e as mães (Ramos, 2014, 2016).

Às mães que se mostraram à vontade na realização dos cuidados ao coto umbilical e que realizavam a prática recomendada, foi solicitada autorização para fotografar e filmar na realização desse cuidado, no entanto, algumas destas mães, acabou por não o querer fazer. Às que não mostraram qualquer receio, manifestando à vontade em fazê-lo, procedeu-se a esse registo. Obtivemos um número limitado de observações filmicas e fotográficas, no entanto, a sua associação aos restantes métodos utilizados, num processo de triangulação, permitiu obter um conhecimento mais aprofundado do fenómeno em estudo.

De acordo com Banks (2007), no que diz respeito a questões éticas, as maiores preocupações da investigação visual relacionam-se com a dificuldade de garantir o anonimato. No entanto, no estudo, não se revelam nas filmagens os rostos da mãe e do recém-nascido. E ao serem comunicados os fins a que se destinavam as imagens recolhidas esta questão não deu origem a constrangimentos, nas mães que consentiram o mesmo. O

consentimento informado para a recolha das imagens, foi obtido oralmente e por escrito, logo no início da entrevista.

## 6. Procedimento de análise de dados

A investigação realizou-se através da pesquisa bibliográfica, tão alargada quanto possível sobre a temática em estudo. E através da pesquisa de campo, recorrendo a inquéritos por entrevista às mães angolanas de recém-nascidos. Recorremos também a informadores privilegiados.

A análise da informação recolhida foi realizada através de análise quantitativa (estatística descritiva), nas questões de resposta fechada, recorrendo ao programa informático International (IBM)® *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS)®, versão 24.0, com recurso a análises descritivas. Trata-se de um *software* para tratamento de dados estatísticos, muito utilizado nas ciências sociais.

A grande parte dos dados resultantes das entrevistas, da observação filmica e fotográfica foram submetidos a análise qualitativa, com recurso ao programa informático Nvivo, versão 12 (*QSR International Pty Ltd.*), para auxiliar o processo de armazenamento, gestão e análise dos diversos tipos de dados. O Nvivo, além de facilitar e agilizar as análises, tem a função tanto de validar como de gerar confiança, qualificando o material colhido.

A utilização de programas informáticos apenas serve para facilitar a análise e a interpretação, não dispensando a atuação ativa do pesquisador na adoção de um método de análise coerente e pertinente ao tema e à orientação epistemológica (Mozzato & Grzybovski, 2011).

Após a gravação das entrevistas em suporte analógico e digital, foi necessário transcrevê-las para poder proceder à sua interpretação. Uma vez que, de acordo com Green e Thorogood (2004), uma transcrição correta constitui o registo mais credível de uma entrevista, efetuámos este procedimento com a maior exactidão possível, o que se traduziu num processo particularmente moroso que implicou diversas repetições e leituras.

Para a redação e apresentação do trabalho foram utilizados o Microsoft Office (Word, Excel e PowerPoint). A apresentação dos resultados, realizou-se através de gráficos, quadros e fotografias.

Na análise e tratamento dos dados recorremos à análise de conteúdo temática ou

categorial, que segundo Braun & Clafje (2006), é um método primordial no âmbito da análise qualitativa, muito usada nas ciências sociais. Permite obter os diversos sentidos das mensagens no discurso e proporciona um conjunto de competências (identificar, analisar, reportar temas, padrões ou categorias dos dados).

A análise de conteúdo realizada, respeitou as três fases recomendadas por Bardin (2018): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado. Nesta fase, estabeleceu-se o contato com os documentos da colheita de dados e a demarcação do que seria analisado nos documentos recolhidos. Pretendemos operacionalizar as ideias iniciais e elaborar um esquema concreto de análise. Assim, realizamos a audição e visualização das entrevistas gravadas, a sua transcrição integral e uma “leitura flutuante”, para retirar as ideias principais (Bardin, 2018). Foram ainda analisados os materiais fotográficos e filmicos.

A segunda fase, exploração do material consiste numa etapa importante, de definição da codificação e categorização, que possibilita e facilita as interpretações e as inferências (Bardin, 2018).

Segundo Corbin e Strauss (2008), a análise envolve a codificação, que consiste na produção e no desenvolvimento de conceitos a partir dos dados. Sendo os códigos, os nomes atribuídos aos conceitos originados a partir da codificação. De acordo com este processo, e recorrendo ao programa informático NVivo12, selecionamos e codificamos os excertos das entrevistas que considerámos serem relevantes para darem resposta às questões de investigação. Seguiu-se um processo de sucessiva redução dos dados e de contextualização dos mesmos de forma a torná-los mais legíveis.

Um dos aspectos essenciais da análise de conteúdo é o uso de categorias, que derivam frequentemente de modelos teóricos: as categorias são trazidas ao material empírico e não necessariamente desenvolvidas a partir deste, embora sejam repetidamente confrontadas com o mesmo e modificadas se necessário (Flick, 2009).

O critério de categorização usado foi o semântico (categorias temáticas). A categorização teve como primeiro objetivo, assim como a análise documental, fornecer por condensação uma representação simplificada dos dados brutos.

No presente estudo, algumas categorias foram estabelecidas *a priori* baseando-nos nas temáticas abordadas nas entrevistas, porém, outras categorias e subcategorias surgiram *a posteriori* ou foram modificadas no decurso do processo de análise.

A análise de conteúdo caracteriza-se pela utilização de técnicas de interpretação da comunicação e procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, para obter indicadores de conhecimento relativos às mesmas (Vilelas, 2017). As categorias devem ser exaustivas (todas as unidades de registo podem ser incluídas numa categoria, de acordo com os objetivos da investigação), exclusivas (a mesma unidade de registo só possa fazer parte de uma categoria), objetivas (definição clara das características de cada categoria, não permitindo diferentes interpretações de conteúdo), devem ainda ser replicáveis e pertinentes, fiéis e produtivas, podendo ser definidas logo no início do estudo ou posteriormente (Carmo & Ferreira, 2015; Vilelas, 2017).

Para que a categoria seja considerada válida, deve ter significado para o problema em causa e reproduzir a realidade dos factos. É importante definir detalhadamente e com clareza os codificadores, de modo que diferentes codificadores obtenham resultados idênticos e que o mesmo codificador utilize os mesmos critérios durante todo o processo, garantindo assim a fidelidade da análise (Carmo & Ferreira, 2015).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, pretendendo-se a organização e o destaque das informações para análise. É um momento de intuição, análise crítica e reflexiva (Bardin, 2006).

Para isso, foi analisada e codificada minuciosamente a informação das entrevistas e construídos quadros que permitiram agrupar a informação por categorias e unidades de contexto e unidade de registo. Realizamos a codificação das entrevistas, por exemplo, E1 é referente à primeira entrevista efetuada.

Assim, a análise dos dados foi realizada através de categorias que foram pré-definidas e que remetem para as questões do guião da entrevista e para os objetivos definidos. No texto da informação transcrita, foram recortadas, unidades de contexto, e utilizamos testemunhos diretos das entrevistadas para “dar voz” às mães angolanas que colaboraram com a investigação, partilhando a sua experiência, de modo a permitir identificar os fatores determinantes nos saberes e práticas das mães angolanas residentes na cidade de Luanda, nos cuidados realizados ao recém-nascido, em particular ao coto umbilical.

No decurso do processo de análise e de interpretação dos resultados obtidos, recorreremos à literatura e a outra documentação científica consultada para estabelecer analogias e aumentar a compreensão e discussão dos temas analisados e dos resultados.

## **7. Questões éticas**

Como qualquer tipo de investigação, o estudo apresentado implica por parte da investigadora atenção para os princípios éticos. Logo no início do estudo devem ficar esclarecidas quais as responsabilidades da investigadora e investigado. Devemos primar pelo respeito e garantia dos direitos das mães, recém-nascidos e informadores qualificados.

Deste modo, os princípios éticos devem ser seguidos em todas as fases do estudo. Desde o seu início, com a pertinência do problema ao final do mesmo com a validade dos resultados.

Na formulação do problema e relevância do estudo, é importante a fundamentação com o que já foi investigado e concluído sobre o tema. Na revisão da literatura deve ser garantida a sua validade científica, bem como o princípio da integridade académica, através das citações e referências, respeitando a fidelidade ao autor. Na seleção da população em estudo, deve-se atender ao consentimento livre e esclarecido após explicação das fases da investigação e das possíveis consequências para a participante, garantindo a confidencialidade das fontes. Por sua vez na colheita e tratamento dos dados, estes devem ser tratados e analisados com rigor numa análise isenta e confrontada com o que outros autores tenham produzido (Nunes, 2013).

Todos os estudos requerem que sejam explicadas as fontes utilizadas, autenticidade na redação do relatório, fidelidade dos resultados e da conclusão apresentada (Carmo & Ferreira, 2015).

A realização de um trabalho académico de investigação numa instituição implica a sua apresentação para autorização do mesmo. Antes do início do estudo garantimos que não existiam conflitos de interesses associados. O conflito de interesses decorre geralmente da dicotomia entre o papel desempenhado de profissional e de investigador, o que causa tensão na relação com os participantes do estudo (Vilelas, 2017).

Sendo o estudo realizado em Luanda, que à semelhança de grandes cidades, vivencia o fenómeno da migração e globalização, verificamos o desafio da aplicabilidade dos princípios éticos universais num contexto multicultural, onde devem ser atendidas as especificidades culturais sem violar as regras de ética universais. Atendemos à diferença cultural, primando pelo respeito e garantia dos princípios éticos a todos os envolvidos no estudo, com especial atenção aos mais vulneráveis (as crianças), mantendo a sua integridade e privacidade. Envolver no estudo crianças através dos cuidados prestados pelas mães requer que os princípios e códigos éticos sejam garantidos de forma a manter a integridade destas.

Para a realização do estudo solicitamos as seguintes autorizações: do Comitê de Ética em Angola, do Centro de Saúde da Samba, da Administração do Distrito Urbano da Samba (área da unidade de saúde onde foram realizadas as entrevistas).

Todos os aspetos inerentes à investigação foram esclarecidos pela investigadora fazendo-o com honestidade na relação com os participantes, ao explicar os objetivos da investigação. Tal reporta para a fidelidade, confiança e veracidade, fundamentais para a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido que pode ser aplicado por escrito ou oral. Nenhum participante foi envolvido na pesquisa sem antes dar o consentimento informado. Este implica explicação do tipo de estudo que envolve a pesquisa, os seus propósitos e duração estimada, descrição dos procedimentos, riscos ou constrangimentos previsíveis, bem com dos seus benefícios (Vilelas, 2017). Ao aplicar o consentimento informado com as participantes (mães), garantimos a confidencialidade da informação, anonimato, sigilo e privacidade, foi também dada a garantia que as respostas individuais não identificam o sujeito e os seus dados pessoais não podem ser divulgados sem a sua autorização. Foi colocada à consideração das mães a participação ou não no estudo, aceitando a sua decisão de não participar ou de retirar o seu consentimento em qualquer momento da investigação, sem que isso implique consequências para estas. Garantimos assim, o princípio da autonomia, autodeterminação e liberdade de escolha do participante. No caso dos recém-nascidos o consentimento informado, livre e esclarecido de participação no estudo foi obtido pelo seu representante legal, neste caso as suas mães.

Após a leitura do consentimento informado, este foi obtido de forma verbal e por escrito, e de modo livre e esclarecido da parte das participantes no estudo.

De forma a assegurar que tudo o que fosse dito ficasse registado, solicitámos aos entrevistados a gravação áudio das entrevistas, o que foi aceite na totalidade dos casos.

Na colheita de dados foi realizada a entrevista às mães dos recém-nascidos. O contato e a realização das entrevistas permitiu um melhor entendimento da realidade. A entrevista exigiu à investigadora atenção de modo a não influenciar as respostas dos participantes, e cuidado nas leituras e interpretações realizadas (Lalanda, 1998).

Na colheita de dados consideramos pertinente a utilização da metodologia da imagem filmica e fotográfica, o que implicou assegurar os princípios éticos anteriormente mencionados e um posicionamento por parte do investigador que permitisse às mães que as práticas dos cuidados ao recém-nascido não fossem influenciadas pela sua presença. Estes aspetos são fundamentais para garantir a fiabilidade da informação colhida.

Na investigação protegeu-se os participantes de danos que possam ocorrer no decurso da investigação ou que possam decorrer dos resultados da mesma, primando assim pelo princípio da beneficência (o bem), garantindo a proteção dos grupos mais vulneráveis (mães e recém-nascidos). Garantiu-se a justiça e equidade, tratando de igual forma todas as mães, crianças e envolvidos no estudo. Garantiu-se também o direito da proteção contra o desconforto e prejuízo, protegendo os participantes no estudo de inconvenientes susceptíveis que a investigação pudesse causar. No caso da presente investigação, o risco que poderia eventualmente existir seria temporário, ou seja um risco mínimo de sentir desconforto durante a investigação e que terminaria no final desta, por exemplo ao responder à entrevista. Tal passa pelo desconforto físico, fadiga tensão muscular e pelo desconforto psicológico e social relacionado com ansiedade e stress perante a entrevista ou durante a observação da realização dos cuidados ao recém-nascido. O desconforto pela intrusão na vida privada e o dispêndio de tempo durante a colheita de dados, poderiam constituir outro dos riscos temporários inerentes ao estudo. Para colmatar esta situação a investigadora ajustou-se à data e horário da consulta de revisão do puerpério que a mãe tinha na instituição de saúde, de modo a evitar deslocações extras da mãe para a entrevista. Procurou-se criar empatia e confiança com as mães de modo a evitar constrangimentos pela sua presença (Vilelas, 2017).

A avaliação do risco /benefício do estudo foi realizada logo no início do estudo e discutida abertamente com as participantes, de modo a que pudessem falar abertamente do seu interesse ou não em participar no mesmo. Neste estudo, verificou-se que o fato das mães saberem que a investigação em que estavam a participar poderá contribuir para melhorar a qualidade da saúde neonatal sobrepôs-se aos riscos anteriormente mencionados (Fortin, 2009).

A realização de um trabalho de investigação implica uma enorme responsabilidade, no sentido de conduzir a investigação garantindo a manutenção dos princípios éticos inerentes aos estudos de investigação. Para garantir a fiabilidade do estudo, realizou-se uma descrição pormenorizada e rigorosa da sua realização, sendo uma preocupação constante assegurar o máximo rigor metodológico no estudo.

## CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 1. Caracterização sócio-demográfica

As participantes no estudo, foram 40 mulheres angolanas, mães de recém-nascidos. A idade das mães variou entre os 16 e os 43 anos, sendo a média de idade de 26 anos, metade das mulheres tendo menos de 24 anos. Entre as primíparas a idade das mães variou entre os 16 e os 38 anos, a média de idades sendo de 23 anos, e registou uma mediana de 21,5 anos, ou seja, metade das mulheres tendo 21 ou menos anos. Entre as múltíparas, a média de idades foi de 28 anos, com um intervalo de idades compreendido entre os 19 e os 43 anos e uma mediana de 27 anos (Quadro 4.1).

**Quadro 4.1:** Estatística descritiva da idade das mães

<b>Primípara/ múltipara</b>	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Primípara	23,15	20	5,194	21,50	16	38
Múltipara	28,25	20	6,480	27,00	19	43
Total	25,70	40	6,346	24,00	16	43

Todas as mães participantes têm nacionalidade angolana. Quanto à naturalidade, 50% das mães são naturais de Luanda (20) e 50% são naturais de outras províncias. As mães naturais de outra província encontram-se distribuídas da seguinte forma: 15% são do Cuanza Sul (6), 10% são de Malanje (4), 7,5% são do Uíge (3) e 5% são da Huíla (2). As províncias de Benguela, Cabinda, Huambo, Namibe e Zaire, são província natal, de uma mãe em cada província (2,5%), mostrando a variedade de fluxos migratórios existentes em Angola.

No estudo registaram-se 20 mulheres primíparas (50%) e 20 múltíparas (50%). Entre as mães primíparas, 10 são naturais de Luanda (50%) e 10 são naturais de outras províncias, o mesmo sucede com as mães múltíparas.

**Quadro 4.2:** Paridade e naturalidade das mães

Paridade/ Naturalidade		Naturalidade		Total
		Outra Província	Luanda	
Primípara	n	10	10	20
	%	25,0%	25,0%	50,0%
Múltipara	n	10	10	20
	%	25,0%	25,0%	50,0%
Total		n	20	40
		%	50,0%	50,0%

Do total de participantes, 20 mães (50%) referiu não falar nenhum dialeto. Entre as 20 mães que falam algum dialeto, seis mães falam Kimbundu (15%), cinco mães falam Kikongo (12,5%), quatro mães falam Ungoia (10%), três mães falam Umbundo, uma fala Nganguela (2,5%) e uma fala Lingola e entende Kikolo (2,5%).

**Quadro 4.3:** Dialectos das mães

		n	%
Dialeto	Lingola e Kikolo	1	2.5
	Kikongo	5	12.5
	Kuimbundu	6	15.0
	Nganguela	1	2.5
	Nenhum	20	50.0
	Umbundo	3	7.5
	Ungoia	4	10.0
	Total	40	100.0

Em relação às habilitações literárias, o ensino médio é o mais frequente com 45% (n=18) das mães, seguido do 1º Ciclo (6ª Classe) e 2º Ciclo (9ª Classe), ambos com igual percentagem 20,0% (n=8). A formação superior corresponde a 10% (n=4) das mães e duas mães têm apenas o ensino básico.

**Quadro 4.4:** Habilitações literárias das mães

		n	%
<b>Habilitações Literárias</b>	Ensino Básico	2	5.0
	1º Ciclo (6ª classe)	8	20.0
	2º Ciclo (9ª classe)	8	20.0
	Ensino Médio	18	45.0
	Ensino Superior	4	10.0
	Total	40	100.0

Quanto à situação profissional, (37,5%, n=15) das mães referem estar empregadas, (30%, n=12) encontram-se desempregadas, (27,5%; n=11) mães encontravam-se a estudar, enquanto que duas mães são trabalhadoras e estudantes (5%;n=2).

**Quadro 4.5:** Profissão das mães

		n	%
<b>Profissão</b>	Estudante	11	27.5
	Desempregada	12	30.0
	Empregada	15	37.5
	Trabalhadora-estudante	2	5.0
	Total	40	100.0

O local de residência em Luanda da maioria das participantes é a periferia 90,0% (n=36) enquanto que as mães que vivem no centro, são 10,0% (n=4).

O estado civil da maioria das mães é a união de facto, em 60% (n=24) e 35% (n=14) das mães eram solteiras; apenas uma participante estava casada e outra estava separada do companheiro.

**Quadro 4.6:** Estado Civil das mães

		n	%
<b>Estado Civil</b>	Solteira	14	35.0
	Casada	1	2.5
	União de fato	24	60.0
	Separada	1	2.5
	Total	40	100.0

Em termos de religião observou-se uma grande variedade de credos, com uma maior expressão da religião Católica (32,5%, n=13) e da Assembleia de Deus Pentecostal (22,5%, n=9). Três mães (7,5%) referem não ter qualquer religião.

**Quadro 4.7:** Religião das mães

		n	%
<b>Religião</b>	Católica	13	32.5
	Evangelista	1	2.5
	Adventista do 7º dia	2	5.0
	Testemunha de Jeová	1	2.5
	Evangélica Batista	2	5.0
	Josefate	1	2.5
	Kimbandista	1	2.5
	Assembleia de Deus Pentecostal	9	22.5
	Igreja Universal do Reino de Deus	3	7.5
	Igreja de Nosso Senhor Jesus Cristo no Mundo (Os Tocoístas)	2	5.0
	Igreja do Bom Deus	1	2.5
	Metodistas	1	2.5
	Não tem religião	3	7.5
	Total	40	100.0

Metade dos agregados familiares são constituídos por famílias nucleares (para além da própria mãe) pelo companheiro e o(s) filho(s) (50%, n=20), enquanto os restantes agregados familiares mostraram uma composição muito variada e alargada, desde mães a viver com as suas mães, com os enteados, os sobrinhos e as tias. Existe uma mãe que vive sozinha com o seu bebé recém-nascido (mãe primípara).

**Quadro 4.8:** Constituição do agregado familiar das mães

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem válida</b>
<b>Agregado familiar</b>	Companheiro e filho(s)	20	50,0%
	Mãe, irmãos e filho(s)	3	7,5%
	Companheiro, filhos e sobrinha	2	5,0%
	Mãe e filho RN	2	5,0%
	Pais da mãe e filho(s)	2	5,0%
	Tios, sobrinhos e filho RN	2	5,0%
	Companheiro, filho(s) e os pais	1	2,5%
	Companheiro, filho(s), mãe e irmã(s)	1	2,5%
	Companheiro, filhos e enteada	1	2,5%
	Companheiro, filhos, irmã e sobrinhos	1	2,5%
	Irmã e filhos	1	2,5%
	Mãe, irmã, sobrinho(s) e filho RN	1	2,5%

	Mãe, tias e filho RN	1	2,5%
	Pais da mãe, irmãos e filho RN	1	2,5%
	Sozinha com o bebé	1	2,5%
	Total	40	100,0%

Nas mães múltiparas, o número de filhos, para além do recém-nascido varia entre 1 e 5 filhos. A maioria das mães tem mais um filho, 55% (n=11), e 25,5% (n=5) das mães têm dois filhos para além do recém-nascido.

**Quadro 4.9:** Frequências do número de filhos, além do recém-nascido: Luanda e outras Províncias

		Naturalidade			
		Outra Província		Luanda	
		Nº	N %	Nº	N %
Quantos filhos tem, além do recém-nascido?	1	6	30.0%	5	25.0%
	2	2	10.0%	3	15.0%
	3	2	10.0%	1	5.0%
	5	0	0.0%	1	5.0%

Comparando as estatísticas do número de filhos além do recém-nascido entre as mães múltiparas naturais de Luanda e as mães múltiparas naturais de outras províncias, observou-se um número ligeiramente superior no grupo das mães que são naturais de Luanda, que têm em média mais dois filhos para além do recém-nascido e metade destas mães menos de dois filhos (mediana=1,5).

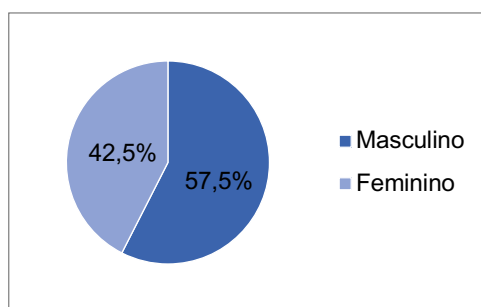
**Quadro 4.10:** Estatísticas descritivas do número de filhos, além do recém-nascido

	n	Mínimo	Média ± Desvio padrão	Máximo	Mediana
<b>Amostra</b>	20	1	1,75 ± 1,070	5	1,00
<b>Luanda</b>	10	1	1,90 ± 1,287	5	1,50
<b>Outras Províncias</b>	10	1	1,60 ± 0,843	3	1,00

Quando questionadas se pretendem ter mais filhos, a maioria das mães 62,9% (n=22) pretende ter mais filhos, enquanto que 37,1% (n=13) não pretende ter mais filhos. Existem 5 mães que não sabem se querem ter mais filhos.

Os recém-nascidos abrangidos pelo estudo, segundo as mães são todos saudáveis. Quanto ao género, 57,5% são do género masculino (n=23) e 42,5% são do género feminino (n=17) (Gráfico 4.1). No que se refere à idade dos recém-nascidos, esta variou entre 3 dias e 28 dias de vida, metade destes tinha menos de 7 dias (mediana=7) e a média de (7,65), cerca de 8 dias de vida. O período de gravidez das mães variou entre as 33 semanas e as 42 semanas, a média situou-se nas 40 semanas de gravidez (39,525). Apenas uma mãe teve parto por cesariana, as restantes 39 mães tiveram partos eutócitos.

**Gráfico 4.1:** Género do recém-nascido



O motivo para engravidar mais mencionado pelas mães foi a falta de prevenção/descuido por 52,5% (n=21), seguido da vontade de ser mãe 37,5% (n=15). As respostas são idênticas nos quatro grupos de mães (primíparas, múltiparas, Luanda e província). Os quadros 4.11 e 4.12, referem-se ao motivo para engravidar de acordo com a paridade e naturalidade, respetivamente.

**Quadro 4.11:** Motivos para engravidar de acordo com o número de filhos

Qual foi a sua motivação para engravidar?	Paridade				Total (n)	Total	$\chi^2$	p
	Primípara		Múltipara					
	n	%	n	%				
Vontade de ser mãe	8	20%	7	17,5%	15	37,5%	2,114	1.000
Falta de prevenção/descuido	10	25,5%	11	27,5%	21	52,5%		
Satisfazer o parceiro	1	2,5%	1	2,5%	2	5,0%		
Pressão da família	1	2,5%	0	0,0%	1	2,5%		
Vontade de ambos	0	0,0%	1	2,5%	1	2,5%		

**Quadro 4.12:** Motivos para engravidar de acordo com a naturalidade

Qual foi a sua motivação para engravidar?	Naturalidade				Total (n)	Total %	$\chi^2$	p
	Luanda		Outra província					
	n	%	n	%				
Vontade de ser mãe	6	15,0%	9	22,5%	15	37,5%	5,029	0,229
Falta de prevenção/descuido	12	30,0%	9	22,5%	21	52,5%		
Satisfazer o parceiro	2	5,0%	0	0,0%	2	5,0%		
Pressão da família	0	0,0%	1	2,5%	1	2,5%		
Vontade de ambos	0	0,0%	1	2,5%	1	2,5%		

Os sentimentos em relação ao nascimento do bebé mais prevalentes nas mães, são a felicidade, 82,5% (n=33), seguido do sentimento religioso, ou seja, da bênção de Deus, 75% (n=30). Os sentimentos menos referidos pelas mães, são as alterações na relação do casal, 12,5% (n=5) e a falta de apoio, 10% (n=4). À semelhança do que se verifica em relação ao motivo para engravidar, nos sentimentos em relação ao nascimento do recém-nascido as respostas são idênticas nos quatro grupos de mães (primíparas, múltiparas, Luanda e província). O quadro 4.13 e 4.14, apresentam os sentimentos em relação ao nascimento do bebé de acordo com a paridade e naturalidade, respetivamente.

**Quadro 4.13:** Sentimentos e percepções em relação ao nascimento do bebé de acordo com o número de filhos.

	Paridade					
	Primípara		Múltipara		Frequência	Percentagem válida
	n	%	n	%		
Felicidade	20	58.8%	13	8.2%	33	82,5%
Grande responsabilidade	8	40,0%	11	5.5%	19	47,5%
Começo de uma vida nova	9	69.2%	4	0.8%	13	32,5%
Ansiedade /medo	5	71.4%	2	8.6%	7	17,5%
Ato de amor	6	54.5%	5	5.5%	11	27,5%
Experiência de vida	9	56.3%	7	3.8%	16	40%
Realização de um sonho	7	58,3%	5	1,7%	12	30%
Uma bênção de Deus	13	43,3%	17	6,7%	30	75%

<b>Amadurecimento</b>	6	50,0%	6	0,0%	12	30%
<b>Falta de apoio</b>	1	25,0%	3	5,0%	4	10%
<b>Aumento da família</b>	4	30,8%	9	9,2%	13	32,5%
<b>Alterações na relação com o casal</b>	3	60,0%	2	0,0%	5	12,5%
<b>Alterações na relação com a família alargada</b>	5	55,6%	4	4,4%	9	22,5%

**Quadro 4.14:** Sentimentos e percepções em relação ao nascimento do bebé de acordo com a naturalidade

	Naturalidade					
	Outra Província		Luanda		Frequência	Percentagem válida
	n	%	n	%		
<b>Felicidade</b>	18	52,9%	16	47%	33	82,5%
<b>Grande responsabilidade</b>	9	45,0%	11	55,0%	19	47,5%
<b>Começo de uma vida nova</b>	5	38,5%	8	61,5%	13	32,5%
<b>Ansiedade /medo</b>	4	57,1%	3	42,9%	7	17,5%
<b>Ato de amor</b>	5	45,5%	6	54,5%	11	27,5%
<b>Experiência de vida</b>	7	43,8%	9	56,3%	16	40%
<b>Realização de um sonho</b>	6	50,0%	6	50,0%	12	30%
<b>Uma bênção de Deus</b>	15	50,0%	15	50,0%	30	75%
<b>Amadurecimento</b>	6	50,0%	6	50,0%	12	30%
<b>Falta de apoio</b>	2	50,0%	2	50,0%	4	10%
<b>Aumento da família</b>	6	46,2%	7	53,8%	13	32,5%
<b>Alterações na relação com o casal</b>	2	40,0%	3	60,0%	5	12,5%
<b>Alterações na relação com a família alargada</b>	5	55,6%	4	44,4%	9	22,5%

### 1.1. Situação migratória

As tendências migratórias variadas em Angola, o nível de educação dos pais e o baixo estatuto socioeconómico da maioria de seus habitantes, pode traduzir-se em situações de cuidados aos recém-nascidos débeis, com consequências no estado de saúde. Realidade explicada por Ramos (2008a,b,c, 2012b) ao referir que as mães que têm filhos em situação

migratória vivenciam frequentemente conflitos maternos em relação aos cuidados prestados, devido à exigência cultural diferente e vivenciam situações de solidão, isolamento, dúvida, medo e culpa.

No presente estudo a situação migratória diz respeito ao grupo de mães originárias de outras províncias de Angola (n=20).

As 20 mães naturais de outras províncias residem em Luanda, em média, há 13 anos (média de  $12,61 \pm 7,36$  desvio padrão), a mais antiga há 22 anos, havendo uma diversidade na amostra.

Apenas 13 das 20 mães (65%) voltaram à sua província natal, quatro delas (30,8%) em 2018, três mães (23,1%) em 2016 e uma mãe (7,7%) em cada um dos seguintes anos 2017, 2015, 2014, 2011, 2010, 2007, havendo portanto, uma grande variabilidade de dados. A última visita das mães à província natal, realizou-se em média há 4 anos e metade destas mães não vão à sua província natal há mais de 3 anos (mediana=3).

**Quadro 4.15:** Tempo (em anos) a viver em Luanda

	<i>n</i>	Mínimo	Média ± Desvio padrão	Máximo	Mediana
Há quantos anos está em Luanda	20	0,1	12,61±7,36	22	12,5

**Quadro 4.16:** Há quanto tempo (em anos) visitou a família

	<i>n</i>	Mínimo	Média ± Desvio padrão	Máximo	Mediana
Há quanto tempo visitou a família pela última vez (em anos)	13	1	4,08±3,52	12	3

O principal motivo da migração para Luanda mencionado foi para estar próximo dos pais, irmãos ou companheiro em 30% das mães (n=6). Fugir da guerra, conseguir melhores condições de vida e estudar foram os segundos motivos mais referidos respectivamente por três mães cada um, 15% (n=3).

A maioria destas mães 85,5% (n=17) mantém o contato com os familiares e amigos da província natal, sendo feito sobretudo por telefone 58,8% (n=10).

Apenas 15% (n=3) das mães vieram sozinhas para Luanda, a maioria 85% (n=17) veio para Luanda acompanhada, na sua maioria, pelos tios. E, 90% das mães (n=18), já conhecia alguém em Luanda. As pessoas conhecidas eram principalmente os tios em 40% (n=8) ou irmãos em 15% (n=3). A totalidade das mães refere ter tido apoio na sua integração em Luanda, sendo feito sobretudo pelos tios 20% (n=4), irmãos 15% (n=3) ou a família em geral (sem especificar quem) 10% (n=2).

O tipo de apoio recebido para a integração foi sobretudo financeiro (em termos de casa, alimentação e saúde), referido por 68% das mães (n=13), seguido do apoio para estudar 42% (n=8) e para conhecer a cidade de Luanda 21% (n=4).

Com o nascimento do bebé 65% (n=13) das mães migradas referiu preferir permanecer em Luanda, sendo na sua maioria mães múltíparas (n=8). Contudo, 35% das mães (n=7) preferia estar na província natal, sendo na sua maioria mães primíparas (n=5).

Quanto às razões da preferência, a maioria das múltíparas refere já estar adaptada à cidade de Luanda e a maioria das primíparas refere maior identificação com a sua terra natal.

**Quadro 4.17:** Situação migratória das mães (n=20)

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem válida</b>
<b>Motivo da vinda para Luanda</b>	Vir para junto dos pais, irmãos ou companheiro	6	30,0%
	Fugir da guerra	3	15,0%
	Conseguir melhores condições de vida	3	15,0%
	Estudar	3	15,0%
	Ajudar a família	2	10,0%
	Separação ou divórcio dos pais	2	10,0%
	Ter o bebé	1	5,0%
	Total	20	100,0%
<b>Mantém o contacto com os familiares da Província</b>	Não	3	15,0%
	Sim	17	85,5%
	Total	20	100,0%
<b>De que forma mantém contacto com a família da Província</b>	Por telefone	10	58,8%
	Por telefone e em pessoa	3	17,6%
	Por telefone e internet	2	11,8%
	Através da internet	1	5,9%
	Através de informadores	1	5,9%
	Total	17	100,0%
<b>Veio sozinha para Luanda</b>	Não	17	85,0%
	Sim	3	15,0%
	Total	20	100,0%
<b>Com quem veio para Luanda</b>	Tia ou tio	4	20,0%
	Avó	3	15,0%

	Mãe	3	15,0%
	Pai, mãe e irmãs	3	15,0%
	Marido	2	10,0%
	Avó materna e irmãos	1	5,0%
	Irmã	1	5,0%
	Pai	1	5,0%
	Total	18	90,0%
<b>Já conhecia alguém em Luanda</b>	Não	2	10,0%
	Sim	18	90,0%
	Total	20	100,0%
<b>Quem conhecia em Luanda</b>	Tios	8	40,0%
	Irmã ou irmãos	3	15,0%
	Avós, tios, irmãos e primos	1	5,0%
	Companheiro	1	5,0%
	Familiares	1	5,0%
	Mãe	1	5,0%
	Mãe e avô	1	5,0%
	Pai e outros familiares	1	5,0%
	Pais	1	5,0%
	Total	18	90,0%
<b>Teve apoio na sua integração</b>	Não	0	0,0%
	Sim	20	100,0%
	Total	20	100,0%
<b>Quem apoiou na integração</b>	Tios	4	20,0%
	Irmã e ou irmão	3	15,0%
	Família	2	10,0%
	Cunhada	1	5,0%
	Irmãs da igreja	1	5,0%
	Mãe	1	5,0%
	Mãe e amigos	1	5,0%
	Mãe e avô	1	5,0%
	Os pais	1	5,0%
	Pais, tios e marido	1	5,0%
	Primos	1	5,0%
	Tia e vizinhos	1	5,0%
	Tios e primo	1	5,0%
	Total	19	95,0%
<b>Tipo de apoio que recebeu</b>	Financeiro (casa, alimentação e saúde)	13	68,4%
	Estudar	8	42,1%
	Conhecer Luanda e as pessoas	4	21,1%
	Familiar	2	10,5%
	Apoio das irmãs da igreja	1	5,3%
	Total (de participantes na questão)	19	100,0%
<b>Agora com o nascimento do bebé, onde preferia estar</b>	Luanda	13	65,0%
	Província de origem	7	35,0%
	Total	20	100,0%

No total das 40 participantes, referindo-se à sua província natal, as mães referem que a maioria dos partos são realizados nas unidades de saúde 65,0% (n=26) enquanto que 12,5%

(n=5) são realizados em casa. As participantes referem que quem realiza os partos são sobretudo os profissionais de saúde 65% (n=26) seguidos das parteiras tradicionais 22,5% (n=9) e das avós ou as tias 7,5% (n=3).

Da totalidade das mães participantes, a maioria 55% (n=22) descreve a existência de um ritual de nascimento do bebé, que na maioria das vezes 81,8% (n=18) corresponde a uma festa com a família. Quanto a superstição, crença ou ritual em relação ao coto umbilical, do total de mães participantes 65% (n=26) refere conhecer. Das 40 mães participantes 53,6% (n=15) guarda o coto umbilical, no entanto, quando questionadas sobre a justificação do facto, não sabem explicar.

Em relação ao acolhimento na Unidade de Saúde da Samba, a maioria das mães participantes referiu sentir-se bem acolhida 95% (n=38) e apenas duas mostraram reservas: E1: “o hospital do Estado requer que tenha mais paciência ... por mais que às vezes as pessoas se dirijam a ti sem maneira, mas tens de estar sempre humilde, você é que precisa.” E12: “A doutora que me observou, só olhou para mim, não disse nada. Só disse veste. Fiquei até aborrecida.”

**Quadro 4.18:** Realização do parto

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem válida</b>
<b>Onde são realizados a maioria dos partos</b>	Unidades de saúde	26	65,0%
	Casa	5	12,5%
	Casa e unidades de saúde	7	17,5%
	Não sabe/ não se lembra	2	5,0%
	Total	40	100,0%
<b>Quem realiza o parto</b>	Profissional de saúde	26	65,0%
	Parteiras tradicionais	9	22,5%
	Família (avós e tias)	3	7,5%
	Não sabe/ não se lembra	1	2,5%
	Total	40	100,0%

**Quadro 4.19:** Rituais de nascimento em relação ao coto umbilical

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem válida</b>
<b>Ritual de nascimento do bebé</b>	Não	18	45,0%
	Sim	22	55,0%
	Total	40	100,0%
<b>Ritual praticado quando nasce o bebé</b>	Festa convívio com a família	18	81,8%
	Festa na igreja	1	4,5%
	Levam o bebé à lavra	1	4,5%
	Mãe não pode trançar o cabelo	1	4,5%
	Mãe toma banhos com quifute	1	4,5%
	Total	22	100,0%
<b>Superstição, crença ou ritual em relação ao coto</b>	Não	14	35,0%
	Sim	26	65,0%
	Total	40	100,0%
<b>Superstição, crença ou ritual praticado em relação ao coto</b>	Guardar	15	53,6%
	Enterrar	8	28,6%
	Deitar para o chão	4	14,3%
	Guardar num frasco com água	1	3,6%
	Total	28	100,0%

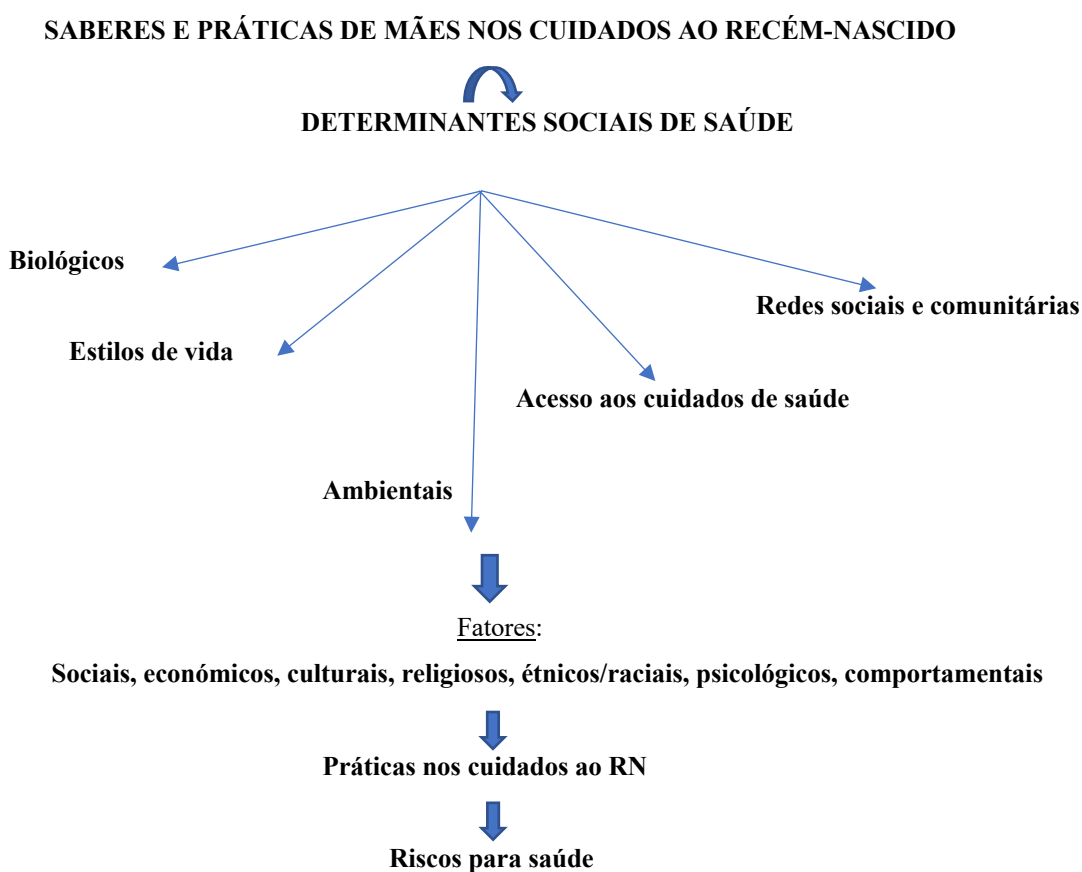
**Quadro 4.20:** Acolhimento na unidade de saúde

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem válida</b>
<b>Acolhimento na Unidade de saúde da Samba</b>	Bem acolhida	38	95,0%
	Bem acolhida, com reservas	2	5,0%
	Total	40	100,0%

## 2. Análise e discussão dos resultados sobre saberes e práticas de mães angolanas.

A partir da análise e interligação dos dados colhidos, apresenta-se uma esquematização a qual nos orientou no processo de categorização:

**Esquema 4.1:** Determinantes de saúde nos saberes e práticas de mães nos cuidados ao recém-nascido

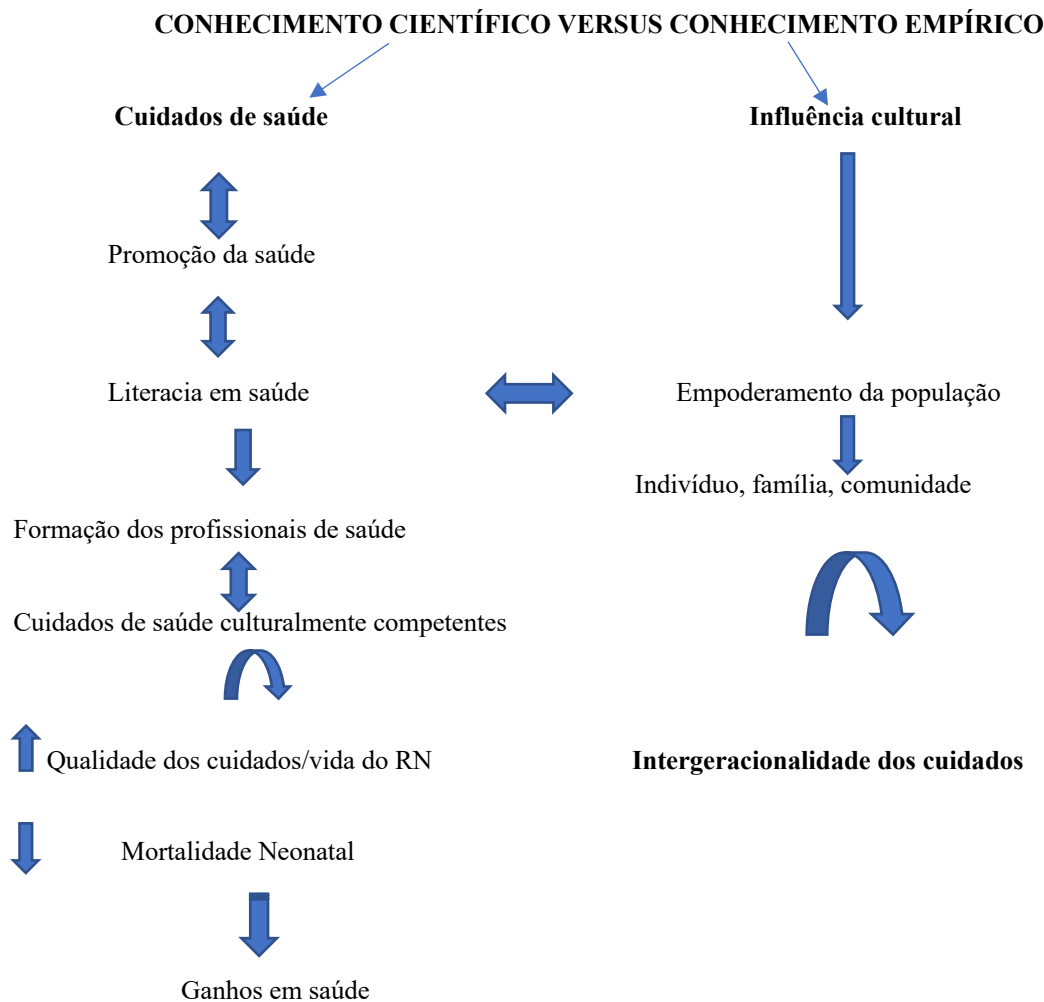


A saúde depende da forma como o indivíduo, família ou comunidade, estão relacionados e controlam os determinantes de saúde. As condições socioculturais, económicas, demográficas e fatores associados ao uso dos serviços de saúde, são considerados como determinantes na mortalidade neonatal.

Segundo Toni (2010), definir os determinantes da saúde tem implicações reais nas políticas e programas em todo o mundo. Na medida em que os recursos são escassos em

países em desenvolvimento, torna-se necessário selecionar as estratégias de melhor custo/benefício para se obter resultados significativos na saúde.

**Esquema 4.2:** Conhecimento científico versus conhecimento empírico.



Na perspetiva do conhecimento empírico e das racionalidades leigas, a cultura influencia a saúde através de atitudes tomadas relativamente aos cuidados de saúde. O conhecimento científico, prima por investir na formação dos profissionais de saúde e ações que envolvam a comunidade e contribuam para o exercício de cidadania (Bäckström, s.d.).

Nos países em desenvolvimento, a promoção da saúde, está geralmente associada à família ou a sistemas de parentesco mais extensos e nos contextos mais tradicionais está muitas vezes associado a chefias ou líderes da comunidade (Laverack, 2004).

A prestação de cuidados culturalmente competentes é uma emergência para a promoção da saúde e bem-estar da comunidade, permitindo aumentar a qualidade dos cuidados prestados, melhorar a qualidade de vida e contribuir para minimizar a mortalidade e morbidade (Ramos 2004 a,b; Nunes & Ramos, 2011).

A partir da análise de conteúdo, as dimensões, categorias e subcategorias temáticas são apresentadas na tabela 4.1. Algumas categorias foram estabelecidas à priori baseando-nos nas temáticas abordadas nas entrevistas, e outras surgiram no decurso do processo de análise e de acordo com os achados empíricos fornecidos pelas participantes. Assim, emergem, cinco dimensões, vinte e duas categorias e o mesmo número de subcategorias.

**Tabela 4.1 :** Dimensões, categorias e subcategorias

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	
<b>1. Conhecimento empírico nos cuidados ao coto umbilical</b>	Aprendizagem com ajuda de outros		16	
	Experiência anterior com RN		26	
	Recomendações transmitidas por terceiros		34	
	Referenciais tradicionais nos cuidados		25	
<b>2. Conhecimento científico nos cuidados ao coto umbilical</b>	Informação transmitida pelos profissionais		22	
	Referenciais científicos nos cuidados		19	
<b>3. Práticas realizadas ao coto umbilical</b>	Antes da queda do coto		10	
	Álcool isolado ou com adição de outros produtos		39	
	Depois da queda do coto		10	
	Outros filhos		5	
	Práticas não recomendadas	Ampicilina		1
		Caixa de fósforos		1
		Cinza		11
		Cuspo		1
		Folhas		2
		Leite de pau		3
		Óleo		15
		Pasta dentífrica (Pepsodent)		4
		Pó		14
Sal		27		
<b>4. Apoios nos cuidados ao recém-nascido</b>	Apoio recebido nos cuidados ao coto umbilical		17	
	Ajuda financeira		31	

<b>5. Aspectos gerais relacionados com os cuidados ao recém-nascido</b>	Ajuda nos cuidados		37	
	Aprendizagem		27	
	Dúvidas		6	
	Orientação dos profissionais de saúde	Cuidados baseados nos profissionais de saúde		12
		Informação diferente transmitida pelos profissionais de saúde		8
	Vacinas em falta		6	
	Alimentação		40	
	Eliminação		13	
	Hábitos de higiene	Banho		40
		Roupa		40
	Segurança e conforto (acidentes, risco de contaminação, transporte e sono)	Acidentes		3
		Risco de contaminação (pragas)		21
		Nunca andou de transporte		9
		Transporte com cadeira		3
		Transporte sem proteção		28
		Dorme sozinho		9
		Berço com proteção lateral		6
		Mosquiteiro na cama		37

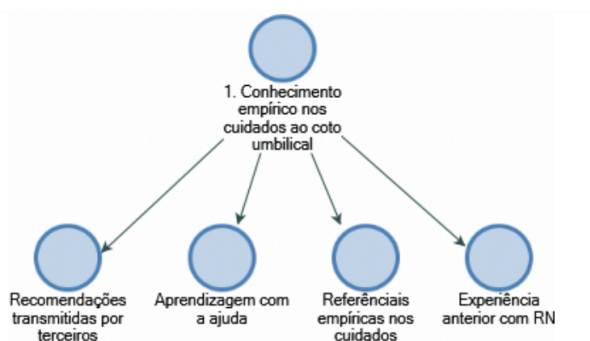
### 2.1. Conhecimento empírico nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido.

As práticas populares correspondem a todos os recursos que se desenvolvem com base no conhecimento empírico utilizado pelas famílias, pessoas leigas e por terapeutas populares, e transmitem-se de geração a geração, não estando a sua prática ligada a serviços formais de saúde. Na família é, em geral, a mulher a pessoa fundamental na utilização de práticas populares e no cuidado das crianças (Oliveira et al., 2006).

Como mostra a tabela 4.2., a dimensão “conhecimento empírico nos cuidados ao coto umbilical”, engloba quatro categorias, a aprendizagem com a ajuda, a experiência anterior com o recém-nascido, as recomendações transmitidas por terceiros e os referenciais empíricos nos cuidados, focados no coto umbilical de modo a perceber a origem e tipo de conhecimento empírico das participantes (esquema 4.3). Posteriormente na dimensão 5, são aprofundados os aspectos gerais nos cuidados ao recém-nascido.

**Tabela 4.2:** Conhecimento empírico nos cuidados ao coto umbilical

Dimensão	Categoria	Unidade de registo
1. Conhecimento empírico nos cuidados ao coto umbilical	Aprendizagem com a ajuda	16
	Experiência anterior com RN	26
	Recomendações transmitidas por terceiros	34
	Referências tradicionais nos cuidados	25

**Esquema 4.3:** Conhecimento empírico nos cuidados ao coto umbilical: categorias.

### 2.1.1. Aprendizagem com a ajuda

As mães aprendem os saberes populares relativos aos cuidados ao recém-nascido através das pessoas mais velhas, muitas vezes membros experientes da família ou pessoas próximas do seu convívio (Ramos 2004 a, b; Linhares, 2010).

Segundo Leite, Pontes & Pavão (2015), indivíduo é considerado como sujeito e agente da sua própria aprendizagem e responsável pelas suas opções.

A categoria “aprendizagem com a ajuda” foi mencionada por 16 mães. E33: “*Eu antes não sabia como cuidar do cordão do bebé. Mas agora eu já sei como devo fazer, caso ela não esteja em casa.*”; E40: “*E também aprendi como é que se faz para o umbigo da criança cair, quais são os cuidados que devemos ter*”. Os dados mostram que a aprendizagem, encontram-se presente em 8 mães naturais das províncias, sendo, 5 mães

primíparas e 3 mães múltiparas e no mesmo número de mães naturais de Luanda, com 3 primíparas e 5 múltiparas. Estes resultados demonstram que a aprendizagem do cuidado ao coto umbilical, pelas puérperas, é um ato que reflete a maneira de cuidar e envolve os saberes culturais adquiridos intergeracionalmente, com maior influência dos membros familiares mais próximos (Linhares, Silva, Rodrigues & Araújo, 2012).

Ao questionar sobre quem é a pessoa que ajuda nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido e que proporcionou a aprendizagem deste cuidado, 7 mães referiram as avós do recém-nascido, e segundo os dados esta referencia é feita em maior número pelo grupo de mães múltiparas e de mães naturais das várias províncias. Estas mães mencionam também a ajuda e aprendizagem com as avós nos cuidados relativos ao banho do recém-nascido. Os resultados vão ao encontro do defendido por Linhares (2010), ao afirmar que no enlace familiar intergeracional, as avós, cuidam dos membros da família, em especial da puérpera e do recém-nascido. E colocam em prática as experiências adquiridas ao longo da vida.

Os vizinhos das puérperas, são referidos com fonte de aprendizagem nos cuidados ao coto umbilical apenas por uma mãe. E38: *“Tenho ajuda de uma vizinha.”* (APÊNCICE VII).

Considerando que o processo de aprendizagem das mães, se efetua com a ajuda que estas recebem nos cuidados ao recém-nascido, a WHO (1998), cit. in Sopa (2009), defende que o profissional de saúde deve envolver o companheiro, outros familiares ou pessoas de referência nos cuidados da mãe e recém-nascido.

### 2.1.2. *Experiência anterior com o recém-nascido*

O conhecimento do senso comum baseado na experiência vivida nos cuidados a outros recém-nascidos, influencia os cuidados futuros.

A categoria “experiência anterior com recém-nascidos”, foi referida por 26 mães, e os dados mostram que as mães estão em igual número no que respeita à naturalidade, 13 mães naturais da província e 13 mães naturais de Luanda e quanto ao número de filhos, destacam-se as mães do grupo das múltiparas com 17 testemunhos de experiência a cuidar de recém-nascidos anteriores. Ao cruzar estes grupos, verifica-se que são as mães múltiparas de Luanda, que se destacam em maior número; E10: *“Já! Dos meus sobrinhos.”* E14:

*“Tinha, das minhas irmãs.” E22: “Sim, já. Da minha primeira filha. E da minha irmã também.”*

Os resultados são de acordo com o esperado, quer por as mães multíparas, já terem tido a oportunidade da experiência de cuidar do primeiro filho, quer pelo fato de serem naturais de Luanda, haver maior probabilidade de ter a família próximo, e assim, mais recém-nascidos no seu meio familiar para cuidar.

As mães que menos referem experiência anterior a cuidar de recém-nascidos são as mães primíparas. O que pode ter relação com o fato de ser o primeiro filho.

No geral, as mães referem experiência anterior nos cuidados dos recém-nascidos, maioritariamente dos filhos, sobrinhos e irmãos; E25: *“Já tinha experiência antes, sim, com os meus filhos.”* E33: *“Sim! Da minha sobrinha. Dos meus filhos também.”* (APÊNDICE VIII)

Os resultados estão de acordo com Simão & Gallo (2013), que afirmam que na família, a mulher é a pessoa fundamental no cuidado ao recém-nascido. Estas têm os seus próprios filhos e os filhos de familiares ou pessoas próximas que ajudam a cuidar, adquirindo assim, experiência nesta prática.

### *2.1.3. Recomendações transmitidas por terceiros*

Nas sociedades tradicionais, o puerpério pode constituir uma fase em que são feitas à mulher recomendações acerca do que lhe é ou não permitido fazer e quais os cuidados a realizar ao recém-nascido (Manuel, 2012).

A categoria “recomendações transmitidas por terceiros”, refere-se ao que é indicado pelas pessoas do meio tradicional para aplicar nos cuidados ao coto umbilical.

Este tipo de recomendações foram referidas por todas as mães naturais de Luanda e por 14 mães naturais da província e migrantes em Luanda. O menor número de referências relativo às mães naturais das várias províncias, pode estar relacionado com o afastamento das pessoas da sua província de origem.

Estes achados vão ao encontro de Ribeiro & Brandão (2011), ao afirmarem que os naturais da cidade têm, na maioria dos casos, redes sociais mais vastas e mais densas e devido à influência cultural algumas mães seguem orientações de familiares e amigos do seu contexto cultural transmitidas intergeracionalmente.

No que se refere ao número de filhos, a diferença entre os grupos é de apenas mais uma mãe múltipara comparativamente às mães primíparas.

As recomendações aos cuidados ao coto umbilical, transmitidas por terceiros, são realizadas principalmente por familiares. *E31: ...em casa disseram que tem de pôr óleo com sal.*”. Segundo Linhares (2010), a dificuldade de cuidar do coto umbilical, reconhecido pelas puérperas, recai muitas vezes nas ‘pessoas mais velhas’, o que permite a transmissão de valores culturais de forma intergeracional.

As recomendações realizadas pelas avós do recém-nascido, relativamente aos cuidados ao coto umbilical, referem-se à aplicação dos seguintes produtos pela ordem decrescente de apresentação; sal (é o segundo produto mais referido após o álcool), seguido do óleo, a cinza, o pó, e as folhas. As mães referem também o leite de pau, a pasta dentífrica (pepsodente), mas não como recomendação das avós. *E11: “Por exemplo, quando o cordão umbilical arrebitou ontem, a minha mãe disse que temos de meter pó...”*. *E21: “A minha mãe me disse foi sal e óleo de palma”*. *E40: “Os tradicionais, só sei que se tem de... mastigar folhas de tomate...passar nas laterais do umbigo”*. Estes resultados vão ao encontro de Ribeiro & Brandão (2011), que afirmam existir práticas que apesar de atualmente estar cientificamente comprovada a sua ineficácia e os danos para a saúde do recém-nascido, continuam a ser transmitidas pelas pessoas mais velhas do seio familiar e da comunidade e usadas nos cuidados realizados.

Algumas mães referem recomendações realizadas por vizinhos e amigos. *E27: “Olhe, ontem mesmo, acabei de ouvir uma vizinha que coloca sal.”* E existem mães que referem recomendações no cuidado, por parte de pessoas que não identificam. *E8: “Já ouvi que, agora, tão a curar o umbigo com Pepsodent, óleo de palma, aquelas telas de luando queimada ou pó.”* (APÊNDICE IX)

O que reforça a ideia de Linhares, Silva, Rodrigues & Araújo (2012), ao referirem que apesar das tarefas relacionadas aos cuidados ao recém-nascido serem geralmente atribuídas aos membros da família, a ajuda de outras pessoas da rede social e comunitária fazem-se notar.

#### 2.1.4. Referenciais tradicionais nos cuidados

Os saberes e práticas das mães, são muitas vezes construídos principalmente no convívio com as pessoas que lhe são próximas, que cuidaram delas e ensinam a cuidar, tornando-se os seus referenciais nos cuidados (Zanatta & Motta, 2007).

A categoria “referenciais tradicionais nos cuidados”, refere-se às pessoas a quem as mães recorrem em caso de dúvida ou dificuldade nos cuidados ao recém-nascido e em quem estes cuidados se baseiam. A menção destes referenciais é feita em número equiparado nos quatro grupos de mães. Os dados mostram nesta categoria, igual número (13) mães primíparas e mães naturais das várias províncias, enquanto que o grupo mães naturais de Luanda e mães múltiparas, apresentam 12 testemunhos cada um.

Os referenciais empíricos são maioritariamente relativos a familiares (avós do recém-nascido, tias, irmãs, cunhadas...). No entanto, 5 mães não especificam, quem é o referencial empírico no seio familiar. As avós do recém-nascido, são os referenciais empíricos que mais se destacam, apontados por 12 mães. Estas mães são maioritariamente múltiparas e encontram-se em igual número no que se refere à sua província de origem (seis mães em cada grupo). E9: “A minha avó e a minha irmã.” E14: “A irmã mais velha...ou a mãe mesmo”. E36: “Da minha sogra.”. São também apresentados referenciais empíricos simultaneamente a avós e outros familiares. A maioria das avós do recém-nascido são as mães da puérpera entrevistada, contudo existem casos em que a referência é feita à sogra. Estes referenciais transmitidos sobretudo pelas avós maternas, na maioria das vezes, referem-se não apenas aos cuidados ao coto umbilical, mas também aos cuidados com o banho do recém-nascido e com a amamentação. Esta é uma realidade explicada por Linhares, Silva, Rodrigues & Araújo (2012), ao afirmar que a avó é uma figura respeitada e valorizada na estrutura familiar. Esta contribui para a continuidade das gerações, assume os papéis de cuidados e atende às necessidades de saúde não só da puérpera, mas, sobretudo recém-nascido. Assim, a mulher desde cedo, adquire saberes intergeracionais, para mais tarde os colocar em prática e posteriormente os transmitir.

Os referenciais empíricos relativos ao pai do recém-nascido são escassos e referem-se a indicações práticas como o cuidado com o biberon. ET: “E a senhora já aprendeu ou está a aprender alguma coisa com o pai nos cuidados ao bebé?” E35: “Sim, ele dá conselho. ET: Dá conselhos?! Que conselhos é que ele já lhe deu?” E35: “Por exemplo, ao dar o

*biberon ao bebé, ele diz que a água ferve.*” Os resultados demonstram o que Soares, Bernardino & Zani (2019), afirmam, que durante muito tempo, o cuidado do filho foi responsabilidade única e exclusiva da mulher, sendo o homem responsável apenas pelo sustento da família.

Verifica-se a existência de referenciais femininos tradicionais, relativos às tias, irmãs e cunhadas. E1: *“É mais minha tia, a tia com quem eu vivi, tem mais experiência...”*; E15: *“Neste caso, da minha irmã... a cunhada e a mãe da cunhada”*. Existem, no entanto, mães que não especificam quem é o referencial no interior do seio familiar. ET: *“E os cuidados que faz são baseados principalmente em orientações de quem?”* E18: *“Da família.”* Por sua vez, algumas mães referem juntamente com o referencial familiar, os amigos e/ou vizinhos. ET: *“E os cuidados que realiza são baseados principalmente em orientações de quem?”* E25: *“Um amigo... uma vizinha, E38: Foi a família e vizinha.”* Os dados demonstram que a referência alusiva aos vizinhos é feita por três mães multíparas e naturais das várias províncias. ET: *“E os cuidados que a mãe faz ao bebé são baseados nas orientações de quem?”* E38: *“De vizinhas, de momento”*. Os resultados são congruentes com o afirmado por Ribeiro, Matos, Santos & Lopes (2009), ao defenderem que a componente cultural aprende-se nos processos de socialização na família o que implica aquisição de conhecimentos e a interiorização de valores que podem facilitar ou limitar a saúde.

As práticas de cunho mágico-religioso estão com frequência presentes no contexto da mulher e ajudam na promoção e na manutenção da saúde do recém-nascido (Baraldi & Praça, 2013). No estudo, a referência à religião é feita apenas por duas mães, ambas da província, uma primípara e outra multípara. ET: *“Como é que aprendeu a tomar conta do bebé?”*. E28: *“As irmãs da igreja.”* ET: *“E como é que a senhora aprendeu ou está a aprender a tomar conta do bebé?”* E36: *“Família, igreja também ajuda.”*

Verifica-se que os referenciais relativos aos cuidados associados ao pai do recém-nascido, aos vizinhos e à religião são escassos e as parteiras leigas não são mencionadas pelas participantes no estudo como referenciais nos cuidados ao recém-nascido. (APÊNDICE X)

O conhecimento do senso comum, orienta a vida e tem um papel central para a compreensão e práticas de saúde. A forma como a situação vivenciada é interpretada, determina as atitudes das mães, quer nos cuidados realizados ao recém-nascidos, quer na relação com os profissionais.

## 2.2. Conhecimento científico nos cuidados ao coto umbilical.

Inerentes à dimensão “conhecimento científico nos cuidados ao coto umbilical”, apresentamos duas categorias, a informação diferente transmitida pelos profissionais e os referencias científicos nos cuidados, como podemos ver representado no esquema 4.4 e na tabela 4.3.

**Esquema 4.4:** Conhecimento científico nos cuidados ao coto umbilical: categorias.



**Tabela 4.3:** Conhecimento científico nos cuidados ao coto umbilical: categorias

Dimensão	Categoria	
<b>2. Conhecimento científico nos cuidados ao coto umbilical</b>	Informação diferente transmitida pelos profissionais	22
	Referências científicas nos cuidados	19

### 2.2.1. Informação diferente transmitida pelos profissionais

Os conhecimentos das mães integram, muitas vezes a opinião dos profissionais de saúde, que articulam com a informação proveniente de outras fontes empíricas. Na prática, os indivíduos recorrem aos profissionais de saúde, e a práticas alternativas, construindo percursos diversos, que podem ser complementares (Laverack, 2004).

De acordo com Ramos (2004a, 2008b), algumas das dificuldades no sector da saúde assentam em problemas comunicacionais, tais como, na informação veiculada pelos

profissionais de saúde, muitas vezes incompreensível ou divergente da informação do contexto familiar e sócio-cultural.

Na categoria “informação diferente do que a mãe sabia transmitida pelos profissionais de saúde”, verificamos testemunhos de 22 mães. Esta categoria diz respeito à informação da utilização do álcool nos cuidados ao coto umbilical, transmitida pelos profissionais de saúde, contrariamente aos produtos tradicionais que as mães conheciam, na sua maioria o sal, óleo, pó e folhas. E37: “... o doutor manda por o álcool...Aprendi mesmo aqui.”

De acordo com Vieira et al. (2015), no que se refere aos cuidados com o coto umbilical a literatura preconiza apenas o uso de álcool a 70%, e este contribui para a prevenção de infeções durante o período neonatal. O uso de diferentes substâncias nos cuidados com o coto umbilical pode acarretar diversos problemas no recém-nascido. Dada a importância do cuidado eficaz, a participação dos profissionais de saúde está exclusivamente direcionada para a educação e acompanhamento das mães, de modo que estas não tenham dúvidas quanto ao conhecimento adequado.

Os dados revelam que nesta categoria, o grupo de mães naturais da província são praticamente o dobro (15), comparativamente com o grupo das mães de Luanda (7). Estes dados podem sugerir que as mães da província tinham consigo mais referenciais de informação tradicional e maior influência cultural nos cuidados, tendo sido as que mais se depararam com a diferença da informação científica. Segundo Sopa (2009), as mães que migram têm maiores possibilidades de seleção das suas relações sociais. Estas a partir da estrutura social, têm a possibilidade de controlar a sua própria saúde e a dos seus filhos, através da escolha da informação recebida, no decorrer do seu processo de aculturação. As mães naturais de Luanda, são as que referem menos informação diferente, o que pode levar a supor que estas mães podem eventualmente sofrer menos influência da cultura tradicional nos cuidados.

No que se refere ao número de filhos, os dados mostram que as mães multíparas, (12 mães) são as que mais referem informação diferente da transmitida pelos profissionais de saúde, o que indicia que estas mães poderão ter tido práticas incorretas nos cuidados ao coto umbilical nos filhos anteriores. ET: “Qual foi a diferença?” E10: “O álcool.” ET: “O que é que a mãe conhecia... antes de lhe falarem no álcool...” E10: “Era o sal”. As mães primíparas são as que referem menos informação diferente transmitida pelo profissional de

saúde, o que pode estar relacionado com o fato de por ser o primeiro filho recorrerem mais ao serviço de saúde, sendo a informação transmitida pelo profissional de saúde nova para si.

Ribeiro & Brandão (2011), referem que existem várias crenças relacionadas ao coto umbilical identificadas como o enfaixar o coto, colocar moedas ou colocar diferentes produtos como a banha de galinha, as folhas de fumo e plantas. Esta situação, também se verifica na realidade Angolana, onde se encontram vários produtos não recomendados no coto umbilical. Algumas mães multíparas referem que antes do contato com o profissional de saúde, tinham como conhecimento prévio a utilização do sal e do óleo. E22: “*Sim, sim.*” ET: “*Porquê? Tinha ouvido falar do sal e do óleo e depois aqui falaram-lhe do álcool, é isso?*” E22: “*Do álcool, sim*”. Existem também testemunhos de mães multíparas e de mães naturais das várias províncias que referem como conhecimento prévio ao contato com o profissional de saúde, a utilização de sal, de óleo, de pasta dentífrica (pepsodent), de cinza e do pó. E8: “*... Já ouvi que, agora, tão a curar o umbigo com Pepsodent, óleo de palma, aquelas telas de luando queimada ou pó*”. E13: “*Normalmente, no hospital dizem que é para curar com álcool. Só que demora mais tempo, então, nós curamos com sal, até ao umbigo cair*”.

Algumas mães, na sua maioria multíparas e mães naturais das várias províncias, fazem referencia à informação diferente transmitida pelos profissionais de saúde (utilização do álcool), comparativamente com a informação dada pelas avós, que segundo estas, indicam com frequência a utilização do óleo, do sal e da cinza (luando). E32: “*Aqui no hospital, o álcool.*” ET: “*E este então, o óleo e sal ou o azeite, quem lhe falou?*” E32: “*A família. A avó, que se metesse.*”

A mãe E31 menciona que a informação transmitida pelo profissional de saúde se opõe ao que é dito em casa (pelos familiares), que é a utilização do óleo e sal. E31: “*Sim! Cá (Centro de Saúde), recomendam com álcool, só mesmo álcool, mas em casa disseram que tem de pôr óleo com sal... Óleo vegetal.*”

Algumas mães referem que a informação diferente transmitida pelos profissionais se contrapõe à sua cultura. E14: “*Ah, os costumes... as doutoras dizem para pôr coiso, para pôr álcool no umbigo do bebé, mas às vezes fugimos um pouquinho, fazemos a nossa cultura... o álcool demora o umbigo cair. Já na nossa cultura fazemos... água com sal... E pomos no umbigo do bebé, três dias, o umbigo cai.*”

A maioria das mães refere que tinha conhecimento ou que ouviu falar de práticas diferentes a realizar ao coto umbilical, não especificando quem transmitiu essa informação. E39: “Eles disseram até que... para pôr álcool.” ET: “E a mãe sabia disso ou foi uma novidade?” E39: “Não, não sabia, foi uma novidade, sim.” Verificamos que as mães recorrem frequentemente ao saber leigo, no entanto, verifica-se cada vez mais a procura de um complemento a este saber com o saber científico. Ambos os saberes, devem caminhar em paralelo, pois a procura do saber científico aumenta com a visibilidade dos resultados do tratamento, no entanto, o saber leigo, está muito enraizado na cultura e é transmitido de geração em geração como uma herança inegável (Ramos 2004 a,b; Alves, 2013).

A mães E33 e E34, mencionam que a informação do profissional não é diferente do que sabiam. ET: “Aquilo que eles lhe disseram para fazer é aquilo que a mãe já sabia, é isso?” E33: “Sim! ET: O pó e o álcool”. E33: “Sim!” ; ET: “Há uma informação que os profissionais de saúde lhe deram relacionadas com os cuidados ao umbigo que seja diferente daquilo que a mãe sabia?” E34: “Não! ET: Não?! O que eles disseram foi aquilo que a mamã já sabia?” E34: “Sim! ET: Para colocar o álcool e o sal?” E34: “Sim!”. Considerando o teor da informação, tal poderá ter ocorrido provavelmente por erro de comunicação ou com o profissional de saúde e a mãe ou na comunicação do entrevistador ao expor a questão na entrevista.

Na perspetiva de Sopa (2009), na relação profissional de saúde e cliente, deve-se partir sempre da possibilidade de existirem disparidades entre o conhecimento prévio do cliente e do profissional de saúde, tentando assim, a uma negociação, com o acordo de intervenções reciprocamente aceitáveis.

As mães que dizem que não tiveram informação diferente transmitida pelos profissionais de saúde são 18 , na sua maioria mães primíparas e mães naturais de Luanda. Destas mães, 8 referem ter referenciais científicos nos cuidados, sendo também na sua maioria mães primíparas e mães naturais de Luanda, o que pode indicar que estas mães são as que mais procuram a base científica nos cuidados, podendo justificar-se por ser o primeiro filho e não haver influência do conhecimento do senso comum transmitidos anteriormente. O fato de ser natural de Luanda, pode sugerir maior acesso e interesse de procura de informação científica e serviços de saúde, por parte destas mães e menor influência da cultural tradicional.

As mães que mencionam referenciais empíricos, são 10, e na sua maioria mães naturais de Luanda, encontram-se em igual número quanto ao número de filhos. Destas mães, apenas 4 não referem simultaneamente referencial empírico e científico nos cuidados. Todas as mães, exceto a E35, mãe primípara natural da província, referem seguir recomendações de terceiros.

Segundo Sopa (2009), o fato de não serem seguidas as orientações recomendadas durante as consultas não deve ser somente justificado pela questão da influência das crenças e práticas populares, mas também devem ser considerados outros fatores que interferem na adesão do cliente às orientações, tal como, a abordagem do profissional e a credibilidade deste na comunidade.

Os dados mostram que 18 mães não referem informação diferente da transmitida pelos profissionais de saúde. Destas, 4 mães explicam ter aprendido com a ajuda, 3 dizem seguir referenciais científicos e 11 mães referem ter experiência anterior com recém-nascidos. Constata-se assim, que as mães que dizem que não houve informação diferente transmitida pelos profissionais, têm na sua maioria uma enorme componente empírica nos saberes. Para Sopa (2009), é de suma importância o papel do profissional de saúde em orientar a puérpera e diminuir o empirismo em relação aos cuidados. Os profissionais de saúde precisam conhecer as crenças e práticas do cliente, de modo a planejar corretamente a assistência a prestar.

Das 18 mães que referiram não ter tido informação diferente daquilo que já sabiam, por parte do profissional de saúde nos cuidados ao coto umbilical, 13 mães, fizeram a prática recomendada, ou seja utilizaram álcool isolado nos cuidados ao coto umbilical. Estas mães são maioritariamente mães primíparas e mães naturais de Luanda, o que demonstra que são as que se encontram melhor informadas, relativamente a este cuidado.

Face ao exposto e ao encontro do defendido por Sopa (2009), evidencia-se a necessidade de resgatar a cultura para o centro da relação estabelecida entre os serviços de saúde e os clientes e repensar a abordagem profissional, considerando os valores, atitudes e crenças existentes.

Das 18 mães que referiram não ter tido informação diferente daquilo que já sabiam, 5 mães realizam a prática não recomendada nos cuidados ao coto umbilical com aplicação de produtos caseiros/tradicionais. Destas 5 mães apenas a mãe E15, refere não usar álcool no cuidado ao coto umbilical, as restantes 4 mães referem misturar o álcool com outros

produtos. A mãe E2, utiliza álcool e o pó, a mãe E18 utiliza o álcool e o sal, a mãe E26 utiliza o álcool e o leite de pau e a mãe E35 utiliza o álcool, o pó e o sal. Constata-se, assim a presença frequente do álcool, embora utilizado incorretamente, o que pode sugerir ter havido a transmissão de informação relativa ao uso do álcool, no entanto, com distorção a nível da comunicação. (APÊNDICE XI)

Os conhecimentos que as mães mobilizam, integram a opinião dos profissionais, e articulam com a informação proveniente do meio cultural e de outras fontes empíricas, sobretudo familiares (Ramos, 2004 a,b; 2005).

O profissional deve assim ter a preocupação de que os cuidados sejam realizados de acordo com as recomendações da OMS e compreender as práticas culturais e sociais das famílias. Assim, as práticas tradicionais alusivas ao cuidado ao recém-nascido, conseguem ser alteradas ou erradicadas se as mães entenderem que tal trará benefícios para a saúde (Leininger & Mcfarland, 2006).

### 2.2.2. Referenciais científicos nos cuidados

O saber científico é construído no contato com os profissionais de saúde durante as consultas individuais ou nas atividades realizadas em grupo. Ao aumentar a proximidade com o cliente, o profissional de saúde poderá exercer de forma assertiva e eficaz o seu poder de influência para implementação de saberes científicos e adoção de práticas de saúde corretas e estilos de vida saudáveis, de modo a colaborar para a obtenção de ganhos em saúde (Alves, 2015).

A categoria “referenciais científicos nos cuidados”, utilizados pelas mães, diz respeito a quem as mães recorrem em caso de dúvida ou dificuldade e em quem os cuidados ao recém-nascido se baseiam.

Os dados mostram que são 19 as mães que mencionam os referenciais científicos nos cuidados e que estas referencias estão em número ligeiramente superior no grupo das mães naturais das várias província de Angola e no grupo das mães múltiparas, ambas com testemunhos de 10 mães.

No grupo das mães múltiparas, 3 mães mencionam ter apenas referenciais científicos nos cuidados; E7: “Profissionais de saúde.”; E7: “As parteiras.” As restantes sete mães

referem ter em simultâneo referenciais científicos e empíricos nos cuidados. E13: “*Com a família e também por intermédio das consultas*”.

No grupo das mães naturais das várias províncias de Angola constata-se que 6 das 10 mães referem em simultâneo referenciais empíricos e científicos nos cuidados. E12: “*De profissionais de saúde... Além da enfermeira, tem vezes que técnicos também.*”. E33: “*Os médicos. Depois, vem a família.* Enquanto que quatro mães apresentaram apenas referenciais científicos nos cuidados que prestam.

Os resultados demonstram que geralmente as mães não utilizam apenas um referencial isolado, mas valorizam o conjunto empírico e científico, o que aponta mais uma vez para a necessidade de consolidar a formação dos profissionais de saúde, no sentido da educação para a saúde que realizam, ser baseada em padrões sólidos de conhecimento científico fundamentado atendendo à multiculturalidade dos cuidados.

De acordo com Sopa (2009), as práticas populares sempre existiram e continuam a ser utilizadas na procura de soluções para problemas de saúde pelas famílias e devendo ser considerada a sua importância nos cuidados em saúde. Daí ser fundamental os profissionais de saúde compreenderem o contexto cultural dos indivíduos e grupos com quem trabalham, para que possam realizar o seu trabalho de forma coerente e com aceitação das pessoas através da prestação de cuidados culturalmente congruentes (Ramos, 2004 a,b; 2016).

O testemunho seguinte, refere que a mãe apesar de ter informação diferente transmitida pela avó do recém-nascido, optou por adotar a prática transmitida pelo profissional de saúde. E9: “*É mesmo do umbigo lá, em casa, eu escutei que tem de se meter o luando, o sal, o óleo de palma, como era antigamente... mas, agora, é só mesmo o álcool, 70%, de tampa amarela. Eu estou a utilizar, porque a minha avó também está a seguir.*” Verifica-se assim, para além da fusão de conhecimentos tradicionais e científicos, uma transição de práticas tradicionais para práticas científicas, onde o modelo de referência tradicional, a avó do recém-nascido (mãe ou sogra da entrevistada) adere às recomendações científicas nos cuidados ao coto umbilical. (APÊNDICE XII)

Os resultados obtidos, reforçam a opinião de Leininger & Mcfarland (2006), ao destacar aspetos que consideram fundamentais na estratégia de cuidados culturais, com respeito às crenças, valores e práticas. Estes são a preservação/manutenção, que é feita quando os cuidados, provenientes do sistema profissional ou do sistema popular de saúde, são benéficos, a acomodação/negociação, que ocorre quando as perceções provenientes do

sistema profissional de saúde e sistema popular se adaptam para uma saúde benéfica ou satisfatória, procurando conjugar o cuidado científico e o popular. E a reestruturação/repadronização, que implica reordenar, trocar ou modificar os modos de vida cultural para novos modos, que sejam diferentes e benéficos à saúde, respeitando os valores e crenças culturais.

### 2.3. Práticas realizadas ao coto umbilical

O nascimento do recém-nascido, é um momento no qual a mulher é confrontada por crenças familiares e de seu meio sociocultural com as orientações do profissional de saúde. Estas orientações contribuem para práticas saudáveis no puerpério, e devem aproximar-se das necessidades maternas, de modo a que a puérpera disponha de conhecimentos para decidir e realizar o que lhe parecer conveniente e seguro ao recém-nascido (Ramos 2004 a,b; Sopa, 2009).

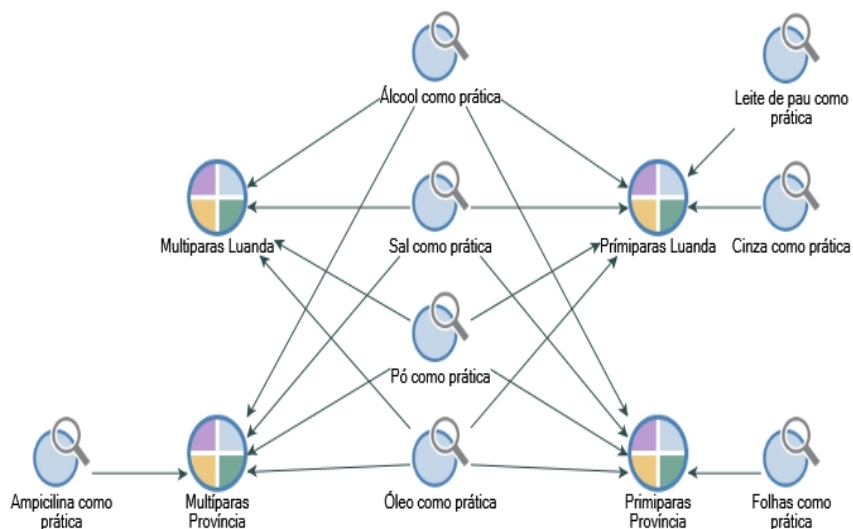
**Fotografia 4.1:** Coto umbilical do recém-nascido.



**Fonte.** Fotografia da autora. (07/01/2019)

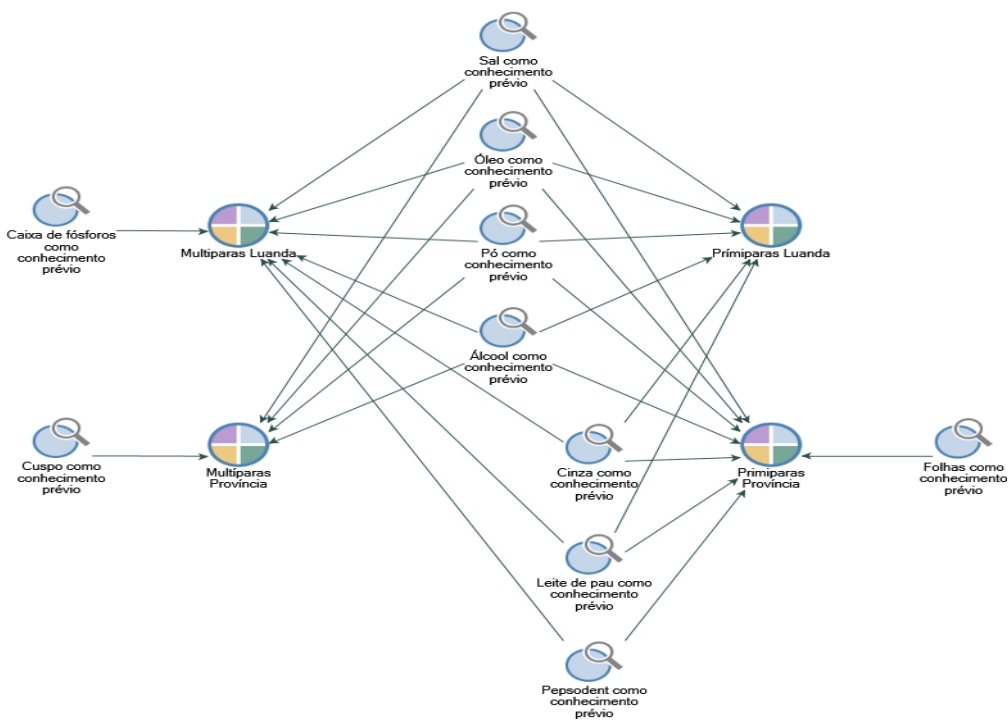
Os produtos utilizados como prática no cuidado ao coto umbilical, de acordo com o número de filhos e naturalidade das mães, e os produtos cujas mães têm conhecimento prévio no cuidado ao coto umbilical encontram-se representados no esquema 4.5 e 4.6.

**Esquema 4.5:** Produtos utilizados como prática no cuidado ao coto umbilical, de acordo com o número de filhos e a naturalidade das mães.



2.3.1. *Conhecimento prévio das mães relativos às práticas ao coto umbilical*

**Esquema 4.6:** Produtos do conhecimento prévio no cuidado ao coto umbilical, de acordo com o número de filhos e a naturalidade das mães.



Dos saberes relacionados com as práticas ao coto umbilical, adquiridos no contexto tradicional a Ampicilina é o único produto que não é referido como conhecimento prévio das participantes, mas que é utilizado como prática do cuidado. A caixa de fósforos e o cuspo, são produtos referidos apenas por uma mãe. A utilização do álcool nos cuidados ao coto umbilical, é o produto mais referido pelas mães (28 mães). No entanto, estas referências dizem respeito às mães que aplicam álcool, não apenas isolado (conforme o recomendado pela OMS), mas também em conjunto com outros produtos, o que se traduz em prática não recomendada. O sal é o segundo produto mais referido, por 25 mães, nos cuidados ao coto umbilical, seguido do óleo referido por 15 mães, a cinza por 11 mães, o pó por 10 mães, o leite de pau e a pasta dentífrica (pepsodent) são ambos referidos por 4 mães e as folhas por 2 mães.

Das 37 mães que referem utilizar álcool nos cuidados ao coto umbilical, 23 mães, referem utilizá-lo isolado, sem adição de outros produtos, ou seja, realizam a prática recomendada no cuidado ao coto umbilical. Os dados mostram que estas mães são em número ligeiramente superior no grupo de mães primíparas e mães naturais de Luanda. O que pode indicar que estas mães estão mais recetivas aos conhecimentos científicos e demonstram menos influencia da cultura tradicional nos cuidados, talvez por se tratar do primeiro filho e serem naturais da capital do país, onde o acesso aos cuidados de saúde e consequentemente à informação científica é superior.

O grupo de mães que realiza prática recomendada e que são naturais das províncias são: 3 mães do Uíge, 3 mães de Malange e uma 1 mãe de cada uma das respetivas províncias Namibe, Huambo, Huíla, Benguela e Cabinda.

No grupo de mães que realizam a prática recomendada nos cuidados ao coto umbilical, as idades estão compreendidas entre os 16 e 36 anos. No que se refere às habilitações literárias a maioria (11 mães) tem o ensino médio, 5 mães têm o 2º ciclo, 3 mães o ensino superior e 4 mães o primeiro ciclo. Quanto à sua situação profissional, 9 mães trabalham, 8 são estudantes e 6 estão desempregadas.

Leininger e Mcfarland (2006), defendem haver um cuidar genérico e um cuidar profissional. O cuidar genérico diz respeito ao que pode ser encontrado em qualquer cultura sob diferentes formas, naturais ou caseiras e o cuidar profissional é aquele que é realizado por profissionais de saúde. Por sua vez Sopa (2009), defende que o profissional de saúde deve aproximar-se das necessidades maternas, contribuindo para práticas saudáveis nos

cuidados, pois dessa maneira, a puérpera disporá de bagagem para decidir e realizar o que lhe parecer conveniente e seguro ao seu recém-nascido.

**Tabela 4.4:** Mães que realizam a prática recomendada no cuidado ao coto umbilical e fonte tradicional da informação.

	A : Aprendizagem com a ajuda	B : Experiência anterior com RN	C : Recomendações transmitidas por terceiros	D : Referenciais empíricos nos cuidados
1 : Transcrição - ENT1	1	1	1	1
2 : Transcrição - ENT10	1	1	1	1
3 : Transcrição - ENT11	1	0	1	1
4 : Transcrição - ENT23	0	1	1	0
5 : Transcrição - ENT7	0	1	1	0
6 : Transcrição - ENT25	0	1	1	1
7 : Transcrição - ENT28	0	1	1	1
8 : Transcrição - ENT29	0	1	1	0
9 : Transcrição - ENT8	0	0	1	1
10 : Transcrição - ENT12	0	0	1	0
11 : Transcrição - ENT3	1	0	0	0
12 : Transcrição - ENT36	0	1	0	1
13 : Transcrição - ENT37	0	1	0	0
14 : Transcrição - ENT38	1	0	0	1
15 : Transcrição - ENT39	1	1	1	1
16 : Transcrição - ENT4	0	1	1	1
17 : Transcrição - ENT20	0	1	1	0
18 : Transcrição - ENT24	0	0	1	0
19 : Transcrição - ENT27	0	0	1	1
20 : Transcrição - ENT5	0	1	1	0
21 : Transcrição - ENT6	1	0	1	1
22 : Transcrição - ENT17	0	1	1	0
23 : Transcrição - ENT22	0	1	1	0

Como mostra a tabela 4.4, das 23 mães que realizam a prática recomendada nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, 2 mães referem como forma de aquisição do conhecimento empírico apenas o seguimento de recomendações transmitidas por terceiros. As restantes 21 mães, referem mais do que uma forma de aquisição de conhecimento empírico em simultâneo (aprendizagem com a ajuda, experiência anterior com recém-nascido, recomendações transmitidas por terceiros e referenciais tradicionais) nos cuidados.

Constatou-se que 7 mães referem ter aprendido com a ajuda nos cuidados, encontrando-se em ligeira maioria as mães do grupo primíparas e naturais de Luanda. Os resultados são de acordo com o esperado, dado ser o primeiro filho e possivelmente terem a ajuda da pessoa de apoio/familiares próximos. Quanto à experiência anterior com recém-nascidos, esta é referida por 15 mães, na sua maioria mães multíparas e mães naturais de Luanda, o que é compreensível, uma vez que já tiveram a experiência do filho anterior e sendo naturais de Luanda, provavelmente têm mais familiares com recém-nascidos para cuidar próximo de si.

Apenas 3 mães referem não ter recomendações de terceiros nos cuidados ao recém-nascido, o que significa que são 20 as mães que referem ter recomendações de terceiros, correspondendo na sua maioria ao grupo das mães múltiparas e das mães naturais de Luanda. Os resultados podem indicar que o fato de estarem na sua província de origem e já terem experiência anterior da maternidade, estejam mais recetivas às recomendações de outras pessoas nos cuidados ao recém-nascido. Curiosamente a maioria das recomendações aponta para a utilização indevida de produtos no coto umbilical, no entanto, estas mães optaram pela prática correta, sugerindo que provavelmente a influência científica se sobrepôs à influência tradicional nos cuidados ao recém-nascido.

Os referenciais tradicionais nos cuidados são mencionados por 12 mães, na sua maioria naturais das várias províncias e em igual número no que se refere aos grupos números de filhos.

De acordo com a WHO (2017), o cuidado informal inclui o campo leigo não especializado da sociedade se enquadra a automedicação, os conselhos ou tratamentos recomendados por familiares, amigos, vizinhos, igrejas ou grupos de auto-ajuda.

Existe um pluralismo dos sistemas de cuidados, que podem ser organizados em sistema profissional (da ciência ocidental), leigo (popular) e alternativo (que inclui o complementar e o tradicional) (Ramos 2004 a; Alves, 2013).

**Tabela 4.5:** Mães que realizam a prática recomendada no cuidado ao coto umbilical e fonte científica da informação.

	A : Informação diferente transmitida pelos profissionais	B : Referenciais científicos nos cuidados
1 : Transcrição - ENT1	0	1
2 : Transcrição - ENT10	1	1
3 : Transcrição - ENT11	0	0
4 : Transcrição - ENT23	0	0
5 : Transcrição - ENT7	0	1
6 : Transcrição - ENT25	0	0
7 : Transcrição - ENT28	0	0
8 : Transcrição - ENT29	0	1
9 : Transcrição - ENT8	1	1
10 : Transcrição - ENT12	0	1
11 : Transcrição - ENT3	1	0
12 : Transcrição - ENT36	1	0
13 : Transcrição - ENT37	1	1
14 : Transcrição - ENT38	1	0
15 : Transcrição - ENT39	1	1
16 : Transcrição - ENT4	1	1
17 : Transcrição - ENT20	0	0
18 : Transcrição - ENT24	0	0
19 : Transcrição - ENT27	0	1
20 : Transcrição - ENT5	0	0
21 : Transcrição - ENT6	0	1
22 : Transcrição - ENT17	1	0
23 : Transcrição - ENT22	1	0

Como mostra a tabela 4.5, das 23 mães que realizam a prática ao coto umbilical recomendada, 16, recorreram a fontes de conhecimento científico da informação (transmitida por profissionais/referenciais científicos) e 7 mães não referiram referenciais científicos nos cuidados nem informação transmitida pelos profissionais diferente do que sabia, o que sugere que o conhecimento prévio que tinham já era o correto.

Podendo supor-se que estas mães têm maior contato com informação correta, mesmo que não recorram diretamente ao saber científico, esta poderá ser transmitida no meio onde habitam.

Leininger e Mcfarland (2006), enunciam que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo. Deste modo, a Teoria do Cuidado Cultural tem a premissa de que os povos de cada cultura são capazes de conhecer e definir as maneiras por meio das quais eles experimentam e percebem o cuidado de saúde, sendo também capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas.

Os dados mostram que são 11 as mães que enunciam referenciais científicos nos cuidados, na sua maioria do grupo das mães primíparas e das mães naturais das várias províncias. Quanto às mães que referem ter recebido informação transmitida pelos profissionais de saúde relativa aos produtos a utilizar no cuidado ao coto umbilical diferente do que sabiam, os dados correspondem a 10 mães, na sua maioria naturais das várias províncias de Angola (7) e mães primíparas (6). Esta informação diferente diz respeito à utilização do álcool, diferindo dos produtos que as mães conheciam que eram na sua maioria o sal, o óleo e o pó. Estes resultados são relevantes, pois realçam o fato de cerca de metade (10 mães), no total das 23 mães, referirem que obtiveram por parte do profissional de saúde informação diferente da informação que conheciam anteriormente. Tendo optado pela realização da prática correta, significa que o saber científico se sobrepôs ao saber tradicional. Os dados demonstram que as mães adquirem os saberes relativos às práticas do cuidado ao coto umbilical, através de fontes quer empíricas quer científicas, saberes esses por vezes são divergentes, cabendo-lhes a decisão quanto à prática a adotar.

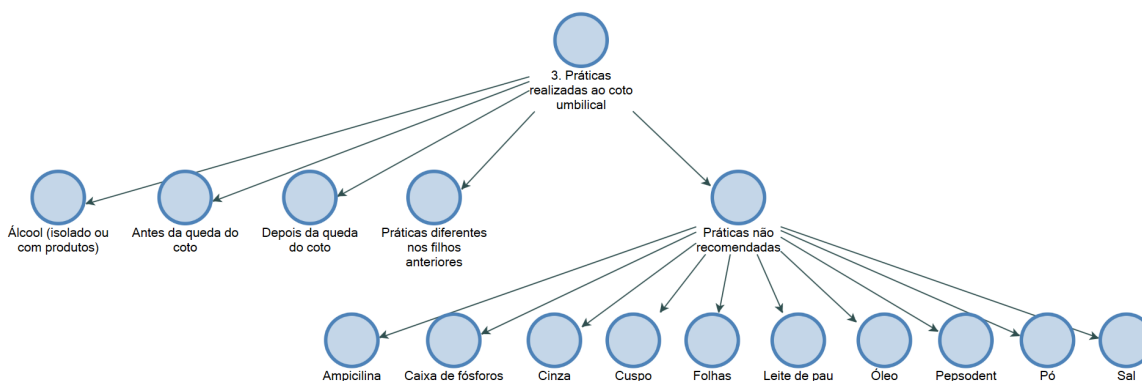
Esta realidade é atestada por Linhares (2011), ao defender que as puérperas recorrem frequentemente ao saber leigo, no entanto, verifica-se cada vez mais a procura de um complemento a este saber com o saber científico. A procura do saber científico aumenta com a visibilidade dos resultados do tratamento, no entanto, o saber leigo, está muito enraizado

na cultura e é transmitido de geração em geração. Daí a adesão ao regime terapêutico e adoção de estilos de vida saudáveis ser maior quando estes se complementam. Para permitir esta coligação de saberes é importante formar os profissionais e tentar compreender as opções adotadas pela mãe, permitindo assim maior aproximação entre ambos.

**Tabela 4.6:** Práticas realizadas ao coto umbilical: tema, categorias e sub-categorias

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	
3. Práticas realizadas ao coto umbilical	Antes da queda do coto		10	
	Depois da queda do coto		10	
	Filhos anteriores		5	
	Álcool (isolado ou com produtos)		39	
	Práticas não recomendadas aos cuidados ao coto umbilical	Ampicilina		1
		Caixa de fósforos		1
		Cinza		11
		Cuspo		1
		Folhas		2
		Leite de pau		3
		Óleo		15
		Pasta dentífrica (Pepsodent)		4
		Pó		14
Sal		27		

**Esquema 4.7:** Práticas realizadas ao coto umbilical



Para uma análise aprofundada do tema práticas realizadas ao coto umbilical, apresentamos as categorias e sub-categorias presentes na tabela 4.6, sendo também possível consultar a respetiva informação no esquema 4.7.

Durante o contato com as participantes no estudo, foi possível, em algumas situações observar o cuidado realizado pela mãe ao coto umbilical do recém-nascido e registar essa observação de modo fotográfico, filmico e através de uma grelha de observação. As observações foram realizadas apenas às mães que referiam utilizar a prática recomendada nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, neste caso o álcool. Verificamos que os principais aspetos onde as mães apresentaram mais dificuldade, foi na higienização das mãos no início e final do procedimento, a passagem frequente do álcool na pele circundante ao coto umbilical, que pode provocar queimadura e a utilização da mesma compressa ou cotonete na limpeza mesmo depois deste já se encontrar sujo em vez de o substituir por um limpo. Apresentamos algumas fotografias tiradas na realização do cuidado ao coto umbilical do recém-nascido pela mãe.

**Fotografia 4.2:** Cuidado ao coto umbilical do recém-nascido pela mãe (E1).



**Fonte.** Fotografia da autora.  
(07/01/2021)

**Fotografia 4.3:** Cuidado ao coto umbilical do recém-nascido pela mãe (E5).



**Fonte.** Fotografia da autora.  
(09/01/2019)

**Fotografia 4.4:** Cuidado ao coto umbilical do recém-nascido pela mãe (E6).



**Fonte.** Fotografia da autora.  
(09/01/2019)

**Fotografia 4.5:** Cuidado ao coto umbilical do recém-nascido pela mãe (E23).



**Fonte.** Fotografia da autora.  
(15/01/2019)

**Fotografia 4.6:** Cuidado ao coto umbilical do recém-nascido pela mãe (E37).



**Fonte.** Fotografia da autora.  
(21/01/2019)

**Fotografia 4.7:** Cuidado ao coto umbilical do recém-nascido pela mãe (E39).



**Fonte.** Fotografia da autora.  
(21/01/2019)

### 2.3.2. *Práticas de cuidado antes da queda do coto*

O cordão umbilical começa a secar horas após o nascimento e torna-se enrugado e enegrecido. Durante esse processo, é importante pesquisar a presença de secreções na base do coto umbilical ou de eritema da pele ao redor da implantação do umbigo. A OMS recomenda que se mantenha o coto umbilical do recém-nascido limpo e seco (Miranda, Santos, Camargo, Rosa, Sobrinho & Mussi, 2016).

Os dados revelam que 10 mães referem práticas ao coto umbilical diferentes antes e depois da sua queda, sendo estas maioritariamente múltiparas e mães naturais das várias províncias de Angola. A maior prevalência no grupo de mães múltiparas é indicativo que provavelmente estas mães já tiveram práticas idênticas (incorretas) nos outros filhos. O maior número de mães naturais da província, sugere que talvez a influência cultural e tradicional nos cuidados continue a ser transmitida intergeracionalmente.

No que respeita ao tipo de produtos utilizados no cuidado ao coto umbilical, são idênticos nos 4 grupos. As práticas frequentes antes da queda do coto umbilical são a utilização do sal, referido pela maioria das mães (8). Juntamente com o sal, existem 4 mães que aplicam outros produtos, como o óleo. E19: *“Apertava o cordão, ao lado, com um pouco de álcool e sal...desinfetava primeiro e depois metia o sal de lado, e apertava o cordão...Antes de cair.”* Os resultados confirmam a opinião de autores como Linhares & Silva (2012), ao referirem que se observa entre os cuidadores uma combinação entre o saber popular e o saber científico, os quais por vezes se misturam, ao associar a utilização de produtos não recomendados com a utilização do álcool a 70% (recomendado).

O álcool é um produto, cuja utilização antes da queda do coto umbilical, é referida por 4 mães, que justificam como limpeza do coto, seguido da aplicação de sal e/ou óleo (prática incorreta) pelas mães” E19: *“Apertava o cordão, ao lado, com um pouco de álcool e sal...desinfetava primeiro e depois metia o sal de lado, e apertava o cordão.”*; E30: *“Ela mesmo é que começou a fazer nos primeiros dias, sim. Limpo o umbigo. Depois de limpar...Limpo com álcool...Limpo e, depois de limpar, meto o coiso... o sal e o óleo de palma.”* Existe uma mãe, que antes da queda, aplica apenas o álcool. E9: *“Sim. Ela pega e tira a fralda. Pega gazes... Com álcool. Mete o álcool nas gazes, e fica a apertar o cordão umbilical para aquele todo lixo sair..., no fundo, no cordão, quase ao umbigo.”*

Os resultados evidenciam que o álcool é um produto que está realmente presente no cuidado ao coto umbilical do recém-nascido, embora na maioria das vezes seja utilizado incorretamente, uma vez que ao álcool são adicionados em conjunto produtos como o sal e/ou óleo. Autores como Linhares (2011), enfatizam que a assepsia do coto umbilical se faz diariamente com álcool a 70°C, pela sua propriedade bactericida na eliminação de microorganismos presentes no coto e/ou região periumbilical, deixando-o exposto ao ar e mantendo limpo e seco até sua queda. (APÊNDICE XIII)

Contudo, o cuidado cultural permeado de saberes, fruto de mitos e crenças, transmitidos ao longo das gerações, utiliza os mais diversos tipos de materiais e substâncias como pó, óleos, talco, mercúrio, faixas, gazes e moedas, ao realizarem o cuidado com o coto umbilical. Tais substâncias e materiais podem comprometer a saúde do recém-nascido e causar a sua morte (Linhares, et al., 2019).

### 2.3.3. Práticas de cuidado depois da queda do coto

O pó é o produto não recomendado mais utilizado pelas mães do estudo, após a queda do coto umbilical. A maioria das participantes no estudo justifica a sua utilização para secar o coto umbilical.

Na categoria “cuidado depois a queda do coto umbilical”, verificamos que a maioria das mães refere utilizar o álcool isolado, no entanto, temos 1 mãe que antes da queda utilizava produtos tradicionais. E19: *“O cordão, como já caiu, só uso o algodão e ponho o álcool...”* Duas mães já utilizavam o álcool, antes da queda, mas associado a outros produtos. Verifica-se a existência de 1 mãe E9, que antes da queda do coto umbilical aplicava apenas o álcool, no entanto, após a queda, apesar de manter o álcool acrescentou o pó, ou seja, passou a adotar uma prática incorreta. E9: *“Sim! Ela passa sempre um pouquinho de álcool para desinfetar, depois, ela coloca pó.”*

Para além do álcool, o pó é o produto utilizado com mais frequência pelas mães depois da queda do coto umbilical. Existem 3 mães que referem utilizar apenas o pó no cuidado ao coto umbilical depois da sua queda. ET: *“E depois do cordão cair, continuou a fazer igual ou mudou alguma prática?”* E34: *“Não, mudou, coloco pó.”* ET: *“Então, quando cair, deixa o álcool e o sal...”* E35: *“Sim!”*

Verificamos que 1 mãe, tem o álcool como presença constante no cuidado ao coto umbilical, alternando os outros produtos que utiliza. Ou seja, antes da queda do coto refere limpar com álcool, seguido da aplicação do sal e óleo e depois da queda limpa com álcool e aplica o pó. E30: *“Depois de cair, mete o pó... Estou a pôr pó para cicatrizar. Agora, só limpo e meto o pó.”*

A ampicilina é um produto utilizado depois da queda do coto umbilical por 1 mãe. E31: *“Sim, para fechar o umbigo. Depois de cair, só limpeza uma vez por dia, quando dá o banho do bebé. Geralmente, só limpava com álcool depois punha a ampicilina.”* As folhas

de tomate mastigadas são utilizadas por uma mãe, E40. *“As folhas são depois de cair...para ajudar a secar.”*

Para Baraldi & Praça (2013), a puérpera mesmo adotando práticas de cuidado mistas, a rede sociocultural tende a exercer maior influência no âmbito dos cuidados realizados pelas mulheres. À semelhança do evidenciado nas diferentes práticas apresentadas pelas participantes do estudo.

Os dados demonstram que o álcool é frequentemente utilizado nos cuidados, no entanto, na maioria das vezes em associação com outros produtos, o que se traduz numa prática incorreta. Das 3 mães primíparas que realizam práticas diferentes antes e após a queda, 2 utilizam o álcool após a queda (1 mãe utiliza o álcool isolado e outra em adição a outros produtos). (APÊNDICE XIV)

#### 2.3.4. Práticas de cuidado diferentes nos filhos anteriores

As mulheres sabem da importância no cuidado da saúde dos seus filhos, sendo que a experiência no cuidado de filhos anteriores, condiciona os cuidados com os filhos futuros (Miranda, et al., 2016).

A categoria “práticas diferentes nos outros filhos”, é mencionada por 5 mães e verificamos que todas utilizavam práticas incorretas no primeiro filho, nomeadamente aplicação de óleo e/ou sal, sendo este último produto referido por todas estas mães. Duas destas mães são naturais das várias províncias. E25: *“Mas quando punha sal nos meus filhos era mais rápido.”* A mãe E32, mantém a prática incorreta no recém-nascido atual, pois começou a aplicar o pó, para além do sal e do óleo. E32: *“Sim!”* E32: *“Molha no azeite, que já tem lá sal, começa a meter assim no umbigo.”*

As mães naturais de Luanda são 3 as que utilizaram o sal no cuidado ao coto umbilical dos filhos anteriores. A mãe E10 utilizou o sal isolado. A mãe E17, refere ter utilizado o sal com álcool. E17: *“Primeiro, foi com álcool e sal. Agora, nesse, é com álcool.”* Apenas a mãe E22, refere que houve problemas na cicatrização umbilical do filho anterior, mencionando que nesse filho, utilizava o óleo e o sal, e no recém-nascido atual utiliza apenas o álcool, o que sugere que aprendeu com a experiência negativa e passou a adotar a prática recomendada. E22: *“Com a outra criança que tem, houve algum problema na queda do*

*umbigo, do cordão?” E22: “Teve, sim, sim.” ET: “O que foi que aconteceu?” E22: “Aquele de ouvir as pessoas, foi malcurada, sim, senhora. Também, agora, está com o umbigo grande.”* Constatamos que todas as mães natuarais de Luanda, começaram a realizar a prática recomendada no cuidado ao coto umbilical do recém-nascido atual. (APÊNDICE XV)

Lowdermilk & Perry (2009), defendem que a maternidade é uma opção, no entanto, no momento em que se opta por ela, é de primordial ter consciência de que toda a existência dos filhos depende da qualidade do cuidado que recebem.

A saúde e a doença são conceitos que se constroem na experiência quotidiana e nos sentidos atribuídos no campo da saúde, o que é notório pela variedade de práticas inerentes aos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido existentes em Angola. Tais práticas derivam dos processos de percepção, interpretação, expressão e vivência, que são subjetivas sociais e culturais (Ramos 2004 a; Alves, 2015).

### 2.3.5. Utilização de álcool isolado ou com adição de outros produtos.

A OMS, recomenda que se mantenha o coto umbilical de recém-nascidos limpo e seco, no entanto, essa recomendação pode não ser alcançada em locais onde a maioria dos partos ocorre em ambiente contaminado e as infeções são responsáveis por cerca de metade das mortes neonatais. Nestes contextos a higiene da região umbilical com álcool a 70% é um importante fator de proteção contra infeção (Miranda, et al., 2016).

Nos países em desenvolvimento recomenda-se o uso de antissépticos nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, devido ao risco de infeção (Zupan, Garner & Omari, 2004).

**Tabela 4.7:** Álcool como prática ou como conhecimento prévio.

	A : Mães da província	B : Mães de Luanda	C : Múltiparas	D : Primíparas
: Álcool como conhecimento prévio	15	13	15	13
: Álcool como prática	20	17	19	18

A categoria “utilização de álcool isolado ou com adição de outros produtos”, refere-se à utilização do álcool nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido. O álcool isolado ou com adição de outros produtos foi mencionado como conhecimento prévio nos cuidados ao coto umbilical, por 28 mães (mais de metade das participantes no estudo), como se pode verificar na tabela 4.7.

Destas mães, 15 mães são naturais das várias províncias, 13 são naturais de Luanda, 15 mães são múltíparas e 13 mães são primíparas.

No entanto, nem todas as mães que referem o álcool como conhecimento prévio o utilizam como prática, apesar desta prática ser mencionada pela maioria (37) das entrevistadas. *E14: “Sim, mas às vezes fugimos um pouquinho, fazemos a nossa cultura...com o álcool demora o umbigo cair. Já na nossa cultura fazemos... água com sal.”*

Os dados mostram uma distribuição idêntica nos quatro grupos de mães (20 mães naturais das várias províncias, 17 mães naturais de Luanda, 19 mães múltíparas e 18 mães primíparas), relativamente à utilização do álcool como prática isolado ou com adição de outros produtos. De realçar que todas as mães da província fazem referência à sua utilização na prática. Das 3 mães naturais de Luanda que não referem utilizar o álcool como prática nos cuidados ao coto umbilical, 2 são primíparas e 1 mãe é múltípara. *E2: “Consoante a minha bebé, ela está a usar é pó.”; E16: “Aqui, disseram-me que era só álcool mesmo.” ET: “E a senhora, que práticas tradicionais é que tem realizado no cordão do bebé?” E16: “Só sal, água com sal.”*

Das 37 mães que referiram a utilização do álcool nos cuidados ao coto umbilical como prática, apenas 23 mães (na maioria primíparas e naturais de Luanda) o utilizam de forma correta, ou seja, isolado, sem outro produto associado. *ET: “E a senhora, que práticas é que geralmente faz?” E1: “Eu, geralmente, é álcool. Álcool mesmo. Eu ponho o álcool depois do banho no cordão umbilical do bebé...”*

Melo et al. (2015), defendem que o profissional de saúde perante os saberes populares, deve aliar o conhecimento do senso comum aos princípios científicos. Assim, de acordo com Leininger & Mcfarland (2006), o profissional de saúde poderá atuar na preservação do cuidado, ao facilitar a manutenção de saúde e hábitos saudáveis, atuar a nível da acomodação do cuidado ao favorecer a adaptação ou negociação de práticas de cuidado e ao colaborar para a repadronização do cuidado ao ajudar a encontrar formas saudáveis de cuidado. Segundo Ramos (2004a,b; 2012 a,b,c, 2016), a prestação de cuidados culturalmente

competentes implica investimento a nível da formação e desenvolvimento de competências profissionais, comunicacionais, interculturais, relacionais e de cidadania.

A transmissão de informação relativa à utilização de álcool no cuidado ao coto umbilical, por profissionais de saúde, é referida por 21 mães. Contudo, destas mães que obtiveram conhecimento por parte do profissional de saúde, 11 realizam a prática recomendada no cuidado ao coto umbilical. E29: *“Geralmente, aqui no hospital, na maternidade, dizem que no umbigo do bebé só vai mesmo limpando com álcool, só.”* Esta situação indica que, 10 mães aderiram às práticas tradicionais, privilegiando os saberes tradicionais face aos científicos. E13: *“Normalmente, no hospital dizem que é para curar com álcool. Só que demora mais tempo, então, nós curamos com sal, até ao umbigo cair.”*; E30: *“Disseram para pôr álcool..., só para limpar... mas a mãe disse: não, assim vai demorar muito...Limpo e, depois de limpar, meto o coiso... o sal e o óleo de palma.”*

Os resultados vão ao encontro do afirmado por Zanatta & Motta (2007), que referem que os saberes e as práticas de cuidado das mães são construídos e orientados tanto pelo saber científico quanto pelo popular. Seguindo a mesma linha de pensamento, Alves (2013), afirma que as crenças, os mitos e tabus, são uma realidade nos cuidados, que são desenvolvidos frequentemente de acordo com o saber cultural, apesar do profissional de saúde tentar transmitir o seu saber científico.

Os resultados obtidos, estão de acordo com os estudos realizados por Linhares & Silva (2012), que referem que o cuidado ao recém-nascido, é reforçado pelas relações familiares e de apoio, mas também pela informação recebida por parte do profissional de saúde. No que se refere à utilização do álcool a 70%, os mesmos autores referenciam que nos seus estudos os cuidadores expressaram satisfação em relação à utilização do álcool, e acreditavam nos benefícios deste antisséptico, embora nem todos o utilizassem, apoiando-se no conhecimento tradicional dos cuidados. Esta situação implica que os profissionais de saúde reavaliem as suas práticas, e desenvolvam estratégias educativas de saúde de aproximação com os cuidadores, não penalizando o conhecimento popular, mas possibilitando saberes científicos.

Os dados evidenciam que o grupo de mães que realizam a prática recomendada no cuidado ao coto umbilical, ou seja o álcool isolado, é ligeiramente superior no grupo das mães primíparas e nas mães naturais de Luanda (12 mães primíparas e 11 mães múltíparas, 12 mães naturais de Luanda e 11 mães naturais das várias províncias). Destas mães, apenas

2 (E5, E36), não referem não ter conhecimento de outros produtos a utilizar para além do álcool. E5: “Não! Eu só ponho álcool.”; E36: “É só meter álcool a apertar. Me falaram aqui no hospital... de pegar álcool, meter e depois começar a girar.” No entanto, as restantes 21 mães referem ter ouvido falar da utilização de outros produtos no cuidado ao coto umbilical, na sua maioria a utilização do sal e do óleo, mas também o pó, a cinza, o leite de pau, a pasta dentífrica (pepsodent e a caixa de fósforos). E12: “Já alguém me disse com Pepsodent ou Colgate, mas eu uso mesmo o álcool, que é o que a doutora recomendou.”; E37: “Não... o doutor manda por o álcool.” E38: “No cuidar do umbigo, já sabia que se tinha de pôr sal, mas só que aqui eles disseram que tem de se pôr só álcool. Sem mais nada. Sim, só para tratar com álcool.” (APÊNDICE XVI)

A variedade de opções no cuidado ao coto umbilical que as mães conhecem, reforçam a ideia defendida por Ramos (2004 a, b; 2007; 2008a,c; 2012 a,b; 2016), ao afirmar que é fundamental que o profissional de saúde na sua prática profissional tenha conhecimento das diferenças culturais e compreenda as motivações para as práticas de saúde adotadas pelos indivíduos e populações no seu contexto social e cultural, alertando também para práticas prejudiciais à saúde.

**Tabela 4.8:** Mães que utilizam álcool isolado: referências nos cuidados.

	A : Avós	B : Outros familiares	C : Pai do RN	D : Outros (amigos, vizinhos...)	E : Religião
1 : Transcrição - ENT1	0	1	1	1	1
2 : Transcrição - ENT10	1	1	0	0	0
3 : Transcrição - ENT11	1	1	1	0	0
4 : Transcrição - ENT17	0	1	0	1	0
5 : Transcrição - ENT23	0	0	1	1	0
6 : Transcrição - ENT7	1	0	1	1	0
7 : Transcrição - ENT28	0	1	1	1	1
8 : Transcrição - ENT29	0	1	1	0	0
9 : Transcrição - ENT8	1	1	1	1	0
10 : Transcrição - ENT12	1	1	1	1	0
11 : Transcrição - ENT3	0	1	1	0	0
12 : Transcrição - ENT36	1	1	1	0	1
13 : Transcrição - ENT37	0	1	0	0	0
14 : Transcrição - ENT38	0	1	1	1	0
15 : Transcrição - ENT39	1	1	1	1	0
16 : Transcrição - ENT4	1	1	1	1	0
17 : Transcrição - ENT20	1	1	1	1	0
18 : Transcrição - ENT24	1	1	1	0	0
19 : Transcrição - ENT27	1	1	1	1	0
20 : Transcrição - ENT5	0	0	0	0	0
21 : Transcrição - ENT6	1	1	1	1	0
22 : Transcrição - ENT22	0	0	1	1	0
23 : Transcrição - ENT25	0	1	1	1	0

Como se pode constatar na tabela 4.8, as 23 mães que referiram utilizar álcool isolado nos cuidados ao coto umbilical, apresentaram como referências nos cuidados (porque lhes transmitem informação, ajudam, assumem os cuidados ou são as pessoas a quem recorrem), por ordem decrescente os familiares (sem incluir as avós), com 19 referencias, sendo estas maioritariamente mães primíparas (11) e mães naturais de Luanda (12). Seguida da referência a outras pessoas, que inclui os vizinhos e amigos, apresentada por 15 mães, destas, 8 mães são múltíparas e 8 são mães naturais de Luanda. As referências relativas às avós do recém-nascido, surgem em terceiro lugar com 12 referências nos cuidados.

A religião é mencionada por 3 mães (1 mãe primípara e 2 mães múltíparas), como ajuda nos cuidados ao recém-nascido, através senhoras ligadas à religião que praticam, não especificando com maior pormenor o tipo de ajudas. De acordo com Manuel, (2012), a nível mundial a religião orienta a vida da maioria das pessoas, mas a dimensão em que este fenómeno ocorre varia de cultura para cultura. Segundo Baraldi & Praça (2013), as práticas de cunho mágico-religioso estão presentes no quotidiano da mulher e ajudam na promoção e na manutenção da saúde do recém-nascido, de acordo com o preconizado no seu ambiente familiar e social. No entanto, nos testemunhos das participantes no estudo a influência da religião nos cuidados ao recém-nascido não foi evidente.

A ajuda do pai do recém-nascido é referida pela maioria das mães, contudo, nenhuma refere em concreto o tipo de ajuda ou orientação nos cuidados ao coto umbilical. Tal situação pode estar relacionada com o afirmado por Soares, Bernardino, Zani (2019), ao referirem-se à cultura da distribuição dos papéis familiares, em que o pai deve ser responsável pelo provento e sustento da sua família e a mãe pela criação e pelo cuidado dos filhos.

Todas as mães fazem referência aos profissionais de saúde, ou pela informação específica no tratamento ao coto umbilical, ou como orientações nos cuidados ao recém-nascido não especificadas. O que evidencia a importância da principal estratégia que o profissional de saúde possui é a educação em saúde, quer seja individual, em grupo, na unidade de saúde ou na comunidade (Oliveira, et.al., 2006).

**Fotografia 4.8.** Utilização de algodão e álcool a 70° nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido.



**Fonte:** Fotografia da autora.  
(14/01/2019)

**Fotografia 4.9.** Utilização de compressa e álcool a 70° nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido.



**Fonte:** Fotografia da autora.  
(14/01/2019)

**Fotografia 4.10.** Utilização de álcool a 70° nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido.



**Fonte:** Fotografia da autora.  
(21/1/2019)

### *2.3.6. Práticas não recomendadas nos cuidados ao coto umbilical*

A categoria “práticas não recomendadas nos cuidados ao coto umbilical” engloba as subcategorias, ampicilina, caixa de fósforos, cinza, cuspo, folhas, leite de pau, óleo, pasta dentífrica (pepsodent), pó e o sal.

Considerando os produtos que são mencionados como prática nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido pelas mães de acordo com o número de filhos e a naturalidade das participantes, realça-se (...) o fato da caixa de fósforo, do “cuspo” (saliva) e da pasta dentífrica (mencionada por pepsodent), não serem práticas adotadas por nenhuma mãe. A ampicilina é referida como prática apenas por mães multíparas naturais da província. Produtos como a cinza e o leite de pau, são usados apenas por mães primíparas e naturais de Luanda, a utilização de folhas é uma prática apenas mencionada por mães primíparas naturais das várias províncias.

As mães que realizam práticas incorretas ao coto umbilical, através da utilização de produtos não recomendados, são 17. Destas, 12 mães, referem ter como principal cuidadora

do recém-nascido a avó do recém-nascido, sendo esta a pessoa que realiza o banho e os cuidados de higiene ao coto umbilical.

De acordo com a WHO (2016), a cultura, mitos e crenças revelam-se num conjunto de saberes tradicionais que muitas vezes prevalecem perante os conhecimentos científicos, levando a práticas de cuidados, com consequências negativas para a saúde, como é o caso da onfalite, devido a cuidados incorretos ao coto umbilical.

Segundo Linhares (2011), o sistema popular inclui a família, onde existe a partilha de práticas apreendidas ao longo das gerações. Segundo Gonçalves & Ramos (2010), o saber leigo, enraizado na cultura é transmitido intergeracionalmente, como uma herança inegável, contudo com informação nem sempre atualizada e correta.

Na abordagem sobre o conhecimento prévio que as mães têm, relativo aos cuidados ao coto umbilical, verifica-se que em alguns casos as mães referem a utilização de vários produtos em simultâneo. O mesmo acontece em relação à prática dos cuidados ao coto umbilical, com frequente menção à associação de vários produtos, como demonstra a nuvem de palavras.

**Figura 4.1:** Palavras associadas aos produtos utilizados na prática dos cuidados ao coto umbilical.



Quanto à periodicidade da limpeza do coto umbilical, a maior parte das mães refere limpar o coto umbilical 2 vezes por dia (maioritariamente mães primíparas), seguido de 3 vezes ao dia (na maioria por mães múltíparas).

De acordo com Cardão, Parreira & Coutinho (2019), constata-se alguma controvérsia sobre qual a melhor prática ou produto a utilizar nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido. Esta diversidade de práticas, entre unidades de saúde, e até mesmo entre profissionais da mesma entidade, leva à não uniformização dos conselhos fornecidos aos pais e pode ter impacto negativo nos cuidados prestados.

A onfalite é uma importante causa de mortalidade neonatal e sua prevenção tem uma grande relevância no âmbito da saúde pública. A incidência de onfalite em recém-nascidos de países desenvolvidos é de 0,7%, subindo para 2,7% nos países em desenvolvimento (López-Medina, Linares-Abad, López-Araque & López-Medina, 2019).

A OMS recomenda que se mantenha o coto umbilical do recém-nascido limpo e seco (*dry care*), todavia, essa recomendação pode não ser alcançada em locais com ambiente insalubre e em desenvolvimento. A contaminação do coto umbilical por bactérias pode causar septicemia e culminar na mortalidade dos recém-nascidos (Santos, et al., 2016).

A **subcategoria “ampicilina”**, como produto no cuidado ao coto umbilical, trata-se de um fármaco do grupo dos antibióticos. Este produto só é mencionado por uma mãe múltipara da província, E31 como produto utilizado no cuidado ao coto umbilical juntamente com álcool, após a queda. Uma vez que antes da queda a mesma mãe aplicava sal e óleo. Não existe nenhuma referencia para a ampicilina como conhecimento prévio, o que demonstra que a ampicilina não é um produto frequente no cuidado ao coto umbilical destas mães. Supõe-se que a utilização da ampicilina, possa ter surgido por parte de alguém a quem este produto foi prescrito para o tratamento da onfalite do recém-nascido, mas com posterior distorção da informação. (APÊNDICE XVII)

Luís (2014), citando a OMS refere que dos muitos solutos antissépticos e antimicrobianos usados ao longo dos anos, pela sua ineficácia ou ausência de benefício com a sua aplicação foram abolidos dos cuidados ao coto umbilical. Os produtos mais comuns eram os antibióticos tópicos, pó talco com óxido de zinco, sulfadiazina de prata.

A OMS, tem defendido desde 1998 a aplicação do método *dry care* nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, ou seja, manter o coto limpo e seco, sem aplicação de

qualquer soluto, nomeadamente, antissépticos, antibióticos e corantes, deixando o coto umbilical exposto ao ar, no caso de este ficar sujo, só é limpo com água (WHO, 2013). Em zonas de fracas condições higiénico-sanitárias a água deve ser fervida e a OMS é a favor da utilização de antissépticos tópicos, como a clohexidina a 4%, com excelente eficácia e tolerância. No entanto, o tratamento das onfalites é realizado através de antibioticoterapia. Sendo esta terapia de medicamentos estabelecida conforme o tipo de infeção ou que bactérias estão ativas na problemática enfrentada (WHO, 1998).

Na **subcategoria “caixa de fósforo”** este produto é mencionado como conhecimento prévio, apenas por 1 mãe múltipara e natural de Luanda. No entanto, não existem referências à sua utilização na prática dos cuidados, como se pode verificar no APÊNDICE XVIII. Os resultados demonstram não se tratar de um produto utilizado com frequência no cuidado ao coto umbilical. Linhares (2010), relembra que a fragilidade dos recém-nascidos, faz com que a atenção das mães, seja voltada para eventuais problemas como infeção no coto umbilical, existindo sempre um conselho ou remédio caseiro. No entanto, importa considerar que algumas das crenças utilizadas pela família como cura no tratamento do coto umbilical podem ser benéficas, porém, outras são prejudiciais.

A **subcategoria “cinza”** como produto a utilizar no cuidado ao coto umbilical, é referida por 11 mães como produto do qual têm conhecimento, na sua maioria pelas mães naturais de Luanda e mães primíparas. A referência à cinza quanto à utilização na prática é feita apenas por 1 mãe primípara e natural de Luanda. *E15: “Em nenhum momento nós usamos o álcool, nós simplesmente usamos o fogo, neste caso a brasa, carvão, com óleo de palma e sal fino. Vai mexendo na brasa de carvão e vai pondo no umbigo do bebé. Antes de cair, vai pondo, vai pondo.”* Os resultados evidenciam que a cinza é um produto conhecido pelas mães, provavelmente por transmissão intergeracional, mas com pouca adesão na prática por parte destas mães, o que pode indicar a influência do conhecimento científico. (APÊNDICE XIX)

A utilização da cinza nos cuidados ao coto umbilical, encontra-se documentada por autores, como Freitas & Porto (2011), que referem que se assistiu nos países subdesenvolvidos à aplicação de diversas substâncias como extratos de plantas e cinzas. Outros autores como Ribeiro & Brandão (2011), referem que algumas das práticas

frequentes no cuidado ao coto umbilical realizadas pelas mães em Luanda são a aplicação da cinza. Seguindo a mesma linha de pensamento, de acordo com Manuel (2012), a utilização da cinza entre outras substâncias, revela uma forte influência da crença popular e do seu valor cultural para o cuidado do coto umbilical. Nas Filipinas, para aliviar o desconforto e em grande parte como proteção dos “não-humanos”, o uso de aplicações de cinza e de óleo têm início após o parto. As aplicações diárias de cinza e óleo no umbigo são mantidas até à sua completa cicatrização, o que pode durar algumas semanas, e a partir daí é ultrapassado o período mais perigoso do recém-nascido. Corroborando os autores anteriores Pires (2016), menciona que algumas práticas tradicionais são distintas das práticas médicas e incluíam a aplicação de esterco de vaca, óleo e cinzas no coto umbilical.

A **subcategoria “cuspo”**, como produto utilizado no tratamento do coto umbilical, é referido como conhecimento prévio, ou seja, produto que ouviu falar, apenas por 1 mãe múltipara da província. No entanto, à semelhança da caixa de fósforos, nenhuma mãe faz referência ao cuspo como utilização na prática. (APÊNDICE XX)

A saúde depende da forma como o indivíduo, família ou comunidade controlam os seus determinantes de saúde. Estes são influenciados pelos fatores associados à etnicidade. Refletem assim, os aspetos culturais, os valores, as crenças, as práticas e as particularidades biológicas e genéticas, onde a distância cultural do país de origem e as dificuldades de adaptação no local de acolhimento constituem fatores sociais determinantes de saúde.

A **subcategoria “folhas”**, como produto utilizado no cuidado ao coto umbilical do recém-nascido é referido por 2 mães primíparas e naturais das várias províncias. Uma mãe refere as folhas como algo que ouviu falar e outra mãe como um produto que utiliza no cuidado ao coto umbilical. (APÊNDICE XXI)

O recurso a este produto, pode estar relacionado com a fitoterapia, que consiste na utilização de plantas ou extratos de plantas com fins medicinais (Manuel,2012). Ao longo dos anos vários métodos e produtos foram sendo utilizados nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascidos, incluindo medicamentos e produtos caseiros, tais como extratos de plantas (Pires, 2016). Segundo Ribeiro & Brandão (2011), algumas das práticas frequentes realizadas ao coto umbilical, são as folhas queimadas. Campos & Silva (2011), em estudos que realizaram, revelam que a maior incidência das onfalites se verificou na zona rural onde

os partos foram feitos em casa e através de parteiras, as quais usavam entre outros elementos, folhas de fumo para curar o umbigo dos bebês.

A **subcategoria “leite de pau”**, refere-se à utilização deste produto nos cuidados ao coto umbilical, sendo mencionado por 3 mães. Os dados mostram que 1 mãe (E26) primípara e natural de Luanda refere utilizá-lo como prática. As outras 2 mães, mencionam o leite de pau como produto do qual têm conhecimento, mas não o utilizam na prática. Destas, a mãe múltipara e natural de Luanda (E10), refere que apesar de ter conhecimento deste produto nunca teve intenção de utilizar e outra mãe primípara e natural da província (E39), refere que só não utiliza o leite de pau pois não o encontrou em Luanda. (APÊNDICE XXII)

Leininger & Mcfarland (2006), basearam as suas convicções na compreensão de que a cultura determina os padrões e estilos de vida, e tem influência nas decisões das pessoas.

A **subcategoria “óleo”** é um produto mencionado por 15 mães, para o cuidado ao coto umbilical do recém-nascido, quer por apenas terem conhecimento, quer como prática realizada.

Oliveira et al. (2006), no estudo que apresentam, referem como prática comum no tratamento ao coto umbilical do recém-nascido, entre outros produtos o óleo de mamona. O uso do óleo pode ser prejudicial à saúde do bebê, pois pode promover infeção do coto umbilical. Também Ribeiro & Brandão (2011), referem que algumas das práticas frequentes no cuidado ao coto umbilical realizadas são o óleo e o azeite. O óleo de amêndoa é uma substância mencionada nos estudos de Linhares (2011), utilizada no coto umbilical como medida de tratamento para evitar infeção umbilical. Segundo Manuel (2012), a aplicação diária de cinza e óleo no umbigo são mantidas até à sua completa cicatrização, pelas mães nas Filipinas. De acordo com Luís (2014) vários métodos foram e são ainda utilizados na limpeza/desinfeção do coto umbilical, onde se incluem produtos/técnicas caseiras, tais como o azeite e o óleo de coco.

Pires (2016), afirma também que ao longo dos anos vários produtos foram utilizados nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, incluindo o azeite e óleo de coco, entre outros.

Do total das 15 de mães que fizeram referência à utilização do óleo nos cuidados ao coto umbilical, 7 mães, na sua maioria, mães múltiparas e mães naturais de Luanda referem-

no apenas como conhecimento prévio. *E11: “Sim... para além do álcool, óleo de palma, sal e cinza. Mas nós só usamos álcool mesmo.”*

Oito mães referem utilizar o óleo como prática nos cuidados ao coto umbilical, por norma associado ao sal ou outros produtos e são na maioria mães múltiparas e em igual número quanto à naturalidade. *E15: “Normalmente, há uns que dizem que usam álcool. Mas a mim não usa álcool, em nenhum momento nós usamos o álcool, nós simplesmente usamos o fogo, neste caso a brasa, carvão, com óleo de palma e sal fino... mistura-se o óleo de palma no sal e vai pondo em volta.”*

O fato da maioria das mães que fazem referência ao óleo nos cuidados ao coto umbilical, ser múltipara, pode sugerir, que de alguma forma a informação transmitida pelo profissional de saúde seja descurada, considerando que à partida possuem experiência de cuidado com os outros filhos e se foram acompanhadas pelos profissionais de saúde essa informação à partida já lhes teria sido transmitida. (APÊNDICE XXIII)

O cuidado popular é aprendido na comunidade, repassado de geração a geração e reforçado pela aprendizagem do dia-a-dia (Zanatta & Motta, 2007). Leininger & Mcfarland (2006), referem a importância de conhecer o contexto cultural em que o recém-nascido e família estão inseridos para que o cuidado praticado não origine conflitos entre a família e os profissionais de saúde, mas que ocorra a partir de uma realidade em que se considerem as diferenças culturais.

Torna-se necessário evidenciar a competência do saber científico em detrimento do saber popular, uma vez que o óleo promove processo de putrefação do coto e pode contribuir para a ocorrência de infecção umbilical, consequência comum da utilização de substâncias insalubres (Linhares & Silva, 2012).

Na **subcategoria “pasta dentífrica”** no cuidado ao coto umbilical, este é um produto mencionado como conhecimento prévio por 4 mães (3 mães múltiparas e naturais de Luanda e 1 mãe primípara e natural da província) não chegando no entanto, a ser utilizado na prática por nenhuma mãe. Todas as mães ao referir este produto referem-se a uma marca em específico, a pepsodent. (APÊNDICE XXIV)

Os saberes e as práticas de cuidado desenvolvidas pelas mães são influenciados pela cultura, educação, condições económicas e culturais da cada família. Os profissionais de saúde, têm um papel fundamental ao contribuir com seu conhecimento científico, para o

incentivo de formas de cuidar coerentes e promotoras da saúde do recém-nascido. Neste sentido promovem a sobreposição do saber científico face ao saber tradicional, transmitido intergeracionalmente (Zanatta & Motta, 2007).

A **subcategoria “pó”**, utilizado nos cuidados ao coto umbilical é mencionado no total por 14 mães.

A utilização de pó nos cuidados ao coto umbilical é mencionada por Linhares (2011), ao referir que o uso de pó de fumo torrado, pó de sola de sapato, pó de pena de galinha, pó de goiaba e outras substâncias no coto umbilical como medida de tratamento para evitar infecção umbilical, secar e promoção da queda do coto num tempo mais curto. Autores como Fernandes, Machado & Oliveira (2011), também abordam o tema da utilização do pó (em especial o pó de talco e pó de amido) nos cuidados ao coto umbilical, como uma prática que não é recomendada, pelo risco de inalação acidental, que pode causar irritação, ou pneumonite com formação de granuloma e fibrose pulmonar.

Os dados mostram que as mães que referem a utilização do pó como conhecimento prévio nos cuidados ao coto umbilical (por terem ouvido falar) são 6, na sua maioria mães naturais de Luanda e com a mesma distribuição quanto ao número de filhos. No entanto, nem todas as mães que demonstram ter conhecimento da utilização do pó, optam pela sua utilização na sua prática do cuidado ao coto umbilical. *E11: “... a minha mãe disse que temos de meter pó. Mas as enfermeiras disseram-me que não posso meter pó. Então, não estamos a usar mais pó, porque está a fazer mal aos bebés. Mas nós só usamos álcool mesmo.”*

As mães que referem utilizar o pó como prática nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, são 8, e na sua maioria pertencentes ao grupo de mães múltiparas e de mães naturais das várias províncias. Por norma, as mães referem a utilização do pó após a queda do coto umbilical, justificando a sua utilização com o objetivo de secar. As mães que realizam esta prática valorizam o saber tradicional, proveniente do conhecimento empírico. *E2: “Não! Tipo, consoante a minha bebé, ela está a usar é pó.”; E33: “Só uso pó e álcool. ET: “E quando cair, vai fazer igual ou não?” E35: “Não, não vou. Vou curar com pó.”*

Segundo as participantes o incentivo à utilização do pó nos cuidados ao coto umbilical é maioritariamente feito pela avó do recém-nascido e por outros membros familiares, mas também por vizinhos, ou seja, pela rede de relações das mães.

Na visão de Alves (2015), assiste-se a um grande desafio, ao articular o saber científico com o saber tradicional. A cultura determina os padrões e estilos de vida, e tem influência nas decisões das pessoas. Para os autores, Oliveira, et al. (2006), algumas práticas, como a utilização do pó, podem ser prejudiciais à criança, por isto devem ser desencorajadas pelos profissionais de saúde que devem explorar medidas alternativas saudáveis e aceitáveis.

As mães participantes no estudo por vezes, não especificam o tipo de pó nos cuidados ao coto umbilical, quando o fazem referem o pó talco e algumas marcas como o lauroderme, chicco. (APÊNDICE XXV)

No estudo de Linhares & Silva (2012), as puérperas, preocupavam-se em evitar a infeção umbilical e desenvolviam o cuidado utilizando entre outras substâncias o pó de café, acreditando serem benéfico à saúde do recém-nascido e que produziria a queda rápida do coto umbilical, bem como a aceleração do processo de cicatrização. Trata-se de um saber fundado no senso comum, aprendido no cotidiano das ações, no entanto, que não encontra suporte no saber científico. Uma vez que o uso de pó de café, pó de fumo, pó de pena de galinha, são estratégias de cuidar perigosas, na medida em que diminuem a entrada de ar no coto umbilical por tamponamento, propiciando o processo de infeção por falta de arejamento, o que aumenta o risco de onfalites e tétano neonatal.

A **subcategoria “sal”**, refere-se à utilização do sal no cuidado ao coto umbilical, tendo sido referido por 27 mães. Destas, as que mencionam o sal como produto do qual têm apenas conhecimento da sua utilização são 13 e na sua maioria do grupo de mães múltíparas e mães naturais de Luanda.

As mães que referem utilizar o sal como prática no cuidado ao coto umbilical do recém-nascido são 14, encontrando-se distribuídas de forma idêntica em cada um dos quatro grupos. *ET: “E a senhora, que práticas tradicionais é que tem realizado no cordão do bebé?” E16:” Só sal, água com sal.”* (APÊNDICE XXVI)

Os dados vão ao encontro do mencionado por Ribeiro & Brandão (2011), que referem que algumas das práticas frequentes no cuidado ao coto umbilical realizadas pelas mães são o sal. De acordo com Manuel (2012), em países muçulmanos, por exemplo, os recém-nascidos são considerados como seres particularmente débeis e ameaçados pelo mau olhado, sendo utilizadas diversas proteções para afastar o mal, entre elas o sal.

A falta de informação das mães e familiares acerca dos cuidados adequados, bem

como a dificuldade no acesso e a qualidade dos serviços de saúde, tem implicações nos cuidados e leva a que por vezes as mães utilizem os recursos que dispõem e práticas comuns na comunidade, tanto por questões financeiras, como por facilidade no seu acesso (Leininger & Mcfarland, 2006).

De acordo com Kheir, Mustafa & Osman (2015), a mortalidade neonatal por infeções do coto umbilical nos países em desenvolvimento permanece elevada, onde em muito contribuem as práticas incorretas verificadas ao coto umbilical do recém-nascido.

#### 2.4. Apoio nos cuidados ao recém-nascido

O apoio realizado às puérparas nos cuidados ao coto umbilical, quer seja emocional ou através de informações, dado por fontes empíricas ou fontes científicas, permite que estas se sintam mais seguras nos cuidados realizados ao recém-nascido. Pelo sistema relacional em que as mães se encontram inseridas, os cuidados ao recém-nascido, inclusive ao coto umbilical, são em grande parte realizados por pessoas mais velhas experientes como a avó, mas também por irmãs, tias e vizinhos (Linhares, 2010).

**Tabela 4.9:** Apoio nos cuidados ao recém-nascido: categorias

<b>Dimensão</b>	<b>Categoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>
<b>4. Apoio nos cuidados ao RN</b>	Apoio recebido nos cuidados ao coto umbilical	17

A categoria “**apoio recebido nos cuidados ao coto umbilical**”, refere-se ao tipo de ajuda e quem presta essa ajuda às puérperas nos cuidados ao recém-nascido, como se verifica na tabela 4.9.

De acordo com a WHO (1998; 2006; 2013), cit. por Manuel (2012), a parteira profissional é considerada o tipo de prestador de cuidados de saúde obstétricos mais adequado, quer em unidades de saúde, quer em ambiente domiciliário. No entanto, devido à carência de profissionais de saúde em determinados países e em especial nas zonas rurais

dos países em desenvolvimento, ocorre a assistência ao parto prestada por parteiras tradicionais. A prática destas parteiras tradicionais pode ser condicionada por normas culturais e tradicionais, que podem condicionar a eficácia do seu trabalho. Contudo, é precisamente essa identificação cultural que leva muitas mulheres a preferirem-nas como cuidadoras no momento do parto, especialmente em comunidades rurais.

No que se refere ao apoio nos cuidados ao recém-nascido, especificamente ao coto umbilical, 17 mães participantes no estudo referem ter apoio, sendo na sua maioria do grupo de mães primíparas e mães naturais de Luanda. Estes resultados podem sugerir que o fato de ser o primeiro filho e por residirem na sua província de origem, as mães têm a família (avós) mais próximo para prestar apoio nos cuidados.

De acordo com Ramos (2004 a,b; 2008a,c; 2016b), a mulher provinda de outra cultura ou religião, muitas vezes não tem o suporte social pretendido por parte da família e dos amigos e principalmente aquela que é mãe pela primeira vez, pode sentir angústia, ansiedade e sentimento de incompetência. Deste modo, a influência da rede comunitária de apoio é um importante determinante em saúde, no sentido em que facilita a inclusão e participação ativa dos migrantes (Ramos 2012 a,c; Buss & Filho, 2007).

Os resultados demonstram que são várias as figuras do meio de pertença da mãe, que colaboram nos cuidados ao recém-nascido. Contudo, o apoio é prestado maioritariamente pela avó do recém-nascido (mãe ou sogra da participante), sendo referido por 13 mães, na sua maioria mães primíparas e mães naturais de Luanda. E16: *“Foi ela...Não, não foi a mamã, foi a avó, a mãe da mamã.”*

Duas mães referem ter apoio por parte da sua tia. E3: *“Sim, eu assistia a colocarem só. A minha tia pegava o álcool, molhava o algodão.”* ET: *“E tem ajuda de mais alguém para além da avó materna nos cuidados ao bebé?”* E26: *“A tia.”*

Uma mãe refere em simultâneo o apoio da tia e da sua avó materna (a bisavó do recém-nascido) e outra mãe refere o apoio por parte da irmã, juntamente com a avó do recém-nascido. E9: *“A minha avó.”* ET: *“E para além dela, tem mais alguém?”* E9: *“Sim, a minha irmã”*.

Uma mãe refere o apoio da cunhada e da mãe desta e outra mãe refere a ajuda da vizinha nos cuidados ao recém-nascido.” E15: *“Ah, tem sido a minha cunhada.”* ET: *“E para além da cunhada, tem mais alguém que lhe ajuda nos cuidados?”* E15: *“Tenho, sim, a mãe dela.”* ET: *“E tem ajuda de alguém?”* E38: *“Tenho ajuda de uma vizinha.”*

Os resultados estão de acordo com Sopa (2009), quando refere que para além da família existem outros meios informais, sustentados pela sociedade, onde se incluem amigos, vizinhos, grupos sociais e religiosos, que podem oferecer apoio no desenvolvimento das diferentes atividades.

Para Pereira (2009), o medo de cuidar dos filhos é maior com o primeiro filho, mas pode também ocorrer com os filhos seguintes. De acordo com Linhares (2011), a ajuda às mães é oferecida principalmente pelas avós, mas também pelos tios, irmãos, ou seja, aqueles com mais idade e mais experiência. As avós têm um papel fundamental na família. Segundo Miranda, Marostica & Matão (2015), as avós trazem consigo conhecimentos e experiências pertinentes da sua vivência, que transmitem ao realizar os cuidados familiares. Ramos (2004 a,b; 2005), refere que a família, em especial a mãe e o pai, mas também os avós, fornecem ao bebé, o apoio e o reconforto, a proteção e a segurança emocional, indispensáveis à saúde, as condições de desenvolvimento psíquico, físico e de autonomia.

Todas as mães do estudo, mencionam que a pessoa que lhes dá apoio nos cuidados ao recém-nascido, é quem lhe deu ou continua a dar o banho e a realizar os cuidados ao coto umbilical. São poucas as mães que referem já ter começado a fazer essas práticas. *E11: “Também não, foi com a avó. A avó é que ensinou mesmo. A experiência do primeiro bebé... Hoje, o banho foi o primeiro. Até ao umbigo cair, nos primeiros dias, era a avó que cuidava dele.”* Os resultados mostram que as mães referem insegurança ao realizar os cuidados de higiene ao recém-nascido e receio, por o bebé ser tão pequeno, que acabam por delegar essa tarefa noutro cuidador familiar. *E12: “Não, foi a minha mãe. Eu sinto medo por causa do umbigo. Tanto eu como o meu esposo.”; E24: “Ainda não, ainda estou com muito medo.”* *ET: “Quem faz é a sua mãe e a sua irmã?” E24: “Sim!”*

Segundo Zanatta (2006), os cuidados em relação ao coto umbilical estão envoltos de crenças, mitos e medos. As mães referem-se ao coto umbilical, como se fosse algo intocável e perigoso. De acordo com Tomeleri & Marcon, (2009), as mães, especialmente as primíparas, sentem-se inseguras em relação ao manuseio e à queda do coto umbilical, pois consideram-no envolto em mistério, desconhecimento e ambiguidade. Esta opinião é partilhada por Zanatta, (2006), que refere que as mães delegam as funções do banho e de cuidar do coto umbilical a outras pessoas, principalmente, porque se sentem inseguras. O medo de não saber fazer, torna as mães submissas à vontade e experiência alheias, cedendo

por vezes a cuidados que nem sempre são os mais corretos (Miranda, Marostica & Matão, 2015).

Neste sentido, Linhares (2011), defende que as puérperas, apesar de encontrarem um conjunto de fatores de proteção no pai, na mãe, na sogra, na avó, nos irmãos, nos tios e nos vizinhos, devem procurar recursos para exercer sua capacidade de resiliência, vencer as dificuldades e o medo. A mesma autora, refere para a efetividade do cuidado no domicílio é de fundamental importância o estabelecimento de vínculo com o familiar cuidador, responsável pelo cuidado ao recém-nascido, pois este é o responsável por auxiliar e manter o cuidado, e depende dele a aceitação pela família, da intervenção terapêutica do profissional de saúde.

No âmbito da realização das entrevistas, houve a oportunidade de observar as mães que recorriam à consulta de revisão do puerpério no Centro de Saúde, podendo verificar-se que na sua maioria estas mães deslocavam-se sozinhas com o recém-nascido. Ou seja, não se faziam acompanhar pela pessoa que em casa dá apoio e presta os cuidados ao recém-nascido. A presença da pessoa de apoio na consulta seria pertinente para poder receber na primeira pessoa a informação transmitida pelo profissional de saúde.

Para Rosa (2009), o cuidado realizado ao coto umbilical, no domicílio nem sempre é realizado pelas mães, que são o foco da atenção da informação transmitida pelos profissionais de saúde.

Assim, a conduta do cuidador leigo aliada às suas crenças, pode contribuir, para que ocorram as infeções neonatais, elevando os indicadores de morbidade neonatal. Zanatta (2006) corrobora desse pensamento, quando diz que algumas mães seguem orientações de pessoas do seu convívio e resistem em aderir e manter as orientações do profissional de saúde, adotando certas condutas e atitudes, como o uso de soluções caseiras no cuidado ao coto umbilical, as quais provocam infeções e, na maioria das vezes, requerem hospitalizações e cuidados especializados.

As 17 mães que referiram apoio nos cuidados ao recém-nascido, referem que aprenderam a cuidar do coto umbilical, com as recomendações transmitidas pela ajuda nos cuidados, pertencendo estas ajudas aos referenciais empíricos.

Os dados demonstram que as práticas realizadas pela pessoa de apoio, ao coto umbilical, nem sempre estão de acordo com o recomendado. *ET: “A senhora fez ao*

umbigo?” E40: “*Quem está a fazer é a minha avó.*” ET: “*A avó mastiga as folhas?*” E40: “*Sim, sim.*”

Esta realidade é confirmada na opinião de alguns autores como Oliveira et al. (2006), que referem que as práticas populares, alusivas aos recursos utilizados pelas famílias, pessoas leigas e por terapeutas populares, onde o saber se constrói no dia a dia e se transmite de geração a geração, não ligado a serviços formais de saúde, mantém-se como primeiro recurso utilizado pelas famílias para cuidar.

Os dados demonstram que as mães que referem apoio nos cuidados e realizam a prática recomendada nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, são 9 e na sua maioria mães primíparas e mães naturais de Luanda. Sendo a pessoa de apoio quem realiza essa prática de cuidado. E10: “*... A mamã ajuda a cuidar do umbigo do bebé e ela é que dá banho no bebé.*” E20: “*A mãe.*”

Os resultados do estudo demonstram que 8 mães, na sua maioria mães primíparas e mães naturais de Luanda, realizam incorretamente os cuidados ao coto umbilical. Destas 8 mães, 3, referem ao longo da entrevista ter conhecimento do álcool como produto recomendado pelos profissionais de saúde, para o cuidado ao coto umbilical, no entanto, optam por delegar os cuidados na pessoa de apoio que utiliza as práticas tradicionais e não as recomendadas para este cuidado ao recorrerem a produtos nocivos. E30: “*Disseram para pôr álcool... mas só que depois a mãe disse: não, assim vai demorar muito. E, depois, estava com dores tortas e foi a minha mãe que começou a cuidar.*” ET: “*E a mãe então aconselhou-lhe o sal junto com o óleo.*” E30: “*Ela mesmo é que começou a fazer nos primeiros dias, sim.*”

Os mesmos dados demonstram que 5 mães não tinham conhecimento da utilização do álcool nos cuidados ao coto umbilical.” E15: “*Óleo de palma.*” ET: “*Essas são as práticas que ouviu falar, não é, e que também utilizou.*” E15: “*Sim!*” ET: “*Existe alguma informação diferente, daquilo que sabe ou sabia que os profissionais de saúde lhe deram na unidade? Em relação aos cuidados.*” E15: “*Não!*” ET: “*Eles não lhe disseram para fazerem de outra forma que não esta?*” E15: “*Não!*” ET: “*E põe essas folhas no umbigo e deixa lá ficar?*” E40: “*Sim, sim.*” ET: “*Há alguma diferença entre as informações que os profissionais lhe deram, nos cuidados ao umbigo, e aquilo que a mamã sabia ou sabe? Há diferenças?*” E40: “*Acho que não, não.*” (APÊNDICE XXVII)

De acordo com Alves (2013), o conhecimento leigo opõe-se ao conhecimento

científico, uma vez que a ciência é objetiva e neutra, separando do seu campo analítico os contextos e os significados culturais. A figura do soba, curandeiro, feiticeiro adquire um papel importante no que se refere a questões relacionadas com a saúde. Constatam-se, assim, o pluralismo dos sistemas de cuidados para lidar com a doença, que podem ser organizados em sistema profissional, leigo e alternativo (que inclui o complementar e o tradicional).

Devido aos elevados índices de infeções no período neonatal, o tratamento do coto umbilical deve ser acompanhado pelos profissionais de saúde, que poderão posicionar-se e fundamentar em bases científicas o tratamento do coto umbilical.

### 2.5. Aspectos gerais nos cuidados ao recém-nascido

Os cuidados de saúde prestados ao recém-nascido referem-se a boas práticas que incluem: amamentação ou alimentação artificial, cuidados de higiene e conforto, vestuário, eliminação, sono e repouso, afeto e estimulação, adaptação ao papel parental, segurança, prevenção de acidentes e vigilância de saúde (UNICEF, 2008).

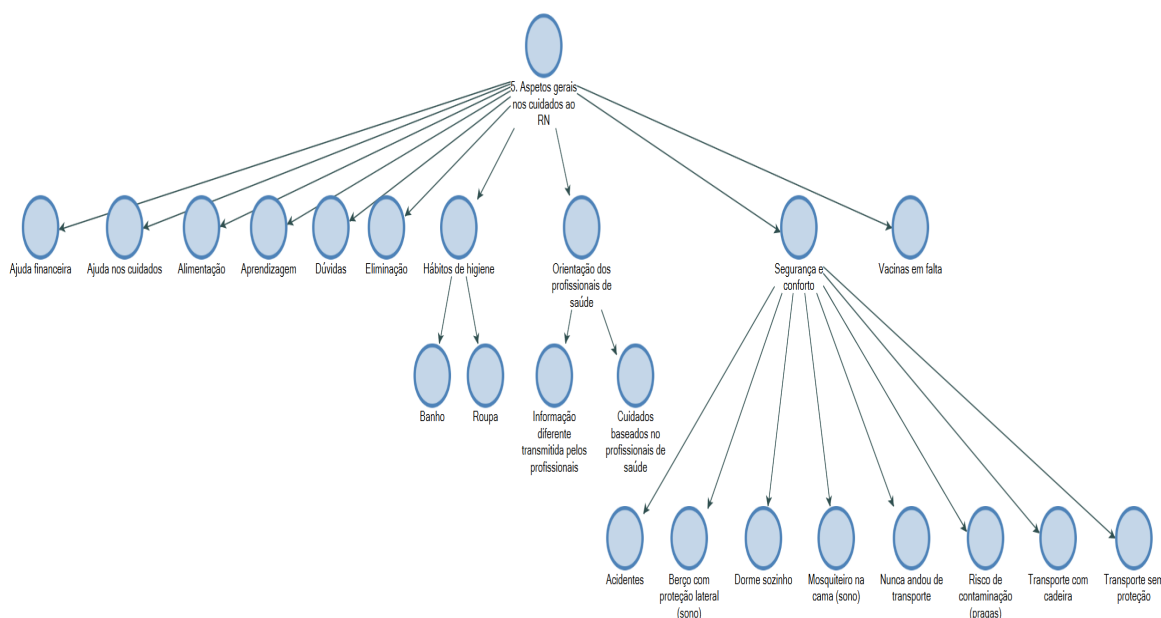
Com o intuito de analisar aprofundadamente a temática aspectos gerais nos cuidados ao recém-nascido, apresentamos as respetivas categorias e subcategorias, presentes na tabela 4.10. e no esquema 4.8.

**Tabela 4.10:** Aspectos gerais nos cuidados ao RN: tema, categorias e subcategorias

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	
5. Aspectos gerais nos cuidados ao recém-nascido.	Ajuda financeira		31	
	Ajuda nos cuidados		37	
	Aprendizagem		27	
	Dúvidas		6	
	Orientação dos profissionais de saúde		Informação diferente	8
			Cuidados baseados nos profissionais de saúde	12
	Vacinas em falta		6	
	Alimentação		40	
	Eliminação		13	
	Hábitos de higiene		Banho	40
			Roupa	40
	Segurança e conforto (acidentes, risco de contaminação, transporte e sono)		Acidentes	3
			Risco de contaminação (pragas)	21
Nunca andou de transporte			9	
Transporte com cadeira			3	

Transporte sem proteção	28
Dorme sozinho	9
Berço com proteção lateral	6
Mosquiteiro na cama	37

Esquema 4.8: Aspectos gerais nos cuidados ao recém-nascido.



### 2.5.1. Ajuda financeira

A capacidade financeira da família pode condicionar os cuidados realizados ao recém-nascido, inclusive, os cuidados de saúde. Na maioria das vezes esta ajuda é prestada por familiares, principalmente o progenitor.

No que se refere à **categoria**, “**ajuda financeira**”, quase a totalidade das participantes (31) refere ter ajuda financeira por parte do pai do recém-nascido. *E19: “Sim! Talvez falta de alguma coisa, ou se falta alguma coisa em casa, vem trazer.” ET: “O pai ajuda nos cuidados ao bebé?” E20: “Sim!” ET: “E de que forma é que ele ajuda?” E20: “Ele... ajuda nos bens materiais.”*

As mães que referem que o progenitor não colabora financeiramente, são 9 e na maioria são mães múltíparas e naturais de Luanda. Alegando-o por motivos diversos como o pai estar fora, nunca mais ter visto o pai do recém-nascido ou por este se encontrar desempregado. E5: “No momento, ele está de viagem.” ; E7: “Não, neste momento, ele está há dois anos sem trabalhar.” (APÊNDICE XXVIII)

Todos os cuidados inerentes ao recém-nascido, comportam custos e a capacidade financeira da família pode condicionar a escolha dos serviços de saúde e eficácia do tratamento ao coto umbilical. Para Sassá & Marcon (2013), as dificuldades financeiras e o desemprego do companheiro, podem inibir a mulher da afeição pelo marido e da sua influência sobre o comportamento familiar. Por outro lado, a melhor condição financeira da família possibilita maior flexibilidade para se organizarem nos cuidados.

Segundo Soares, Bernardino, Zani (2019), durante muito tempo, o cuidado do filho foi responsabilidade única e exclusiva da mulher, sendo o homem responsável apenas pelo sustento da família. Esse fato em muito se deve à cultura da distribuição dos papéis familiares, em que o pai devia ser responsável pelo provento e sustento financeiro da sua família e a mãe pela criação e pelo cuidado dos filhos.

### 2.5.2. Ajuda nos cuidados

A família alargada ou nuclear exerce uma função importante nos cuidados à criança.

A categoria “ajuda nos cuidados ao recém-nascido”, exclui a ajuda financeira e o apoio específico nos cuidados ao coto umbilical (já abordados em categorias anteriores). A ajuda nos cuidados gerais ao recém-nascido é mencionada por 37 mães. Muitas vezes esta ajuda referidas pelas mães passa também pela ajuda nos cuidados domésticos à mãe. Apenas 3 mães múltíparas (2 naturais de Luanda e 1 das províncias), referem não ter qualquer tipo de ajuda nos cuidados ao recém-nascido.

As mães que referem ajuda nos cuidados, mencionam maioritariamente ajuda por parte de familiares. Nos familiares, as avós do recém-nascido são a ajuda mais evidenciada, por 24 mães. Os dados mostram que estas mães são maioritariamente do grupo das mães primíparas e das mães naturais de Luanda, o que sugere que a experiência de ser o primeiro filho, aliada ao fato residir na província de origem, colaboram para o fato de ter a avó do recém-nascido próximo e recebam mais apoio por parte desta. Os resultados reforçam a

informação já anteriormente espelhada, que as avós são reconhecidas como pessoas de referência no processo de cuidar dos netos, filhas e noras. A OMS (1998) cit. in Silva & Carneiro (2014), estabeleceu que os cuidados pós-natais têm que ser centrados nas famílias e culturalmente contextualizados. E pela vulnerabilidade do período pós-parto, reconhece que é fundamental a atenção à precocidade da alta hospitalar, que resulta na diminuição temporal de cuidados especializados.

Em conjunto com a referência à ajuda prestada pelas avós ou isoladamente, os dados revelam ajuda por parte das irmãs, tias, sobrinhas, cunhadas, vizinhas e o pai do recém-nascido. ET: *“E em casa quem é o principal cuidador ou cuidadora do bebé?”* E11: *“É a minha mãe.”* ET: *“E, para além da mãe, tem mais alguém que lhe ajuda nos cuidados ao bebé?”* E11: *“Tem, as minhas sobrinhas e as minhas cunhadas.”* ET: *“E tem apoio, ajuda de alguém nos cuidados?”* E12: *“De uma irmã e do meu esposo.”* ET: *“Em casa, quem é que é o principal ou a principal cuidadora do bebé?”* E15: *“Ah, tem sido a minha cunhada.”*

Segundo Sassá & Marcon (2013), o apoio dos membros da família e a sua participação nos cuidados e em pequenas tarefas facilita a reorganização familiar após a chegada do recém-nascido. A presença da rede de apoio, ajuda a ultrapassar as dificuldades durante este processo e fortalece a família para o atendimento das necessidades da criança com base no contexto em que vivem.

A ajuda nos cuidados (exceto a financeira) fornecida pelo pai, é mencionada com frequência pelas mães, no entanto, quando especificam o tipo de ajuda, referem-se frequentemente a pegar no bebé. E31: *“Quando o bebé acorda, nas madrugadas, e estou com muito sono, ele pega no bebé.”* Contudo, algumas mães referem que o progenitor ajuda também a trocar a fralda, a preparar o leite e a dar conselhos. E6: *“Pega nela, troca a fralda quando está molhada.”*; E35: *“Ah, ele diz para pegar no bebé tens de lavar as mãos...E dá o biberon na hora.”* Segundo Soares, Bernardino, Zani (2019), o papel do pai é tão fundamental quanto o papel da mãe. Compartilhar tarefas com a mãe, como responsabilizar-se pela educação e pelo cuidado do filho, desde uma simples troca de fraldas ao cuidado integral do seu filho, é de real importância na ajuda à parceira que muitas vezes se encontra em sobrecarga emocional e física.

Ao abordar o tipo de ajuda nos cuidados, na maioria das mães, esta ajuda passa pelos cuidados de higiene, ou seja, o banho e os cuidados ao coto umbilical, que na grande maioria das vezes é executado pela própria pessoa que ajuda. E10: *“Ajudam a lavar, a pegar no*

*bebé. A mamã ajuda a cuidar do umbigo do bebé e ela é que dá banho no bebé.”; E13: “A mãe, de momento, é quem dá banho no bebé, que faz praticamente tudo pelo bebé, não é?... Eu simplesmente amamento, e por vezes, ajudo mesmo a pegar, quando o bebé está assim chato.”, E14: “Cuidam do bebé, dão-lhe banho, tratam bem...Elas dão banho, tratam dele e me entregam, para dar de mamar.”, E30: “Ajudam em muitas coisas, ajudam de manhã cedo a preparar o bebé, a lhe dar o banho, essas coisas, ajudam...”*

Os resultados estão de acordo com Silva, et al., (2015), ao afirmarem que para os pais a maior fragilidade dos cuidados está relacionada com o banho do recém-nascido nos primeiros dias de vida. O que evidencia a necessidade de atuação dos profissionais de saúde, transmitindo o conhecimento e capacitando para o cuidar. Os resultados do estudo demonstram que cerca de metade das mães, na sua maioria do grupo de mães primíparas e mães naturais de Luanda que referem apoio familiar nos cuidados ao coto umbilical o realizam incorretamente. Estas mães referem ao longo da entrevista ter conhecimento do álcool como produto recomendado pelos profissionais de saúde, para o cuidado ao coto umbilical, no entanto, optam por delegar os cuidados na pessoa de apoio que utiliza as práticas tradicionais não recomendadas para este cuidado.

Existe o testemunho de uma mãe, que refere que a avó materna do recém-nascido ajuda nos cuidados ao levar ao hospital e dar ajuda financeira em caso de necessidade. E32: *“Quando precisamos de algo para ela, ela compra. Quando ela está doente, ela leva ao hospital...”*

Os dados mostram também referencia de ajuda nos cuidados domésticos, bem como, ajuda ao fornecer orientações gerais nos cuidados. E8: *“Aquelas ajuda, tipo ajudar nos serviços domésticos também.”; E11: “Por exemplo, uma delas, a mais velha, cuida da roupa do bebé, lava.”, E11: “Engoma.”; E30: “A roupa dele para lavar... sim, eu não posso fazer muito esforço, eles é que fazem quase tudo.”; E36: “...Carreta água também em casa, às vezes quando não está a sair, cozinha...”* O apoio nas atividades domésticas e familiares, a fim de minimizar a sobrecarga da mãe, permitem que esta dedique mais tempo aos cuidados com o bebé, possibilitando segurança e tranquilidade para a mãe (Sassá & Marcon, 2013). (APÊNDICE XXIX)

**Quadro 4.21:** Principal responsável pelos cuidados ao recém-nascido.

Categories	Sub-categorias	Frequência	Porcentagem válida
Principal responsável pelos cuidados ao recém-nascido	Mãe	25	62,5%
	Avó materna	10	25,0%
	Bisavó materna	2	5,0%
	Cunhada	1	2,5%
	Avó paterna	1	2,5%
	Irmãs	1	2,5%
	Total	40	100,0%

Verificamos, como o apresentado no quadro 4.21, que das 24 avós que são mencionadas pelas mães como ajuda nos cuidados, 13 avós são a principal cuidadora do recém-nascido, correspondendo na maioria a mães primíparas e mães naturais de Luanda. Contudo, o papel dos cuidados ao recém-nascido, recai maioritariamente na mãe do recém-nascido.

A mulher na adoção do papel materno necessita do apoio afetivo e emocional da família e amigos, mas também é de grande importância, o apoio informativo prestado pelos profissionais de saúde, que através das suas competências profissionais contribuem para uma avaliação correta dos problemas e das necessidades, fornecendo informações e conselhos que a ajudarão na capacitação do seu papel e a ultrapassar dificuldades inerentes a esta fase da vida (Sopa, 2009).

**Quadro 4.22:** Relação com o progenitor e ao papel deste no apoio aos cuidados ao recém-nascido (número de filhos).

		Primípara ou múltipara				$\chi^2$	p
		Primípara		Múltipara			
		n	%	n	%		
Qual a duração da relação com o progenitor?	Menos de 1 ano	0	0.0%	2	5.0%	12,795	0,001
	1-3 Anos	11	27.5%	1	2.5%		
	Mais de 3 anos	9	22,5%	17	42,5%		
Que tipo de relação mantém com o progenitor da criança?	Relação amorosa	15	37,5%	15	37,5%	1,143	1,000
	Não mantém relação amorosa, mas convivem	4	10.0%	3	7.5%		
	Nunca mais o viu	0	0.0%	1	2.5%		

	Relação estável	1	2.5%	1	2.5%		
	Outra	0	0.0%	0	0.0%		
<b>Qual foi a reação paterna à gravidez</b>	Não gostou	3	7.7%	3	7.7%	2,008	0,579
	Indiferente	0	0.0%	2	5.1%		
	Contente	16	41,0%	15	38,5%		
<b>O progenitor ajuda nos cuidados ao recém-nascido?</b>	Não	7	17.5%	5	12.5%	0,476	0,731
	Sim	13	32,5%	15	37,6%		

**Quadro 4.23:** Relação com o progenitor e ao papel deste no apoio aos cuidados ao recém-nascido (naturalidade).

		Luanda/Província				$\chi^2$	p
		Província		Luanda			
		n	%	n	%		
<b>Qual a duração da relação com o progenitor?</b>	Menos de 1 ano	0	0.0%	2	5,0%	4,718	0,122
	1-3 Anos	4	10,0%	8	20,0%		
	Mais de 3 anos	16	40,0%	10	25,0%		
<b>Que tipo de relação mantém com o progenitor da criança?</b>	Relação amorosa	15	37,5%	15	37,5%	1,143	1,000
	Não mantém relação amorosa, mas convivem	4	10,0%	3	15,0%		
	Nunca mais viu o progenitor	0	0.0%	1	5.0%		
	Relação estável	1	2,5%	1	5.0%		
	Outra	0	0.0%	0	0.0%		
<b>Qual foi a reação paterna à gravidez</b>	Não gostou	3	7,7%	3	7,7%	2,266	0,458
	Indiferente	2	5,1%	0	0.0%		
	Contente	14	35,9%	17	43,6%		
<b>O progenitor ajuda nos cuidados ao recém-nascido?</b>	Não	5	12,5%	7	17,5%	0,476	0,731
	Sim	15	37,5%	13	32,5%		

O tipo e a duração da relação com o progenitor, bem como a reação deste à gravidez e a ajuda prestada nos cuidados ao recém-nascido considerando o número de filhos encontrase no quadro 4.22. Os mesmos resultados considerando a naturalidade das mães está espelhada no quadro 4.23. Verificamos uma associação significativa entre o número de filhos e a duração da relação com o progenitor. Nas mães primíparas é mais frequente relações de 1 a 3 anos, enquanto que nas múltiparas são mais frequentes relações com mais de 3 anos. Verificamos uma associação significativa entre a naturalidade e a duração da

relação. Nas mães naturais de Luanda é mais frequente relações de 1 a 3 anos, enquanto que nas naturais da província são mais frequentes relações com mais de 3 anos. No total das participantes, verificamos que a maioria tinha uma relação com o progenitor do recém-nascido de mais de três anos 65% (n=26), uma relação de um a três anos corresponde a 30% da amostra (n=12) e dois casos, têm uma relação com menos de um ano (5%). O tipo de relação é na maioria conjugal 75% (n=30), enquanto 7 mães não mantêm relação conjugal, mas convivem (25%), 2 referem ter uma relação estável com o progenitor do recém-nascido (5%) e 1 mãe nunca mais viu o progenitor (E10).

No total das participantes, quanto à primeira reação paterna à gravidez, os dados mostram que esta foi positiva em 79,5% (n=31) dos casos. Dois progenitores reagiram de forma indiferente, mas ajudam nos cuidados ao recém-nascido, enquanto seis não gostaram de saber da gravidez. No que se refere à ajuda do progenitor nos cuidados ao recém-nascido, em ambos os casos mais de metade das mães referem que o progenitor ajuda nos cuidados.

Quando a mulher permite maior participação do pai no cuidado do bebé e este sente prazer nisso, menos provável é o isolamento da mãe e maior será a felicidade da nova família. Assim, para Staudt & Wagner (2008), cit in, Jager & Bottoli (2011), a mulher possui um papel importante como incentivadora da participação do pai, o que otimiza a qualidade de vida familiar e a qualidade dos cuidados ao bebé. Para Jager & Bottoli (2011), o crescente reconhecimento do papel do pai contribuiu para novos direcionamentos das relações da família como um todo, que levam a reconsiderar as interações dos pais entre si, como casal, o equilíbrio conjugal e a ascensão de novos papéis com a chegada do bebé (Ramos 2004a,b).

A presença de pessoas significativas, como amigos e outros membros da família extensa, ainda que não participantes diretos dos cuidados com os bebés é um fator positivo no processo de adaptação das famílias e da criança no domicílio (Sassá & Marcon, 2013).

**Quadro 4.24:** Com quem vai ficar o bebé quando a mãe for trabalhar

Com quem vai ficar o bebé quando a mãe for trabalhar	Frequência	Percentagem válida
A própria	2	5,0%
Ainda não pensou	1	2,5%
Avó materna do bebé	7	17,5%
Avó materna do bebé e irmãs da mãe	1	2,5%
Avó materna do bebé ou irmã da mãe	2	5,0%

Avó materna e avó paterna do bebé	1	2,5%
Avó materna e bisavó materna do bebé	1	2,5%
Avó paterna do bebé e pai do bebé	1	2,5%
Babá	6	15,0%
Bisavó materna do bebé	1	2,5%
Creche	7	17,5%
Cunhada da mãe	1	2,5%
Irmã(s) da mãe	5	12,5%
Sobrinha	1	2,5%
Tias do bebé	1	2,5%
Vai levá-lo para o trabalho	2	5,0%
Total	40	100,0%

A leitura do quadro 4.24, mostra que a maioria das mães refere que quando for trabalhar pretende deixar o bebé ao cuidado da avó materna ou em creche em igual número (7 mães), seguida de ama (6) e depois das suas irmãs (5).

**Quadro 4.25:** Com que frequência se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao bebé (número de filhos).

		Primípara ou múltipara			
		Primípara		Múltipara	
		n	%	n	%
Com que frequência se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao bebé?	Nunca	11	27.5%	10	25.0%
	Raramente	1	2.5%	2	5.0%
	Às vezes	8	20,0%	6	15,0%
	Sempre	0	0.0%	2	5.0%

**Quadro 4.26:** Com que frequência se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao bebé (naturalidade).

		Luanda/Província			
		Província		Luanda	
		n	%	n	%
Com que frequência se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao bebé?	Nunca	11	27.5%	10	25,5%
	Raramente	2	5.0%	1	2,5%
	Às vezes	7	17,5%	7	17,5%
	Sempre	0	0.0%	2	5.0%

De acordo com a leitura dos quadros 4.25 e 4.26, verifica-se que a maioria das mães refere que nunca se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao recém-nascido, considerando a naturalidade das mães, quanto o número de filhos.

**Quadro 4.27:** Com que frequência se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao bebé (estado civil).

		Estado Civil								$\chi^2$	p
		Solteira		Casada		União de fato		Separada			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Com que frequência se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao bebé?</b>	Nunca	8	20.0%	1	2.5%	1	27.5%	1	2.5%	2,727	0,972
	Raramente	1	2.5%	0	0.0%	2	5.0%	0	0.0%		
	Às vezes	4	10.0%	0	0.0%	10	25.0%	0	0.0%		
	Sempre	1	2.5%	0	0.0%	1	2.5%	0	0.0%		

Considerando o estado civil as mães que mais referem sentir-se sozinhas e sem apoio nos cuidados são as mães em união de fato e as mães solteiras. Como se pode verificar na leitura do quadro 4.27.

**Quadro 4.28:** Quem procura em caso de problema de saúde ou dúvidas.

		Frequência	Percentagem válida
<b>Quem procura em caso de problema de saúde ou dúvidas</b> 1º Lugar	Hospital/ Centro de Saúde	16	40,0%
	Familiares	23	57,5%
	Igreja	1	2,5%
	Total	40	100,0%
<b>Quem procura em caso de problema de saúde ou dúvidas</b> 2º Lugar	Hospital/ Centro de Saúde	7	70,0%
	Familiares	2	20,0%
	Igreja	1	10,0%
	Total	12	100,0%
<b>Quem procura em caso de problema de saúde ou dúvidas</b> 3º Lugar	Hospital/ Centro de Saúde	1	25,0%
	Igreja	2	50,0%
	Farmácia	1	25,0%
	Total	5	100,0%

Como evidencia o quadro 4.28, os resultados mostram que quem as mães referem procurar em primeiro lugar em caso de problemas, são os serviços de saúde, seguido dos familiares. Estes resultados reforçam a ideia que a atuação do profissional de saúde, possibilita que este identifique na família, fragilidades e potencialidades, estimula-a e orienta-a na procura da forma efetiva de organização do cuidado, com vista a proporcionar o crescimento e desenvolvimento saudável da criança e de todos os seus membros (Sassá & Marcon, 2013). A presença da rede de apoio, muitas vezes, caracteriza-se como um componente de proteção às mães durante o cuidado no domicílio, pois estas, ao sentirem-se apoiadas, demonstram maior segurança em assumir o cuidado (Sassá & Marcon, 2013).

### 2.5.3. *Aprendizagem*

O cuidado é essencial para a saúde e todas as culturas possuem conhecimentos e práticas do cuidar que variam transculturalmente (Ramos 2004 a,b; Tomey & Alligood, 2004).

A **categoria “aprendizagem”**, diz respeito às mães que referem ter aprendido com a ajuda, algo relacionado aos cuidados ao recém-nascido, exceto os cuidados específicos ao coto umbilical, que já foram abordados numa categoria anterior. Os dados mostram que 27 mães referem ter aprendido com a ajuda que receberam. Estes resultados vão ao encontro da visão de Alves (2015), ao verificar que no sistema oficial de saúde os clientes constroem percursos plurais, mobilizando recursos e redes que lhes permitem acesso mais rápido e eficaz aos cuidados.

A aprendizagem com a ajuda referida pelas participantes diz respeito aos cuidados relativos às necessidades humanas básicas de saúde do recém-nascido, como o banho, higiene da roupa, amamentação e afeto. Segundo Sopa (2009), a aquisição de saberes e adoção de práticas corretas nos cuidados ao recém-nascido, contribuem para os ganhos em saúde neonatal e colaboram para a diminuição da sua mortalidade e morbidade.

O cuidado ao recém-nascido aprendido mais mencionado é o banho, referido por 18 mães, na maioria, mães primíparas e naturais das várias províncias. O fato da maioria dos casos ser o primeiro filho e precisarem de orientações em relação à prática do banho, pode ser uma das justificações para os resultados obtidos. *E20: “ Já aprendi como dar banho...”*

; E26: “*Sim, a cuidar do bebé. Aprender a lhe dar banho*”. De acordo com a teoria de Mercer (2002), cit. in, Sopa (2009), a consecução do papel materno, é um processo evolutivo em 4 fases, onde a fase formal se inicia com o nascimento da criança a qual abarca a aprendizagem e o desempenho do papel de mãe, cujo desempenho é balizado nas expetativas formais e consensuais dos outros, no sistema social da mãe.

Os dados mostram que a amamentação é o segundo cuidado mais mencionado como aprendizagem por 3 mães, duas múltiparas e naturais de Luanda e uma mãe primípara e natural de outra província. E10: “*Já!...Aprendi a lavar a bebé. Já aprendi como amamentar o bebé.*” E em igual número, são referidos os cuidados com a roupa do recém-nascido, por 3 mães, 2 primíparas e 1 múltipara, 1 mãe natural de Luanda e 2 mães naturais das províncias. ET: “*Diz que ela dá banho ao bebé, que leva a roupa... a senhora aprendeu a dar banho, é isso?*” E5: “*Aprendi... Sim!*”; E30: “*...cuidar dele, cuidar da roupa dele, como é que tem de ser os cuidados com a roupa dele, porque tem de ser mesmo muita.*”; E39: “*Sim!... vestir ela...*”

De acordo com os dados, constatamos que as mães pela primeira vez são as que referem que aprenderam mais. Este resultado é expetável, dado que estas mães não têm experiência com outros filhos.

Verificamos ainda a menção da aprendizagem a determinados cuidados como pegar no bebé, trocar a fralda, cuidar em geral e relembrar conceitos, que são mencionados de forma esporádica pelas mães. E14: “*Aprendi também... porque eu já me tinha esquecido de algumas coisas... segurar novamente...essas coisas todas.*” E21: “*E aprendi..., a lhe segurar em condições.* E36: “*Aprendi a lhe calar, a lhe pegar. A me acostumar com ela.*”

(APÊNDICE XXX)

A qualidade da aprendizagem adquirida pelas mães é primordial. Segundo Gonçalves, & Ramos (2010), a cidadania em saúde refere-se à capacidade de exercer, de modo informado e responsável, o poder e influencia sobre o seu estado de saúde.

**Quadro 4.29:** Com quem aprendeu os cuidados ao recém-nascido, de acordo com as habilitações literárias.

		Habilitações Literárias										$\chi^2$	p
		Ensino Básico		1º Ciclo (6ª classe)		2º Ciclo (9ª classe)		Ensino Médio		Ensino Superior			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Família	Não	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%	1	2,5%	1	2,5%	2,963	0,638
	Sim	2	5,0%	7	17,5%	8	20,0%	17	42,5%	3	7,5%		
Amigos/ Vizinhos	Não	2	5,0%	8	20,0%	8	20,0%	16	40,0%	4	10,0%	2,573	0,628
	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	5,0%	0	0,0%		
Igreja	Não	2	5,0%	7	17,5%	7	17,5%	15	37,5%	4	10,0%	1,143	0,941
	Sim	0	0,0%	1	2,5%	1	2,5%	3	7,5%	0	0,0%		
Consultas de vigilância da gravidez	Não	2	5,0%	5	12,5%	7	17,5%	15	37,5%	2	5,0%	4,158	0,392
	Sim	0	0,0%	3	7,5%	1	2,5%	3	7,5%	2	5,0%		
Curso de preparação para o parto	Não	2	5,0%	8	20,0%	8	20,0%	16	40,0%	3	7,5%	3,564	0,516
	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	5,0%	1	2,5%		
Livros especializados	Não	2	5,0%	6	15,0%	8	20,0%	17	42,5%	3	7,5%	4,506	0,373
	Sim	0	0,0%	2	5,0%	0	0,0%	1	2,5%	1	2,5%		
Meios de comunicação social	Não	2	5,0%	7	17,5%	8	20,0%	12	30,0%	4	10,0%	6,234	0,159
	Sim	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%	6	15,0%	0	0,0%		
Palestras	Não	2	5,0%	8	20,0%	8	20,0%	17	42,5%	4	10,0%	1,254	1,000
	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%		

Os resultados do quadro 4.29, apresentam a relação entre as fontes de informação para a aprendizagem das mães relativamente aos cuidados ao recém-nascido de acordo com as suas habilitações literárias. Verificamos que as mães que detêm o 1º, 2º ciclo ou ensino médio, obtêm o seu conhecimento maioritariamente através da família. As mães que concluíram o ensino superior referem a família, mas também as consultas de gravidez, como forma de aprendizagem. Apesar disso, os dados não permitiram identificar uma associação

estatisticamente significativa. Um dado interessante é o fato de todas as participantes (40) referirem nas entrevistas que frequentaram as consultas de vigilância da gravidez (mesmo que em número inferior ao recomendado), onde também são abordados aspetos relacionados aos cuidados ao recém-nascido e apenas 9 mães referirem ter aprendido com estas consultas. Os dados mostram que 3 mães fazem referência a cursos de preparação para o parto como forma de aprendizagem. Nestes cursos transmitem-se, informações importantes, não apenas para o parto, mas para o puerpério e cuidados ao recém-nascido. No entanto, compreende-se este número reduzido, dada a escassez de oferta deste tipo de cursos no contexto da cidade de Luanda, e o valor dispendioso dos poucos cursos existentes. Quatro mães fazem referência à aprendizagem através de livros especializados, a justificação deste número pode estar relacionada com o fato de ser difícil encontrar em Luanda este tipo de livros à venda e quando ocorre serem dispendiosos. Os meios de comunicação social são mencionados principalmente pelas mães com ensino médio (6 mães), o que pode indicar que estas mães estão mais atentas aos meios de divulgação de informação. Apenas uma mãe, também com ensino médio refere ter aprendido através de sessões de educação para a saúde (palestras).

Quando questionadas as participantes, verificamos que todas tiveram intenção de ter o parto na unidade de saúde, as situações em que tal não ocorreu justificaram-no com a falta de tempo para se deslocar à unidade no momento do parto.

A educação e a promoção de saúde, assume especial importância pois visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de agir sobre os determinantes de saúde, ao fornecer aos indivíduos e à comunidade os meios para uma melhor gestão da sua própria saúde e tomada de decisão, através do aumento do conhecimento, capacitação e empoderamento.

#### *2.5.4. Dúvidas*

A existência de uma vasta diversidade de práticas nos cuidados ao recém-nascido, que sofrem alterações ao longo do tempo, desencadeia nas mães dúvidas, sobre qual a melhor e mais eficiente prática a adotar (Ramos, 2004 a,b; Correia & Pires, 2016).

A **categoria “dúvidas”**, relacionadas aos cuidados ao recém-nascido, refere-se às dúvidas ou dificuldades em relação aos cuidados ao recém-nascido apresentadas pelas mães

no momento da entrevista. Os dados mostram que seis mães, manifestaram ter dúvidas relativas aos cuidados ao recém-nascido, sendo estas na sua maioria mães multíparas e mães naturais de Luanda. Os resultados são pertinentes, uma vez que as mães multíparas já passaram pela experiência de um puerpério anterior, no entanto, mantém dúvidas nos cuidados. Para além disso o fato de serem naturais de Luanda, poderia supor que à partida estas mães teriam maior oferta a nível dos serviços de saúde e maior rede de apoio para eliminar as dúvidas.

As dúvidas mais frequentes apresentadas pelas mães estão relacionadas com a alimentação (o tipo e o horário), sendo também apresentadas dúvidas em relação aos cuidados à pele do recém-nascido e aos produtos a utilizar. No entanto, a dificuldade mais referida pelas mães relaciona-se com o banho do recém-nascido. As dúvidas mencionadas pelas mães, tal como, os aspetos em que as mães referem aprendizagem (na categoria anterior), dizem respeito às necessidades humanas básicas do recém-nascido.

Quanto à atitude das mães face à procura da resposta para as suas dúvidas, é variada. Verificamos que algumas mães ainda não colocaram as dúvidas aos profissionais de saúde. *ET: “Já chegou a falar com algum profissional a perguntar essas coisas?” E2: “Não!”* . Mesmo já tendo tido contato com o profissional de saúde na consulta. *ET: “E já colocou esta questão a algum profissional?” E10: “Não! Aqui dentro de três meses, vou tentar saber.” ET: “Mas já teve a consulta do recém-nascido. Não perguntou aí ao técnico?” E10: “Não, não perguntei.”*

Uma mãe refere não ter ficado esclarecida após questionar o profissional de saúde. *ET: Já questionou os profissionais sobre este horário? E15: Já, sim. Mas cada um dá uma resposta diferente. ET: Não ficou esclarecida. E15: Não!* E outra mãe refere ter obtido resposta à sua questão. *E12: “... perguntei aqui à enfermeira e disse para não colocar nada porque pode ficar engripado, pode ser um pó alérgico.” (APÊNDICE XXXI)*

Ramos (2004a,b),(2008a,b),(2016); Ribeiro & Brandão (2011), referem que as dúvidas, a falta de conhecimento e/ou a influencia cultural, podem contribuir para a qualidade, insegurança e insucesso dos cuidados realizados. Os cuidados incorretos acarretam consequências muitas vezes nocivas, na vida do recém-nascido. Cabe assim, ao profissional de saúde identificar as necessidades, dificuldades e limitações dos cuidadores.

### 2.5.5. *Orientação do profissional de saúde*

O profissional de saúde, deve partir sempre da possibilidade de existirem disparidades entre o seu conhecimento e o conhecimento prévio do cliente, tentando estabelecer um acordo, baseado na negociação para intervenções reciprocamente aceitáveis.

#### **Sub-categoria: Informação diferente transmitida pelo profissional de saúde**

Na sociedade, as exigências culturais contraditórias ou incompreensíveis podem conduzir a família, nomeadamente a mãe, a ter dificuldade em decidir sobre quais os comportamentos a adotar em relação ao modo de cuidar dos seus filhos (Ramos,2004 a,b; 2012b,c;2016).

Na categoria “orientação do profissional de saúde”, a subcategoria “informação diferente transmitida pelo profissional de saúde”, refere-se às informações transmitidas pelos profissionais de saúde diferentes do que as mães tinham como conhecimento, relativo ao cuidado ao recém-nascido (exceto coto umbilical, já abordado anteriormente).

Esta informação diferente é referida por 8 mães, na maioria múltiparas e em igual número quanto à naturalidade. O fato da maioria das mães ser múltiparas, pode sugerir a prevalência de saberes e práticas tradicionais face ao conhecimento científico, utilizadas nos outros filhos.

As informações diferentes, referidas pelas mães são maioritariamente relacionadas com a amamentação, por 3 mães. *E11: “Sim, foi diferente. No caso da amamentação, eu pegava assim. Mas elas disseram para fazer assim.”*

Duas mães referem informação diferente relacionada com as vacinas. *E33: “Falaram-me algumas coisas sobre as vacinas, porque, antes de eu ter esse bebé, eu só sabia que quando se faz vacina, quando o bebé faz vacina, não pode tomar banho...Senão, faz febre ou inflama, mas hoje me esclareceram que não. Pode tomar banho normalmente”.*

Os dados mostram uma referência quanto à preparação do leite. *E1: “Água pura. Engarrafada...fervendo durante cinco minutos, arrefecendo para a temperatura do leite materno...E1:Tenho de lavar, desinfetar com álcool e também lavar mesmo o seio.”*

Verifica-se também uma referência ao posicionamento do recém-nascido. *E35: “... dizem que não pode meter o bebé de cabeça para cima, tem de meter o bebé de lado... que eles podem engasgar-se.”*

E uma referencia à temperatura da água do banho. E40: *“A informação nova é que não se pode dar banho a criança com água fria, logo de primeira. Tem de ser com água morna. Nós, lá na província, não é necessário essa coisa aí, de dar banho com água morna.”* (APÊNDICE XXXII)

Os resultados vão ao encontro do afirmado por Wong (1999), ao revelar que embora existam exceções, provavelmente a maior influência sobre as práticas de cuidados dos filhos é a classe social e económica da família em que a criança nasce. Para além disso, quando as mães não seguem as orientações recebidas pelos profissionais de saúde, podem resultar práticas prejudiciais à criança, colocando em risco a sua saúde. Deste modo, os profissionais de saúde devem explorar medidas alternativas de práticas aceitáveis, baseadas em evidência científica.

#### **Sub-categoria: Cuidados baseados no profissional de saúde**

Cabe ao profissional de saúde orientar as mães para a adoção de práticas corretas nos cuidados ao recém-nascido, atendendo aos seus determinantes em saúde.

Na categoria “orientação do profissional de saúde”, a subcategoria “cuidados baseados no profissional de saúde”, apresenta referência de 12 mães, na maioria multíparas, o que revela alguma preocupação por parte deste grupo mesmo tendo experiência anterior com outros filhos. E por mães naturais das várias províncias o que pode ser consequência do distanciamento das pessoas de referência da sua província natal, ou da necessidade de clarificar informação da sua cultura de origem que possa contrastar com a cultura do local de acolhimento.

No que se refere à classe profissional que transmite a informação, as participantes mencionam com maior frequência os médicos, enfermeiros e parteiros. E28: *“Enfermagem, médico... técnico... todos.”*

Das 12 mães que referem que os seus cuidados se baseiam nas orientações do profissional de saúde, 4 mães realizam a prática não recomendada nos cuidados ao coto umbilical, sendo estas 3 mães multíparas e 3 mães naturais da província. A influência científica permanece a par com a tradicional ao observar que 2 destas mães referem que os seus cuidados se baseiam simultaneamente nas orientações do profissional de saúde, mas também nas orientações de familiares. O que pode indicar que a informação transmitida pela família teve maior peso na decisão dos cuidados a adotar. E30: *“Pelos profissionais de*

*saúde, a minha mãe e o meu pai...”E33: “Os médicos. Depois, vem a família.”*  
(APÊNDICE XXXIII)

A orientação das mães nos cuidados, implica a “consciencialização cultural”, que inclui a capacidade de analisar o mundo reconhecendo as diferenças e a pluralidade na perspectiva de uma outra cultura, respeitando-a e compreendendo as motivações para as práticas de saúde adotadas pelas mães (Ramos 2012a,b,c; 2016a). O que desafia a promoção da negociação baseada num diálogo intercultural na ética e na cidadania. Sopa (2009), refere que o profissional de saúde em conjunto com a mãe, pode explorar e negociar um processo de modificação, reeducação ou orientação adequada, tendo em vista a promoção da sua saúde e do recém-nascido.

**Quadro 4.30:** Número de consultas de pré-natal que a mãe frequentou, amostra, por província.

Naturalidade	Média	N	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Outra Província	6,37	19	1,606	6,00	4	9
Luanda	7,63	19	2,671	8,00	2	14
<b>Total</b>	<b>7,00</b>	<b>38</b>	<b>2,266</b>	<b>7,00</b>	<b>2</b>	<b>14</b>

De acordo com o quadro 4.30, os resultados demonstram que as mães participaram num número de consultas que varia entre 2 a 14. As mães naturais de Luanda apresentam uma média de consultas superior às mães naturais das províncias.

**Quadro 4.31:** Número de consultas de pré-natal que a mãe frequentou, amostra, de acordo com o número de filhos.

Primípara ou múltipara	Média	N	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Primípara	7,45	20	2,328	8,00	4	14
Múltipara	6,50	18	2,149	6,00	2	12
<b>Total</b>	<b>7,00</b>	<b>38</b>	<b>2,266</b>	<b>7,00</b>	<b>2</b>	<b>14</b>

Comparando o número de consultas entre mães primíparas e múltiparas, verificou-se que o grupo das mães primíparas apresentou uma média superior de consultas, comparativamente ao grupo de mães múltiparas, como mostra a leitura do quadro 4.31.

De acordo com o inquérito dos indicadores múltiplos de saúde, 47% das mulheres efetuaram pelo menos, 4 consultas pré-natais em Angola (MINSAs, 2012).

Em Angola, recomenda-se que a mãe e o recém-nascido façam, pelo menos, uma consulta seis dias após o parto, visto ser este um período crítico, quer para a mãe, quer para o bebé. De acordo como o Inquérito dos Indicadores Múltiplos de Saúde (IIMS) (2015-2016), cerca de um quinto (21%) dos recém-nascidos receberam uma consulta dois dias depois do nascimento. Dos recém-nascidos que receberam uma consulta nos dois dias após o nascimento, em 35% foi examinado o coto umbilical (INE, MINSAs, MINPLAN & ICF, 2017).

**Quadro 4.32:** Consultas, parto e orientações.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem válida</b>
<b>Frequentou as consultas do pré-natal</b>	Sim	40	100,0%
	Total	40	100,0%
<b>Porque frequentou as consultas do pré-natal</b>	Porque é necessário, importante	3	7,5%
	Pela saúde da mãe e do bebé	18	45,0%
	Pela saúde e desenvolvimento do bebé	19	47,5%
	Total	40	100,0%
<b>Onde frequentou as consultas do pré-natal</b>	Centro de Saúde da Samba	8	20,0%
	Centro de Saúde das Madres	7	17,5%
	Centro de Saúde da Kinanga	5	12,5%
	Centro de Saúde Capita	2	5,0%
	Centro de Saúde de Benfica	2	5,0%
	Centro de Saúde de Negrécia Paim	2	5,0%
	Centro de Saúde do Ramiro	2	5,0%
	Centro de Saúde Ana Paula Alegria	1	2,5%
	Centro de Saúde de Malange e da Samba	1	2,5%
	Centro de Saúde de Santa Maria	1	2,5%
	Centro de Saúde do Palanka	1	2,5%
	Centro Médico do Gamek	1	2,5%
	Clínica.... com a Dr. <sup>a</sup> Maria de Deus	1	2,5%
	Clínica da Frã	1	2,5%
	Clínica dos Mártires	1	2,5%

	Clínica Terra Nova	1	2,5%
	Hospital da Cruz Vermelha	1	2,5%
	Hospital de Catambolo	1	2,5%
	Hospital de Nangula	1	2,5%
	Total	40	100,0%
<b>Quantas consultas de pré-natal frequentou</b>	Duas	1	2,6%
	Quatro	1	2,6%
	Cinco	10	25,6%
	Seis	5	12,5%
	Sete	6	15,0%
	Oito	5	12,5%
	Nove	8	20,0%
	Doze	1	2,6%
	Catorze	1	2,6%
	Total	39	100,0%
<b>Onde teve o parto</b>	Casa (E2,34 e 37)	3	7,5%
	Unidade de Saúde (maternidade)	37	92,5%
	Total	40	100,0%
<b>Maternidade onde teve o parto</b>	Centro de Saúde da Samba	35	94,6%
	Centro de Saúde de Lucrecia Paím	2	5,4%
	Total	37	100,0%
<b>De quem foi a decisão da escolha da maternidade (geral)</b>	A própria	17	45,9%
	Familiares	12	32,4%
	Companheiro	6	16,2%
	Decisão médica/ hospitalar	2	5,4%
	Total	37	100,0%
<b>As orientações que recebeu na unidade de saúde estão a ser úteis</b>	Sim	40	100,0%
	Total	40	100,0%
<b>Sente-se preparada para cuidar do seu bebé</b>	Não (totalmente) E12	1	2,5%
	Sim	39	97,5%
	Total	40	100,0%

A leitura do quadro 4.32, permite analisar a frequência das consultas de saúde materna, verificando-se que todas as mães referem ter frequentado. Quanto à motivação para o fazer a maioria refere ser pela saúde e desenvolvimento do bebé e também da própria mãe. A maioria das participantes frequentou o Centro de Saúde da Samba ou o Centro de Saúde das Madres. No que se refere ao número de consultas frequentadas a maioria refere 5 consultas.

O mesmo quadro apresenta informação relativa ao parto. Verificando-se que a maioria, 37 mães teve o parto no Centro de Saúde da Samba e 3 mães tiveram o parto em

casa. Quanto à escolha do local do parto, a maioria das mães primíparas refere que foi escolha da própria, enquanto que nas mães múltíparas foi uma decisão de familiares. O motivo mais assinalado para esta escolha do local de parto foi a proximidade de casa, seguido das boas referências da unidade de saúde. Quanto à utilidade das orientações recebidas na unidade de saúde, todas as mães referem ser úteis e apenas 1 mãe, refere não se sentir preparada para cuidar do recém-nascido.

**Quadro 4.33:** Quais os profissionais de saúde que a orientaram nas consultas de pré-natal e/ou parto (número de filhos).

		Primípara		Múltipara	
		n	%	n	%
Quais os profissionais de saúde que a orientaram nas consultas de pré-natal e/ou parto.	Enfermeiro	16	40,0%	10	25,0%
	Técnico de Enfermagem	1	2,5%	3	7,5%
	Médico	1	2,5%	7	17,5%
	Parteira	2	5,0%	0	0,0%

A leitura do quadro 4.33 acima apresentado, demonstra que tanto as mães primíparas como as múltíparas referem em maior número os enfermeiros, quanto aos profissionais de saúde que as orientaram nas consultas de pré-natal e/ou parto.

**Quadro 4.34:** Quais os profissionais de saúde que a orientaram nas consultas de pré-natal e/ou parto (naturalidade).

		Província		Luanda	
		n	%	n	%
Quais os profissionais de saúde que a orientaram nas consultas de pré-natal e/ou parto.	Enfermeiro	12	30,0%	14	35,5%
	Técnico de Enfermagem	4	10,0%	0	0,0%
	Médico	3	7,5%	5	12,5%
	Parteira	1	2,5%	1	2,5%

Considerando a naturalidade das mães, os resultados foram idênticos aos anteriores, tanto as mães naturais de Luanda como as mães naturais das várias províncias referem em

maior número os enfermeiros, como o profissional que as orientou nas consultas e no parto, como se pode verificar na leitura do quadro 4.34.

**Quadro 4.35:** Importância atribuída às orientações sobre os cuidados ao recém-nascido.

Papel dos profissionais de saúde		Frequência	Percentagem válida
Importância atribuída às orientações sobre os cuidados ao recém-nascido	Moderadamente importante	4	10,0%
	Bastante importante	2	5,0%
	Muito importante	34	85,0%
	Total	40	100,0%

No que se refere à importância atribuída pelas mães às orientações gerais dos profissionais de saúde relativas aos cuidados ao recém-nascido 34 mães referem ser muito importantes, como se verifica na leitura do quadro 4.35.

**Quadro 4.36:** Papel dos profissionais de saúde: classificação das intervenções e grau de satisfação (número de filhos).

Papel dos profissionais de saúde		Primípara ou múltipara						$\chi^2$	P
		Primípara		Múltipara		Frequência	Percentagem válida		
		n	%	n	%	n	%		
Classificação da intervenção e orientações realizadas pelos profissionais de saúde na maternidade	Nada adequada	0	0	0	0,0%	0	0%	2,504	0,35
	Pouco adequada	0	0	0	0,0%	0	0%		
	Moderadamente adequada	4	6	2	5,3%	6	15,8%		
	Bastante adequada	1	5	4	10,5%	5	13,2%		
	Muito adequada	14	27	13	34,2%	27	71,1%		
Grau de satisfação com o atendimento e orientações na maternidade	Muito insatisfeita	0	0	0	0,0%	0	0%	0,110	1,000
	Insatisfeita	0	0	0	0,0%	0	0%		
	Satisfeita	12	23	11	28,9%	23	60,5%		
	Muito satisfeita	7	15	8	21,1%	15	39,5%		

**Quadro 4.37:** Papel dos profissionais de saúde: classificação das intervenções e grau de satisfação (naturalidade).

Papel dos profissionais de saúde		Província/Luanda				Frequência	Porcentagem válida	$\chi^2$	p
		Província		Luanda					
		n	%	n	%				
<b>Classificação da intervenção e orientações realizadas pelos profissionais de saúde na maternidade</b>	Nada adequada	0	0,0%	0	0,0%	0	0%	0,132	1,000
	Pouco adequada	0	0,0%	0	0,0%	0	0%		
	Moderadamente adequada	3	7,9%	3	7,9%	6	15,8%		
	Bastante adequada	2	5,3%	3	7,9%	5	13,2%		
	Muito adequada	13	34,2%	14	36,8%	27	71,1%		
<b>Grau de satisfação com o atendimento e orientações na maternidade</b>	Muito insatisfeita	0	0,0%	0	0,0%	0	0%	0,005	0,944
	Insatisfeita	0	0,0%	0	0,0%	0	0%		
	Satisfeita	1	28,9%	12	31,6%	23	60,5%		
	Muito satisfeita	7	18,4%	8	21,1%	15	39,5%		

Na questão relacionada com a classificação da intervenção e orientações realizadas pelos profissionais de saúde na maternidade, no total das participantes 27 mães respondeu “muito adequada”, 6 mães moderadamente adequada e 5 mães bastante adequada. Quando questionadas em relação ao seu grau de satisfação com o atendimento e orientações na maternidade, 23 mães respondem estar satisfeitas e 15 mães muito satisfeitas. Como se pode verificar na leitura do 4.36 e 4.37.

De acordo com o MINSA (2012), as unidades sanitárias devem dispor de todos os meios necessários e os profissionais de saúde devem estar capacitados a fim de poderem responder oportunamente às necessidades de quem recorre aos serviços de saúde. A qualidade do atendimento e serviço prestado dita não apenas a adesão ao tratamento e indicações implementadas, bem como a nova procura do mesmo.

### 2.5.6. *Vacinas em falta*

O recém-nascido necessita de vigilância de saúde, para isso os pais ou cuidador devem planejar as consultas do bebé, assim como o cumprimento do plano de vacinação (WHO, 2006).

A categoria “**vacinas em falta**”, refere-se às vacinas do recém-nascido. São 6 as mães que referem que o recém-nascido tem as vacinas em falta, encontrando-se igualmente distribuídas pelos quatro grupos.

De acordo com a UNICEF (2008), os cuidadores do recém-nascido, devem certificar-se de que as crianças recebem a série completa de vacinas antes de completar o primeiro ano de idade. As primeiras vacinas que devem ser realizadas logo aquando do nascimento são a vacina contra Bacilo Calmette-Guérin (BCG), a vacina pentavalente contra a difteria, coqueluche, tétano, tosse convulsa e hepatite B e a vacina oral contra poliomielite.

Quando abordadas as mães em relação ao motivo do não cumprimento do esquema vacinal no recém-nascido, as respostas são variadas. Uma mãe refere que não sabe se o recém-nascido fez a vacina. ET: “*Não sabe se fizeram vacinas quando nasceu na maternidade?*” E26: “*Não, não sei*”. Uma mãe refere que não fez por ainda ser muito pequeno. E37: “*A bebé ainda não fez. Só está há três dias...*” Uma mãe refere que o seu filho tem duas vacinas em falta, mas não sabe o motivo. ET: “*Já tem o cartão, já fez as vacinas...*” E24: “*Fez uma*”. ET: “*Não lhe disseram nada em relação a isso?*” E24: “*Não!*”

Três mães referem que o recém-nascido não tomou a vacina BCG, porque esta se encontrava em falta na unidade de saúde. E2: “*Fez duas, falta uma.*” ET: “*O BCG?*” E2: “*Sim! Porque no dia em que deram as outras vacinas, essas não tinham*”; ET: “*Falta a vacina da BCG, é isso?* E3: “*Sim... não tinha*”.; E4: “*Aqui não tinha...a BCG, do braço esquerdo.*” (APÊNDICE XXXIV)

O recém-nascido necessita de vigilância de saúde, para isso os pais ou cuidadores devem planejar as consultas do bebé, assim como o cumprimento do plano de vacinação, tal como nos diz Beck et al. (2004), cit. in. Sopa (2009).

De acordo, com os dados do Programa Alargado de Vacinação (PAV) de Angola, Toni (2010), refere que o país ainda não atingiu uma taxa de cobertura próximo de 100% e que apesar do esforço empreendido, ainda existe uma fração da população sem acesso às vacinas.

Esta situação continua a ser um problema atual, uma vez que é frequente na capital do país, a falta de vacinas, o que sugere que a situação a nível de províncias, com a dificuldade de abastecimento de material/produtos, poderá ser ainda mais grave.

### 2.5.7. Alimentação

Relativamente à categoria “**alimentação**”, 32 mães referem o aleitamento materno exclusivo, de acordo com o recomendado pela OMS.

De acordo com a WHO (2016), a amamentação do recém-nascido deve ser iniciada na sua primeira hora de vida e o aleitamento materno exclusivo, deve decorrer em horário livre, de dia e de noite. A mesma fonte recomenda que o profissional de saúde deve efetuar o aconselhamento da mãe no que se refere à amamentação exclusiva, que deve perdurar até aos seis meses de vida do bebé.

**Quadro 4.38:** Alimentação do recém-nascido.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem válida</b>
<b>O bebé toma leite materno</b>	Não	1	2,5%
	Sim	39	97,5%
	Total	40	100,0%
<b>Lava as mãos antes de amamentar</b>	Não	1	5,0%
	Sim, sempre	35	87,5%
	Nem sempre	3	7,5%
	Total	39	100,0%
<b>Bebé toma leite artificial</b>	Não	33	93%
	Sim	7	7%
	Total	40	100,0%
<b>Que tipo de água usa para preparar leite artificial</b>	Mineral engarrafada e/ou fervida	5	71,4%
	Água da torneira fervida	2	28,6%
	Total	7	100,0%

No que se refere à categoria “**alimentação**”, verifica-se que das 39 mães, que referem amamentar o recém-nascido, 3 mães (2 múltiparas; 1 natural de Luanda e 1 de outra natural província e 1 primípara natural de Luanda), referem que nem sempre têm cuidado com a higiene das mãos antes de amamentar. *ET: “E quando vai dar de mamar, costuma lavar as*

mãos?” E13: “*Nem sempre.*”; E24: “*Às vezes.*”; E31: “*Ah, nem sempre*”. Uma mãe, múltipara e natural de uma das províncias refere não ter esse cuidado. As restantes mães referem que os cuidados de higiene das mãos antecedem sempre a prática da amamentação. Segundo Pinto (2005), em África praticamente todas as crianças são amamentadas no primeiro e ao longo do segundo ano de vida, mas relativamente poucas são amamentadas exclusivamente até aos primeiros 6 meses de vida.

Verifica-se que a quase a totalidade das mães estão a amamentar, apenas 1 mãe, múltipara e natural da província refere dar apenas leite artificial, justificando com o fato de não ter leite materno. E33: “*Neste momento, como não tenho leite no peito, então, estou a dar o biberon.*” As restantes 6 mães referem estar a dar simultaneamente o leite materno e o leite artificial, sendo na sua maioria mães primíparas e mães naturais das várias províncias. Do total das 7 mães que dão leite artificial, 3 referem que o fazem por indicação de um profissional de saúde. ET: “*E quando foi comprar o leite, quem é que a orientou para o tipo de leite a comprar?*”; E1: “*Primeiro, tinha de ligar ao meu cunhado, que é doutor...E também mesmo aqui no hospital, também tenho amigas que trabalham aqui*”. ;E4: “*A minha tia. Ela é enfermeira.*” E27: “*Os profissionais de saúde.*”

As restantes 4 mães referem que o fato de dar em simultâneo o leite materno e o leite artificial, foi indicação das avós e uma mãe (E35) refere que foi o pai do recém-nascido que orientou na compra do leite.

Segundo o Inquérito Integrado sobre o Bem-estar da População (IBEP) (2010), cit.in., MINSA (2012), a amamentação é uma prática comum em Angola e 92% das mulheres amamentam os seus filhos. Contudo, apenas 47% das mulheres iniciaram o aleitamento materno exclusivo, logo após o nascimento e continuaram a amamentar até à idade de 6 meses. Destas, 52% eram mulheres de áreas rurais.

Quanto à água utilizada para a preparação do leite artificial, 2 mães referem água da torneira fervida. E35: “*Fervo água, água fervida.*” ET: “*Água fervida?! Da torneira?*” E35: “*Sim!*” Uma mãe E33, refere água mineral ou fervida. Enquanto que as restantes mães referem utilizar a água engarrafada. Todas as mães referem ter cuidados de higiene com o biberon, antes da preparação do leite. E1: “*Água pura...Engarrafada. Garrafa, sim. Pura...fervendo durante cinco minutos, arrefecendo para a temperatura do leite materno.*”; E18: “*Depois de tomar o leite, eu deito o resto, lavo e fervo logo.*” A informação

apresentada é suportada pela leitura do quadro 4.38 e pode consultar-se nas entrevistas apresentadas no APÊNDICE XXXV.

Segundo o INE, MINSA, MINPLAN & ICF (2017), em Angola, 38% das mães receberam aconselhamento sobre a amamentação e 31% referiram realizar a amamentação. O MINSA (2012), reconhece que em Angola a introdução da alimentação precoce e práticas inadequadas de alimentação complementar à amamentação, aliadas ao limitado acesso à água potável e saneamento básico, aumentam o número de crianças desnutridas.

Segundo Manuel (2012), nos países ocidentais, os profissionais de saúde, têm uma importante função de orientar a mãe, nomeadamente no que respeita ao aleitamento materno, à alimentação e aos cuidados de higiene inerentes, contribuindo para a redução das complicações puerperais e da morbilidade neonatal.

#### 2.5.8. *Eliminação*

As cólicas manifestam-se por episódios de choro intenso e alto. Cerca de 1/5 de bebés tem cólicas que geralmente passam após os 6 meses de vida. Devem-se à imaturidade do sistema digestivo. Podem ser aliviadas por medidas farmacológicas e não farmacológicas, na ineficácia das primeiras (Wong, 1999).

Na **categoria “cólicas”** no recém-nascido foi abordada especificamente a questão das cólicas. A cólica é uma ocorrência comum, de evolução natural, com regressão do quadro por volta do 3º ou 4º mês. Caracteriza-se por choro excessivo e ininterrupto do recém-nascido (Kosminsky & Kimura, 2004).

No que respeita às cólicas do recém-nascido, 13 mães, a maioria múltiparas e mães naturais de Luanda referem que o recém-nascido apresenta ou apresentou cólicas.

Apenas 2 mães naturais de Luanda, referem ter tomado medidas de alívio, 1 mãe múltipara, opta por medidas farmacológicas ao dar o Aero-OM. *E1: “Prefiro dar o Aero-OM, aquele que é mesmo próprio para cólicas.”* E outra mãe primípara, opta por adotar uma medida não farmacológica ao realizar cuidados tradicionais que conhecia, nomeadamente uma massagem com óleo de palma. *E18: “Fizeram uma massagem com óleo de palma.”* *E18: “Sim, aliviou.”*

Das cinco mães naturais das várias províncias que referem que o filho apresenta cólicas, apenas uma mãe primípara refere adotar medidas, neste caso farmacológicas, com

xarope da farmácia (não especifica qual). E4: “*Tem um xarope de cólicas que também me deram...A minha tia trouxe da farmácia.*”

Constata-se assim, que as mães que adotam mais medidas são as mães primíparas naturais de Luanda.

As restantes 10 mães não adotam qualquer medida para o alívio das cólicas do recém-nascido. E11: “*Não faço nada de momento, deixo assim mesmo.*”; E25: “*Sim, tem tido. Cólicas, dor de barriga, chora muito. Não faço nada.*” (APÊNDICE XXXVI)

Perante situações de cólica do recém-nascido a conduta do profissional de saúde, passa por valorizar esta queixa como uma ocorrência transitória e indicar algumas práticas de alívio como massagens, segurar o recém-nascido em posição ventral com o abdómen apoiado na palma da mão da mãe, aplicação de calor local, manutenção do contato corporal, manutenção do aleitamento exclusivo e restrição da dieta materna para alimentos que possam produzir flatulência (Kosminsky & Kimura, 2004).

#### 2.5.9. Hábitos de higiene: banho/roupa

O banho do recém-nascido é um procedimento, que quando desenvolvido de forma inadequada, pode contribuir para o aparecimento de infeções do coto umbilical, entre outros problemas (Linhares, Marta, Dias & Santos, 2017).

Na categoria “hábitos de higiene”, a subcategoria “**banho**”, de acordo com os resultados salienta que as mães que já realizaram o primeiro banho ao recém-nascido, são pouco mais de metade (23), sendo na maioria mães múltíparas e mães naturais das várias províncias. O que pode estar relacionado com a experiência com os outros filhos e provavelmente com o distanciamento de familiares ou pessoas mais próximas se encontrarem na província de origem, o que as leva a praticar este cuidado.

O primeiro banho do recém-nascido não deve ser realizado antes das primeiras seis horas de vida WHO, (2006). Para Guillén et al. (2000), durante os primeiros dias de vida do bebé, o banho deve ser completo, mas de uma forma rápida, para não o expor a um frio desnecessário. Segundo Branco (2003), o banho representa um bom momento para a mãe vigiar a presença de rubor ao redor do umbigo, mau cheiro, corrimento e sangramento. Se estes sinais estiverem presentes deve recorrer de imediato a cuidados de saúde.

As mães que continuam a delegar o cuidado do banho nas avós, à data da entrevista, são na maioria primíparas e naturais de Luanda. Esta situação vai ao encontro das justificações dadas pelas mães em relação ao medo e à insegurança nesta prática. *ET: “Quem foi que deu o primeiro banho?” E16: “A minha mãe”; E27: “Não! Foi a minha mãe que deu banho.”*

Quando as mães delegam a prática do banho a outra pessoa, o mais frequente é delegar às avós do recém-nascido, o que se constata com testemunhos de 11 mães. Verifica-se no entanto, também referência a outras pessoas que realizam o banho do recém-nascido, como a tia, a cunhada, a mãe da cunhada e a comadre. *E1: “Quem deu banho ao bebé é a minha comadre.”*

Os presentes resultados vão ao encontro dos estudos de Linhares, Marta, Dias & Santos, (2017), que mencionam que muitas puérperas têm medo de dar banho ao recém-nascido, de tocar no coto umbilical, de causar dano e magoar, antes da sua queda, o que as desencoraja de assumir esse cuidado, e na maioria das vezes, as leva a confiá-lo às avós ou a outro familiar mais experiente. Portanto, acredita-se que a rede de apoio, construída no seio familiar, seja de suma importância, para diminuir o medo, assim como a insegurança e as dificuldades, capacitando as mães para prestar cuidados ao seu filho. Em geral, o temor de cuidar dos filhos é mais evidente com o nascimento do primogénito, no entanto, pode também ocorrer com os filhos seguintes.

A utilização de produtos no banho, é referida por 17 mães, na maioria múltíparas e naturais das várias províncias. Os produtos mais referidos são o sabão e/ou sabonete. *E1: “...nós, eu, de momento, só uso sabão Clarim.”; E2: “Uso champô e também sabão.”; E13: “Estamos a usar um sabonete, mas é sabonete neutro.”* Contudo 21 mães, na sua maioria naturais de Luanda e em igual número quanto aos grupos do número de filhos, mencionam que o banho ao recém-nascido, se realiza apenas com água.

Nos recém-nascidos a superfície cutânea possui um pH com tendência a neutro, o que diminui significativamente a defesa contra a excessiva proliferação microbiana e pode promover maior perda de água transepidermica, demonstrando alteração da função de barreira epidérmica. Deste modo, os agentes de limpeza ideais devem ser líquidos, suaves, sem sabão, sem fragrância, com pH neutro ou ligeiramente ácido, que não irrite a pele nem os olhos do bebé, nem altere o manto ácido protetor da superfície cutâneo (Fernandes, Machado & Oliveira, 2011).

Existem 2 mães, com o recém nascido com 7 dias de vida, que referem que até à data da entrevista ainda não foi dado o banho ao recém-nascido. Explicam que o bebé apenas foi limpo com um pano humedecido em água. E12: “Ainda não deu banho?!Eu sinto medo por causa do umbigo. Tanto eu como o meu esposo.” E12: “É só aquilo ali, que banho, porque eu molhei a fralda e fui limpando. Mas, hoje, a doutora disse que tem que lavar mesmo.”; E18: “Ainda só limpamos...com uma toalha e água.” (APÊNDICE XXXVII)

Algumas puérperas, influenciadas por familiares e/ou vizinhos próximos, alimentam a crença de que o recém-nascido não dever tomar banho antes do sétimo dia de vida por favorecer uma maior probabilidade de adoecimento (Linhares, Marta, Dias & Santos, 2017). A mesma fonte revela que é importante alertar os cuidadores, que mesmo não sendo realizado o banho, é fundamental a aplicação cuidadosa e frequente do álcool a 70% na região do coto umbilical, principalmente, a cada troca de fralda, desde o nascimento.

**Quadro 4.39:** Frequência do banho e troca de fralda (número de filhos).

		Primípara		Múltipara		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
Com que frequência dá o banho? (por dia)	1 Vez por dia	11	28,9%	13	34,2%	1,141	0,864
	2 Vezes por dia	6	15,8%	7	18,4%		
	3 Vezes por dia	1	2,6%	0	0,0%		
Com que frequência troca a fralda do bebé?	Menos que 2 vezes por dia	1	2,5%	1	2,5%	1,052	0,741
	Entre 2 a 4 vezes por dia	8	20,0%	5	12,5%		
	Mais de 4 vezes por dia	11	27,5%	14	35,0%		

**Quadro 4.40:** Frequência do banho e troca de fralda (naturalidade).

		Província		Luanda		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
Com que frequência dá o banho? (por dia)	1 Vez por dia	12	31,6%	12	31,6%	1,077	1,000
	2 Vezes por dia	6	15,8%	7	18,4%		
	3 Vezes por dia	1	2,6%	0	0,0%		
	Menos que 2 vezes por dia	2	5,0%	0	0,0%		

<b>Com que frequência troca a fralda do bebé?</b>	Entre 2 a 4 vezes por dia	7	17,5%	6	15,0%	2,437	0,443
	Mais de 4 vezes por dia	11	27,5%	14	35,0%		

De acordo com a leitura do quadro 4.39 e 4.40, verifica-se que no total das participantes, a frequência com que o banho é realizado é em geral uma vez por dia 63% (n=24), seguindo-se duas vezes por dia 34% (n=13). Existe 1 caso apenas que realiza o banho três vezes por dia. A frequência com que a fralda do bebé é trocada, na maioria dos casos, é mais de 4 vezes ao dia 62% (n=25), seguindo-se entre 2 a 4 vezes ao dia 32% (n=13) e apenas 2 casos (5%), referem que a troca da fralda ocorre menos de 2 vezes por dia. Verifica-se que os resultados são semelhantes quando analisadas as mães quanto à sua naturalidade e quanto ao número de filhos.

As fraldas, devem preferencialmente ser descartáveis, superabsorventes e devem ser trocadas com frequência. A higiene da área da fralda deve ser feita com água morna. Para a limpeza das fezes, os sabonetes brandos são recomendados (Fernandes, Machado & Oliveira, 2011). Segundo Branco (2003), a fralda deve ser apertada abaixo do umbigo.

**Quadro 4.41:** Período do dia em que realiza o banho.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem válida</b>
<b>Em que período o dia dá o banho</b>	Manhã	17	44,7%
	Manhã e tarde	11	28,9%
	Fim da manhã	4	10,5%
	Tarde	1	2,6%
	Fim da tarde	1	2,6%
	Manhã ou tarde	1	2,6%
	Manhã e início da tarde	1	2,6%
	Manhã e meio da tarde	1	2,6%
	Manhã e final do dia	1	2,6%
	Manhã, início e meio da tarde	1	2,6%
	Total	38	100,0%

De acordo com a leitura do quadro 4.41, das 24 mães que referem que o recém-nascido toma banho uma vez por dia (dado por elas ou por terceiros), estas fazem-no

sobretudo de manhã 44,7% (n=17). Das 14 mães que dão banho ao recém-nascido duas vezes por dia, a maioria refere fazê-lo de manhã e à tarde 28,9% (n=11).

Segundo a WHO (2006), deve-se dar banho preferencialmente antes da última alimentação da noite, para confortar e favorecer um maior descanso noturno. No entanto, orienta para o banho completo só quando necessário, devendo-se lavar a face, pescoço e axilas diariamente e a zona perineal sempre que está suja.

### Hábitos de higiene: roupa

No que respeita ao vestuário, a roupa do recém-nascido deve ser confortável e preferencialmente de algodão ou fibras naturais (Branco, 2003). De acordo com Sopa (2009), o cordão deve ser mantido seco e exposto ao ar, ou livremente coberto com roupas limpas.

A categoria “hábitos de higiene” inclui também a **subcategoria “roupa”**, referente aos cuidados de higiene com a roupa do recém-nascido. Verifica-se que todas as mães referem que a roupa do recém-nascido é lavada com produtos, mencionando uma variedade de produtos como o sabão, amaciador, detergente, lixívia. Apenas uma mãe refere lavar a roupa do recém-nascido juntamente com a da restante família. *E3: Não, lavo com a da família.* Uma mãe refere não passar a roupa a ferro e outra diz nem sempre passar a roupa a ferro. (APÊNDICE XXXVIII)

**Quadro 4.42:** Produtos que usa para lavar a roupa do bebé (número de filhos).

Categorias	Subcategorias	Frequência	Percentagem válida
Produtos que usa para lavar a roupa do bebé	Detergente e amaciador	8	20,0%
	Amaciador	5	12,5%
	Detergente	4	10,0%
	Apenas sabão	4	10,0%
	Detergente e lixívia	4	10,0%
	Detergente e sabão	4	10,0%
	Detergente, sabão e lixívia	3	7,5%
	Sabão, detergente e amaciador	3	7,5%
	Sabão neutro	2	5,0%
	Detergente e água-de-colónia	1	2,5%
	Detergente e amaciador infantil	1	2,5%
	Nenhum	1	2,5%
	Total	40	100,0%

De acordo com o evidenciado no quadro 4.42, os produtos usados para lavar a roupa do bebé são diversos, sendo os mais frequentes, o detergente e o amaciador usados em conjunto e referidos por 8 mães (20%), enquanto 5 mães usam amaciador (12,5%).

É recomendada a lavagem da roupa do recém-nascido em separado até aos 6 meses. Antes da primeira utilização, a roupa deve ser lavada e as etiquetas retiradas (não cortadas). A roupa deve ser sempre lavada previamente à sua utilização, particularmente aquela que irá estar em contato direto com a pele. Recomenda-se também que a roupa seja seca na corda e ao sol, uma vez que a radiação ultravioleta é eficaz em reduzir a quantidade de bactérias que estão na roupa, contudo deve avaliar-se o risco desta ficar exposta ao pó e pólenes. A roupa deve ser passada a ferro, uma vez que este atinge temperaturas de 180-220°C, o que é eficaz na eliminação de bactérias. A eficácia a diminuir a quantidade de bactérias é semelhante ao utilizar um secador de roupa durante 30 minutos (Martins & Silva, 2016).

De acordo com Branco (2003), a roupa do bebé deve ser lavada com detergente próprio para bebé, hipoalergénico e com a menor quantidade de perfume possível. Deve evitar-se usar amaciadores de roupa, pois contém corantes e fragrâncias, pelo que podem irritar a pele do bebé e deve-se enxaguar muito bem com água limpa.

#### *2.5.10. Segurança e conforto: acidentes, risco de contaminação, transporte e sono.*

Proporcionar segurança, é uma vertente do cuidar que não se pode descurar. Deve-se proteger o bebé de traumatismos, prevenir quedas e acidentes, tendo cuidado no transporte do recém-nascido nos meios de transporte e o cuidado com a segurança do local onde este dorme (Bobak et al., 1999). O profissional de saúde dispõe de formação para promover estilos de vida saudáveis e para prevenir problemas de saúde e acidentes (Manuel, 2010).

A **subcategoria “acidentes”**, encontra-se na categoria “segurança e conforto (acidentes, risco de contaminação, transporte e sono)”.

No estudo existem 3 mães das diferentes províncias de Angola, que referem a ocorrência de acidentes. E32: “*Ontem...Ela caiu do cadeirão...Magoou-se aqui um pouco, sim....Ah, também está aqui outro. Está aqui, dragão lhe saltou. Queimou-a*”; E31: “*Olha, o irmão... sim, mas foi sem querer. Ele estava para me dar uma tampa, então, tocou na cara*”.

*do bebé.*” E uma mãe é natural de Luanda. *E14: “Desde que está em casa?...foi o irmão que lhe pancou na cabeça.”* Todas as mães são multíparas. O que pode estar relacionado com o fato de ter outros filhos com quem partilhar a atenção ou até mesmo o fato de estar mais à vontade por já não ser o primeiro filho e assim descuidar mais a segurança e prevenção de acidentes do recém-nascido. (APÊNDICE XXXIX)

De acordo com Silva, et al. (2018), existem alguns cuidados necessários para evitar acidentes no recém-nascido, como por exemplo, não deixar o recém-nascido sozinho em locais altos (como mesas de muda de fraldas) e não permitir que crianças peguem em recém-nascidos sem a supervisão de um adulto.

A UNICEF (2008), defende que pela vulnerabilidade do recém-nascido, cabe aos cuidadores protegê-los de lesões e acidentes, abuso e negligência. Os profissionais de saúde devem trabalhar com os pais sobre os cuidados com os seus filhos e incentivar a tomar as medidas adequadas para prevenir lesões e os acidentes no recém-nascido.

Deste modo, a Assembleia Geral das Nações Unidas (1989), na Convenção Internacional dos Direitos da Criança, salienta a vulnerabilidade e a necessidade de cuidados especiais da criança, dando ênfase às responsabilidades da família na sua proteção (Ramos, 2004a).

### **Segurança e conforto: risco de contaminação (pragas)**

Uma das preocupações da saúde pública do país, passa pela melhoria das condições de acesso a água potável, através da extensão da rede de distribuição. O que implica ampliar o investimento na recolha, limpeza e tratamento de lixo, assim como, na eliminação de águas estagnadas e na melhoria de esgotos e saneamento básico. Estes aspetos são promotores de pragas e vetores e trazem consequências nocivas para a saúde (MINSAs, 2012).

A subcategoria “risco de contaminação”, refere-se ao ambiente onde se encontra o recém-nascido em casa. Os dados mostram que 21 mães respondem que este é um risco presente, pela existência de vetores. Estas mães são na maioria mães multíparas, o que sugere que tal já terá ocorrido com os outros filhos. Quanto à naturalidade são maioritariamente mães naturais das várias províncias, podendo este fato estar aliado a práticas/hábitos de higiene provenientes da sua cultura de origem. O risco de contaminação no ambiente domiciliar, pode revelar alguma falta de cuidado com a higiene no meio habitacional, mas também demonstrar a precariedade do meio onde habitam, que no estudo sugere ser mais

precário (pela maior referência a risco de contaminação) nas mães que migram das províncias, sugerindo também maior precariedade sócio-económica. E1: “*Aparece baratinhas, mas nessas casas nunca falta, temos de estar sempre a cuidar sempre.*”; E7: “*Tem rato.*”; E21: “*Rato de vez em quando.*”; E25: “*Barata não, ratos.*”; E28: “*Tem também um pouquinho mesmo aí de rato, pequenino, que passa aí mesmo.*”; E36: “*Às vezes, passa barata.*”; E40: “*Só uns ratinhos.*”; E39: “*Tem mais barata.*”

A maioria das mães refere a existência de ratos, muitas vezes em conjunto com as baratas, que são a segunda praga mais nomeada. Apenas uma mãe faz referência ao lixo, neste caso, do vizinho. E12: “*Não! É mais o lixo do vizinho, que fica ali três, quatro dias*” Surpreendentemente dado o contexto do país, com elevada incidência de malária, só uma mãe refere a existência de mosquitos. E24: “*Não, só mosquito*”. (APÊNDICE XXXX)

Entre os impactos ambientais negativos que podem ser originados a partir do lixo urbano produzido, estão os efeitos decorrentes como a contaminação da água, proliferação de vetores transmissores de doenças, tais como cães, gatos, ratos, baratas, moscas, vermes, entre outros. Somando-se a isso a poluição visual, mau cheiro e contaminação do ambiente (Mucelin & Bellini, 2008). De acordo, com o INE (2016), a nível nacional, em Angola, nos resultados dos Censos realizados em 2014, só 60% dos agregados usam local apropriado para defecar. Entretanto, este valor é de apenas 26% na área rural contra os 82% na área urbana. Apenas 44% dos agregados familiares têm acesso a fontes apropriadas de água potável para beber. Segundo a UNICEF (2008), a água limpa, o saneamento seguro e as práticas de higiene, reduzem o risco de infeção.

A subcategoria “**nunca andou de transporte**”, pertencente à categoria “segurança e conforto (acidentes, risco de contaminação, transporte e sono)”, refere-se aos recém-nascidos que nunca utilizaram nenhum tipo de transporte. Os dados mostram 9 referências, na maioria de mães primíparas e mães naturais das várias províncias. De acordo com estes resultados, 31 mães, referem que o recém-nascido, já usou algum meio de transporte. (APÊNDICE XXXXI)

Apesar da existência de meios de transporte públicos em Luanda, a realidade observada é que grande parte da população se desloca maioritariamente a pé. O que pode estar relacionado com os hábitos culturais e com o baixo nível sócio-económico da população, associado ao elevado custo dos transportes.

A subcategoria “**transporte com proteção**”, refere-se aos recém-nascidos que utilizaram meios de transporte com proteção. Verifica-se que 31 das mães que referem que o recém-nascido já utilizou um meio de transporte (veículo), apenas 3 mães referem que este usou proteção. Destas mães, 2, multíparas e naturais de Luanda, referem ter transportado o recém-nascido numa cadeira. E8: “*Na cadeirinha.*” Uma mãe refere que transportou o recém-nascido numa alcofa. No entanto, esta não é a forma segura e correta de transportar as crianças em veículos. As 28 mães referem ter levado o filho ao colo, sempre que utilizaram algum meio de transporte (carro, mota). (APÊNDICE XXXXII)

Considerando as indicações da Associação para a Promoção de Segurança Infantil (APSI) (s.d.), as crianças têm o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada. Por isso, devem viajar em cadeirinhas voltadas para trás até aos 3 ou 4 anos. Só assim, numa colisão frontal (regra geral mais frequentes e graves), as suas costas, a cabeça e o pescoço serão amparados uniformemente. As cadeiras voltadas para trás são as que protegem de forma mais eficaz e podem salvar a vida de 9 em cada 10 crianças. As cadeiras nunca podem ser instaladas no lugar da frente se houver um airbag frontal ativo, sendo que os lugares de trás são mais seguros. Os cintos devem estar bem adaptados ao recém-nascido.

A subcategoria “**transporte sem proteção**”, refere-se aos recém-nascidos que utilizaram meios de transporte sem proteção. Das 31 mães, que referem que o recém-nascido já utilizou um meio de transporte, a grande maioria, 28 mães, refere que o filho foi transportado sem qualquer proteção, apenas ao colo. Sendo a distribuição idêntica nos quatro grupos de mães. E13: “*De carro.*” ET: “*E quando transportou de carro, como é que transportou?*” E13: “*Foi ao colo mesmo.*” ET: “*E quando transportou o bebé, como é que fez?*” E22: “*Fica no colo...Vou atrás e ela fica no colo.*” ET: “*Quando andou de carro, como é que transportou o bebé?*” E24: “*Nos braços.*” (APÊNDICE XXXXIII)

Quanto ao tipo de transporte utilizado, dos 31 recém-nascidos que já utilizaram um meio de transporte, 27 viajaram de carro (87,1%), 3 de táxi (9,7%) e 1 bebé já tinha andado de moto e de carro (3,2%).

A proteção das crianças quando utilizam meios de transporte é fundamental, desde o momento do nascimento. Segundo a OMS (2008), em crianças a partir do primeiro ano de

vida e até aos 15 anos, os acidentes rodoviários constituem a primeira causa de morte, com maior incidência nos passageiros de veículos automóveis.

A subcategoria **“dorme sozinho”**, está inserida na categoria “segurança e conforto” e refere-se aos recém-nascidos que têm um local (cama) para dormir sozinhos.

Verificamos que das quarenta mães, apenas 9 referem que o filho dorme sozinho. Destas mães, 5 são múltiparas e 5 são naturais de Luanda. A maioria das mães refere que o recém-nascido dorme acompanhado, geralmente pela própria mãe do recém-nascido. Dois recém-nascidos dormem com os pais, um dorme com a avó e um recém-nascido dorme com a mãe e a avó. Cerca de 60% dos recém-nascidos do estudo dormem entre 16h-20h nas 24 horas. (APÊNDICE XXXIV)

Um recém-nascido normal tem necessidade de dormir em média 18 horas diárias, fazendo ao longo do dia, cinco a seis períodos de vigília e de sono (WHO, 2006). É de extrema importância o prestador de cuidados ao bebé, proporcionar a satisfação desta necessidade, sendo a forma como o faz, muito variável, e dependente de múltiplos aspetos e práticas que interferem na qualidade do sono e no desenvolvimento da criança (Ramos 2004a,b; Guillén et al., 2000).

A subcategoria **“berço com proteção lateral”**, pertence à categoria “segurança e conforto”, refere-se aos recém-nascidos que no local onde dormem têm proteção lateral para as quedas. Os dados mostram que apenas 5 das 40 mães utilizam proteção lateral de quedas no local onde o recém-nascido dorme. Destas mães, a maioria são mães múltiparas e mães naturais de Luanda.

Uma mãe refere utilizar um lençol para proteger, o que apesar de revelar alguma preocupação com a segurança do filho, não é o indicado e suficiente para proteção contra as quedas. Existe uma mãe que refere que o filho apesar de ter cama com grades, não dorme lá.

(APÊNDICE XXXV)

Segundo a WHO (2006), o bebé durante a noite pode dormir com a mãe ou deve estar facilmente alcançável de modo a favorecer a amamentação, mas aconselha a usar o berço para o bebé dormir, posicionando-o de lado ou de costas, num local com grades de proteção lateral para evitar quedas.

A subcategoria “mosquiteiro na cama”, pertence à categoria “segurança e conforto” e refere-se aos recém-nascidos que têm mosquiteiro no local onde dormem.

Constata-se que apenas 3 mães não têm mosquiteiro no local onde dorme o recém-nascido, de acordo com o recomendado. Destas, 1 mãe é múltipara e natural de Luanda, e 2 mães são primíparas, sendo das primíparas 1 delas natural de Luanda e outra natural da província. A ausência de mosquiteiro é de elevado risco, dado a enorme prevalência de mosquitos em Angola e a elevada probabilidade de aquisição de malária.

As restantes trinta e sete mães referem a existência de mosquiteiro no local onde o seu filho dorme. (APÊNDICE XXXXVI)

De acordo com o MINSÁ (2012), a malária é endémica em todo o país e é transmitida por mosquitos do género *Anopheles*. Esta representa um importante problema de saúde pública, sendo considerada a primeira causa de morte, de consultas médicas e de absentismo laboral e escolar, constituindo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade perinatal. Quanto à posse de mosquiteiro tratado por agregado familiar, dados do MINSÁ revelam que a cobertura passou de 27.5% em 2006 para 34.5% em 2011 e a taxa de utilização em crianças menores de 5 anos passou de 18% em 2006 para 26% em 2011. Assim, incentivado também pela UNICEF (2008), a utilização de mosquiteiros tratados com inseticidas no local onde o recém-nascido se encontra é uma prioridade. Como tal o MINSÁ (2012), perspectiva que até 2022, pelo menos 60% dos agregados familiares terão recebido um mosquiteiro tratado com inseticida de longa duração.

**Quadro 4.43:** Condições do sono do recém-nascido (o número de filhos).

		Primípara		Múltipara		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
Quantas horas de sono o bebé tem nas 24 horas?	Mais e 20h	3	7,5%	7	17,5%	2,267	0,399
	16h-20h	14	35,0%	10	25,0%		
	10h-16h	3	7,5%	3	7,5%		
O local onde o bebé dorme tem barulho?	Não	15	37,5%	18	45,0%	1,558	0,407
	Sim	5	12,5%	2	5,0%		
O local onde o bebé dorme tem correntes de ar?	Não	12	30,0%	15	37,5%	1,026	0,501
	Sim	8	20,0%	5	12,5%		
O local onde o bebé dorme tem odores ou cheiros desagradáveis?	Não	18	45,0%	20	50,0%	2,105	0,487
	Sim	2	5,0%	0	0,0		
O local onde o bebé dorme tem pragas, ratos ou baratas?	Não	11	27,5%	10	25,0%	0,100	1,000
	Sim	9	22,5%	10	2,0%		
	Não	15	37,5%	13	2,5%		

O local onde o bebé dorme tem pessoas a circular?	Sim	5	12%	7	17,5%		
Usa práticas para adormecer a criança?	Não	8	20,0%	11	27,5%	0,902	0,527
	Sim	12	30,0%	9	22,5%		

Quadro 4.44: Condições do sono do recém-nascido (naturalidade).

		Província		Luanda		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
Quantas horas de sono o bebé tem nas 24 horas?	Mais e 20h	8	20,0%	2	5,0%	10,433	0,04
	16h-20h	7	17,5%	17	42,5%		
	10h-16h	5	12,5%	1	2,5%		
O local onde o bebé dorme tem barulho?	Não	17	42,5%	16	40,0%	0,173	1,000
	Sim	3	7,5%	4	10,0%		
O local onde o bebé dorme tem correntes de ar?	Não	12	30,0%	15	37,5%	1,026	0,501
	Sim	8	20,0%	5	12,5%		
O local onde o bebé dorme tem odores ou cheiros desagradáveis?	Não	8	45,0%	20	50,0%	2,105	0,487
	Sim	2	5,0%	0	0,0%		
O local onde o bebé dorme tem pessoas a circular?	Não	15	37,5%	13	32,5%	0,476	0,731
	Sim	5	12,5%	7	17,5%		
Usa práticas para adormecer a criança?	Não	9	22,5%	10	25,0%	0,100	1,000
	Sim	11	27,5%	10	25,0%		

Como evidencia a leitura do quadro 4.43 e 4.44, quanto à qualidade do sono e repouso do recém-nascido, no que se refere às horas de sono do bebé nas 24 horas, a maioria dos recém-nascidos participantes no estudo dorme entre 16h-20h 60% (n=24), enquanto 15% (n=6) dorme entre 10h-16h, e os restantes recém-nascidos (n=10) dormem mais de 20h por dia.

Em relação às condições do ambiente no local onde o bebé dorme, verifica-se que no total da amostra, é referida a presença de barulho em 17,5% dos casos (n=7), referida a presença de odores ou cheiros desagradáveis em 5% dos casos (n=2), e mencionada a presença de pessoas a circular em 30% dos casos (n=12). Contudo o aspeto negativo mais notório foi a existência de correntes de ar em 32,5% dos casos (n=13).

Quanto às práticas para adormecer o bebé 21 mães referiram recorrer a práticas como ouvir música ou cantar, que são as mais frequentes, seguidas pela amamentação ou “dar a chucha” (expressão usada para amamentar) e massagem no corpo no bebé, indo de encontro

a outros estudos que demonstram a importância destas práticas e a sua diversidade segundo as culturas (Ramos 2004 a,b).

A promoção de uma boa higiene do sono do recém-nascido, implica um ritual de adormecimento, que deve ser proporcionado pelo cuidador e não deve depender de elementos externos. O recém-nascido deve dormir em posição de decúbito dorsal e preferencialmente em berço/cama própria (Silva, Massena, Pinheiro, Carvalho & Teixeira, 2018).

### **Síntese dos resultados**

Os cuidados realizados pelas mães angolanas aos seus recém-nascidos, no período do puerpério sofrem influencia cultural. Este período afigura-se complexo e com influências multifatoriais, motivo pelo qual os cuidados foram abordados em diferentes vertentes para facilitar a sua compreensão (origem do conhecimento, tipo de conhecimento, práticas realizadas e ajuda nos cuidados).

O saberes tradicionais presentes no seio de cada cultura, têm uma elevada contribuição e um enorme peso nos comportamentos de saúde adotados e representações e têm de ser conhecidos, para a compreensão das práticas de saúde e desenvolvimento da ciência.

De forma geral os resultados do estudo mostram que os saberes e práticas de mães angolanas nos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical, derivam de duas origens distintas (tradicional e científica). Ou seja, os conhecimentos das participantes baseiam-se em saberes tradicionais, presentes na cultura e transmitidos intergeracionalmente. Na transmissão de saberes tradicionais a família é a presença mais frequente e no seio desta destacam-se as avós do recém-nascido. As avós para além de repassarem os seus conhecimentos, ajudam, participam e muitas das vezes assumem os cuidados ao recém-nascido, que lhe são delegados pelas mães. Fora do âmbito familiar os amigos e vizinhos são os mais mencionados, como ajuda e referencial nos cuidados. Constata-se uma elevada influência das pessoas de apoio nos cuidados ao recém-nascido no contexto estudado, os resultados vão indo ao encontro do descrito na literatura.

Contudo, as mães participantes no estudo mencionam que na origem dos seus conhecimentos a vertente científica também se encontra presente. Os dados demonstram que as participantes recebem com alguma frequência informação por parte dos profissionais de saúde relativamente aos cuidados em geral e ao coto umbilical em particular, diferente da que conheciam e fazem a sua seleção quanto à forma de atuação. Verificamos que existem mães que mesmo referindo conhecer as indicações científicas optam por manter os cuidados tradicionais. Porém, existem também mães que optam por adotar as práticas científicas recomendadas e algumas referem que as próprias avós aderem ao cuidado científico. Esta situação demonstra estarmos perante uma transição ao nível de saberes e práticas nos cuidados.

Ainda assim, os dados evidenciam que nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido encontram-se bastante enraizadas práticas não recomendadas. Estas resultam da aplicação de uma diversidade de produtos caseiros/tradicionais nocivos, presentes nos quatro grupos de mães estudadas, que podem causar onfalite, septicémia e morte do recém-nascido.

Ao comparar as práticas dos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, considerando **o número de filhos**, constatamos algumas diferenças. As mães multíparas são as que referem mais experiência anterior com recém-nascidos, mais referenciais científicos nos cuidados, apresentam mais informação diferente transmitida pelos profissionais relativamente ao seu conhecimento prévio; são as que mais apresentam práticas diferentes antes e depois da queda do coto umbilical; e as que fazem mais referência à utilização de diversos produtos tradicionais não recomendados no cuidado ao coto umbilical, como a ampicilina, o cuspo, o leite de pau, o óleo, pasta dentífrica, o pó e o sal. Os resultados sugerem que as mães multíparas provavelmente já tiveram práticas incorretas no cuidados ao coto umbilical de outros filhos e integram agora mais conhecimentos científicos.

Em contrapartida as mães primíparas são as que mais referem o uso do álcool isolado nos cuidados praticados ao coto umbilical. Contudo, estas mães, embora em menor número também fazem referência a produtos não recomendados no cuidado ao coto umbilical, sendo na maioria das vezes à cinza e às folhas. Os resultados indicam que as mães primíparas provavelmente estão mais disponíveis para seguir as recomendações dos profissionais de saúde.

Ambos os grupos referem a avó como fonte de ajuda nos cuidados prestados, sendo que nas mães primíparas é maior a referência dos cuidados ao recém-nascido delegados nas avós.

Ao comparar as práticas dos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, considerando a **naturalidade das mães**, verificamos que ambos os grupos referem com frequência a ajuda das avós nos cuidados ao recém-nascido e experiência anterior com recém-nascidos. A maioria das mães entrevistadas naturais de várias províncias de Angola, vivia em Luanda em média há 13 anos, o que pode ser indicador da aculturação à cidade de Luanda e a razão de algumas semelhanças nos seus testemunhos quando comparadas com as mães naturais de Luanda. O fato de as mães naturais de Luanda poderem ter mães ou avós originárias das províncias e poderem existir práticas culturais semelhantes em Luanda e nas províncias, pode também ser uma justificação para as semelhanças encontradas nos dois grupos.

Contudo, observamos que as mães com experiência migratória revelam alguns comportamentos distintos das mães naturais de Luanda. As mães naturais das várias províncias de Angola, comparativamente às mães naturais de Luanda, mencionam com mais frequência, referenciais científicos nos cuidados, cuidados baseados nos profissionais de saúde, informação diferente transmitida pelos profissionais e práticas diferentes antes e depois da queda do coto umbilical.

Analisando as práticas de cuidado ao coto umbilical tendo em conta a naturalidade das mães, quanto aos produtos utilizados no cuidado ao coto umbilical, as mães naturais das províncias são as que mais mencionam o álcool como conhecimento prévio, no entanto, são as mães naturais de Luanda que mais o utilizam de forma isolada como prática nos cuidados ao coto umbilical. Ambos os grupos de mães apresentam testemunhos de produtos não recomendados cientificamente nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido. Neste cuidado, as mães naturais das várias províncias referem com mais frequência a ampicilina, o cuspo, as folhas e o pó. Enquanto que as mães naturais de Luanda referem com mais frequência, a cinza, o leite de pau, o óleo, a pasta dentífrica, o pó e o sal.

Existem aspetos que ao serem analisados encontram-se igualmente distribuídos nos quatro grupos de mães (primíparas, múltíparas, naturais de Luanda e naturais das várias províncias de Angola). São eles: a aprendizagem com a ajuda, os referenciais tradicionais nos cuidados ao recém-nascido, o transporte do recém-nascido em veículos sem proteção, o

fato do recém-nascido dormir sozinho, a utilização do sal como prática no cuidado ao coto umbilical e apesar de mencionado em baixo número o esquema vacinal do recém-nascido incompleto.

Verificamos assim uma elevada influencia cultural e social nos cuidados das mães angolanas ao recém-nascido, nomeadamente no cuidado ao coto umbilical, bem como uma diversidade de práticas nocivas adoptadas neste cuidado. Verificamos também que existem mães que desconhecem as práticas cientificamente recomendadas. Deste modo, torna-se primordial o investimento na formação dos profissionais de saúde, no sentido da prestação de cuidados culturalmente competentes e integrando a dimensão científica. Os dados revelam que as mães procuram os serviços de saúde durante a gravidez e puerpério. Assim, os profissionais de saúde devem assumir a responsabilidade de trabalhar junto das mães e colaborar para a capacitação destas, contribuindo assim, para a inversão dos elevados índices de morbimortalidade neonatal em Angola.

### 3. Informadores qualificados do estudo

#### 3.1. Caracterização dos informadores qualificados

Participaram no estudo cinco informadores qualificados. Sendo estes, um administrador, um diretor clínico, um supervisor de enfermagem, uma parteira especialista atualmente a exercer funções no Centro de Saúde da Samba e a chefe de Secção de Saúde Pública do Distrito Urbano de Luanda. Todos de nacionalidade angolana e com mais de 20 anos de experiência no Ministério da Saúde de Angola.

Três participantes eram do género feminino e dois do género masculino. A idade média foi de 52 anos (média=52,2 ± 2,786 desvio padrão) sendo que quatro tinham entre 53 e 55 anos e um tinha 47 anos de idade. Dois eram naturais do Uíge, dois do Cuanza Sul e um do Huambo.

Quanto à formação, a Chefe de Secção de Saúde Pública é Licenciada em Enfermagem. A Diretora Clínica é Licenciada em Medicina, com especialidade em Pediatria. O administrador e a parteira especialista têm a Licenciatura em Enfermagem. O Supervisor de Enfermagem é Mestre em Gestão Hospitalar e tem a Licenciatura em Enfermagem.

#### 3.2. Análise dos testemunhos dos informadores qualificados

##### 3.2.1. *Influência cultural nos cuidados realizados pelas mães ao recém-nascido*

Os cinco informadores qualificados do estudo são unânimes em afirmar que atualmente ainda prevalecem práticas culturais e tradicionais nos cuidados realizados pelas mães angolanas ao recém-nascido. I1: *“acabam por dar mais valor à cultura... cada região tem a sua cultura. (...) em algumas regiões e em algumas culturas ainda, algumas pessoas persistem em fazer aquilo que é o contrário do conhecimento... científico.”* I2: *“Ah, sim, [a cultura] ainda influencia muito, sim. Nas práticas, sim”.* I3: *“Eu creio que a cultura influencia muito.”* I4: *“Também tem aspetos culturais... elas acham que antigamente... nós*

*fomos tratadas assim e porque é que agora tem de ser assim, enfim.” I5: “...em particular na população em Angola... os mitos e as culturas influenciam muito no cuidado ao bebé... nós passamos esta informação, mas, no entanto, às vezes no meio onde vive esta mãe... é um meio que utiliza uma determinada prática...esta população, esta província tem uma cultura própria. De resto, és mesmo influenciado pelo meio onde você está inserido.”*

Os informadores qualificados referem que muitas das práticas tradicionais presentes em Angola, relacionam-se com os cuidados ao coto umbilical do recém-nascido. I1: *“... há quem diz que a criança só pode banhar depois do cordão umbilical cair. Há quem trata o cordão umbilical, por exemplo, com uma raiz que tem uma seiva... tipo leite. Outros queimam, a esteira, o pau da esteira, fazem aquilo do pó para também introduzir no local.”* I2: *“o cordão umbilical, você lhes diz que tem de pôr álcool, mas quando elas chegam em casa põem outras coisas.”* I3: *“Há mães às vezes que dizem que o bebé não pode sair fora de casa antes de sete dias. Os cuidados aos recém-nascidos aqui, em Angola, não são muito adequados em muitas mães, porque alguns materiais, como a cinza... barata torrada, outros mais, enfim. Segundo eles, o umbigo cai mais cedo.”* I4: *“Antigamente, tratavam com lixo de luando, agora usam óleo de palma, usam Pepsodent, usam um método aí que chamam cola no umbigo do bebé.”* I5: *“Muita gente ainda acredita que pondo produtos como cinza, fezes de lagarto... então... são produtos que podem curar grandemente o umbigo do bebé.”*

Quatro dos cinco informadores qualificados referem os riscos que as práticas tradicionais realizadas ao coto umbilical representam para o recém-nascido, como as onfalites, infeções e até a morte. I1: *“Às vezes leva o recém-nascido a ter uma infeção umbilical.”* I2: *“São elevadas a sepse neonatal.”* I4: *“... Muitos bebés estão a parar na Pediatria já com uma grande infeção, outros é sepsia umbilical. E umas até acabam por morrer mesmo na Pediatria, sim.”* I5: *“Práticas que muitas vezes podem prejudicar o próprio progresso, da cicatrização do umbigo.”* Um informador menciona ainda a debilidade na qualidade do material utilizado durante o parto. I4: *“Falando nas infeções, também temos de ver o problema do material durante o trabalho de parto. Se o material também não é correto, não é devidamente esterilizado, também a bactéria, depois pode trazer problemas.”*

Predominam também, de acordo com três informadores qualificados representações e práticas culturais em relação à alimentação do recém-nascido. I2: *“Não dar a água à criança antes dos seis meses. Mas eles dão. Não dar de comer antes dos seis meses, mas*

eles dão.” I3: *“Também há bebês que são obrigados a comer antes dos seis meses. E quem tem de dar de comer é a sogra. Aos dois, três meses... basta ver o bebê a chorar muito. Começa com uma papa. Papa de milho.”* I5: *“...A cultura, logo que a criança nasce, tem de ser já alimentada”.*

As crenças respeitantes ao banho do recém-nascido, são mencionadas pelos informadores qualificados I1: *“Para o banho do recém-nascido há mitos, sim, há quem diz que a criança só pode banhar depois do cordão umbilical cair”.* I4: *“Há quem diz que também não dá banho, principalmente nos cuidados pós-parto”.* Um informador qualificado refere ser comum a crença de que o bebê não pode sair de casa antes de completar sete dias de vida. I3: *“Há mães às vezes que dizem que o bebê não pode sair fora de casa antes de sete dias. Imagina que esse bebê tem alguma patologia, só porque os avós, os tios ou os sogros disseram que... o bebê acaba por ficar dentro de casa...”*

A forte influência da família, sobretudo das mulheres mais velhas, com os seus saberes tradicionais nos cuidados ao recém-nascido é citada pelos informadores qualificados. I1: *“Mas muitas delas o que acontece é que elas ouvem uma informação por parte dos profissionais e quando chegam ao domicílio também têm influência de outros familiares (...) nós tratamos o umbigo do recém-nascido apenas com álcool, de 70%, e elas às vezes nem fazem esse procedimento.”* I4: *“Nós, na palestra, nós conversamos tanto, tanto, tanto com elas, as puérperas, mas posto em casa, a avó, a mãe diz não! As parteiras estão a mentir, porque nós tratamos vocês assim dessa maneira. Como é que agora o seu bebê não pode ser tratado assim?...”* I5: *“A família tem um peso... mas às vezes, a partir da própria família, exige que tens de colocar, porque a nossa família exige que o bebê tem de utilizar esse produto. Se você disser: “não, não precisa, o enfermeiro, médico disse para não lhe dar de comer, só depois de seis meses é que pode alimentar”. A criança tem fome, [tem de] lhe dá de comer, não liga àquilo que falou o profissional... às vezes, a sogra vai dizer como é que ele vai desenvolver...”*

A componente cultural e os determinantes sociais presentes nas mães angolanas influenciam as opções de cuidados que estas adotam. Na opinião de alguns dos informadores qualificados, as mães não valorizam as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde. I2: *“Você é técnico de saúde... lhes ensina uma coisa, chegam a casa e elas praticam outra coisa.”* I4: *“A enfermeira está a falar, a falar, a falar, aquela mãe está a dormir, ela não escutou nada”.* Os informadores qualificados referem que as mães não seguem as indicações

transmitidas pelos profissionais de saúde. I2: *“Mesmo explicando, elas não obedecem”*. I4: *“Elas fazem o contrário, só que quem fica prejudicado é o bebé. Nós damos a informação que não se pode usar pó, não se pode usar sabonete, enfim, tudo isso, mas elas usam, sim.”* Um dos informadores partilha a opinião que as mães não acreditam nos profissionais de saúde. I5: *“muitos não acreditam [no que dizem os profissionais], porque aquilo é mesmo da família.”* Enquanto que na visão de um dos informadores qualificados, o fato de as mães não realizarem os cuidados ao recém-nascido, conforme as recomendações científicas está relacionada principalmente com dificuldades económicas e situação de pobreza. I4: *“Eu acho que é problema de pobreza, porque nós orientamos o uso de álcool, elas não usam... umas dizem que não têm dinheiro para comprar o álcool, orientamos para comprar compressas já esterilizadas, elas também não compram, por falta de dinheiro. Então, acho que o problema das mães é a pobreza, sim.”*

Constatamos assim a influencia de vários determinantes culturais e sociais nas representações e nas práticas de cuidados infantis, em geral.

### 3.2.2. Desempenho dos profissionais de saúde

Sobre a influência da cultura na atuação dos profissionais, um informador qualificado referiu que a cultura não influencia a atuação dos profissionais porque o conhecimento científico sobrepõe-se aos mitos e tradições. I5: *“Não, não. Ai, você, como profissional, já fica difícil, porque você tem as teorias, não é? Essas teorias estão incutidas dentro da sua consciência... do seu âmago, então faz com que você não consiga escapar da informação que você considera científica, não é? Então, dificilmente um profissional consegue ser influenciado (...)”*

Na perspectiva de dois informadores, em alguns casos verifica-se a influência da cultura no desempenho dos profissionais de saúde. I2: *“Alguns... 10%. Em alguns, sim”*. I3: *“Eu creio que influencia, porque muitas delas também, às vezes, mesmo sendo profissionais, ainda têm aquela cultura na consciência deles. E porque às vezes não consegue passar assim com tanta firmeza.”*

De acordo com a visão de dois informadores qualificados a influência cultural deve ser afastada e o profissional deve primar pelo conhecimento científico. I1: *“O profissional de saúde não se pode levar à cultura do popular. Deve antes banir este tipo de*

*comportamento. Cada profissional de saúde deve sentir-se como agente da mudança de alguns comportamentos. Então, não pode levar mitos contrários daquilo que é científico. Por isso é que os profissionais de saúde devem transmitir aquilo que beneficia a população.”* I4: *“Alguns profissionais já não têm de seguir a cultura, nós já não devíamos mais seguir a cultura, porque nós já temos formação.”*

No que respeita às orientações dadas pelos profissionais de saúde às mães, os informadores qualificados do estudo apontam algumas debilidades existentes. I4: *“A informação não é adequada ainda...a técnica que vai dar essa informação tem de dar informações corretas, sem dúvidas”*. I5: *“Em termos gerais, os profissionais passam aquilo que sabem a partir dos conhecimentos que adquiriram ao longo das suas formações. Agora, o que falta às vezes é o acompanhamento.”*

Um informador defende que as orientações dos profissionais de saúde respondem às necessidades da população, no entanto, contrapõe-se frequentemente com a visão familiar. I2: *“Vão ao encontro daquilo que elas precisam, só que as mães mesmo não praticam”*. I3: *“... mas eles podem encontrar um impasse... mas quando eles chegam em casa, a sogra ou a mãe contraria...A família acaba por se sobrepor.”* Contudo, na ótica de alguns informadores qualificados têm sido observados progressos com as orientações dos profissionais de saúde. I1: *“Quero dizer que a população está sensibilizada, que alguns tabus devem estar mesmo a ficar para trás. (...) É sinal de que está a ter algum efeito...A mensagem do profissional está a atingir verdadeiramente os populares.”*

Acerca da motivação dos profissionais de saúde, na opinião de um dos informadores qualificados, os profissionais de saúde estão motivados. I1: *“O profissional de saúde está motivado”*. Enquanto os restantes informadores qualificados explicam que sim, que estão motivados, mas com reservas ou limitações. Sendo uma das limitações a falta de formação contínua. I3: *“Sim [estão motivados e com vontade de mudar], mas eu creio que os profissionais também têm de ter sempre formações contínuas, porque há muito que já tiveram a formação e podem-se sentir ultrapassados.”* A falta de incentivos na opinião dos informadores qualificados é outra limitação. I2: *“Primeiro é que eles ganham mal, não têm incentivo, quer dizer, não têm aquele... mobilidade de fazer a coisa, porque lhes falta incentivos e os próprios medicamentos. Eles podem até ter vontade, mas não temos medicamentos suficientes. Mais condições, sim faltam”*. De acordo com um dos informadores apesar da motivação dos profissionais o excesso de trabalho torna-se um

obstáculo. I4: *“Nós estamos motivados e fizemos o nosso trabalho corretamente. Embora possa faltar alguma coisa, mas por excesso de trabalho...não tem tempo de ficar mais a falar com a mãe, para dar mais informações, porque a informação é individual e é melhor para a mãe.”*

Sobre a implementação da formação contínua dos profissionais de saúde, quatro dos informadores qualificados do estudo referem que esta é muito importante. I2: *“É importante, muito importante, porque na saúde, principalmente aqui em Angola, temos de ter sempre refrescamento.”* I3: *“Eu creio que os profissionais também têm de ter sempre formações contínuas, porque há muito que já tiveram a formação e podem-se sentir ultrapassados...”* I5: *“Muitos de nós às vezes temos conhecimentos que já vão a caminho de cinco anos”*. De acordo com um dos informadores deveria haver mais incentivos para a formação. I3: *“Eu acho que tem de haver mais incentivo para poderem aderir às formações, porque poucas pessoas às vezes se interessam, quando se trata de uma formação, aparecem duas, três, quatro, cinco pessoas, a maior parte não aparece.”* Segundo um dos informadores a formação deveria abranger toda a equipa. I4: *“Nós precisamos mesmo desta formação, pelo menos uma vez por mês, mas em turnos diferentes. Para abranger a equipa toda.”* Para um dos informadores a debilidade da formação prende-se com a falta de materiais didáticos. I5: *“O que às vezes falta é mesmo o apoio material... tem de haver material didático, não é?”* Na ótica de um dos informadores existe a necessidade de motivar os profissionais a aderir à formação. I3: *“...porque poucas pessoas às vezes se interessam, quando se trata de uma formação, aparecem duas, três, quatro, cinco pessoas, a maior parte não aparece. Daí a necessidade de haver um incentivo, explicar os motivos da formação, porque se diz sempre que quem lê um livro não é a mesma pessoa, não é? (...) Dar a conhecer mais a importância [da formação].”*

### 3.2.3. Estratégias de intervenção

Os informadores qualificados do estudo referem algumas estratégias de intervenção no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados.

A opinião dos informadores qualificados do estudo, é consensual quanto à relevância da educação para a saúde. I1: *“Nós os profissionais de saúde, a nossa missão é educar a população, para mudança de comportamentos errados, daquilo que prejudica a saúde. Nós*

*não nos podemos cansar de falar com a população, porque as infeções umbilicais têm levado também vidas aos recém-nascidos. Deve palestrar. A ideia é sensibilizar cada vez mais os populares. A prevenção e a promoção da saúde deve prevalecer.” I2: “É... darmos palestras, muitas palestras I3: “Mais peso na informação.” I5: “Educação dessas mães, ... para ver se conseguimos corrigir alguns hábitos e costumes que às vezes a nossa população tem no cuidado ao recém-nascido e ao seu cordão umbilical. Vale a pena a gente atuar mais na causa do que no efeito, porque o efeito é mais dispendioso em termos de dinheiro... as causas... sim, a prevenção é mais eficaz.”*

De acordo com alguns dos informadores qualificados as sessões de educação para a saúde devem iniciar logo no momento das consultas. I1: *“As consultas de pré-natal devem fazer sempre as suas palestras para quando a mãe for à sala de parto ir já com alguma informação...”* I3: *“As orientações deveriam começar nas consultas pré-natais, até à sala de partos. Já teriam em mente o que podem e o que não podem fazer com um recém-nascido”.*

Os testemunhos dos informadores qualificados referem a importância do envolvimento e participação da família no momento da transmissão da informação. I3: *“... eu creio que para além da mãe ... chamassem alguém junto...que seja o pai... Que essa informação fosse dividida por mais duas ou três pessoas, acho que influenciaria muito nesses cuidados.”* I4: *“... Poderia ajudar também com o comportamento das mães que estão em casa... aquela que ouviu vai dizer não. Eu também, para além da mãe, recebi esta informação.”* I4: *“Como se faz no Brasil... a família está aí a partir do parto, assistem a toda a informação, o parto, o pós-parto, as famílias vê tudo o que a enfermeira está a fazer, aqueles cuidados, que é feito dentro do hospital.”*

Na perspetiva dos informadores qualificados do estudo, deveriam ser implementadas algumas políticas ao nível do Ministério da Saúde de Angola, no sentido de aumentar a informação e empoderamento das mães. Como fornecer o material para o cuidado ao coto umbilical. I2: *“...dando um kit... para ela não se vincular nas práticas tradicionais.”* I4: *“O material, por exemplo... as compressas para o curativo do coto umbilical, dentro de um kit já próprio, com álcool de 70%.”* Prolongar o tempo de internamento pós-parto. I2: *“O Ministério da Saúde deveria arranjar um sítio onde a mãe poderia estar ainda durante pelo menos 72h, até pelo menos à caída do cordão umbilical.”* I4: *“Ficar seis horas na sala de partos e depois vai para casa... Devia aumentar o tempo de internamento. Ficaria mais*

*tempo, mas com os familiares.” Desenvolver mais ações de educação para a saúde na comunidade. I3: “Intensificasse palestras na comunidade ...as futuras mães já teriam em mente quais são os cuidados com os recém-nascidos.” I5: “Organizarmos palestras nas comunidades, para informar as mães como cuidar da parte umbilical, carece de cuidados especiais, porque muitas mães, às vezes, são mesmo leigas nesses cuidados ...” Aumentar o apoio para a implementação dos programas de saúde pública na comunidade. I5: “Já existem, já tem programas, tem programas a nível de saúde pública. Existe, existe, só a implementação é que é fraca. Por causa dessas questões do apoio.”*

Segundo um informador qualificado uma das estratégias desenvolvidas pelo governo é a implementação dos agentes comunitários. I1: “Estamos na fase de formarmos alguns Adecons, agentes para o desenvolvimento comunitário (...) nós, teremos esse privilégio e vamos introduzir os conhecimentos a esse grupo, porque eles lidam diretamente com a comunidade, são residentes mesmo na comunidade, lidam com as pessoas, conhecem ...”

## CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo alcançar um melhor conhecimento e compreensão dos saberes e práticas de mães angolanas sobre os cuidados ao recém-nascido, de modo a contribuir para melhorar a intervenção em saúde infantil e promover cuidados de saúde culturalmente competentes e saúde infantil em Angola.

Através dos conhecimentos resultantes do estudo, esperamos contribuir para a adoção de práticas de cuidados adequadas, com vista à obtenção de ganhos em saúde num contexto de diversidade cultural e social. Pretende-se colaborar para as estratégias de educação/promoção em saúde individual, familiar e comunitária. Utilizando uma abordagem pessoalizada e integrada, adequada às mães de recém-nascidos, pais e cuidadores, de modo a responder às suas necessidades, respeitando sempre as suas realidades sociais e culturais, incentivando-as à prestação dos cuidados ao recém-nascido com segurança e colaborando para o empoderamento, capacitação, cidadania participativa, responsável e informada das mães. A prevenção e intervenção precoce no apoio às mães nos cuidados ao recém-nascido, é primordial, bem como o desenvolvimento de estratégias e políticas sociais e de saúde adequadas. Deste modo, perante os resultados obtidos verificamos a necessidade de elaborar um programa de formação dos profissionais de saúde, com ênfase no desenvolvimento de competências multiculturais, garantindo a adaptação e assertividade na transmissão de conhecimentos científicos. Objetiva-se habilitar o profissional de saúde de modo a que este seja capaz de promover, quando necessário a repadronização de comportamentos, através da sua capacidade educacional, de comunicação e de relação. É importante a consciencialização das mães da implicação das suas práticas na saúde e na vida do recém-nascido.

A literacia em saúde fortalece e impulsiona a equidade e é construída a partir de uma educação de qualidade e de aprendizagem ao longo da vida. A literacia deve ser uma parte integrante das competências desenvolvidas durante o processo de desenvolvimento dos indivíduos, no seio familiar e através do acesso equitativo aos serviços de saúde. Como tal, é importante o investimento a nível das unidades de saúde, com a implementação de cursos de preparação para o parto, bem como o incremento da consulta de vigilância do puerpério no domicílio, para avaliar as necessidades das mães/famílias no seu contexto e aumentar a

proximidade entre cliente/profissional de saúde, e a intervenção ao nível da comunidade, com a criação de grupos de apoio no seio da comunidade e implementação de agentes comunitários (formação de pessoas da comunidade) para colaborar na realização de ações de educação para a saúde.

Estas intervenções permitem compreender e modificar os fatores que levam a práticas de cuidados nocivas para a saúde do recém-nascido, nomeadamente os cuidados ao coto umbilical e tornar o puerpério um período saudável para todos os seus intervenientes. A construção de modelos de intervenção direcionados às puérperas ao nível dos cuidados de saúde primários ajuda a sistematizar os cuidados prestados ao recém-nascido. É necessário que a intervenção em saúde, reflita diferentes práticas culturalmente definidas e transmitir corretamente práticas de saúde apropriadas, apropriadas para orientar o cuidar dos indivíduos, famílias, grupos e instituições.

A pessoa é inseparável das suas raízes culturais e do ambiente social em que se insere, como tal, para que a intervenção do profissional de saúde seja eficaz, este deve compreender e conhecer os valores, normas e crenças que orientam e direcionam os clientes e os seus contextos de vida. É essencial os profissionais de saúde compreenderem e respeitarem a escolha das mães, respeitando assim os princípios éticos da autonomia, da justiça e da fidelidade, olhando para o percurso de vida desejado pelas famílias.

Os resultados sugerem que as mães múltiparas provavelmente já tiveram práticas incorretas nos cuidados ao coto umbilical de outros filhos e que as mães primíparas são as que mais integram a prática do uso do álcool isolado nos cuidados praticados ao coto umbilical. Considerando a naturalidade das mães, ambos os grupos apresentam testemunhos de produtos não recomendados cientificamente nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido. Contudo, são as mães naturais de Luanda que mais o utilizam o álcool de forma isolada como prática nos cuidados ao coto umbilical.

Os resultados apontam que o tipo de comportamentos por parte dos cuidadores tem relação com o elevado número de onfalites ocorrentes no país. O problema das onfalites implica uma resposta adequada das instituições e das políticas de saúde e a implementação de medidas de saúde pública adequadas. Neste âmbito a intervenção deve ser precoce e iniciar-se logo durante a gravidez, prolongando-se no puerpério. A educação para a saúde é uma estratégia de intervenção, que deve ocorrer quer em contexto de unidade de saúde, quer âmbito comunitário, primando pelo envolvimento e participação da família.

Deve-se complementar os programas já existentes a nível da saúde infantil do Ministério da Saúde de Angola. Nas situações de mães com comportamento de risco, pode ser necessário mobilizar a intervenção dos profissionais de saúde adequados da equipa multidisciplinar, bem como os pais, familiares e outras pessoas significativas, ajudando no desenvolvimento de cuidados ao recém-nascido eficazes e eficientes e no culminar de uma parentalidade responsável. O profissional de saúde deve abster-se de formular juízo de valores e deve estabelecer uma relação terapêutica, baseada na confiança e empatia, criando espaço para a negociação dos cuidados.

Consideramos ter atingido os objetivos traçados para este estudo. Esperamos ter proporcionado uma melhor compreensão dos fenómenos culturais e sociais que estão subjacentes ao comportamento adoptado pelas puérperas nos cuidados ao recém-nascido. Pensamos, desta forma, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, o que será favorecido pela concepção e implementação de serviços de saúde culturalmente adaptados, que correspondam às reais necessidades das mães e das crianças em idade precoce.

Fazemos, por isso, algumas sugestões de futuras investigações nesta área. Como a realização de estudos comparativos entre as várias províncias de Angola e entre países de África, ou grupos culturais da mesma região geográfica, uma vez que se encontram algumas semelhanças entre determinadas crenças e práticas e para verificar se esta realidade se estende a todo o continente africano. Perante este estudo sentimos necessidade de que se realizem mais estudos com as pessoas de referência nos cuidados para podermos alargar o conhecimento e retirar conclusões. Sugere-se também a realização de um estudo intervindo com uma equipa multiprofissional, integrando para além dos profissionais de saúde, os informadores qualificados, os mediadores culturais (Adecos), os familiares e os indivíduos representativos da comunidade, ou seja, todos os intervenientes com influência nos cuidados de saúde ao recém-nascido. Para um conhecimento mais aprofundado o estudo deveria ser implementado em Luanda e também nas várias províncias de Angola. Uma vez que as práticas de cuidados ao recém-nascido recomendadas pela OMS, em contexto de países em desenvolvimento com é o caso de Angola, privilegiam a utilização da clorhexidina face ao álcool a 70°, e atendendo a que no presente estudo a clorhexidina não foi referida por nenhuma participante, poderia ser pertinente aprofundar o estudo em relação a este aspeto. Sugere-se ainda a implementação de um projeto de formação para os profissionais de saúde

no âmbito da prestação de cuidados de saúde culturalmente adequados, que possa ser implementado a nível nacional em Angola. Com o objetivo de permitir maior equidade e qualidade na prestação de cuidados e no acesso à informação.

A multiculturalidade exige esforços na reformulação de estratégias e políticas públicas com o objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida. É necessário tomar medidas no âmbito da saúde neonatal e infantil adequadas e descentralizadas na cidade de Luanda, alargada a todo o território nacional, de modo a responder à necessidade de melhoria dos serviços de prestação de cuidados de saúde. Devem-se promover estratégias para o estabelecimento de mecanismos para assegurar o envolvimento e a colaboração entre os assistentes qualificados, os cuidadores familiares e os prestadores de cuidados de saúde informais, como as parteiras tradicionais e os curandeiros. Estes estão familiarizados com o terreno difícil e compreendem os contextos sociais e as barreiras culturais, pelo que podem ser utilizados para melhorar a incorporação e a aceitação dos serviços de saúde pública.

Os resultados evidenciam que o esforço e o trabalho exercido aos profissionais de saúde, ainda não está a ser suficiente. A dissonância entre a informação transmitida pelos profissionais de saúde e as opções de cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical, adotadas pelas mães é frequente. É evidente o elevado peso da cultura tradicional nos cuidados que muitas vezes prevalece face à cultura científica. Neste sentido, o esforço dispendido por parte dos profissionais de saúde, pode ser uma fonte geradora de stress, que dependendo da capacidade de resiliência e adaptação de cada profissional, poderá afetar a prestação dos cuidados. Daí ser fulcral investir na formação dos profissionais de saúde e na sua capacitação para o cuidado culturalmente congruente.

Este estudo procurou conhecer diversos aspetos relativos aos saberes e práticas das mães nos cuidados ao recém-nascido. Assim, analisamos a origem e influência dos saberes empíricos e dos saberes científicos nos cuidados das mães, as práticas realizadas nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido e o apoio das mães nos cuidados ao recém-nascido, verificando-se uma variedade de saberes e práticas.

A opinião dos informadores qualificados corrobora os resultados obtidos, quer em relação à influência da cultura e da família nas práticas, quer da existência de práticas incorretas nos cuidados ao coto umbilical. Estes defendem a implementação de programas de intervenção comunitária, fornecimento de kits com material para o cuidado ao coto umbilical, aumento do tempo de internamento pós-parto (que atualmente é cerca de 24h)

acompanhado pelas pessoas de referência, bem como o investimento na formação contínua abrangente a toda a equipa dos profissionais de saúde e aumento de incentivos para a realização da formação.

Através dos resultados concluímos que à semelhança de outros países, os angolanos apresentam um conjunto de crenças, atitudes e práticas inerentes ao seu contexto cultural. Algumas mulheres que recorrem aos serviços de saúde mantêm as suas práticas tradicionais. Nas unidades de saúde as parteiras e os técnicos são os principais prestadores de serviços no parto e pós-parto. Devendo possuir competências não só para ações de educação para a saúde como também culturalmente competentes. Existem testemunhos de mães que referem que alguns partos nas suas províncias de origem ainda ocorrem em casa e são realizados por parteiras leigas.

As mães angolanas demonstram, na sua maioria um baixo nível de conhecimentos sobre produtos cientificamente recomendados para o tratamento ao coto umbilical, mencionando apenas o álcool. Em contrapartida, revelam conhecimento de uma vasta gama de produtos e práticas não recomendados.

Como em todos os estudos de investigação deparamo-nos com algumas limitações e dificuldades, que dizem respeito aos condicionalismos decorrentes da realização do mesmo, que tentamos contornar e ultrapassar.

Logo no início do estudo, apesar da pesquisa exaustiva, confrontamo-nos com a escassez de informação disponível sobre a temática, especificamente na realidade angolana, principalmente no que se refere ao número de casos de onfalites e de mortalidade neonatal pelo mesmo motivo, onde a falta de registos das onfalites nas unidades de saúde em Angola é uma realidade. Consequentemente, apesar de existirem dados da elevada mortalidade neonatal e uma das principais causas estar associada à septicémia, são escassos os registos concretos em relação à onfalite, o que dificulta uma abordagem epidemiológica neste contexto. Utilizamos informação, na maioria generalizada de alguns organismos como a OMS e UNICEF, contudo, não totalmente atualizada. O que nos levou a realizar um primeiro estudo de investigação, num serviço de pediatria do Hospital Municipal da Samba em Luanda, com o intuito de perceber a realidade atual do problema e colaborar para a justificação do presente estudo.

O estudo realizou-se em Angola e existem aspetos próprios do contexto do país que de alguma forma condicionaram as opções realizadas. Nomeadamente a condição

sociopolítica do país, que constituiu a segunda grande limitação com que nos deparamos. A instabilidade política e social vivenciada no país, na fase pré e pós eleitoral, com consequente aumento de situações de desemprego, revolta, tumultos, resultou na diminuição das condições de segurança na cidade de Luanda. Esta situação levou a algumas alterações no contexto de realização da pesquisa. Pretendíamos realizar as entrevistas às mães em contexto domiciliário, pelas vantagens que tal poderia revelar, como o maior à vontade por parte das participantes por se encontrarem no seu meio ambiente e pela possibilidade de observar as condições habitacionais, relações entre os membros familiares e cuidados realizados ao recém-nascido. Apesar de realizarmos as entrevistas pré-teste em contexto domiciliário, após as várias advertências às questões de segurança a que fomos sujeitos (quer por parte de profissionais de saúde, quer por membros da própria comunidade e da segurança), optamos por limitar as deslocações e realizar as entrevistas às mães, sobretudo no interior de uma instituição de saúde (que forneceu todo o apoio possível), tendo sido considerada a forma mais segura de avançar com a pesquisa.

A realização das entrevistas na instituição de saúde, invalidou o contato com as pessoas referidas pela mães como principais cuidadoras do recém-nascido no domicílio (por norma a avó), o que poderia ter fornecido dados pertinentes para a pesquisa. Apesar de ter sido solicitado às mães no momento do agendamento da entrevista, que se fizessem acompanhar por estas pessoas de apoio, no momento da entrevista, tal não aconteceu. Esta situação levou também a que muitas mães recusassem mostrar como realizam os cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, por não serem elas a fazê-lo em casa e não se sentirem à vontade com a prática. Houve também situações em que as mães se disponibilizaram para demonstrar a realização do cuidado, no entanto, ao percebermos que este não estava de acordo com as práticas recomendadas, não o permitimos sob o risco de causar danos nocivos para a saúde do recém-nascido. Resultando assim, um reduzido número de registos fotográficos e filmicos deste cuidado.

As entrevistas realizadas na instituição de saúde, levantaram outra dificuldade, que se prendeu, com as condições do local cedido pela instituição para a realização das entrevistas. Apesar de se dispor de um espaço com privacidade, não reunia as melhores condições de isolamento sonoro, pelo que o ruído exterior, por vezes, se tornou um fator de distração externa.

A outra limitação associada à realização das entrevistas na unidade de saúde, poderá ter sido o fator psicológico, em que as mães, pelo fato de se encontrarem na instituição de saúde, poderiam de alguma forma, sentir alguma intimidação, condicionando as suas respostas. No entanto, consideramos que a relação estabelecida com as participantes foi bastante positiva, estas foram colocadas à vontade e na maioria das vezes, foi notória a sua vontade em colaborar e o seu à vontade nas entrevistas.

O nível escolar das mães e as questões linguísticas com recorrente utilização de expressões próprias do país, poderiam ter sido um obstáculo à comunicação, no entanto, talvez pela permanência e contato da investigadora com a comunidade em Angola, tal não se constatou.

Constituiu também uma limitação ao estudo o fato de não se ter conseguido entrevistas com informadores qualificados, que inicialmente se tinha em mente, nomeadamente, os representantes do Ministério da Saúde, e representantes da OMS e da UNICEF em Angola, o que forneceria um contributo pertinente para o trabalho.

Por último, a inexperiência da investigadora neste tipo de trabalhos, constituiu também uma limitação ao estudo, o que implicou um empenho e esforço redobrado, no sentido de manter o rigor e qualidade inerente exigidas. Contudo, no decurso da análise dos dados, encontraram-se aspetos que teriam sido pertinentes ter sido abordados com maior profundidade nas entrevistas. Fica a certeza da aprendizagem para trabalhos futuros.

Finalizado este estudo não podemos deixar de mencionar a gratificação ao realizá-lo. Não só porque a problemática é aliciante e inovadora e estarmos perante uma temática de elevada complexidade como é a cultura, o cuidado, a família, a interculturalidade e principalmente a saúde dos recém-nascidos, que se encontra totalmente dependente dos cuidados do adulto, para a sua continuidade. Mas também porque ficamos a conhecer melhor uma realidade que constitui uma preocupação de saúde pública com consequências danosas e irreversíveis mas com a possibilidade de prevenção.

Se no início do trabalho falávamos numa caminhada com todos os degraus que nela se avistavam, terminado este percurso, estamos certos que subimos alguns degraus, mas o final está distante, existe ainda um longo caminho a percorrer com novos desafios uma vez que este tema carece de ação e de investigação.

Esperamos que os conhecimentos adquiridos com o estudo contribuam para os ganhos em saúde neonatal, colaborando para a diminuição da mortalidade e morbilidade

neonatal e melhorarem os indicadores de saúde do país, de modo a reforçar os esforços para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, recomendados pela ONU no âmbito da saúde neonatal e infantil, materna, familiar e comunitária.

## BIBLIOGRAFIA

- About, F. (1998). *Health Psychology in Global Perspective*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Alsina, M. (1999). *Comunicación Intercultural*. Barcelona: Anthropos.
- Alves, F. (2015). Racionalidades Leigas e Produção Local de Saberes em Saúde. In Carapinheiro, G.; Correia, T. (orgs), *Novos Temas da Saúde, Novas Questões Sociais*, Lisboa: Editora Mundos Sociais, pp.113-128. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/332848976\\_Racionalidades\\_Leigas\\_e\\_Producao\\_Local\\_de\\_Saberes\\_em\\_Saude/link/5cd01aa592851c4eab86533a/download](https://www.researchgate.net/publication/332848976_Racionalidades_Leigas_e_Producao_Local_de_Saberes_em_Saude/link/5cd01aa592851c4eab86533a/download). [4de abril de 2020)].
- Alves, F., Silva, L. (2011). Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21(4), pp.1207-1229. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312011000400003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312011000400003&script=sci_abstract&tlng=pt) . [6 de abril de 2020].
- Ammassari, S. (2005). Migration and Development: New Strategic Outlooks and Practical Ways Forward: The Cases of Angola and Zambia. *IOM Migration Research Series* (21), pp.1-97. Disponível: [https://www.researchgate.net/publication/323378601\\_Migration\\_and\\_development\\_The\\_case\\_of\\_Zambia\\_New\\_Strategic\\_Outlooks\\_and\\_Practical\\_Ways\\_Forward\\_-\\_The\\_Cases\\_of\\_Angola\\_and\\_Zambia](https://www.researchgate.net/publication/323378601_Migration_and_development_The_case_of_Zambia_New_Strategic_Outlooks_and_Practical_Ways_Forward_-_The_Cases_of_Angola_and_Zambia) . [24 de março de 2020].
- Andrade, R., Santos, J., Maia, M., Mello, D. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Minas Gerais: Brasil.19(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf> . [ 4 de abril de 2020].
- APSI. *Associação para a promoção da segurança infantil*. (s.d.). Escolha da cadeirinha adequada. Lisboa. Disponível em: <http://apsi.org.pt/index.php/pt/component/content/article/2-uncategorised/234-a-escolha-da-cadeirinha-adequada>.
- Araújo, A. (2015). *Desafios interculturais e práticas docentes em contextos lusófonos: o caso de colégios privados em Angola*. (Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Aberta, para obtenção do grau de mestre em Relações Interculturais). Lisboa: Universidade Aberta. Disponível: [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/5216/1/TMRI\\_AdaAraujo.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/5216/1/TMRI_AdaAraujo.pdf)
- Bäckström, B. (s.d.). O acesso à saúde e os factores de vulnerabilidade na população imigrante. Disponível <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/642/1/O%20acesso%20à%20saúde%20e%20os%20factores%20de%20vulnerabilidades%20na%20população%20imigrante.pdf> . [4 de abril de 2020].
- Banks, M. (2007). *Using Visual Data in Qualitative Research*. London: Sage.
- Baraldi, N., Praça, N. (2013). Práticas de cuidado do recém-nascido baseadas no contexto de vida da puerpera. *Ciência Cuidados Saúde*. 12(2), pp.282-289. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/315272818\\_Praticas\\_de\\_cuidado\\_do\\_recem-nascido\\_baseadas\\_no\\_contexto\\_de\\_vida\\_da\\_puerpera/link/596637294585157fcc648fea/download](https://www.researchgate.net/publication/315272818_Praticas_de_cuidado_do_recem-nascido_baseadas_no_contexto_de_vida_da_puerpera/link/596637294585157fcc648fea/download) . [ 6 de abril de 2020].
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo*. (4ed.). Lisboa: Edições 70.
- Beck, D., Ganges, F., Goldman, S., Long, P. (2004). *Cuidados ao recém-nascido. Manual da consulta. Saving newborn Lives*. Save the Children Federation. Disponível em:

- <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf>
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (2002). *Cross-cultural psychology: Research and applications* (2ed.). Cambridge University Press.
- Bobak, I. et al. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. (4ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Borrozino, R. (n.d). *Infeções de pele, tecido subcutâneo e onfalite*. Editora Atheneu. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/44038017/62-infeccoes-de-pele-tecido-celular-subcutaneo-e-onfalite>. [21 de março de 2020].
- Branco, M. (2003). Cuidados com o Cordão Umbilical. *Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da S.P.P.* Verão 2003. Ano VIII. (20), pp.8-10. Disponível em: [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/201107201648-verao\\_2003.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/201107201648-verao_2003.pdf)
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*. (3), pp.77-101. Disponível em: [http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic\\_analysis\\_revised](http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised). [ 22 de março de 2020].
- Brunnella, A., Denise A., Guilherme, C., Walter, S., Siqueira-Batista, R. (2011). Infecção por clostridium tetani no recém-nascido: revisão sobre o tétano neonatorum. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 23(4), pp.484-491. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n4/a14v23n4.pdf> . [ 6 de abril de 2020].
- Buss, P., Filho, A. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Revista Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 17(1), pp.77-93. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312007000100006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt) . [22 de novembro de 2020].
- Campos, L. Silva, K. (2011). A prevenção do mal-dos-sete-dias ou mal-de-umbigo por meio da prática da fomentação: reconhecimento, compreensão e valorização dos saberes tradicionais. *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História. ANPUH*. São Paulo. Disponível em: [http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308191730\\_ARQUIVO\\_TextoLuanaCcomposeKeniaSilva.pdf](http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308191730_ARQUIVO_TextoLuanaCcomposeKeniaSilva.pdf) [4 de abril de 2020].
- Canavarro, C. & Pereira, A. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas. In Canavarro, M. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. pp.323-357. Coimbra: Quarteto Editora. Disponível em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1576/1/2012%20gravidez%20e%20parentalidade%20adolescete%20perspetivas%20teóricas.pdf> . [ 5 de abril de 2020].
- Cardão, C., Parreira, V., Coutinho, E. (2019). Práticas preventivas nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido-uma revisão integrativa da literatura. (2). *Atas- Investigação Qualitativa em Saúde. Investigación Cualitativa en Salud*. Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa. pp.1590-1599. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2371/2277>
- Carlo, A., Travers, P. (2016) Mortalidade Materna e Neonatal: hora de agir. *Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro*. 92(6), pp.543-545. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/xK965RhR3tCBWKc9BSYmLWR/?lang=pt&format=pdf> [ 10 de fevereiro de 2020].
- Carmo, H., Ferreira, M. (2015). *Metodologia da investigação. Guia para autoaprendizagem*. Universidade Aberta. Coleção Universitária.
- Carta de Ottawa (s.d.). A promoção da saúde a carta de ottawa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-ottawa-pdf1.aspx> [5 de abril de 2020].

- Carvalho, V. (2013). *Health Outcomes of Angolan Children Left Behind by Migrating Parents: An approach into Angolan Parental Migratory Flows*. Master Thesis. Maastricht Graduate School of Governance (MGSoG). United Nations University. London.
- Carvalho, V., Markus, J., Abaggae, K., Giraldi, S., Campos, T. (2015). *Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf) . [ 20 de março de 2020].
- Cassidy, C. (2001). Social and cultural context of complementary and alternative medicine systems. In M. S. Micozzi (Ed.), *The journal of Complementary and Alternative Medicine*. (2<sup>nd</sup>ed.). v1(1). pp.18-42. New York: Churchill Livingstone. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/acm.1995.1.19>. [ 8 de abril de 2020].
- Castañeda, E. & Buck, L. (2011). Remittances, Transnational Parenting, and the Children Left Behind: Economic and Psychological Implications. *Southeastern Council on Latin American Studies and Wiley Periodicals, Inc.* pp.85-107. Disponível em :<https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/5836.pdf> . [25 de março de 2020].
- Central Intelligence Agency (2019). *The World Factbook*. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ao.html>. [24 de março de 2020].
- Chlorhexidine Working Group. (2017). Clorexidina para cuidados do cordão umbilical: uma nova intervenção de baixo custo para reduzir a mortalidade no recém-nascido. *Clorexidina para Cuidados do Cordão Umbilical*. Disponível em: [https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/CHX-Technical-Brief\\_final-for-translation\\_2017-11-20\\_PT-1.pdf](https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/CHX-Technical-Brief_final-for-translation_2017-11-20_PT-1.pdf) . [ 6 de abril 2020].
- Christoffel, J., Moreira, M., Leandro, J. (2011). Cuidado familiar de recém-nascidos no domicílio: um estudo de caso etnográfico. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis. (20), pp.223-231. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea28.pdf> . [ 5 de abril de 2020].
- Collière M.F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures. Lusociência.
- Corbin, J., Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, California: Sage. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/247720888\\_Book\\_Review\\_Corbin\\_J\\_Strauss\\_A\\_2008\\_Basics\\_of\\_Qualitative\\_Research\\_Techniques\\_and\\_Procedures\\_for\\_Developing\\_Grounded\\_Theory\\_3rd\\_ed\\_Thousand\\_Oaks\\_CA\\_Sage/link/58bd979592851c471d5bd641/download](https://www.researchgate.net/publication/247720888_Book_Review_Corbin_J_Strauss_A_2008_Basics_of_Qualitative_Research_Techniques_and_Procedures_for_Developing_Grounded_Theory_3rd_ed_Thousand_Oaks_CA_Sage/link/58bd979592851c471d5bd641/download) . [ 22 de março de 2020].
- Correia, T., Pires, C., (2016). Que técnica usar nos cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*. n°17, pp.2182-3006. Disponível em: [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14216/1/p29\\_APEO-17-06-2016-Que-Tecnica-Usar-nos-Cuidados-ao-Cordao-Umbilical-do-Recem-Nascido.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14216/1/p29_APEO-17-06-2016-Que-Tecnica-Usar-nos-Cuidados-ao-Cordao-Umbilical-do-Recem-Nascido.pdf) [7 de abril 2020].
- Costa, D., Aguiar, E., Coelho, E., França, E., Ribeiro, L., Mota, Z. (2015). A enfermagem no controle e prevenção do tétano neonatal. *Revista Contexto & Saúde*. (15)28. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/3991>
- Council of Europe (2008). *White Paper on Intercultural Dialogue: "Living together as equals in dignity"*. Strasbourg. 118th Session of the Committee of Ministers. Disponível em: [https://tandis.odihr.pl/explore?bitstream\\_id=23035&handle=20.500.12389/20326&provide\\_r=iiif-image#c=0&m=0&s=0&cv=0&xywh=-1723%2C-184%2C5995%2C3666](https://tandis.odihr.pl/explore?bitstream_id=23035&handle=20.500.12389/20326&provide_r=iiif-image#c=0&m=0&s=0&cv=0&xywh=-1723%2C-184%2C5995%2C3666) . [6 de abril de 2020].

- Coutinho, M., Rodrigues, I. & Ramos, N. (2012). “Transtornos mentais comuns no contexto migratório internacional”. *PSICO*. Porto Alegre. v.43(3), pp.400-407. <https://pdfs.semanticscholar.org/db48/b6c933c3f77a385749c4fe6e743d98349f85.pdf>
- Dreby, J. (2007). *Children and Power in Mexican Transnational Families*. *Journal of Marriage and Family*. 69(4), pp.1050-1064. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1741-3737.2007.00430.x> . [26 março de 2020].
- Fernandes, J., Machado, M., Oliveira, Z. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 86(1), pp.102-110. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14>. [11 janeiro de 2020].
- Ferreira, S., Moreira, S., Barbosa, M. (2017). Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 33, pp.41-47. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v33n1/v33n1a05.pdf> . [6 de abril de 2020].
- Ferreira, T., Souza, A., Medeiros, J., Andrade, F. (2017). Avaliação do atributo coordenação do cuidado em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. *Revista Ciência Plural*. 3(1), pp.98-107. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12325/8591> . [10 de abril de 2020].
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*. (3)3, pp.521-539. Disponível em: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-86.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-86.pdf) . [7 de abril de 2020].
- Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research* (4th ed.). London: Sage. Disponível em: [https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=HBVAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Flick,+U.+\(2009\).+An+Introduction+to+Qualitative+Research+\(4th+ed.\).+London:+Sage.e.&ots=kDw\\_2LmU1l&sig=PLQZEjIImrDaq\\_UzSxRG2cVka9M&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=HBVAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Flick,+U.+(2009).+An+Introduction+to+Qualitative+Research+(4th+ed.).+London:+Sage.e.&ots=kDw_2LmU1l&sig=PLQZEjIImrDaq_UzSxRG2cVka9M&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) [20 de março de 2020].
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freitas, T., Porto, F. (2011). *Cuidados com o cordão umbilical do recém-nascido, no século XIX*. *Revista de Enfermagem*. UERJ. Rio de Janeiro. 19(4), pp.524-529. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13881/1/dissertação%20final%20-%20Catarina%20Pires.pdf> . [8 de abril de 2020].
- Garza, R. (2010). *Migration, Development and Children Left Behind: a Multidimensional Perspective*. *Working Paper*. UNICEF. New York. Disponível em: [https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Postscript\\_Formatted\\_Migration\\_Development\\_and\\_Children\\_Left\\_Behind.pdf](https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Postscript_Formatted_Migration_Development_and_Children_Left_Behind.pdf) . [26 de março de 2020].
- Gonçalves C, Ramos V. (2010). *Cidadania e saúde um caminho a percorrer. Anexo IV. Agenda de investigação*. Lisboa. Alto comissário da saúde. Plano Nacional de saúde 2011-2016. Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/CS-AIV1.pdf> [10 de abril de 2020].
- Grinch, C. (2007). *Qualitative data analysis*. SAGE Publications.
- Green, J.& Thorogood, N. (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. London: Disponível em: [https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=HUhLDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Green,+J.%26+Thorogood,+N.+\(2004\).+Qualitative+Methods+for+Health+Research.+London:&ots=quJ7WGMes&sig=wibyUq0AS\\_tnj7VpyWZ2HxiAi4&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Green%2C%20J.%26%20Thorogood%2C%20N.%20\(2004\).%20Qualitative%20Methods%20for%20Health%20Research.%20London%3A&f=false](https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=HUhLDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Green,+J.%26+Thorogood,+N.+(2004).+Qualitative+Methods+for+Health+Research.+London:&ots=quJ7WGMes&sig=wibyUq0AS_tnj7VpyWZ2HxiAi4&redir_esc=y#v=onepage&q=Green%2C%20J.%26%20Thorogood%2C%20N.%20(2004).%20Qualitative%20Methods%20for%20Health%20Research.%20London%3A&f=false) [22 de março de 2020].

- Gualda, D. & Hoga, L. (1997). Pesquisa etnográfica em enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP.* (31)3, pp.410-22. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v31n3/v31n3a05.pdf>. [20 de março de 2020].
- Gutiérrez, M. (2016). Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia científica. *Ars Pharm.* 57 (1), pp.5-10. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v57n1/revision1.pdf>. [2 janeiro de 2020].
- Harkness, S., & Super, C. Moisés, Bermúdez, R., Moscardino, U., Rha, J., Mavridis, C., Bonichini, S., Huitrón, B., Welles-Nyström, B., Palacios, P., Hyun, O., Soriano, G., Zylicz, P. (1992). Parental ethnoteories in action. In: Sigel, I.E., McGillicuddy-DeLisi, A.V., Goodnow, J.J. (Orgs.). *Parental belief systems: The psychological consequences for children.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum, (4), pp.373-391. Disponível em: [http://www.celf.ucla.edu/2010\\_conference\\_articles/Harkness\\_et\\_al\\_2009.pdf](http://www.celf.ucla.edu/2010_conference_articles/Harkness_et_al_2009.pdf). [24 de janeiro de 2021].
- Hochschild, A. (2000). Global care chains and emotional surplus value. In W. Hutton & A. Giddens (Eds.), *On the edge: Living with global capitalismo.* pp.130-146. London: Jonathan Cape. Disponível em: <http://felfel.is/sites/default/files/hochschild%20-%20global%20care%20chains.pdf>. [20 de janeiro de 2021].
- INE (2016). *Resultados definitivos do recenseamento geral da população de da habitação de angola 2014.* Censo 2014. Luanda: Governo de Angola.
- INE, MINSA, MINPLAN & ICF. (2017). *Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) em Angola 2015-2016.* The Demographic and Health Surveys Program (The DHS Program). Luanda:Governo de Angola. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR327/FR327.pdf>. [4 de abril de 2020].
- INE, UNICEF & World Bank. (2011). *Angola -Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar Da População | IBEP.* Relatório Analítico. (1). Luanda. Angola. Disponível em: [https://www.ine.gov.ao/images/IBEP\\_Relatorio\\_Analitico\\_Vol.I.pdf](https://www.ine.gov.ao/images/IBEP_Relatorio_Analitico_Vol.I.pdf). [25 de março de 2020].
- IOM (2004). *Glossary on Migration.* International Migration Law. International Organization for Migration. Geneva. Disponível em: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_1\\_en.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_1_en.pdf). [23 de março de 2020].
- IOM (International Organization for Migration) (2013). *Migration and development within the South: New evidence from African, Caribbean and Pacific countries.* ACP Observatory on Migration (46). Geneva. Disponível em: <https://unofficeny.iom.int/sites/default/files/mrs%2046%20migration%20and%20develop%20within%20the%20south.pdf>. [24 de março de 2020].
- Jager, M., Bottoli, C. (2011). Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. Centro Universitário Franciscano, Santa Maria. RS. Brasil. *Psicologia: Teoria e Prática.* 13(1), pp.141-153. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n1/v13n1a11.pdf>. [2 fevereiro de 2020].
- Jenko, M.,Moffitt, S. (2006). Transcultural Nursing Principles. *Journal of Hospice and Palliative Nursing.* (8)3.pp.172-181. Disponível:<https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00129191-200605000-00016.pdf>. [6 de abril de 2020].
- Kheir, A., Mustafa, A., Osman, A. (2015). Impact of umbilical cord cleansing with 4% chlorhexidine on rate of omphalitis and separation. *Healthcare in Low-resource Settings.* 3(1), pp.34-37. Disponível em: <https://www.pagepressjournals.org/index.php/hls/article/view/hls.2015.4946>. [4 fevereiro de 2020].

- Konseiga, A. (2008). *Family Migration: a Vehicle of Child Morbidity in the Informal Settlements of Nairobi City, Kenya?* Discussion Paper. 3567. Institute for the Study of Labor (IZA). Bonn. Disponível em: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/34757/1/572105851.pdf> . [24 março de 2020].
- Kosminsky, F. & Kimura, A. (2004). Cólica em recém-nascido e lactente: revisão da literatura. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre. 25(2), pp.147-56. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/277169963\\_Colica\\_em\\_recem-nascido\\_e\\_lactente\\_revisao\\_da\\_literatura](https://www.researchgate.net/publication/277169963_Colica_em_recem-nascido_e_lactente_revisao_da_literatura) . [6 fevereiro de 2020].
- Lalanda, P. (1998). Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica. *Análise Social*. V. XXXIII (4ed.) 33(148), pp.871-883. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224154176E1jDU8rb4Nc15SI4.pdf>
- Laverack, G. (2004). *Promoção de saúde. Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Leininger, M., Mcfarland, R. (2006). *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. (2ªed.). Massachusetts: Jones and Bartlett publishers.
- Leite, B., Pontes, S., Pavão, F. (2015). *Cidadania para a saúde. O papel do cidadão na promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Liamputtong, P. (2010). *Performing qualitative cross-cultural research*. Cambridge: Univerty Press.
- Linhares, E. (2010). *Influência intergeracional familiar no cuidado do coto umbilical do recém-nascido e interfaces com os cuidados profissionais*. (Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde). Jequié/Ba: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia Departamento de Saúde. Disponível em: [http://www2.uesb.br/ppg/ppges/wp-content/uploads/2017/03/Eliane-Linhares\\_DissertaC3A7C3A3o\\_UESB-20101.pdf](http://www2.uesb.br/ppg/ppges/wp-content/uploads/2017/03/Eliane-Linhares_DissertaC3A7C3A3o_UESB-20101.pdf) . [7 de abril de 2020].
- Linhares, E., Dias, J., Santos, M., Boery, R., Santos, N., Marta, F. (2019). Memória coletiva de cuidado ao coto umbilical: uma experiência educativa. *Reben. Revista de Enfermagem Brasileira*. 72(3), pp.376-80. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s3/pt\\_0034-7167-reben-72-s3-0360.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s3/pt_0034-7167-reben-72-s3-0360.pdf) . [6 de abril 2020].
- Linhares, E., Marta, F., Dias, J., Santos, M. (2017). Influência geracional familiar no banho do recém-nascido e prevenção de onfalites. *Revista de Enfermagem UFPE*. Recife. 11(11), pp.4678-86. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231209/25214> . [8 de abril de 2020].
- Linhares, E., Silva, L. (2012). Cuidado com o coto umbilical do recém-nascido sob a ótica dos seus cuidadores. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 3(3), pp.969-985. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/133/127>. [4 de abril de 2020].
- Linhares, L., Silva, L., Rodrigues, V., Araújo, R. (2012). Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis. 21(4), pp.828-836. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/13.pdf> . [6 dezembro de 2019].
- López-Medina MD, Linares-Abad M, López-Araque AB, López-Medina IM. (2019). Cura a seco versus cura com clorexidina para prevenção da onfalite. Revisão sistemática com metanálise. *Revista Latino-Americana. Enfermagem Artigo de Revisão*. 27(3), pp.1-12. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/pt\\_0104-1169-rlae-27-e3106.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/pt_0104-1169-rlae-27-e3106.pdf) . [8 de abril de 2020].
- Loureiro, I., Miranda, N. (2010). *Promover a saúde. Dos fundamentos à acção*. Coimbra: Edições Almedina.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *O Cuidado em Enfermagem Materna*. (7ª ed). Loures:

Lusodidacta.

- Luís, S. (2014). *Boas Práticas nos Cuidados ao Coto Umbilical: Um Estudo de Revisão*. (Dissertação de Mestrado, apresentada no Instituto Politécnico de Viseu, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Viseu: Escola Superior de Saúde de. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2540/1/LUIS%2c%20Sandra%20Paula%20Domingues%20-%20DissertMestrado.pdf>. [10 janeiro de 2020].
- Luís, S.; Costa, M. & Casteleiro, C. (2014). *Boas Práticas nos Cuidados ao Coto Umbilical: Um Estudo de Revisão*. Millenium. 47, pp.33-46. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/4.pdf>. [10 de abril de 2020].
- Machado, M. et al. (2006). *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Lisboa: Laboratórios Bial.
- Manuel, H. (2012). *Crenças, atitudes e práticas de saúde reprodutiva em Timor-Leste. Uma abordagem intercultural*. (Dissertação de Doutoramento, apresentada na Universidade Aberta, para obtenção do grau doutor em Psicologia Intercultural). Lisboa: Universidade Aberta. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/2211>. [2 de abril de 2020].
- Martins, A., Silva, S. (2016). *Primeiros cuidados ao bebé. Guia prático*. Matosinhos: Gabinete de comunicação da ULMS. Disponível em: [http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsm/wpcontent/uploads/sites/16/2018/02/Guia-Infantil\\_2016.pdf](http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsm/wpcontent/uploads/sites/16/2018/02/Guia-Infantil_2016.pdf) [20 fevereiro de 2020].
- Martins, M. (2010). *As crenças e valores culturais da família piscatória no cuidar do recém-nascido-na comunidade piscatória de Póvoa de Varzim / Vila do Conde*. (Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26878/2/dissertao%2030%20Agosto%202010%20pdf.pdf> [6 de abril de 2020].
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development & progress*. (4ªed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, M., Gomes, L., Mistura, C., Cruz, C., Ferreira, A., Fernandes, C., (2015). Saberes populares e produção de saúde: repensando práticas no cuidado materno-infantil. *Revista APS*. 18(4), pp.492-499. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15674>. [8 de abril de 2020].
- Mendonça, S. (2015). *Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto*. *Civitas*. Porto Alegre. 15 (2), pp. 250-271. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/civitas/v15n2/1984-7289-civit-15-02-0250.pdf>. [8 de abril de 2020].
- MINS(A) (Ministério da Saúde de Angola). (2012). *Plano nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2025. Mais e melhor saúde*. (2). República de Angola. Luanda: Ministério da Saúde de Angola.
- MINS(A) (Ministério da Saúde de Angola). (2012a). *Plano Nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2025. Mais e melhor saúde*. (1). República de Angola. Luanda: Ministério da Saúde de Angola.
- Miranda, B., Marostica, C., Matão, L. (2015). Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. (6) 3, pp.2444-2459. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/317405192\\_Influencia\\_do\\_fator\\_cultural\\_no\\_pro](https://www.researchgate.net/publication/317405192_Influencia_do_fator_cultural_no_pro)

- [cesso\\_de\\_cuidado\\_puerperal/link/5a709c0f0f7e9ba2e1caffc7/download](#) . [6 de abril de 2020].
- Miranda, F., Santos, D., Camargo, C., Rosa, D., Sobrinho, C., Mussi, F. (2016). Evidências para as práticas de cuidado do coto umbilical: revisão integrativa. *Revista Enfermagem. UFPE on line*. Recife. 10(2), pp.821-829. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11025>. [6 de abril de 2020].
- Monteiro, M. (2011). *Efeito de factores do hospedeiro e parasitários na susceptibilidade à malária e gravidade da doença. Estudo de Alguns Polimorfismos Eritrocitários e das Espécies de Plasmodium*. (Dissertação de doutoramento, apresentada na Universidade Nova de Lisboa, para obtenção do grau de doutor em Medicina Tropical). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/7741/1/TESE%20DE%20DOUTORAMENTO%20ENTREGUE%20A%20REITORIA%20DA%20UNL%2014.06.2012.pdf>. [26 março de 2020].
- Mozzato, A. & Grzybovski, D. 2011. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafio. *Revista de Administração Contemporânea*. Brasil. Curitiba. (15)4, pp.731-74. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf> . [22 de março de 2020].
- Mucelin, C., Bellini, M. (2008). Lixo e impactos ambientais perceptíveis no ecossistema urbano. *Sociedade & Natureza, Uberlândia*, 20(1), pp.111-124. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sn/v20n1/a08v20n1>. [20 fevereiro de 2020].
- Nakamura, E. (2011). O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: uma reflexão antropológica. *Saúde Soc.* São Paulo. (20)1, pp.95-103. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/12.pdf> . [21 de março de 2020].
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf> [21 de março de 2020].
- Nunes, M & Ramos, N. (2011). Cuidar em Contexto de Diversidade Cultural: representações e vivências do corpo em diferentes culturas. *ECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro. 5(4), pp.70-86. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/771>. [21 de março de 2020].
- Oliveira, A., Moreira, C., Machado, C., Neto, J., Machado, M. (2006). Crenças e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa saúde da família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*.: Brasil. 19(1), pp.11-18. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/955>. [26 novembro de 2019].
- OMS (2004). *Saúde 21: Saúde para todos no século XXI*. Organização Mundial de Saúde. Lisboa: Lusodidacta.
- OMS (2016). *Estratégia de cooperação da OMS 2015- 2019*. Angola. Organização Mundial de Saúde. Escritório Regional Africano.
- Passos, R. (2015). *Cotidiano e saúde(s): estudo etnográfico dos usuários do sus em um município do sul de minas*. (Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade, da Universidade Federal de Itajubá, para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade.) Itajubá. Universidade Federal de Itajubá. Disponível em <https://repositorio.unifei.edu.br/xmlui/handle/123456789/214> . [23 de março de 2020].

- Pender, J. (2011). *Health Promotion Model Manual*. Michigan: University of Michigan. Disponível: [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH\\_PROMOTION\\_MANUAL\\_Rev\\_5-2011.pdf](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf). [ 4 de abril de 2020].
- Pender, J., Murdaugh, L., & Parsons, A. (2006). *Promoção de Saúde na Prática de Enfermagem*. (5ªed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Pereira, A. (2009). *Crescer em relação: estilos parentais educativos, apoio social e ajustamento: estudo longitudinal com crianças em idade escolar*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. (1ªEd.). Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian: Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Peter, A., Feyer, I., Búrigo, R., Sallai., T. (2005). *O cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto, no domicílio e no hospital, com ênfase no contexto domiciliar: abrindo novos caminhos para a enfermagem*. (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, apresentado na Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de ciências da saúde. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120856/317768.pdf?sequence=1https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120856/317768.pdf?sequence> [9 de abril de 2020].
- Pinto, E. (2005). *Perfil epidemiológico, clínico e fatores associados ao óbito em crianças internadas no hospital pediátrico de referência de angola: um estudo transversal*. (Dissertação de Mestrado, apresentada no Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, para obtenção do grau de mestre em Saúde Materno Infantil). Recife: Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira. Disponível em: [http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS\\_ANEXO/Elisabete\\_de\\_At%C3%ADde\\_e\\_Pinto::20061206.pdf](http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS_ANEXO/Elisabete_de_At%C3%ADde_e_Pinto::20061206.pdf) . [ 2 novembro de 2019].
- Pires, C. (2016). *Cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido*. (Dissertação de tese de Mestrado, apresentada no Consórcio Instituto Politécnico de Bragança/ Instituto Politécnico de Viano do Castelo/ Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). Bragança: Escola Superior da Saúde. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13881/1/dissertação%20final%20-%20Catarina%20Pires.pdf> [12 fevereiro de 2020].
- Pontes, F. (2002). Enfermagem transcultural: um subcampo a explorar. *Revista Sinais Vitais*. (44), pp.59- 66.
- Presswalla, J. L. (2004). *Compreender os outros: comunicação e cultura*. In Riley, J. B. *Comunicação em Enfermagem*. (4ªed.), pp.59-75. Loures: Lusociência.
- Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. (2), pp.155-178. Disponível em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/5839/1/Ramos%20%282001%29.%20Comunicação%20cultura%20e%20interculturalidade.pdf> . [6 de abril de 2020].
- Ramos, N. (2003). Etnoteorias do desenvolvimento e educação da criança. Uma Perspectiva intercultural e preventiva. In C. Pires et al. (org.) *Psicologia, Sociedade e Bem-Estar*. Leiria: Ed. Diferença, pp.161-177. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/9355>. [7 de abril de 2020].
- Ramos, N. (2004a). *Psicologia Clínica da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2004b). A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil. Uma abordagem intercultural e comparativa. In *Desafios de comparação. Família, mulheres e género em Portugal e no Brasil*. Oeiras: Celta Editora, pp-149-190.

- Ramos, N. (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família: dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 39(1), pp.195-216.
- Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stress e saúde. perspectivas de investigação e intervenção. *Psychologica*. (41), pp.329-350. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6833/1/Psychologica-2006-41-329-350.pdf>. [ 6 de abril de 2020].
- Ramos, N. (2007). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*.45. pp.147-169.[https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6834/1/Psychologica-2007\\_1-45-147-169.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6834/1/Psychologica-2007_1-45-147-169.pdf) . [10 de abril de 2020].
- Ramos, N. (2008a). *Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspectivas Teóricas e Práticas*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6831/1/Saúde%20Migração%20e%20Interculturalidade%20%283%29.pdf> . [10 de janeiro de 2020].
- Ramos, N. (2008b). *Comunicação e saúde em contexto multicultural*. IV ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura. Salvador da Bahia. Brasil. Disponível em [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/5832/1/CEMRI\\_NataliaRamos%202008%20comunicação%20e%20interculturalidade.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/5832/1/CEMRI_NataliaRamos%202008%20comunicação%20e%20interculturalidade.pdf) [7 de abril de 2020].
- Ramos, N. (2008c). A diversidade cultural na cidade: problemas e desafios. In: L. Rubim & N. Miranda (org). *Transversalidades da Cultura*. pp.133-179. Salvador: EDUFBA. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/140/4/Transversalidades%20da%20Cultura.pdf> [20 de março de 2020].
- Ramos, N. (2010a). Cinema e pesquisa em ciências sociais e humanas: contribuição do filme etnopsicológico para o estudo da infância e culturas. *Revista Contemporanea*. 8.2. Disponível: <https://portalseer.ufba.br/index.php/contemporaneaposcom/article/view/4817>. [20 de Maio de 2018].
- Ramos, N. (2010b). Género e migração. Questionando dinâmicas, vulnerabilidades e políticas de integração e saúde da mulher migrante. In *Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Disponível: [http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278173824\\_ARQUIVO\\_NataliaRamosFG9.pdf](http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278173824_ARQUIVO_NataliaRamosFG9.pdf) . [ 8 de abril de 2020].
- Ramos, N. (2012a). Comunicação em saúde e interculturalidade - perspectivas teóricas, metodológicas e praticas. *RECIIS*. Rio de Janeiro. 6 (4). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/742>. [2 de abril de 2020].
- Ramos, N. (2012b). Família e maternidade em contexto migratório e intercultural. In: Ramos, N., Mendes, E., Silva, A., Porfírio, J. (2012). *Família, Educação e Desenvolvimento no séc. XXI: Olhares Interdisciplinares*. Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Educação. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/9495/1/Ramos.%20N.%202012%20Família%20e%20maternidade%20e%20migração.pdf> . [8 de abril de 2020].
- Ramos, N. (2012c). Migração, maternidade e saúde. Salvador. *Repertório*.18(1),pp.84-93. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3128/1/maternidade%20e%20migração.pdf> [ 6 de abril de 2020].
- Ramos, N. (2016). Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais. In Rocha, M., Ramos, N., Santos, S., Costa, M. D. (org.). *Seguridade Social, Interculturalidades e Desigualdades na Contemporaneidade*. Natal: EDUFRN, pp. 229-269. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/6381> [22 de março de 2020].
- Ramos, N. (2017). Comunicação em saúde, interculturalidade e competências: desafios para melhor comunicar e intervir na diversidade cultural em saúde. In Rangel, Maria Ligia; Ramos, Natália, org. *Comunicação e Saúde: Perspectivas Contemporâneas*. Salvador:

- EDUFBA, p. 149-172. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/7872> [24 de janeiro de 2021].
- Ramos, N. Serafim, J. (2014). *Comunicação em saúde e antropologia filmica*. Perú: PUCP. Disponível em <http://congreso.pucp.edu.pe/alaic2014/wp-content/uploads/2013/09/Natalia-Ramos.pdf> [ 20 de Maio de 2020].
- Ramos, N., & Tavares, E. (2020a). Onfalite: uma realidade de saúde pública em angola. *Revista Ciência Plural*. Brasil. 6(2), pp.1-20.
- Ramos, N., Tavares, E. (2020b). Cuidados de mães angolanas ao recém-nascido: abordagem intercultural. In H. Pereira, S. Monteiro, G. Esgalhado, A. Cunha, I. Leal (Ed.), (2020). *Atas 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde-Melhorar o Bem-Estar Global através da Psicologia da Saúde*. pp. 313-322. Lisboa, ISPA. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/9190/1/Natália%20Ramos1%2c%20%26%20Elsy%20Tavares.pdf> . [ 5 abril de 2020].
- Redman, B. (2003). *A prática de Educação para a Saúde* Loures: Lusociência.
- Reis, L., Ramos, N. (2013). *Migração e saúde de brasileiros residentes em Lisboa*. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/301216155\\_Migracao\\_e\\_Saude\\_de\\_Brasileiros\\_residentes\\_em\\_Lisboa/link/570ce09108ae3199889b3f3b/download](https://www.researchgate.net/publication/301216155_Migracao_e_Saude_de_Brasileiros_residentes_em_Lisboa/link/570ce09108ae3199889b3f3b/download). [ 7 de abril de 2020].
- Reis, M., Cruz, V. (2004). Orientação para limpeza do coto umbilical em recém-nascidos VIII INIC/IV EPG-UNIVAP. Brasil. Disponível em: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2004/trabalhos/inic/pdf/IC4-53.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2004/trabalhos/inic/pdf/IC4-53.pdf) . [ 7 de abril de 2020].
- República de Angola (2018). *Plano de Desenvolvimento Nacional 2018-2022*. (1). Luanda: Governo de Angola. Ministério da Economia e Planeamento.
- Ribeiro, M., Brandão, M. (2011). A produção científica da enfermagem sobre coto umbilical. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, Teresina. (4)3, pp.54-59. Disponível em: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n3/revisao/rev3\\_v4n3..pdf](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n3/revisao/rev3_v4n3..pdf) . [ 7 de abril de 2020].
- Ribeiro, O., Matos, M., Santos, M., Lopes, J. (2009). *Multiculturalidade- Perspectivas de Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Ribeiro, S. (2003). *Métodos e Técnicas de Investigação em Antropologia*. Lisboa: Universidade Aberta. Sage.
- Rodrigues, E., Alves, B., Veiga, G., Adami, F., Carlesso, J., Figueiredo, F., Azzalis, L., Junqueira, V., Fonseca, A., Fonseca, F. (2019). Mortalidade neonatal em Luanda, Angola: o que pode ser feito para sua redução? *J Hum Growth Dev*. 29(2), pp.161-168. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v29n2/pt\\_04.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v29n2/pt_04.pdf) [ 8 de abril de 2020].
- Rosa, A. (2009). *Antissépticos utilizados no coto umbilical para a prevenção de infeção: uma revisão bibliográfica*. (Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de enfermeiro). Porto Alegre. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24698/000748428.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . [14 de janeiro de 2020].
- Santos, M. (2014). *Concepções de mitos e relações com a saúde*. Bol. Mus. Int. de Roraim. 8(2), pp.53-60. Disponível em: <https://www.uerr.edu.br/bolmirr/wp-content/uploads/2014/12/BOLMIRR-v82-Santos.pdf> . [ 8 de abril de 2020].
- Sassá, A., Marcon, S. (2013). Avaliação de famílias de bebês nascidos com muito baixo peso durante o cuidado domiciliar. *Texto Contexto.Enfermagem*. Florianópolis. 22(2), pp.442-

451. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a21.pdf> . [ 2 de fevereiro de 2020].
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), pp.187-192. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf> . [ 22 de Março de 2020].
- Silva, A. (2006). *Cuidar do recém-nascido. O enfermeiro como promotor das competências parentais*. (Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde). Lisboa. Universidade Aberta. Disponível em: [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/726/1/TMCS\\_AnaCristinaSilva.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/726/1/TMCS_AnaCristinaSilva.pdf) . [ 8 de abril de 2020].
- Silva, A., Palma, F. & Gil, P. (2001). *Consulta de enfermagem de saúde infantil: guia orientador*. Setúbal. Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra.
- Silva, C., Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV. 3, pp.17-26. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a03.pdf> . [ 12 de janeiro de 2020].
- Silva, C., Dantas, J., Souza, F., Silva, R., Lopes, T., Carvalho, J. (2015). Sentimentos vivenciados por puérperas na realização do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto. *Revista o Mundo da Saúde*. São Paulo. Brasil. 93(3), pp.267-286. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/Sentimento\\_vivenciado\\_%20puerperas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Sentimento_vivenciado_%20puerperas.pdf) . [ 10 de dezembro de 2019].
- Silva, J., Massena, L., Pinheiro, M., Carvalho, A. Teixeira, A. (2018). *Manual de Saúde Infantil e Juvenil*. Centro Hospitalar de Entre e Douro e Vouga. EPE.
- Simão, R., Gallo, P. (2013). Mortes infantis em Cabinda, Angola: desafio para as políticas públicas de saúde. *Revista Brasileira Epidemiologia*. 16(4), pp.826-837. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n4/pt\\_1415-790X-rbepid-16-04-00826.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n4/pt_1415-790X-rbepid-16-04-00826.pdf) . [4 de abril de 2020].
- Soares, N., Bernardino, M., Zani, A. (2019). Inserção do pai nos cuidados ao filho prematuro hospitalizado: percepção da equipe multiprofissional. *Revista Paulista Pediatria*. São Paulo. 37(3), pp.283-290. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rpp/v37n3/pt\\_0103-0582-rpp-2019-37-3-00014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpp/v37n3/pt_0103-0582-rpp-2019-37-3-00014.pdf) . [ 6 de abril de 2020].
- Sopa, M. (2009). *Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório*. (Dissertação de Mestrado, apresentada na Universidade Aberta, para obtenção do grau de Comunicação em Saúde). Lisboa. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1343/1/Representações%20e%20Prática%20da%20Maternidade%20em%20Contexto%20Multicu.pdf> . [ 8 de dezembro de 2020].
- Spector, E. (2000). *Cultural Diversity in Health & Illness* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Stanhope, L., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Loures: Lusodidacta.
- Streubert, J., & Carpenter, R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem* (2nd ed.). Loures: Lusociência.
- Tomeleri, K., Marcon, S. (2009). Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22(3), pp.272-280. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002009000300006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002009000300006&script=sci_abstract&tlng=pt) . [ 20 fevereiro de 2020].
- Tomey, M., Alligood, R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra, Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ªed.). Lisboa: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Toni, L. (2010). *Análise estatística da mortalidade infanto-juvenil em angola: causas e associação com indicadores socioeconómicos*. (Dissertação de mestrado, para obtenção do grau de mestre em Estatística, Matemática e Computação). Lisboa: Universidade Aberta. Disponível

- em: [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2089/1/Disserta\\_TFINAL.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2089/1/Disserta_TFINAL.pdf) [26 de março de 2020].
- UNESCO (2009). *Relatório Mundial da UNESCO Investir na diversidade cultural e no diálogo intercultural-Resumo*. Paris: UNESCO. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000184755\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000184755_por) . Acesso a 9 de abril de 2020.
- UNICEF (2008). *Situação mundial da infância. Sobrevivência infantil*. Disponível em: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef\\_sowc/sit\\_mund\\_inf\\_2008\\_sobrevivencia.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_mund_inf_2008_sobrevivencia.pdf) . [ 8 de abril de 2020].
- UNICEF (2018). *Every child alive. The urgent need to end newborn deaths. Unicef for every child*. Geneve. Disponível em: [https://www.unicef.org/publications/index\\_102640.html](https://www.unicef.org/publications/index_102640.html) . [ 6 de abril de 2020].
- UNICEF. (2017). *UNICEF Annual Report 2017*. Angola. Disponível em: [https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Angola\\_2017\\_COAR.pdf](https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Angola_2017_COAR.pdf) . [24 de março de 2020].
- UNIGME (United Nations Interagency Group for Child Mortality Estimation).(2017). *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2017, Estimates developed by the United Nations Interagency Group for Child Mortality Estimation*. United Nations Children’s Fund, New York. Disponível: [https://www.unicef.org/media/48871/file/Child\\_Mortality\\_Report\\_2017.pdf](https://www.unicef.org/media/48871/file/Child_Mortality_Report_2017.pdf) [ 8 de abril de 2020].
- UNIGME (United Nations Interagency Group for Child Mortality Estimation). (2018). *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2018, Estimates developed by the United Nations Interagency Group for Child Mortality Estimation*. United Nations Children’s Fund, New York. Disponível:<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/child-mortality-report-2018.asp> . [ 8 de abril de 2020].
- United Department of Economic and Social Affairs. (2020). *Country meters. Relatório da população de Angola*. Disponível em <https://countrymeters.info/pt/Angola> . [25 de janeiro de 2021].
- UNRIC (Centro Regional de informação das Nações Unidas). (2017). *Objetivo 3: saúde de qualidade. Nações Unidas*. Disponível em: <https://unric.org/pt/objetivo-3-saude-de-qualidade-2/> . [4 de abril de 2020].
- Venâncio, J. (2011). *Análise dos óbitos neonatais e natimortos ocorridos no Hospital de Kilamba Kiayi em Luanda, Angola*. (Dissertação de tese de mestrado, apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca). Rio de Janeiro. Ministério da Saúde. Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24631/1/ve\\_Judith\\_Arminda\\_ENSP\\_2011.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24631/1/ve_Judith_Arminda_ENSP_2011.pdf) . [22 de março de 2020].
- Viegas, F. (2015). *A gestão da doença no espaço sociocultural e urbano de Luanda. Os curandeiros tradicionais e os neotradicionais*. Editorial Kilombelombe. (1). Angola.
- Vieira, I., Fonseca, T., Carvalho, S., Fonseca, J. (2015). A importância do conhecimento materno quanto ao cuidado adequado com o coto umbilical. EFDeportes.com, *Revista Digital*. Buenos Aires. Año 20. 207. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd207/cuidado-adequado-com-o-coto-umbilical.htm> . [ 8 de abril de 2020].
- Vilelas, J. (2017). *Investigação, o Processo de Construção de Conhecimento*. (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Wateraid. (2015). *Começo Saudável no Primeiro Mês de Vida*. Londres. Disponível em: <https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Começo%20saudável.pdf> [10 de abril de 2020].

- Whaley, L., Wong, D. (1989). *Enfermagem Pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. (2ªed). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- WHO (1998). *Postpartum Care of the Mother and Newborn. A Practical Guide*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_rht\\_msm\\_983/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_rht_msm_983/en/) .[12 fevereiro de 2020].
- WHO (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2000.1.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf?sequence=1) [9 de abril de 2020].
- WHO (2002). *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/medicines/publications/traditionalpolicy/en/> [8 de abril de 2020].
- WHO (2005). *Estratégia da OMS de Cooperação com os Países: Angola 2002-2005*. Brazzaville: OMS. Escritório Regional para África. [http://afrolib.afro.who.int/documents/2005/por/str\\_angola.pdf](http://afrolib.afro.who.int/documents/2005/por/str_angola.pdf) . [24 de março de 2020].
- WHO (2006). *Weekly Epidemiological Record. Maternal and Neonatal Tetanus*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/233146/WER8127.PDF?sequence=1&isAllowed=y> [19 de abril de 2020].
- WHO (2006b). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580> . [1 março de 2020].
- WHO (2014). *Every Newborn: an Action Plan to End Preventable Deaths*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127938/9789241507448\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127938/9789241507448_eng.pdf?sequence=1) . [4 de abril de 2020].
- WHO (2016). *Who Recommendations on Postnatal Care of The Mother and Newborn*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1) . [8 de abril de 2020].
- WHO (2016a). *Children: Reducing Mortality*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality> . [10 de abril de 2020].
- WHO (2017). *World Health Statistics 2017: Monitoring Health for tSDGs. Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2018). *Inheriting a Sustainable World? Atlas sobre Salud Infantil e Medio Ambiente*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2018a). *“World Health Statistics 2018: Monitoring Health for tSDGs”. Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.
- WHO & UNICEF (2015). *Every Newborn Action Plan. Country Implementation Tracking Tool Report. Every Woman, Every Child*.
- WHO. (2013). *Who Recommendation on Postnatal Care of The Mother and Newborn*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1) [10 de abril de 2020].
- Williams, R. P. (1999). A família, uma unidade de cuidados. In Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D (4ªed.). *Enfermagem na Maternidade*. pp.11-24. Loures: Lusociência.

- Wong, D. (1999). *Enfermagem pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. (5ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- World Bank (2013). *Economic Developments and Issues Shaping Angola's Future*. Angola Economic Update. Disponível em: <https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Africa/Angola/angola-economic-update-june-2013.pdf>. [ 24 de março de 2020].
- Zanatta, A, Motta, C. (2007) Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre (RS). 28(4), pp.556-63. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3152/1725> [10 de abril de 2020].
- Zupan, J., Garner, P., Omari, A. (2004). *Topical Umbilical Cord Care at Birth*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, pp.1-49. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/10796230> . [12 fevereiro de 2020].

## **ANEXOS**

**ANEXO I - PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO DO COMITÉ DE  
ÉTICA DE ANGOLA**



REPÚBLICA DE ANGOLA

PROVÍNCIA DE LUANDA

COMISSÃO ADMINISTRATIVA DA CIDADE DE LUANDA  
ADMINISTRAÇÃO DO DISTRITO URBANO DA SAMBA  
GABINETE DO ADMINISTRADORA

À

SECÇÃO DISTRITAL DA  
SAÚDE DA SAMBA. -

LUANDA

A Administração do Distrito Urbano da Samba vem através da presente solicitar a Secção Distrital da Saúde no sentido de dar todo apoio necessário a discente **Elsy Alejandra de Oliveira Tavares**, Doutorada em Relações Interculturais na Universidade aberta de Lisboa.

**Obs.** Em anexo remetemos cópia do documento proveniente do Comité de Ética

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.

**Gabinete da Administradora do Distrito Urbano da Samba,**  
em Luanda aos 22 de Novembro de 2018. -

A Administradora do Distrito

**Mariana D. Francisco**

Rua Direita da Samba N.º 351 - Luanda - Angola  
"LUANDA, JUNTOS PARA O DESENVOLVIMENTO"



REPÚBLICA DE ANGOLA  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMITÉ DE ÉTICA

Nº 35 2018

Sobre o projecto de pesquisa intitulado «**Saberes e Práticas De Mães Angolanas Sobre Os Cuidados Ao Recém-Nascido. Contributos Para Melhorar A Intervenção Em Saúde Infantil E Promover Cuidados De Saúde Culturalmente Competentes**», submetido a este Comité pelo Discente **Elsy Alejandra de Oliveira Tavares**, Doutoranda em Relações Interculturais da Universidade Aberta em Lisboa.

A leitura e análise da proposta do protocolo de estudo, permitiu ao Comité de Ética constatar a necessidade em desenvolver o estudo em análise, a OMS (2016), exige que a intervenção dos profissionais de saúde na orientação dos cuidados ao recém-nascido seja de forma a promover o bem-estar e potenciar a saúde. O estudo tem como objectivo estudar os factores determinantes nos saberes e práticas nos cuidados ao recém-nascidos, em particular ao coto umbilical realizados pelas mães angolanas, residentes na cidade de Luanda, face a esta realidade, é importante que os profissionais de saúde estejam capacitados, sensibilizados e formados para estas práticas e quanto maior o conhecimento a respeito dos valores, crenças e costumes familiares, melhor este poderá reavaliar os saberes e direccionar as mães no sentido de mudanças de comportamentos e atitudes saudáveis.

Assim sendo, e uma vez que as questões de ética estão acauteladas, a comissão considera o protocolo «**Aprovado**».

Contudo, deve afirmar-se que qualquer possibilidade ou vontade em publicar os dados advindos do estudo, deve ser primeiro solicitado ao Ministério da Saúde bem como ao Comité de Ética do mesmo.

LUANDA, AOS 25 DE OUTUBRO DE 2018.

A PRESIDENTE DO C.E  
*Joana Filipa M. M. Afonso*  
DRA. JOANA FILIPA M. M. AFONSO

Recbi: 09:05  
Aos 21.11.2018  
*Galombe*

## **ÍNDICE DE APÊNDICES**

**APÊNDICE I - SOLICITAÇÃO DE RECOLHA DE DADOS NO HOSPITAL  
MUNICIPAL DA SAMBA**

**Exma.  
DIRECÇÃO GERAL DO HOSPITAL  
MUNICIPAL DA SAMBA  
LUANDA**

**ASSUNTO: SOLICITAÇÃO DE RECOLHA DE DADOS**

ELSY ALEJANDRA DE OLIVEIRA TAVARES, professora do Centro de Formação de Saúde Multiperfil e doutoranda em Relações Interculturais, na Universidade Aberta, Lisboa, venho por este meio solicitar a V/Ex.<sup>a</sup> se digne autorizar a recolha de dados sobre as onfalites nos recém-nascidos, bem como do número de mortes de neonatos pelo mesmo motivo, ocorridas nessa instituição, entre o dia 1 de Janeiro de 2017 a 30 de Junho de 2018. O objectivo desta recolha de dados é contribuir para a elaboração da tese de doutoramento cuja temática é: *Saberes e práticas de mães angolanas sobre os cuidados ao recém-nascido. Contributos para melhorar a intervenção em saúde infantil e promover cuidados de saúde culturalmente competentes.*

A orientadora da tese é a professora Dr.<sup>a</sup> Maria Natália Pereira Ramos.

LUANDA, 12 DE JUNHO DE 2018

H.M.S  
Leonilde  
14.06.18

**APÊNDICE II - CONSENTIMENTO INFORMADO DE PARTICIPAÇÃO NO  
ESTUDO MÃES**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** (MÃES DE RECÉM-NASCIDOS RESIDENTES EM LUANDA)

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informada e esclarecida de forma clara, sobre as justificações, objetivos e procedimentos do estudo “*Saberes e práticas de mães angolanas sobre os cuidados ao recém-nascido. Contributos para melhorar a intervenção em saúde infantil e promover cuidados de saúde culturalmente competentes*”, realizado por Elsy Alejandra de Oliveira Tavares, enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, doutoranda em Relações Interculturais, da Universidade Aberta de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Natália Maria Ramos e autorização do comité de ética do Ministério da Saúde de Angola.

Declaro que me disponibilizo para participar na entrevista do respetivo estudo.

Declaro, ainda, que fui informada sobre:

- A ausência de riscos do presente estudo. Este é um tipo de estudo que dentro dos aspectos metodológicos não tem quaisquer indícios de dano. No entanto, se houver algum dano decorrente deste estudo, o tratamento será providenciado pelos pesquisadores responsáveis, sem qualquer ônus à minha pessoa.
- Os benefícios do estudo: este não trará benefícios financeiros, sendo a minha participação voluntária. No entanto, muitos poderão ser os benefícios oriundos dos resultados do estudo, na melhoria dos cuidados realizados ao recém-nascido.
- A garantia de resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento, sobre qualquer dúvida acerca da pesquisa;
- Toda a participação é voluntária, tendo a liberdade de recusar em participar ou retirar meu consentimento, em qualquer etapa da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo algum;
- A garantia de que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade; os registos da minha participação neste estudo serão mantidos sob sigilo, a cuidado da investigadora responsável, resguardando todas as informações para uso exclusivo desta pesquisa que ora solicita autorização. Em toda e qualquer produção científica que resultar deste estudo, a minha identificação não será revelada, ou seja, será preservado o anonimato.

- Os dados obtidos serão exclusivamente para fins académicos e científicos;
- A liberdade em autorizar ou não o uso de imagens, como fotografias e filmagens para fins de investigação e/ou ensino.
- A liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa.
- A forma de acompanhamento da pesquisadora durante a visita domiciliária agendada com a participante.

Nestes termos, declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e consinto em participar da pesquisa proposta. Autorizo o uso de imagens, resguardando à autora do trabalho, a propriedade intelectual das informações e a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Luanda, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2018

Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Impressão dactiloscópica

Obs.: A senhora receberá o presente documento, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, de igual teor, para as quais solicito a sua assinatura, caso concorde em participar. Ficando uma via em poder da participante e a outra com a pesquisadora.

Afirmo que a senhora não será submetida à coação, indução ou intimidação neste estudo.

Luanda, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2018

Assinatura da pesquisadora responsável pelo estudo

\_\_\_\_\_  
(Elsy Alejandra de Oliveira Tavares)

**APÊNDICE III - GUIÃO DA ENTREVISTA PARA INFORMADORES  
QUALIFICADOS**

## I- DADOS DEMOGRÁFICOS:

**Idade:**

**Género:**

**Naturalidade:**

**Habilitações literárias:**

**País em adquiriu a formação:**

**Local de trabalho:**

**Cargo ocupado:**

**Anos de profissão na área anteriormente mencionada:**

## II- COLHEITA DE DADOS

1. Qual a sua opinião em relação aos cuidados realizados pelas mães ao recém-nascido em Angola, e quais os principais fatores que considera que estão na origem destes?
  - a) Considera que a cultura é um fator que influencia os saberes e práticas de mães angolanas? (se a cultura não for referida na questão anterior)
  
2. Como considera que são as orientações realizadas pelos profissionais de saúde às mães relativamente aos cuidados ao recém-nascido? Estas respondem às necessidades das mães?
  - a) Estas são as adequadas e as suficientes? (se não for mencionado na resposta anterior)
  
3. Na sua opinião, nas orientações fornecidas pelos profissionais de saúde existe influência da cultura e tradição dos próprios profissionais?
  - a) Se sim, em que tipo de cuidados ao recém-nascido é mais evidente e de que forma?
  
4. Considerando o elevado número de casos de onfalites registadas nos recém-nascidos em Angola, o que sugere para melhorar a qualidade dos cuidados realizados pelas mães ao recém-nascido ao coto umbilical?
  - a) A nível do Ministério da Saúde de Angola, existe alguma iniciativa que deveria ser adotada no sentido de combater/melhorar esta situação? (se não for mencionado na resposta anterior)

5. Considera que os profissionais de saúde estão motivados para a mudança de comportamento nas suas intervenções com as puérperas, relacionadas aos cuidados ao recém-nascido e ao coto umbilical?
6. Como considera que a formação contínua pode influenciar a prática dos cuidados no âmbito da saúde materno infantil? Que estratégias considera que deveriam ser adotadas?
7. É realizada formação contínua na presente instituição? (para o Centro de Saúde)

**APÊNDICE IV - CONSENTIMENTO INFORMADO DE PARTICIPAÇÃO NO  
ESTUDO INFORMADORES QUALIFICADOS**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (INFORMADORES QUALIFICADOS)**

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado(a) e esclarecido(a) de forma clara, sobre as justificações, objetivos e procedimentos do estudo “*Saberes e práticas de mães angolanas sobre os cuidados ao recém-nascido. Contributos para melhorar a intervenção em saúde infantil e promover cuidados de saúde culturalmente competentes*”, realizado por Elsy Alejandra de Oliveira Tavares, enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, doutoranda em Relações Interculturais, da Universidade Aberta de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Natália Maria Pereira Ramos e autorização do comité de ética do Ministério da Saúde de Angola.

Declaro que me disponibilizo para participar na entrevista do respetivo estudo.

Declaro, ainda, que fui informada sobre:

- A ausência de riscos do presente estudo. Este é um tipo de estudo que dentro dos aspectos metodológicos não tem quaisquer indícios de dano. No entanto, se houver algum dano decorrente deste estudo, o tratamento será providenciado pelos pesquisadores responsáveis, sem qualquer ônus à minha pessoa.
- Os benefícios do estudo, este não trará benefícios financeiros, sendo a minha participação voluntária. No entanto, muitos poderão ser os benefícios oriundos dos resultados do estudo, na melhoria dos cuidados realizados ao recém-nascido.
- A garantia de resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento, sobre qualquer dúvida acerca da pesquisa;
- Toda a participação é voluntária, tendo a liberdade de recusar em participar ou retirar meu consentimento, em qualquer etapa da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo algum;
- A garantia de que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade; os registos da minha participação neste estudo serão mantidos sob sigilo, a cuidado da investigadora responsável, resguardando todas as informações para uso exclusivo desta pesquisa que ora

solicita autorização. Em toda e qualquer produção científica que resultar deste estudo, a minha identificação não será revelada, ou seja, será preservado o anonimato.

- Os dados obtidos serão exclusivamente para fins académicos e científicos;
- A liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa.

Nestes termos, declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e consinto em participar da pesquisa proposta. Autorizo a propriedade intelectual das informações e a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Luanda, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Impressão dactiloscópica

Obs.: O senhor (a) receberá o presente documento, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, de igual teor, para as quais solicito a sua assinatura, caso concorde em participar. Ficando uma via em poder da participante e a outra com a pesquisadora.

Afirmo que a senhora não será submetida à coação, indução ou intimidação neste estudo.

Luanda, \_\_/\_\_/2018

Assinatura da pesquisadora responsável pelo estudo

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE V- GUIÃO DA ENTREVISTA PARA AS MÃES**

## GUIÃO DA ENTREVISTA

### NOTA INTRODUTÓRIA

A presente entrevista insere-se no estudo de uma tese de doutoramento em relações interculturais, intitulada “*Saberes e práticas de mães angolanas sobre os cuidados ao recém-nascido. Contributos para melhorar a intervenção em saúde infantil e promover cuidados de saúde culturalmente competentes*”.

Esta conversa informal será gravada para fins de recolha de informação mais detalhada e serão tiradas algumas anotações ao longo da mesma. A mesma é aplicada a mães de recém-nascidos, residentes em Luanda, no seu próprio domicílio. Pretende-se também observar as mães na realização dos cuidados ao recém-nascido, sendo o seu contributo das mães fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados ao recém-nascido.

#### **Os objetivos da entrevista prendem-se com:**

- Conhecer quais são os saberes das mães angolanas relativamente aos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical.
- Identificar a origem dos saberes e práticas dos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical, pelas mães angolanas.
- Descrever as práticas de cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, realizados por mães primíparas e mães múltiparas.
- Analisar e comparar as práticas dos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, realizados pelas mães originárias de Luanda e pelas mães que migram de outras províncias de Angola.
- Conhecer a influência de pessoas de apoio nos saberes e práticas das mães, nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido.

Com esta pesquisa, pretende-se contribuir para ganhos em saúde na população neonatal, com melhoria dos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical.

Deste modo, colabora para a redução da mortalidade e morbidade neonatal, cooperando para os objectivos do desenvolvimento sustentável e para as metas preconizadas pelo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Angola.

**Identificação do questionário:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Contacto da mãe:** \_\_\_\_\_

**Morada da mãe:** \_\_\_\_\_

**Primípara:** \_\_\_\_\_

**Múltipara:** \_\_\_\_\_

**Natural de Luanda:** \_\_\_\_\_

**Natural da província:** \_\_\_\_\_

**Duração da entrevista:** \_\_\_\_\_

## I. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

### 1. Identificação do recém-nascido:

- a) Idade \_\_\_\_\_ dias
- b) Semanas de gravidez \_\_\_\_\_
- c) Género: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_
- d) Saudável:  
Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Qual o diagnóstico? \_\_\_\_\_

### 2. Identificação da mãe:

- a) Idade \_\_\_\_\_
- b) Nacionalidade \_\_\_\_\_
- c) Naturalidade \_\_\_\_\_
- d) Dialeto(s) Angolano (s) que fala \_\_\_\_\_
- e) Local de residência em Luanda
  - i. Centralidade \_\_\_\_\_
  - ii. Periferia da cidade \_\_\_\_\_
- f) Estado Civil:
  - i. Solteira \_\_\_\_\_
  - ii. Casada \_\_\_\_\_

- iii. União de fato \_\_\_\_\_
- iv. Divorciada \_\_\_\_\_
- v. Separada \_\_\_\_\_
- vi. Viúva \_\_\_\_\_
- vii. Numero de filhos \_\_\_\_\_

### **3. Religião:**

- a) Católica \_\_\_\_\_
- b) Evangelista \_\_\_\_\_
- c) Protestante \_\_\_\_\_
- d) Adventista do 7º dia \_\_\_\_\_
- e) Testemunha de Jeová \_\_\_\_\_
- f) Outra \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

### **4. Habilitações Literárias:**

- a) Sem escolaridade (não sabe ler nem escrever) \_\_\_\_\_
- b) 1ª Ciclo (6ª classe) \_\_\_\_\_
- c) 2º Ciclo (9ª classe) \_\_\_\_\_
- d) Ensino Médio \_\_\_\_\_
- e) Ensino Superior \_\_\_\_\_
- f) Formação Profissional \_\_\_\_\_

### **5. Situação Profissional:**

- a) Estudante \_\_\_\_\_
- b) Desempregada \_\_\_\_\_
- c) Reformada \_\_\_\_\_
- d) Tem emprego? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

### **6. Agregado familiar:**

- a) Vive sozinha com o recém-nascido \_\_\_\_\_
- b) Vive com o companheiro e o recém-nascido \_\_\_\_\_

- c) Vive com o companheiro e filhos \_\_\_\_\_
- d) Vive só com os filhos \_\_\_\_\_
- e) Vive com filhos e outros familiares \_\_\_\_\_ Especifique quais: \_\_\_\_\_

## II. SITUAÇÃO MIGRATÓRIA

(mães naturais de províncias de Angola, exceto Luanda)

### 1. Qual o motivo para vir viver em Luanda?

---

---

### 2. Há quanto tempo vive em Luanda? \_\_\_\_\_

### 3. Quando foi a última vez que foi à sua província de origem? \_\_\_\_\_

### 4. Mantém contacto com os familiares e amigos da província?

- a) Sim \_\_\_\_\_ De que forma? \_\_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_\_ Porquê? \_\_\_\_\_

### 5. Veio sozinha para Luanda?

- a) Sim \_\_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_\_ Quem a acompanhou? \_\_\_\_\_

### 6. Já conhecia alguém em Luanda?

- a) Sim \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_\_

### 7. Teve apoio na sua integração?

- a) Não \_\_\_\_\_
- b) Sim \_\_\_\_\_ De quem? \_\_\_\_\_ De que tipo? \_\_\_\_\_

### 8. Agora com o nascimento do bebé, onde preferia estar?

- a) Luanda \_\_\_\_\_
- b) Província de origem \_\_\_\_\_
- c) Porquê? \_\_\_\_\_

## III. ASPECTOS CULTURAIS E TRADICIONAIS NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

**1. Na sua província (ou aqui em Luanda), onde são realizados a maioria dos partos?**

- a) Unidade de saúde \_\_\_\_\_
- b) Casa \_\_\_\_\_

**2. Na sua província(ou aqui em Luanda), quem realiza o parto?**

- a) Profissional de saúde \_\_\_\_\_
- b) Curiosa/habilidosa \_\_\_\_\_
- c) Outro \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

**3. Costuma ser praticado algum ritual ao bebé de nascimento na sua província?**

- a) Sim \_\_\_\_\_  
Pode descrever o ritual e a sua finalidade? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- b) Não \_\_\_\_\_

**4. Tem alguma superstição, crença ou ritual em relação em relação ao coto umbilical?**

- a) Sim \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_\_

**5. Teve um bom acolhimento na unidade de saúde da Samba?**

- a) Sim \_\_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_\_

**6. Na unidade de saúde existiu alguma situação em que sentiu que a sua cultura de origem entrou em contradição com as indicações fornecidas pelos profissionais de saúde.**

- a) Sim \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_\_

**IV. PARIDADE**

**1. No que se refere ao número de filhos:**

- a) Este recém-nascido é o primeiro filho (primípara)? \_\_\_\_\_
- b) Como foi o parto? Eutócico \_\_\_\_\_ Cesariana \_\_\_\_\_
- c) Tem mais filhos (múltipara)? \_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_ Idade(s)? \_\_\_\_\_
- d) Com que idade teve o primeiro filho? \_\_\_\_\_
- e) Pretende ter mais filhos? \_\_\_\_\_

- f) Tem a vacina antitetânica atualizada?
- i. Sim \_\_\_\_\_
  - ii. Não \_\_\_\_\_ Porquê? \_\_\_\_\_

**2. Qual foi a sua motivação para engravidar?**

- a) Vontade forte de ser mãe \_\_\_\_\_
- b) Falta de prevenção/descuido \_\_\_\_\_
- c) Satisfazer o parceiro \_\_\_\_\_
- d) Para sair de casa \_\_\_\_\_
- e) Pressão da família \_\_\_\_\_
- f) Por acaso \_\_\_\_\_
- g) Outro \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

**3. O que sente em relação ao nascimento do bebé?**

- a) Felicidade \_\_\_\_\_
- b) Grande responsabilidade \_\_\_\_\_
- c) Começo de uma vida nova \_\_\_\_\_
- d) Tristeza \_\_\_\_\_
- e) Ansiedade/medo \_\_\_\_\_
- f) Acto de amor \_\_\_\_\_
- g) Experiência de vida \_\_\_\_\_
- h) Realização de um sonho \_\_\_\_\_
- i) Uma bênção de Deus \_\_\_\_\_
- j) Amadurecimento \_\_\_\_\_
- k) Um problema por não ter apoio \_\_\_\_\_
- l) Aumento da família \_\_\_\_\_
- m) Alterações na relação do casal \_\_\_\_\_
- n) Alterações na relação com a família alargada \_\_\_\_\_
- o) Outro \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

**V. APOIO NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO**

**1. Quem é o(a) principal responsável pelos cuidados ao recém-nascido?**

- a) Mãe \_\_\_\_\_
- b) Pai \_\_\_\_\_
- c) Outros \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

**2. Tem alguém que a ajuda nos cuidados ao recém-nascido?**

- a) Não \_\_\_\_\_
- b) Sim \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_
- c) De que forma? \_\_\_\_\_
- d) Aprendeu algo com essa ajuda?
- e) Sim \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_
- f) Não \_\_\_\_\_

**3. Com que frequência se sente sozinha e sem apoio nos cuidados ao bebé?**

- a) Nunca \_\_\_\_\_
- b) Raramente \_\_\_\_\_
- c) Às vezes \_\_\_\_\_
- d) Quase sempre \_\_\_\_\_
- e) Sempre \_\_\_\_\_

**4. A quem recorre em caso de problema de saúde do bebé ou dúvida nos cuidados ao seu bebé?**

- a) Hospital/Centro de Saúde \_\_\_\_\_
- b) Familiares \_\_\_\_\_
- c) Vizinhos/Amigos \_\_\_\_\_
- d) Curandeiro \_\_\_\_\_
- e) Feiticeiro \_\_\_\_\_
- f) Soba \_\_\_\_\_
- g) Igreja \_\_\_\_\_
- h) Farmácia \_\_\_\_\_
- i) Outro \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

**5. Qual a duração da relação com o progenitor?**

- a) Menos de 1 ano \_\_\_\_\_
- b) 1-3 anos \_\_\_\_\_
- c) Mais de 3 anos \_\_\_\_\_

**6. Que tipo de relação mantém com o progenitor da criança:**

- a) Relação amorosa \_\_\_\_\_
- b) Não mantém uma relação amorosa, mas convivem \_\_\_\_\_
- c) Nunca mais o viu  
Outro \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

**7. Qual foi a reação paterna à gravidez?**

- a) Contente \_\_\_\_\_
- b) Indiferente \_\_\_\_\_
- c) Não gostou \_\_\_\_\_

**8. O progenitor ajuda nos cuidados aos recém-nascido?**

- a) Sim \_\_\_\_\_ De que forma? \_\_\_\_\_ Em que cuidados? \_\_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_\_ Porquê? \_\_\_\_\_

(Mães com emprego)

**9. Quanto tempo vai ficar em casa para cuidar do bebé? \_\_\_\_\_**

**10. Com quem vai ficar o bebé quando a mãe for trabalhar? \_\_\_\_\_**

**VI. ORIGEM DO CONHECIMENTO**

**1. Como aprendeu a cuidar do recém-nascido?**

- a) Família \_\_\_\_\_
- b) Amigos/Vizinhos \_\_\_\_\_

- c) Igreja \_\_\_\_\_
- d) Consultas de vigilância da gravidez \_\_\_\_\_
- e) Curso de preparação para o parto \_\_\_\_\_
- f) 1ª Consulta de vigilância do RN \_\_\_\_\_
- g) Livros especializados \_\_\_\_\_
- h) Meios de comunicação social \_\_\_\_\_
- i) Outro \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

**2. Tem experiência anterior em cuidados ao recém-nascido?**

- a) Sim \_\_\_\_\_ Com quem? \_\_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_\_

**3. Frequentou as consultas do pré-natal?**

- a) Sim? \_\_\_\_\_ Porquê? \_\_\_\_\_
- b) Onde? \_\_\_\_\_ Quantas consultas? \_\_\_\_\_
- c) Não \_\_\_\_\_ Porquê? \_\_\_\_\_

**4. Quem fez a escolha do Centro de Saúde do Samba (maternidade) para o local do parto?**

- a) Decisão do companheiro \_\_\_\_\_
- b) Decisão de familiares \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_
- c) Decisão própria \_\_\_\_\_
- d) Qual o motivo da decisão? \_\_\_\_\_
  - i. Proximidade de casa \_\_\_\_\_
  - ii. Boas referências por parte de pessoas conhecidas \_\_\_\_\_

**5. Quais os profissionais de saúde que a orientaram nas consultas de pré-natal e/ou na sala de parto?**

- a) Enfermeiro \_\_\_\_\_
- b) Técnico de enfermagem \_\_\_\_\_
- c) Médico \_\_\_\_\_
- d) Outro \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

**6. As orientações que recebeu na unidade de saúde estão a ser úteis?**

- a) Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**7. Sente-se preparada para cuidar do seu bebé?**

- a) Sim \_\_\_\_\_

b) Não \_\_\_\_\_ Explique porquê? \_\_\_\_\_

## VII. TIPO DE CONHECIMENTO

**1.Quais as práticas de cuidados tradicionais ao coto umbilical que habitualmente vê realizar pelos seus familiares/vizinhos/amigos?**

---

---

---

**2.Quais as práticas de cuidados tradicionais ao coto umbilical que habitualmente realiza?**

---

---

---

**3.Existe diferença entre as informações que tinha em relação aos cuidados com o coto umbilical do recém-nascido e as fornecidas pelos profissionais de saúde?**

a) Sim \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

b) Não \_\_\_\_\_

**4.Que importância atribui às orientações fornecidas pelos profissionais de saúde relativas aos cuidados ao recém-nascido?**

a) Nada Importante \_\_\_\_\_

b) Pouco Importante \_\_\_\_\_

c) Moderadamente Importante \_\_\_\_\_

d) Bastante Importante \_\_\_\_\_

e) Muito Importante \_\_\_\_\_

**5.Na sua opinião, como classificaria as intervenções e orientações realizadas pelos profissionais de saúde na maternidade?**

a) Nada Adequada \_\_\_\_\_

b) Pouco Adequada \_\_\_\_\_

- c) Moderadamente Adequada \_\_\_\_\_
- d) Bastante Adequada \_\_\_\_\_
- e) Muito Adequada \_\_\_\_\_

**6. Qual o seu grau de satisfação com o atendimento e orientações que teve na maternidade?**

- a) Muito insatisfeita \_\_\_\_\_
- b) Insatisfeita \_\_\_\_\_
- c) Satisfeita \_\_\_\_\_
- d) Muito satisfeita \_\_\_\_\_

**7. Mantém dúvidas/dificuldades que já tinha antes do parto?**

- a) Sim \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_\_

**8. Os cuidados que realiza ao recém-nascido são com base nas orientações fornecidas por quem?**

- a) Familiares \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_
- b) Amigos/vizinhos \_\_\_\_\_
- c) Profissional de saúde \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

**9. Algum dos seus filhos teve problemas com a cicatrização umbilical (onfalite)?**

- a) Sim \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_\_

**10. Quantas vezes por dia faz a limpeza do coto umbilical? \_\_\_\_\_**

**11. Explique como realiza os cuidados ao coto umbilical do recém-nascido e porquê?**

---

---

---

## **VIII. CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO**

### **1. Alimentação**

#### Leite Materno

- a) Sim \_\_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_\_

Lava sempre as mãos antes de amamentar?

c) Sim \_\_\_\_\_

d) Não \_\_\_\_\_

#### Leite artificial

e) Sim \_\_\_\_\_

f) Não \_\_\_\_\_

g) Que tipo de água utiliza para preparar o leite? \_\_\_\_\_

h) Quem a orientou para o leite a comprar? \_\_\_\_\_

i) Como realiza os cuidados de higiene ao biberão? \_\_\_\_\_

### **2. Eliminação**

O recém-nascido apresenta cólicas?

a) Sim \_\_\_\_\_ O que faz para aliviar? \_\_\_\_\_

b) Não \_\_\_\_\_

### **3. Higiene e conforto**

a) Já deu o primeiro banho ao bebé?

i. Sim \_\_\_\_\_

ii. Não \_\_\_\_\_

b) Com que frequência dá o banho?

c) Em que período do dia dá o banho?

d) Quais os produtos que utilizou no banho? \_\_\_\_\_

e) Com que frequência troca a fralda do bebé?

i. Menos que 2 x dia \_\_\_\_\_

ii. Entre 2 a 4 x ao dia \_\_\_\_\_

iii. Mais do que 4 x ao dia \_\_\_\_\_

### **4. Vestuário**

a) A roupa do bebé é lavada:

i. Sozinha \_\_\_\_\_

ii. Junto com a roupa da família \_\_\_\_\_

b) Que produtos utiliza para lavar a roupa do bebé? \_\_\_\_\_

c) Passa a roupa do bebé a ferro?

i. Sim \_\_\_\_\_

ii. Não \_\_\_\_\_

### **5. Sono e repouso**

- a) Quantas horas de sono o bebé tem nas 24 horas?  
16h-20h \_\_\_\_  
10h-16h \_\_\_\_  
até 10h \_\_\_\_
- b) O bebé dorme:
- i. Sozinho? \_\_\_\_
- ii. Acompanhado? \_\_\_\_ Por quem? \_\_\_\_\_
- c) O ambiente no local de dormir, tem:
- i. Mosquiteiro \_\_\_\_
- ii. Barulho \_\_\_\_
- iii. Corrente de ar \_\_\_\_
- iv. Odores \_\_\_\_
- v. Pragas (ratos, baratas....) \_\_\_\_
- vi. Pessoas a circular \_\_\_\_
- vii. Usa práticas para adormecer a criança? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_

**6.Segurança e prevenção de acidentes:**

- a) O recém-nascido já sofreu algum acidente?
- i. Sim \_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_
- ii. Não \_\_\_\_
- b) O bebé dorme em cama com grades?
- i. Sim \_\_\_\_
- ii. Não \_\_\_\_
- c) O bebé já utilizou algum meio de transporte? \_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_
- d) No meio de transporte utilizado usou cadeira/ovo própria para o bebé?
- i. Sim \_\_\_\_
- ii. Não \_\_\_\_
- d) O bebé tem o calendário vacinal atualizado?
- i. Sim \_\_\_\_
- ii. Não \_\_\_\_ Porquê? \_\_\_\_\_

**7. Tem alguma sugestão/conselho/mensagem para os profissionais de saúde que acompanham as mulheres na gravidez, parto e no pós-parto?**

---

---

---

**8. Para finalizar, gostaria de fazer algum comentário a esta pesquisa?**

---

---

---

Obrigada pela sua participação.

**APÊNDICE VI- GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS CUIDADOS AO COTO  
UMBILICAL**

**GUIÃO DE OBSERVAÇÃO**  
REALIZAÇÃO DE CUIDADOS AO COTO UMBILICAL DO RECÉM-NASCIDO

**Identificação do questionário:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Contacto da mãe:** \_\_\_\_\_

**Morada da mãe:** \_\_\_\_\_

**Primípara:** \_\_\_\_\_

**Múltipara:** \_\_\_\_\_

**Natural de Luanda:** \_\_\_\_\_

**Natural da província:** \_\_\_\_\_

**Duração da prática do**

**cuidado:** \_\_\_\_\_

Procedimento		Avaliação	
Ação realizada	Justificação (dada pela mãe)	Realiza	Não realiza
Prepara o material necessário: álcool a 70º ou clorhexidina, compressas esterilizadas.	Gestão de tempo e de recursos.		
Realiza a lavagem das mãos	Prevenir contaminação.		
Coloca o bebé em local confortável e seguro.	Promoção do conforto. Prevenção de acidentes.		
Exposição do local e remoção da fralda.	Facilitar o acesso ao local		
Colocar álcool na compressa esterilizada, manipulando-a o mínimo possível e em movimentos únicos e circulares limpar em redor do local de inserção do coto umbilical. Rejeitando a compressa em cada passagem.	Prevenir contaminação. Prevenir maceração da pele circundante ao coto umbilical.		

Procedimento		Avaliação	
Ação realizada	Justificação (dada pela mãe)	Realiza	Não realiza
Repetir o procedimento no local correspondente ao coto umbilical (se ainda não teve queda).	Abranger toda a área correspondente ao coto umbilical.		
Revela cuidado de não colocar álcool na pele circundante	Risco de queimadura.		
Colocar a fralda dobrada no local do coto umbilical, após coto seco.	Prevenir contaminação Evitar fricção e maceração do coto.		
Vestir o bebé e colocá-lo confortável.	Promoção do conforto. Prevenção de acidentes.		
Eliminação das compressas para o lixo.	Prevenir contaminação.		
Higienização das mãos.	Prevenir contaminação.		
<b>TOTAL</b>			

Observações:	
--------------	--

**APÊNCICE VII - APRENDIZAGEM COM AJUDA**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
Aprendizagem com ajuda	<p><i>E1: ... Nunca desprezei ninguém e tudo o que é conhecimento para mim é bem-vindo... Não, não se pode mexer. Aí, como ainda está em fase... qualquer coisa, principalmente esses óleos que são perfumados, pode infetar e, então... são coisas que não devemos mexe.</i></p> <p><i>E3: Foi coincidência. Eu saber que nenhum medicamento além de álcool é mais preciso e é a coisa certa para fazer secar o umbigo do bebé. Eu não sabia. Eu sabia que certas pessoas usam qualquer coisa para fazer, para manter aquilo seco, até já usam pó. O pó, também às vezes põem pó no umbigo para as crianças quando estão naquela fase de fazer secar. Também usam pó.</i></p> <p><i>E6: Os banhos a recém-nascido, já estou a aprender. Como cuidar do umbigo do bebé. Como pegá-lo em condições.</i></p> <p><i>E10: Já! Aprendi a lavar a bebé. Já aprendi como amamentar o bebé. E como cuidar do umbigo do bebé. Senão, não sai bem. Não é? Como cuidar do umbigo do bebé.</i></p> <p><i>E11: Aprendi. Aprendi no primeiro parto muita coisa mesmo, não tinha experiência de ser mãe. Foi-me ensinando... Sim, aprendi. A avó é que ensinou mesmo. Hoje, o banho foi o primeiro. Até ao umbigo cair, nos primeiros dias, era a avó que cuidava dele.</i></p> <p><i>E13: Já aprendi a cuidar do umbigo do bebé. Aprendi a dar banho no bebé também.</i></p> <p><i>E14: Também aprendi.</i></p> <p><i>E15: Aprendi a curar o umbigo, que agora eu tento já fazer. E já aprendi também a dar banho ao bebé.</i></p> <p><i>E18: A cuidar do umbigo... É a limpeza mesmo.</i></p> <p><i>E19: Sim!...A dar banho ao bebé. Fazer limpeza no umbigo. E banhar a mim própria.</i></p> <p><i>E21: Estou....E21: Aprendi a cuidar do umbigo do bebé.</i></p> <p><i>E30: É a minha mãe... Sim, aprendi com ela.</i></p> <p><i>E33: Sim, tem a minha sogra...Ela me ajuda a dar banho no bebé...Eu antes não sabia como cuidar do cordão do bebé. Mas agora eu já sei como devo fazer, caso ela não esteja em casa.</i></p> <p><i>E38: Tenho ajuda de uma vizinha...A cuidar do umbigo dele.</i></p> <p><i>E39: Sim!... apertar o coiso, o umbigo, que é para não...</i></p> <p><i>E40: Sim, sim, aprendi. Aprendi a dar-lhe banho. A me cuidar eu mesma. A lhe dar banho, a lhe tirar aquele lixo da barriga. Apertar a barriga. E também aprendi como é que se faz para o umbigo da criança cair, quais são os cuidados que devemos ter. Depois do banho, passar álcool. E depois vestir a criança, durante duas vezes por dia.</i></p>	16

**APÊNDICE VIII- EXPERIÊNCIA ANTERIOR DE CUIDADOS COM RECÉM-  
NASCIDO**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
Experiência anterior de cuidados com RN	<p>E1: Tenho, sim.</p> <p>E4: Já! Com os meus sobrinhos.</p> <p>E5: Sim, já. Com a minha irmã.</p> <p>E7: Sim, já tive, dos meus sobrinhos.</p> <p>E9: Sim, já, com os meus sobrinhos.</p> <p>E10: Já!: Dos meus sobrinhos.</p> <p>E13: Já! Com o primeiro filho.</p> <p>E14: Tinha, das minhas irmãs.</p> <p>E15: Já, sim...Com a minha tia. Nesse caso, com o filho da tia.</p> <p>E17: Sim! Primeiro, os meus bebés... Sim, sobrinhos.</p> <p>E2: Sim, fiz o curso de educadora de infância...</p> <p>E20: Da minha irmã.</p> <p>E22: Sim, já. Da minha primeira filha. E da minha irmã e da sua também.</p> <p>E23: Já!</p> <p>E25: Já tinha experiência antes, sim, com os meus filhos.</p> <p>E28: Sim! Com os meus filhos...Filhos de meus irmãos. Com os meus sobrinhos.</p> <p>E29: Sim, sim, porque ela é a quarta...Sim!</p> <p>E31: Sim, já... Os filhos da irmã da minha mãe...Primeiro, tive a experiência e depois comecei a praticar já nos meus. [risos]</p> <p>E32: Sim!Da minha irmã. Das minhas duas irmãs. E da minha outra filha.</p> <p>E33: Sim! Da minha sobrinha. Dos meus filhos também.</p> <p>E34: Sim! Eu trabalhava num projeto. Cuidava dos bebés de uma senhora...Sim, também fui eu. Foram dois sobrinhos que eu cuidei.</p> <p>E35: Já tive experiência com família. Tenho muita experiência, cuidei de muitos bebés, das minhas irmãs.</p> <p>E36: Já, eu já cuidava de um bebé. Trabalhava na casa de uma moça. Cuidava do bebé dela.</p> <p>E37: Já, já sim.</p> <p>E39: Alguma só. Dos meus irmãos.</p> <p>E40: Já, sim. Dos meus primos.</p>	26

**APÊNDICE IX - RECOMENDAÇÕES TRANSMITIDAS POR TERCEIROS**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
<p><b>Recomendações transmitidas por terceiros</b></p>	<p><i>E1: Sim, eu ouço dizer. Sim, costumo dizer que cura-se também com óleo e um pouquinho de sal. As pessoas dizem que queima-se o luando, eu nunca fiz. Dizem que queimam também, as cinzas também faz bem. Enfim, alguns dizem que o Pepsodent também... ouve-se dizer tanta coisa aí. Eh pá...</i></p> <p><i>E3: Usam várias coisas por aí, tipo, no caso do bebé, a minha tia usou álcool, do jeito que mandaram. ET: Mas lá em Malanje está a dizer que usam de tudo, além do álcool, costumam colocar outra coisa? Não, lá não usam álcool. Do que eu sei, usam coisas tipo folhas, sal, certas coisas tradicionais. Usam muitas coisas tradicionais, mas coisas hospitalares não. Tipo no caso de... tem umas folhas que chamam de... quibuma. Há pessoas que usam quibuma. Assam aquilo. Então, quando vai ficar em pó, tudo aquilo fica em pó. Eles usam com cinza, pegam sal e ficam... ao dar aquilo, somente com sal fino, sim, fica melhor com sal fino. E, senão, metem outro tipo de coisa, mas não deixa de ser coisas tradicionais, só mesmo coisas tradicionais.</i></p> <p><i>E4: Não, é só mesmo... enquanto o cordão umbilical não cair. O álcool. Aqui, usei álcool, mas outros usam sal...só costumo ver sal.</i></p> <p><i>E5: Eu só ponho álcool.</i></p> <p><i>E6: Não sei se conheces o luando?...esteira. Mas, para além da esteira, tem luando. Eles tiram aquilo, queimam o pau daquilo e deitam no umbigo do bebé. A vela. Aquecem o coiso da vela e põe em cima...Põem os dedos sobre o fogo. Assim que os dedos ficarem um pouquinho quentes começam a por no umbigo. Entre o... assim, no umbigo.</i></p> <p><i>E7: Outros dizem: põe cinza, põe coisa de caixa de fósforo, põe Pepsodent...mas nós só estamos a meter álcool.</i></p> <p><i>E8: Já ouvi que, agora, tão a curar o umbigo com Pepsodent, óleo de palma, aquelas telas de luando queimada ou pó.</i></p> <p><i>E9: Eu ouvi que se mete luando queimado com óleo de palma, mas não fizeram isso, só meteram sal... agora tem havido muitas situações de o umbigo... estar a meter sal, não sei quê... não está a curar, inflama. Tem bebé pequeno que tem de ser operado por causa disso. É mesmo do umbigo lá, em casa, eu escutei que tem de se meter o luando, o sal, o óleo de palma, como era antigamente... mas, agora, é só mesmo o álcool, 70%, de tampa amarela. Eu estou a utilizar, porque a minha avó também está a seguir.</i></p> <p><i>E10: Já! Tem o... primeiro, mete o álcool. Mas, nós, assim, jovem... Nós é álcool. Mas as nossas mães metem sal. Também tipo de um pau, que sai leite, metem para o cordão do bebé cair... Não, não sei. Também nunca tentei meter.</i></p> <p><i>E11: Por exemplo, quando o cordão umbilical arrebentou ontem, a minha mãe disse que temos de meter pó....Uso pó Lauroderme. Para além do álcool, óleo de palma, sal e cinza, disseram-me também que tinha que ser mais a Pepsodent, sim, sim, foi isso que disseram. Mas nós só usamos álcool mesmo.</i></p> <p><i>E12: Dizem que se pode tratar com... dizem que podemos utilizar o sal com água, sal com óleo da cozinha... Já alguém me disse com Pepsodent ou Colgate, mas eu uso mesmo o álcool, que é o que a doutora recomendou.</i></p>	<p>34</p>

E13: *Sim! Normalmente, no hospital dizem que é para curar com álcool. Só que demora mais tempo, então, nós curamos com sal, até ao umbigo cair. Sal com óleo.*

E14: *Não, só água com sal.*

E15: *Normalmente, há uns que dizem que usam álcool. Mas a mim não usa álcool, em nenhum momento nós usamos o álcool, nós simplesmente usamos o fogo, neste caso a brasa, carvão, com óleo de palma e sal fino. Brasa de carvão... pegas o dedo... Vai mexendo na brasa de carvão e vai pondo no umbigo do bebé. Antes de cair, vai pondo, vai pondo. Porque o sangue tem a tendência de ficar assim agarrado... então, o fogo ajuda a amolecer o sangue e a secar. Mistura-se o óleo de palma no sal e vai pondo em volta... Por exemplo, nela, a minha mãe usou o fogo, nesse caso, brasas com óleo de palma.*

E16: *Só mesmo que põem água com sal. E aqueles... coisinhas de Luando, as cinzas de Luando... E óleo de palma. E pó também.*

E17: *Ah, me falaram só que tem que meter, assim óleo, azeite... até o umbigo cair... Sim, o sal, com um pouco de óleo. Mas aqui no hospital não me explicaram assim. Aqui disseram álcool.*

E18: *Simplesmente, usar o álcool mesmo. Sim, para desinfetar... Alguns diziam que se tinha de pôr pó depois de desinfetar.*

E19: *Hum, hum. Para cuidar do cordão, põem sal, essencialmente sal.*

E2: *Hum, hum. O pó... a cinza... o pó, cinza... acho que é... álcool.*

E20: *Já! Dizem que tem de pôr pó. Dizem que tem de pôr também cinzas de luando. Mas nós não usamos. Só estamos a usar o álcool.*

E21: *A minha mãe me disse foi sal e óleo de palma. ET: E são essas as práticas que tem feito? E21: Sim!*

E22: *Hum... tipo óleo com sal.*

E23: *... o que eu já ouvi é que colocam sal. E cinza. Colocam os dedos no fogo e depois apertam no cordão. São essas coisas que eu já ouvi.*

E24: *Tipo... não sei se é tradicional, meter sal no umbigo do bebé, com óleo. É o que já vi a fazer.*

E25: *Sim, do sal.*

E26: *Metem um tipo de pau, mas aquilo que sai é um pouco de leite.*

E27: *Olhe, ontem mesmo, acabei de ouvir uma vizinha que coloca sal.*

E28: *Fala de sal, de cuspo, bué de coisa anda a falá... escolhe-se um.*

E29: *Pronto, nos meus bebés, é só mesmo pegar o algodão e o álcool, só, limpando. Mas já ouvi também a dizerem, anteriormente, faziam com... como é que é então... limpavam com sal, não sei quê, coisas tradicionais. Acho que era óleo, óleo vegetal, óleo de palma ou uma coisa assim.*

E30: *Quando ele cai? Não! Só para pôr sal, óleo de palma, para limpar com álcool só... É só óleo de palma e o sal, só. ET: As duas coisas misturadas? E30: Sim! E com o cotonete pegas e metes no umbigo. Depois de cair, mete o pó. Ela mesmo é que começou a fazer nos primeiros dias, sim.*

E31: *Cá, recomendam com álcool, só mesmo álcool, mas em casa disseram que tem de pôr óleo com sal.*

E32: *Aqui no hospital, o álcool. ET: E este então, o óleo e sal ou o azeite, quem lhe falou? E32: A família. A avó, que se metesse. Mas nós compramos o álcool. Por exemplo, ela (a mamã) diz para meter sal e o coiso, não é? Porque cura mais rápido, e o álcool demora mais.*

E39: *Tradicional... na província põe coiso, umas das frutas que chamam de provido. Até que não, uma... como posso dizer, um alimento em que se chama de motêta. Aquilo assim quando está fresco, corta-se... sai água. Aquela água de leite começa a pôr lá. ET: E isso é um fruto ou legume? É fruto. É o que se põe no lado, do cordão.*

E40: *Os tradicionais, só sei que se tem de... mastigar folhas de tomate...passar nas laterais do umbigo. Quem está a fazer é a minha avó. ET: A avó mastiga as folhas? E40: Sim, sim. Daqui, de Luanda, só ouvi que tem de pôr coiso, o pó...*

**APÊNDICE X - REFERENCIAIS TRADICIONAIS NOS CUIDADOS**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
<p><b>Referenciais tradicionais nos cuidados</b></p>	<p>E1: <i>Profissionais de saúde e família. Da família, é mais minha tia, a tia com quem eu vivi, tem mais experiência.</i></p> <p>E2: <i>Com a família.</i></p> <p>E4: <i>Família. A minha mãe. Mas com as consultas também.</i></p> <p>E6: <i>Famíliares.</i></p> <p>E8: <i>De princípio, eu vivi com a minha avó velha, e era eu que tomava conta das minhas sobrinhas, mas também fui aprendendo com outras pessoas, lendo algumas revistas, e também as palestras quando às vezes vinha acompanhar amigas, porque tenho amigas que já têm três, quatro filhos. Vinha e assistia...Dos profissionais disseram-me que também a minha família (as minhas irmãs) tem dito... não foge muito, é a mesma coisa.</i></p> <p><i>Famíliares, amigos ou vizinhos... A minha avó e a minha irmã.</i></p> <p>E10: <i>Mamã e o hospital...Com a família.</i></p> <p>E11: <i>De famíliares..Da mãe.</i></p> <p>E13: <i>Com a família e também por intermédio das consultas. Da família.A mãe.</i></p> <p>E14: <i>A irmã mais velha...ou a mãe mesmo....Mãe...dos doutores.</i></p> <p>E15: <i>De famíliares.Neste caso, da minha irmã... a cunhada e a mãe da cunhada.</i></p> <p>E16: <i>Da minha família. A minha mãe.</i></p> <p>E18: <i>Da família.</i></p> <p>E21: <i>Da minha mãe.</i></p> <p>E25: <i>A minha mãe ensinou-me. ET: E os cuidados que realiza são baseados principalmente em orientações de quem? E25: Um amigo... uma vizinha.</i></p> <p>E27: <i>Famíliares. A minha mãe.</i></p> <p>E28: <i>As irmãs da igreja.</i></p> <p>E30: <i>Pelos profissionais de saúde, a minha mãe e o meu pai. Vai depender da ocasião. De quem eu encontrar para essa informação. Acho que escolhia primeiro um posto médico.</i></p> <p>E31: <i>Com a família e amigos, vizinhos. Às vezes, vizinhos.</i></p> <p>E33: <i>Os médicos. Depois, vem a família. A sogra.</i></p> <p>E35: <i>Sim, ele dá conselho. Por exemplo, ao dar o biberon ao bebé, ele diz que a água ferve. Depois, tem de esfriar um pouco. Só assim é que você deve fazer o leite do bebé, para não perder aquela força.</i></p> <p>E36: <i>Família, igreja também ajuda... Da minha sogra.</i></p> <p>E38: <i>Foi a família e vizinha...De vizinhas, de momento.</i></p> <p>E39: <i>A minha mãe.</i></p> <p>E40: <i>Da família...a tia.</i></p>	<p>25</p>

**APÊNDICE XI - INFORMAÇÃO DIFERENTE TRANSMITIDA PELOS  
PROFISSIONAIS.**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
<b>Informação diferente transmitida pelos profissionais</b>	<p><i>E3: O que eu aprendi aqui acerca disso eu não sabia. Foi coincidência. Eu saber que nenhum medicamento além de álcool é mais preciso e é a coisa certa para fazer secar o umbigo do bebé. Eu não sabia. Eu sabia que certas pessoas usam qualquer coisa para fazer, para manter aquilo seco, até já usam pó. O pó, também às vezes põem pó no umbigo para as crianças quando estão naquela fase de fazer secar.</i></p> <p><i>E4: Não fiquei confusa porque eu nunca usei o sal, nunca meti em nenhum bebe, só usei uma vez. Então aqui me disseram que é álcool, só usei já.</i></p> <p><i>E8: Hum, hum. Já ouvi que, agora, tão a curar o umbigo com Pepsodent, óleo de palma, aquelas telas de luando queimada ou pó ... porque antes a minha avó nos meus sobrinhos usava, tipo pegava sal para apertar o umbigo do bebé, queimava anssim coisa na vela com coiso quente. Mas, agora, não. Agora, na minha bebé, a minha mãe usou só álcool. Não, mesmo a doutora, antes de me dar alta, disse mesmo também que ela também tem ouvido que metem óleo de palma e essas coisas todas, mas não façam isso, porque é perigoso, e podem carregar muitas matérias no umbigo no bebé. É mesmo só. ET: Então, houve alguma diferença entre a informação que já sabia e aquilo que lhe disseram? E8: Sim!</i></p> <p><i>E9: ... agora tem havido muitas situações de o umbigo... estar a meter sal, não sei quê... não está a curar, inflama. Tem bebé pequeno que tem de ser operado por causa disso. E existe alguma diferença entre as informações que a mãe tinha e que sabia e em relação ao que se deve fazer para cuidar do umbigo, e aquilo que os profissionais lhe disseram depois? E9: Sim! É mesmo do umbigo lá, em casa, eu escutei que tem de se meter o luando, o sal, o óleo de palma, como era antigamente... mas, agora, é só mesmo o álcool, 70%, de tampa amarela. Eu estou a utilizar, porque a minha avó também está a seguir.</i></p> <p><i>E10: Foi diferente... O álcool. ET: O que é que a mãe conhecia... antes de lhe falarem no álcool? E10: Era o sal.</i></p> <p><i>E13: Pá, com a minha cultura até não, só que de uma vez passada me ensinaram de uma forma diferente. Normalmente, no hospital dizem que é para curar com álcool. Só que demora mais tempo, então, nós curamos com sal, até ao umbigo cair.</i></p> <p><i>E14: Ah, os costumes... as doutoras dizem para pôr coiso, para pôr álcool no umbigo do bebé, mas as vezes fugimos um pouquinho, fazemos a nossa cultura... o álcool demora o umbigo cair. Já na nossa cultura fazemos... água com sal... E pomos no umbigo do bebé, três dias, o umbigo cai.</i></p> <p><i>E16: Aqui, disseram-me que era só álcool mesmo. ET: E a mãe sabia da água com sal, não é? E16: Sim!</i></p> <p><i>E17: Ah, me falaram só que tem que meter, assim óleo, azeite... até o umbigo cair. Mas aqui no hospital não me explicaram assim. Aqui disseram álcool. No primeiro, foi com álcool e sal. Agora, nesse, é com álcool... que não dava mais para pôr o sal. Falaram para não pôr.</i></p> <p><i>E19: É mesmo só sal. ET: Existe alguma informação que os profissionais de saúde lhe deram, em relação aos cuidados ao umbigo que seja diferente</i></p>	22

*daquilo que a mamã já sabia ou já conhecia? E19: Sim! É só lavar com álcool.*

*E21: Sim, me disseram que só para pôr álcool.*

*E22: Sim, sim. ET: Porquê? Tinha ouvido falar do sal e do óleo e depois aqui falaram-lhe do álcool, é isso? E22: Do álcool, sim.*

*E30: Disseram para pôr álcool...só para limpar. Nos primeiros dias, cheguei a fazer isso, mas depois que a mãe chegou, mudou...disse: não, assim vai demorar muito. ET: E a mãe então aconselhou-lhe o sal junto com o óleo.*

*E31: Sim! Cá, recomendam com álcool, só mesmo álcool, mas em casa disseram que tem de pôr óleo com sal...Óleo vegetal.*

*E32: Sal. Tipo, sal e óleo, tem de meter... Aqui no hospital, o álcool. A família. A avó, que diz que se metesse...Por exemplo, ela diz para meter sal e o coiso, não é? Porque cura mais rápido, e o álcool demora mais.*

*ET: Há alguma informação que os profissionais de saúde lhe deram em relação aos cuidados ao bebé que sejam diferentes daquilo que a mãe já sabia ou da ideia que tinha? E33: Não! ET: Não?! Aquilo que eles lhe disseram para fazer é aquilo que a mãe já sabia, é isso? E33: Sim! ET: O pó e o álcool. E33: Sim!*

*ET: Há uma informação que os profissionais de saúde lhe deram relacionadas com os cuidados ao umbigo que seja diferente daquilo que a mãe sabia? E34: Não! ET: Não?! O que eles disseram foi aquilo que a mamã já sabia? E34: Sim! ET: Para colocar o álcool e o sal? E34: Sim!*

*E36: Não, não sabia... Me falaram aqui no hospital... de pegar álcool, meter e depois começar a girar. Gira, gira, gira. Depois, pode deixar, até que cai.*

*E37:... o doutor manda por o álcool...Aprendi mesmo aqui. ET: O que é que a mãe sabia? E37: Que era sal. Mas aqui é diferente porque é álcool, sim.*

*E38: No cuidar do umbigo, já sabia que se tinha de pôr sal, mas só que aqui que eles disseram que tem de se pôr só álcool. Sem mais nada. Só para tratar com álcool.*

*E39: Foi. Eles disseram até que... para pôr álcool...Não, não sabia, foi uma novidade, sim. ET: Porque só tinha ouvido falar da motêta. E39: Sim!*

*ET: Há alguma diferença entre as informações que os profissionais lhe deram, nos cuidados ao umbigo, e aquilo que a mamã sabia ou sabe?E40: Acho que não, não. ET: Falaram-lhe nas folhas de tomate? E40: Sim, sim, falaram.*

**APÊNDICE XII - REFERENCIAIS CIENTÍFICOS NOS CUIDADOS**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
<b>Referenciais científicos nos cuidados</b>	<p><i>E1: Aquilo que é dito no hospital é o que eu sigo... É assim: graças a Deus, depois da alta, dá-nos uma orientação, a fase de tratamento do umbigo. É só mesmo com álcool, e não devemos pôr nada. E essa é a orientação dada, até o umbigo cair. É conforme eu já disse anteriormente, eu sou uma pessoa que gosta muito mesmo de seguir orientação médica. A mais a cunhada também trabalha na saúde. Conhecimento nunca é demais, conforme já disse aquela doutora...Profissionais de saúde e família. Primeiro, tinha de ligar ao meu cunhado, que é doutor. E também a minha chefe, conversei com ela. E também mesmo aqui no hospital, também tenho amigas que trabalham aqui.</i></p> <p><i>E4: Família. Mas com as consultas também...Talvez os médicos.</i></p> <p><i>E6: Profissionais...Parteiras, praticamente.</i></p> <p><i>E7: Profissionais de saúde...As parteiras.</i></p> <p><i>E8: De princípio, eu vivi com a minha avó velha, e era eu que tomava conta das minhas sobrinhas, mas também fui aprendendo com outras pessoas, lendo algumas revistas, e também as palestras quando às vezes vinha acompanhar amigas, porque tenho amigas que já têm três, quatro filhos. Vinha e assistia... O que os profissionais disseram-me que também a minha família tem dito... não foge muito, é a mesma coisa. As minhas irmãs e as enfermeiras mesmo.</i></p> <p><i>E9: É mesmo do umbigo lá, em casa, eu escutei que tem de se meter o luando, o sal, o óleo de palma, como era antigamente... mas, agora, é só mesmo o álcool, 70%, de tampa amarela. Eu estou a utilizar, porque a minha avó também está a seguir.</i></p> <p><i>E10: Do doutor...De quem fez o parto.</i></p> <p><i>E12: Não, é mais aqui com a doutora. Ela explicou como é que devo amamentar...Consultas do bebé e consultas de grávida. Porque tem sempre informação. Além da enfermeira, tem vezes que técnicos também.</i></p> <p><i>E13: Com a família e também por intermédio das consultas.</i></p> <p><i>E14: Mãe... Doutores.</i></p> <p><i>E15: Um profissional. Nesse caso, um médico ou uma doutora.</i></p> <p><i>E27: Dos profissionais.</i></p> <p><i>E29: Profissionais de saúde...Geralmente, aqui no hospital, na maternidade, dizem que no umbigo do bebé só vai mesmo limpando com álcool, só.</i></p> <p><i>E30: Pelos profissionais de saúde, a minha mãe e o meu pai...Vai depender da ocasião. De quem eu encontrar para essa informação...Acho que escolhia primeiro um posto médico.</i></p> <p><i>E32: Aqui no hospital, o álcool. A avó, que se metesse o óleo e sal ou o azeite. Mas nós compramos o álcool.</i></p>	19

*E33: Os médicos. Depois, vem a família. A sogra.*

*E35: Profissionais de saúde. A enfermeira.*

*E37: Dos médicos.*

*E39: Dos médicos.*

**APÊNDICE XIII - PRÁTICAS DE CUIDADO ANTES DA QUEDA DO COTO  
UMBILICAL.**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Antes da queda do coto umbilical</b>	<p><i>E9: Ela pega e tira a fralda. Pega gazes... Com álcool. Mete o álcool nas gazes, e fica a apertar o cordão umbilical para aquele todo lixo sair..., no fundo, no cordão, quase ao umbigo. Fica ansim a apertar, aquele lixo fica todo a saire pega o outro, mete de novo álcool, limpa muito bem. Pega outro e coloca. Mete a fralda. ET: E deixa lá a compressa com álcool? E9: Sim! É. De oito horas, ela pega, tira, faz o mesmo processo.</i></p> <p><i>E13: Normalmente, no hospital dizem que é para curar com álcool. Só que demora mais tempo, então, nós curamos com sal, até ao umbigo cair. Sal com óleo...Óleo daquele de cozinha, sim.</i></p> <p><i>E14: Água com sal um pouquinho...Metemos com um cotonete. E metemos à volta do umbigo...Depois, metia a fralda e vestíamos a criança. Até cair o coto.</i></p> <p><i>E19: Apertava o cordão, ao lado, com um pouco de álcool e sal...desinfetava primeiro e depois metia o sal de lado, e apertava o cordão. Antes de cair.</i></p> <p><i>E30: É só óleo de palma e o sal, só. As duas misturadas...E com o cotonete pegas e metes no umbigo...Depois de cair, mete o pó. Nos primeiros dias, cheguei a fazer isso, mas depois que a mãe chegou, mudou... Ela mesmo é que começou a fazer nos primeiros dias, sim. Limpo o umbigo. Depois de limpar...Limpo com álcool...Limpo e, depois de limpar, meto o coiso... o sal e o óleo de palma. E isto antes de ele ter caído.</i></p> <p><i>E31: Eu fiz com óleo e sal e depois uso a ampicilina para...Antes de cair, quando tira a fralda, tem de passar sempre o óleo com sal, isso já misturado. Antes de cair, óleo e sal.</i></p> <p><i>E32: Molha no azeite, que já tem lá sal, começa a meter assim no umbigo...e depois pode vestir. É mesmo assim. Antes de cair.</i></p> <p><i>E34: Eu pegava o coiso, a fralda, molhava com álcool e limpava. E depois punha no umbigo. Também no mesmo lado. Depois de limpar com álcool, colocava o sal. Punha no cordão também antes de ele cair, punha só naquela base...</i></p> <p><i>E35: Sim, sim. De cada vez que eu troco as fraldas, eu curo o umbigo...meto sal...Limpo...com álcool...em algodão. ET: E depois de limpar com álcool e o algodão, coloca sal, é isso? E35: Sim!</i></p> <p><i>E40: Sim, sim,...pó ou álcool, antes de cair. ET: E o que é que metem no seu bebé, é o pó ou o álcool? E40: O pó. ET: Então, neste caso, antes de cair, põe o pó... E40: Sim, sim.</i></p>	10

**APÊNDICE XIV - PRÁTICAS DE CUIDADO DEPOIS DA QUEDA DO COTO  
UMBILICAL**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<p><b>Práticas de cuidado depois da queda do coto</b></p>	<p><i>E9: Meto pó...Uso Chicco...Ela passa sempre um pouquinho de álcool para desinfetar, depois, ela coloca o pó.</i></p> <p><i>E13: E depois de cair, continua a limpar com álcool. ET: Ah, então, até cair, colocam sal. Quando cai, começam a pôr o álcool, é? E13: Com o sal, demora menos tempo...Cai mais rápido. Três dias, no máximo.</i></p> <p><i>E14: Depois, comecei a meter álcool.</i></p> <p><i>E19: O cordão, como já caiu, só uso o algodão e ponho o álcool...Depois do umbigo cair, continua a usar álcool.</i></p> <p><i>E30: Depois de cair, mete o pó... Estou a pôr pó para cicatrizar...Agora, só limpo e meto o pó. ET: Quando limpa é com álcool, é isso? E30: Sim!</i></p> <p><i>E31: Sim, para fechar o umbigo...Depois de cair, só limpeza uma vez por dia, quando dá o banho do bebé. Geralmente, só limpava com álcool depois punha a ampicilina.</i></p> <p><i>E32: Sim!..Pó. Meto pó...Só pó...Pode ser qualquer tipo de pó. O pó que a bebé usa pode meter.</i></p> <p><i>E34: Não, mudou, coloco pó... Depois de dar o banho, pegava o pó e colocava no umbigo. Pó talco.</i></p> <p><i>E35: Vou curar com pó. ET: Então, quando cair, deixa o álcool e o sal?E35: Sim! O pó. Lauroderme.</i></p> <p><i>E40: Sim, sim, tem de ser as folhas de tomate. Se não tiver, mais tarde, como são duas vezes por dia, pode passar o álcool..., as folhas são depois de cair. Para ajudar a secar. ET: ... e depois de cair faz aquela mastigação das folhas de tomate, põe e deixa lá ficar. E40: Sim, sim.</i></p>	10

**APÊNDICE XV - PRÁTICAS DIFERENTES NOS OUTROS FILHOS.**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<p><b>Práticas diferentes nos outros filhos</b></p>	<p><i>E10: Aquele era sal.</i></p> <p><i>E17: Primeiro, foi com álcool e sal. Agora, nesse, é com álcool...não dava mais para pôr o sal. Falaram para não pôr.</i></p> <p><i>E22: Teve, sim, sim...Aquele de ouvir as pessoas, foi malcurada, sim, senhora. Também, agora, está com o umbigo grande. E demorou para cair, sim, senhora. Depois, teve de ir outra vez na maternidade saber do umbigo, como é que era, mas aprendi. Estava a pôr sal. ET: Estava a pôr sal. O sal fino com óleo. A primeira foi assim.</i></p> <p><i>E25: Mais tempo. Mas quando punha sal nos meus filhos era mais rápido.</i></p> <p><i>E32: Meti na outra criança, na primeira. ET: Ah, no outro filho fez com sal e óleo, foi? E32: Sim!</i></p>	5

**APÊNDICE XVI- UTILIZAÇÃO DE ÁLCOOL ISOLADO OU COM ADIÇÃO DE  
OUTROS PRODUTOS**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Álcool isolado ou com adição de outros produtos</b>	<p><i>E1: Eu, geralmente, é álcool. Álcool mesmo. Eu ponho o álcool depois do banho no cordão umbilical do bebé. Pego numa fraldazinha, pego assim numa velinha quente, numa velinha acesa, ponho a fraldazinha e vou fazer um expressinho quente, que é para tirar os excessos, se calhar, da água, que é para não enfeitar. E, por último, pego no álcool e desinfeto... um álcool a 70%.</i></p> <p><i>E2: Hum, hum. O pó... a cinza... o pó, cinza... acho que é... álcool. Tipo, consoante a minha bebé, ela está a usar é pó.</i></p> <p><i>E3: Só sei o que eu aprendi aqui no hospital, e que eu mandei a minha tia fazer. Disse que tens de fazer com álcool, do jeito que mandaram. E ela queria fazer daquele jeito que elas sabem. Eu comprei o álcool que mandaram aqui, comprei e usaram. E só dois dias ou três caiu. A tia aceitou bem. Eu assistia a colocarem só. A minha tia pegava o álcool, molhava o algodão.</i></p> <p><i>E4: Aqui, usei álcool, mas outros usam sal.</i></p> <p><i>E5: Não! Eu só ponho álcool.</i></p> <p><i>E6: Só o álcool. Vamo ter que usar algodão, põe o alcohol e passa sobre o umbigo.</i></p> <p><i>E7: Alcohol especial, sim, a clínica é que deu.</i></p> <p><i>E8: Agora, na minha bebé, a minha mãe usou só álcool. Mesmo a doutora, antes de me dar alta, disse mesmo também que ela também tem ouvido que metem óleo de palma e essas coisas todas, mas não façam isso, porque é perigoso, e podem carregar muitas matérias no umbigo no bebé. É mesmo só.</i></p> <p><i>E9: É só mesmo o álcool. Porque agora tem havido muitas situações de o umbigo... estar a meter sal, não sei quê... não está a curar, inflama. ET: Agora que o cordão já caiu, continua a fazer alguma coisa ou parou? E9: Meto pó. É mesmo o álcool. A mamã estava a tentar meter sal, mas como o nosso papá não comprou sal... então, é com álcool. ET: Conseguiu convencer a mamã? E10: Bem teimosa, mas consegui.</i></p> <p><i>E11: Mas nós só usamos álcool mesmo. O álcool, sim, senhora. A avó usou foi mesmo o álcool. Tiro a fralda. Depois de tirar a fralda, pego em algodão, limpo assim de lado e pego no álcool e vou assim metendo em redor do umbigo.</i></p> <p><i>E12: Já alguém me disse com Pepsodent ou Colgate, mas eu uso mesmo o álcool, que é o que a doutora recomendou. É aquele de 70.</i></p> <p><i>E13: Normalmente, no hospital dizem que é para curar com álcool. Só que demora mais tempo, então, nós curamos com sal, até ao umbigo cair. Tira-se a fralda, pega no algodão, põe o álcool e passo no umbigo. ET: E antes dessa parte... isso depois de ter caído então o cordão, não foi? E13: Sim! ET: E, antes, como é que fazia? E13: Pegava mesmo no sal com óleo e punha assim...</i></p> <p><i>E14: Sim, mas as vezes fugimos um pouquinho, fazemos a nossa cultura. E o que é que... o álcool demora o umbigo cair. Já na nossa cultura fazemos... água com sal. E14: E pomos no umbigo do bebé, três dias, o umbigo cai. É mais rápido para a queda do umbigo do que o álcool.</i></p>	39

E15: Normalmente, há uns que dizem que usam álcool. Mas a mim não usa álcool, em nenhum momento nós usamos o álcool, nós simplesmente usamos o fogo, neste caso a brasa, carvão, com óleo de palma e sal fino.

E16: Não! Aqui, disseram-me que era só álcool mesmo. ET: E a senhora, que práticas tradicionais é que tem realizado no cordão do bebé? E16: Só sal, água com sal.

E17: Ah, me falaram só que tem que meter, assim óleo, azeite... até o umbigo cair. Mas aqui no hospital não me explicaram assim. Aqui disseram álcool... Primeiro, foi com álcool e sal. Agora, nesse, é com álcool. Disseram que não dava mais para pôr o sal. Falaram para não pôr.

E18: Apertava o cordão, ao lado, com um pouco de álcool e sal. Tira a fralda e depois limpa o umbigo... Com álcool. Limpo o cordão e uso o sal.

E20: Só costumamos pôr álcool, mais nada.

E21: Sim, me disseram que só para pôr álcool... Tira-lhe a fralda... Depois, limpa o umbigo com álcool. Depois, põe o sal e o óleo de palma.

E22: Sim! Mas que eu ouvi da doutora foi só limpar com álcool. Já fiz, já caiu também. Já está curada... Só o álcool.

E23: É mesmo o álcool... 70%. É praticamente... pegamos o algodão e colocamos um pouquinho o álcool e limpamos o umbigo.

E24: Sim, porque eu faço com álcool... A mãe e a tia tiram a fralda... depois, pegam o algodão, põem um pouco de álcool e começam a limpar.

E25: Nada, não faço nada. Só punha álcool. O álcool só até quando cair. ET: E aquilo que os enfermeiros e os profissionais lhe disseram aqui dos cuidados ao cordão umbilical do bebé, foi diferente daquilo que a mãe já sabia ou foi igual? E25: Foi diferente... Porque com o álcool demora mais. Mais tempo. Mas quando punha sal nos meus filhos era mais rápido.

E26: Pego o álcool e o algodão e limpo o umbigo... O leite de pau do leite coloca depois de limpar.

E27: Tradicionais eu não utilizo. Só álcool. E mais nada.

E28: Quando você quer fazer limpeza do cordão umbilical, só depois de quando você lhe dá banho. Põe álcool.

E29: Geralmente, aqui no hospital, na maternidade, dizem que no umbigo do bebé só vai mesmo limpando com álcool, só.

E30: Disseram para pôr álcool..., só para limpar. Nos primeiros dias, cheguei a fazer isso, mas depois que a mãe chegou, mudou... só que depois a mãe disse: não, assim vai demorar muito. E, depois, estava com dores tortas e foi a minha mãe que começou a cuidar... Limpo com álcool... Limpo e, depois de limpar, meto o coiso... o sal e o óleo de palma.

E31: Sim! Cá, recomendam com álcool, só mesmo álcool, mas em casa disseram que tem de pôr óleo com sal. Antes de cair, quando tira a fralda, tem de passar sempre o óleo com sal, isso já misturado. Depois de cair, só limpeza uma vez por

*dia, quando dá o banho do bebé. Geralmente, só limpava com álcool depois punha a ampicilina.*

*E32: Aqui no hospital, o álcool.*

*E33: Só uso pó e álcool.*

*E34: Sim, álcool e um pouco de sal.*

*E35: Não, com álcool. ET: E o sal é o sal quê, sal fino? E35: Fino.*

*E36: É só meter álcool a apertar. Me falaram aqui no hospital... de pegar álcool, meter e depois começar a girar.*

*E37: Não... o doutor manda por o álcool. ET: O que é que a mãe sabia? E37: Que era sal. E37: Mas aqui é diferente porque é álcool, sim. Tira a fralda. Então, de manhã cedo... vais tirar... vais pôr o álcool, por exemplo, então tens de pegar um bocadinho no umbigo.*

*E38: No cuidar do umbigo, já sabia que se tinha de pôr sal, mas só que aqui que eles disseram que tem de se pôr só álcool. Sem mais nada. Sim, só para tratar com álcool. Tira a fralda, mete um pouco de álcool no algodão e depois limpa.*

*E39: Foi. Eles disseram até que... para pôr álcool. ET: E aqui não pôs a motêta, pôs o álcool, é isso? E39: Sim!*

*E40: Sim, sim, tem de ser as folhas de tomate. Se não tiver, mais tarde, como são duas vezes por dia, pode passar o álcool. É o pó, esse é o pó. O álcool é quando ainda não caiu.*

**APÊNDICE XVII – UNIDADES DE CONTEXTO AMPICILINA**

<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de contexto</b>	<b>Unidade de registo</b>
<b>Ampicilina</b>	<i>E31: Eu fiz com óleo e sal e depois uso a ampicilina para...para fechar o umbigo. Um pouquinho, sim. Toda a cápsula, não. Só um pouquinho... Antes de cair, quando tira a fralda, tem de passar sempre o óleo com sal, isso já misturado. Depois de cair, só limpeza uma vez por dia...Geralmente, só limpava com álcool depois punha a ampicilina.</i>	1

**APÊNDICE XVIII - UNIDADES DE CONTEXTO, CAIXA DE FÓSFOROS**

<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de contexto</b>	<b>Unidade de registo</b>
<b>Caixa de fósforos</b>	<i>E7: Outros dizem: põe cinza, põe coisa de caixa de fósforo, põe Pepsodent... mas nós só estamos a meter álcool.</i>	1

**APÊNDICE XIX - UNIDADES DE CONTEXTO, CINZA**

Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
<b>Cinza</b>	<p><i>E1: Sim, eu ouço dizer. Sim, costumo dizer que cura-se também com óleo e um pouquinho de sal. As pessoas dizem que queima-se o luando, eu nunca fiz. Dizem que queimam também, as cinzas também faz bem. Enfim....</i></p> <p><i>E2: Hum, hum. O pó... a cinza... o pó, cinza... acho que é... álcool.</i></p> <p><i>E3: Sim, são coisas tradicionais. Tipo no caso de... tem umas folhas que chamam de... quibuma. Há pessoas que usam quibuma. Assam aquilo. Então, quando vai ficar em pó, tudo aquilo fica em pó. Eles usam com cinza, pegam sal e ficam... ao dar aquilo, somente com sal fino, sim, fica melhor com sal fino. E, senão, metem outro tipo de coisa, mas não deixa de ser coisas tradicionais, só mesmo coisas tradicionais.</i></p> <p><i>E6: Não sei se conheces o luando?...esteira. Mas, para além da esteira, tem luando. Eles tiram aquilo, queimam o pau daquilo e deitam no umbigo do bebé....</i></p> <p><i>E7: Outros dizem: põe cinza, põe coisa de caixa de fósforo, põe Pepsodent... mas nós só estamos a meter álcool.</i></p> <p><i>E9: Eu ouvi que se mete luando queimado com óleo de palma, mas não fizeram isso, só meteram sal. ET: Mas mistura-se o luando com óleo de palma? E9: Sim! As três coisas?</i></p> <p><i>E11: Sim... para além do álcool, óleo de palma, sal e cinza. E disseram-me também que tinha que ser mais a Pepsodent, sim, sim, foi isso que disseram. Mas nós só usamos álcool mesmo. Das coisas que eu aprendi mais do umbigo.</i></p> <p><i>E15: Normalmente, há uns que dizem que usam álcool. Mas a mim não usa álcool, em nenhum momento nós usamos o álcool, nós simplesmente usamos o fogo, neste caso a brasa, carvão, com óleo de palma e sal fino...Brasa de carvão... pegas o dedo... Vai mexendo na brasa de carvão e vai pondo no umbigo do bebé...Antes de cair, vai pondo, vai pondo. Porque o sangue tem a tendência de ficar assim agarrado... então, o fogo ajuda a amolecer o sangue e a secar...Sim, mistura-se o óleo de palma no sal e vai pondo em volta.</i></p> <p><i>E16: E aqueles... coisinhas de Luando, as cinzas de Luando.</i></p> <p><i>E20: Dizem que tem de pôr pó. ET: Pó... e mais? Dizem que tem de pôr também cinzas de luando. Mas nós não usamos. Só estamos a usar o álcool.</i></p> <p><i>E23: E cinza. Colocam os dedos no fogo e depois apertam no cordão...São essas coisas que eu já ouvi.</i></p>	11

**APÊNDICE XX - UNIDADES DE CONTEXTO, CUSPO**

<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de contexto</b>	<b>Unidade de registo</b>
<b>Cuspo</b>	<i>E28: Fala de sal, de cuspo, bué de coisa anda a falá. Escolhe-se um.</i>	1

**APÊNDICE XXI - UNIDADES DE CONTEXTO, FOLHAS**

Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
<b>Folhas</b>	<p><i>E3: Não, lá não usam álcool. Do que eu sei, usam coisas tipo folhas, sal, certas coisas tradicionais. Usam muitas coisas tradicionais, mas coisas hospitalares não... são coisas tradicionais. Tipo no caso de... tem umas folhas que chamam de... quibuma. Há pessoas que usam quibuma. Assam aquilo. Então, quando vai ficar em pó, tudo aquilo fica em pó. Eles usam com cinza, pegam sal e ficam... ao dar aquilo, somente com sal fino, sim, fica melhor com sal fino. E, senão, metem outro tipo de coisa, mas não deixa de ser coisas tradicionais, só mesmo coisas tradicionais.</i></p> <p><i>E40: Os tradicionais, só sei que se tem de... mastigar folhas de tomate... passar nas laterais do umbigo...Quem está a fazer é a minha avó...Sim, sim. Mastiga na hora e vai passando assim nas laterais do umbigo.</i></p>	2

**APÊNDICE XXII - UNIDADES DE CONTEXTO, LEITE DE PAU**

Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
<b>Leite de pau</b>	<p><i>E10: Nós é álcool. Mas as nossas mães metem sal...Também tipo de um pau, que sai leite, metem para o cordão do bebé cair...nunca tentei meter.</i></p> <p><i>E26: Metem um tipo de pau, mas aquilo que sai é um pouco de leite...Pego o álcool e o algodão e limpo o umbigo...Depois, mete o óleo de um pau que falam que é importante também...O leite.</i></p> <p><i>E39: ... na província põe coiso, umas das frutas que chamam de provido. Até que não, uma... como posso dizer, um alimento em que se chama de motêta. Aquilo assim quando está fresco, corta-se... sai água. Aquela água de leite começa a pôr lá. É o que se põe no lado, do cordão.</i></p>	3

**APÊNDICE XXIII- UNIDADES DE CONTEXTO, ÓLEO**

Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
Óleo	<p><i>E1: Sim, costumo dizer que cura-se também com óleo e um pouquinho de sal...Enfim, alguns dizem que o Pepsodent também... ouve-se dizer tanta coisa aí. Eh pá...</i></p> <p><i>E9: Eu ouvi que se mete luando queimado com óleo de palma, mas não fizeram isso, só meteram sal... lá, em casa, eu escutei que tem de se meter o luando, o sal, o óleo de palma, como era antigamente...</i></p> <p><i>E11: Sim... para além do álcool, óleo de palma, sal e cinza. Mas nós só usamos álcool mesmo. Das coisas que eu aprendi mais do umbigo.</i></p> <p><i>E12: Dizem que se pode tratar com... dizem que podemos utilizar o sal com água, sal com óleo da cozinha...</i></p> <p><i>E13: Sal com óleo...Óleo daquele de cozinha... Tira-se a fralda, pega no algodão, põe o álcool e passo no umbigo...Pegava mesmo no sal com óleo e punha assim...</i></p> <p><i>E15: Normalmente, há uns que dizem que usam álcool. Mas a mim não usa álcool, em nenhum momento nós usamos o álcool, nós simplesmente usamos o fogo, neste caso a brasa, carvão, com óleo de palma e sal fino... mistura-se o óleo de palma no sal e vai pondo em volta.</i></p> <p><i>E16: E óleo de palma. E pó também...Acho que qualquer pó mesmo. ET: E a senhora, que práticas tradicionais é que tem realizado no cordão do bebé? E16: Só sal, água com sal.</i></p> <p><i>E17: Não, segui mesmo o conselho da médica...Ah, me falaram só que tem que meter, assim óleo, azeite... até o umbigo cair.</i></p> <p><i>E21: A minha mãe me disse foi sal. Sal e óleo de palma. E são essas as práticas que tem feito? E21: Sim!</i></p> <p><i>E22: Hum... tipo óleo com sal.... Estava a pôr sal fino, sim. ET: E com óleo? E22: Era. A primeira foi assim.</i></p> <p><i>E24: Tipo... não sei se é tradicional, meter sal no umbigo do bebé, com óleo.</i></p> <p><i>E29: Mas já ouvi também a dizerem, anteriormente, faziam com... como é que é então... limpavam com sal, não sei quê, coisas tradicionais...Acho que era óleo, óleo vegetal, óleo de palma ou uma coisa assim.</i></p> <p><i>E30: É só óleo de palma e o sal, só. Depois de cair, mete o pó...Eu faço mesmo essa prática.</i></p> <p><i>E31:... mas em casa disseram que tem de pôr óleo com sal... Eu fiz com óleo e sal e depois uso a ampicilina para...</i></p> <p><i>E32: Dizem que tem de meter sal...Tipo, sal e óleo, tem de meter. O azeite... Tira, pega o cotonete... Molha no azeite, que já tem lá sal, começa a meter assim no umbigo.</i></p>	15

**APÊNDICE XXIV- UNIDADES DE CONTEXTO, PASTA DENTÍFRICA  
(PEPSODENT)**

Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
<b>Pasta dentífrica (pepsodent)</b>	<p><i>E1: Enfim, alguns dizem que o Pepsodent também... ouve-se dizer tanta coisa aí. Eh pá...</i></p> <p><i>E7: Outros dizem: põe cinza, põe coisa de caixa de fósforo, põe Pepsodent... mas nós só estamos a meter álcool.</i></p> <p><i>E11: Sim... para além do álcool, óleo de palma, sal e cinza. E disseram-me também que tinha que ser mais a Pepsodent, sim, sim, foi isso que disseram. Mas nós só usamos álcool mesmo. Das coisas que eu aprendi mais do umbigo.</i></p> <p><i>E12: Já alguém me disse com Pepsodent ou Colgate, mas eu uso mesmo o álcool, que é o que a doutora recomendou.</i></p>	4

**APÊNDICE XXV - UNIDADES DE CONTEXTO, PÓ**

Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
<b>Pó</b>	<p><i>E2: Hum, hum. O pó... a cinza... o pó, cinza... acho que é... álcool...Consoante a minha bebé, ela está a usar é pó da farmácia.</i></p> <p><i>E3: Sim, são coisas tradicionais. Tipo no caso de... tem umas folhas que chamam de... quibuma...Há pessoas que usam quibuma. Assam aquilo. Então, quando vai ficar em pó, tudo aquilo fica em pó.</i></p> <p><i>E8: Hum, hum. Já ouvi que, agora, tão a curar o umbigo com Pepsodent, óleo de palma, aquelas telas de luando queimada ou pó. Pó de bebé (talco).</i></p> <p><i>E9: Sim. Ela pega e tira a fralda. Pega gazes...Com álcool. Mete o álcool nas gazes, e fica a apertar o cordão umbilical para aquele todo lixo sair...Meto pó. Uso Chicco...Ela passa sempre um pouquinho de álcool para desinfetar, depois, ela coloca.</i></p> <p><i>E11: Por exemplo, quando o cordão umbilical arrebentou ontem, a minha mãe disse que temos de meter pó. Mas as enfermeiras disseram-me que não posso meter pó, para deixar assim, vai secar. Então, não estamos a usar mais pó, porque está a fazer mal aos bebés. Mas nós só usamos álcool mesmo.</i></p> <p><i>E16: E óleo de palma. E pó também...Acho que qualquer pó mesmo.</i></p> <p><i>E18: Simplesmente, usar o álcool mesmo. Sim, para desinfetar...Alguns diziam que se tinha de pôr pó depois de desinfetar.</i></p> <p><i>E20: Dizem que tem de pôr pó. Dizem que tem de pôr também cinzas de luando. Mas nós não usamos. Só estamos a usar o álcool.</i></p> <p><i>E30: É só óleo de palma e o sal, só...Depois de cair, mete o pó. Eu faço mesmo essa prática.</i></p> <p><i>E32: Dizem que tem de meter sal...Sal. Tipo, sal e óleo, tem de meter...Antes de cair. ET: E depois de cair? E32: Pó...Meto pó. Pode ser qualquer tipo de pó. O pó que a bebé usa pode meter.</i></p> <p><i>E33: Só uso pó e álcool.</i></p> <p><i>E34:...Depois de limpar com álcool, colocava o sal. ET: E depois do cordão cair, continuou a fazer igual ou mudou alguma prática? E34: Não, mudou, coloco pó trompo (talco).</i></p> <p><i>E35: Sim, sim...Limpo...com álcool. ET: E depois de limpar com álcool e o algodão, coloca sal, é isso? E35: Sim! ET:E quando cair, vai fazer igual ou não? E35: Não, não vou.Vou curar com pó Lauroderme.</i></p> <p><i>E40: Depois do banho... passo folhas aí nas laterais do umbigo...Mastiga na hora e vai passando assim nas laterais do umbigo...É o pó, esse é o pó... O pó é quando ele cai.</i></p>	14

**APÊNDICE XXVI - UNIDADES DE CONTEXTO, SAL**

Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
Sal	<p><i>E1: Sim, costumo dizer que cura-se também com óleo e um pouquinho de sal.</i></p> <p><i>E3: Não, lá não usam álcool. Do que eu sei, usam coisas tipo folhas, sal, certas coisas tradicionais. Usam muitas coisas tradicionais, mas coisas hospitalares não.</i></p> <p><i>E4: O álcool. Aqui, usei álcool, mas outros usam sal..só costumo ver sal.</i></p> <p><i>E9: Eu ouvi que se mete luando queimado com óleo de palma, mas não fizeram isso, só meteram sal... É mesmo do umbigo lá, em casa, eu escutei que tem de se meter o luando, o sal, o óleo de palma, como era antigamente...</i></p> <p><i>E10: Nós é álcool. Mas as nossas mães metem sal.</i></p> <p><i>E11: Sim... para além do álcool, óleo de palma, sal e cinza. Mas nós só usamos álcool mesmo.</i></p> <p><i>E12: Dizem que se pode tratar com... dizem que podemos utilizar o sal com água, sal com óleo da cozinha...Já alguém me disse com Pepsodent ou Colgate, mas eu uso mesmo o álcool, que é o que a doutora recomendou.</i></p> <p><i>E13: Sim! Normalmente, no hospital dizem que é para curar com álcool. Só que demora mais tempo, então, nós curamos com sal, até ao umbigo cair. Sal com óleo.</i></p> <p><i>E14: Sim, mas as vezes fugimos um pouquinho, fazemos a nossa cultura. E o que é que... o álcool demora o umbigo cair. Já na nossa cultura fazemos... água com sal...</i></p> <p><i>E15: Normalmente, há uns que dizem que usam álcool. Mas a mim não usa álcool, em nenhum momento nós usamos o álcool, nós simplesmente usamos o fogo, neste caso a brasa, carvão, com óleo de palma e sal fino.</i></p> <p><i>E16: Só mesmo que põem água com sal.. Só sal, água com sal.</i></p> <p><i>E17: Não, segui mesmo o conselho da médica...Ah, me falaram só que tem que meter, assim óleo, azeite... até o umbigo cair.ET: Para além do álcool, ouviu foi falar de óleo, azeite ou sal? E17: Sim, o sal, com um pouco de óleo.</i></p> <p><i>E18: O cordão, como já caiu, só uso o algodão e ponho o álcool...Apertava o cordão, ao lado, com um pouco de álcool e sal.</i></p> <p><i>E19: Hum, hum. Para cuidar do cordão, põem sal, essencialmente sal... É mesmo só sal. Tira a fralda e depois limpa o umbigo com álcool. Limpo o cordão e uso o sal.</i></p> <p><i>E21: A minha mãe me disse foi sal. Sal e óleo de palma. ET: E são essas as práticas que tem feito? E21: Sim!</i></p>	27

E22: *Sim! Mas que eu ouvi da doutora foi só limpar com álcool. Já fiz, já caiu também. Já está curada.ET: Mas o que é que ouviu, para além do álcool, então? Fora daqui. E22: Hum... tipo óleo com sal.*

E23: *Bom... eu só fiz o que eu aprendi aqui no centro de saúde...Mas o que eu já ouvi é que colocam sal. ET: E quais são as práticas então tradicionais que a mãe fez? E23: É mesmo o álcool.*

E24: *Tipo... não sei se é tradicional, meter sal no umbigo do bebé, com óleo.*

E25: *Sim, do sal. ET: Colocavam lá o sal no cordão...Mas quando punha sal nos meus filhos era mais rápido.*

E27: *Olhe, ontem mesmo, acabei de ouvir uma vizinha que coloca sal. Tradicionais eu não utilizo. Só álcool.*

E28: *Põe álcool...Fala de sal, de cuspo, bué de coisa anda a falá...escolhe-se um.*

E29: *Pronto, nos meus bebés, é só mesmo pegar o algodão e o álcool, só, limpando...Mas já ouvi também a dizerem, anteriormente, faziam com... como é que é então... limpavam com sal, não sei quê, coisas tradicionais. Já houve... [risos].*

E30: *É só óleo de palma e o sal, só...Nos primeiros -, a senhora começou a fazer como os profissionais disseram?E30: Sim, mas depois a mãe disse: não, assim vai demorar muito.*

E31: *...mas em casa disseram que tem de pôr óleo com sal... Eu fiz com óleo e sal e depois uso a ampicilina para...*

E32: *Dizem que tem de meter sal... Tira, pega o cotonete... Molha no azeite, que já tem lá sal, começa a meter assim no umbigo.*

E34: *Sim, álcool e um pouco de sal.*

E35: *Não faço nada. Meto sal...de cada vez que eu troco as fraldas, eu curo o umbigo..meto sal. Limpo com álcool.*

**APÊNDICE XXVII - UNIDADES DE CONTEXTO, APOIO RECEBIDO NOS  
CUIDADOS AO COTO UMBILICAL**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de registo
<b>Apoio recebido nos cuidados ao coto umbilical</b>	<p><i>E3: Sim, eu assistia a colocarem só. A minha tia pegava o álcool, molhava o algodão...Era a tia que fazia. Molhava o algodão e ficava a fazer massagem em cima do umbigo.</i></p> <p><i>ET: E isto depois do banho é a avó que faz, certo? E5: Sim! ET: E a mãe já fez alguma vez? E5: Sim, já! ET: Em que alturas? Depois, à tarde, é a mãe que faz? E5: Sim!</i></p> <p><i>ET: Em casa, quem é que é a principal cuidadora ou cuidador do bebé?E9: A minha avó. ET: E para além dela, tem mais alguém?E9: Sim, a minha irmã. ET:E de que forma é que elas ajudam? Quais são os cuidados que elas fazem? E9: Dar banho ao bebé, porque eu não consigo, é pequena. Curar o umbigo. Endireitar a cabeça...Aprendi a apertar o umbigo.</i></p> <p><i>ET: E de que forma é que a tia e a avó ajudam nos cuidados ao bebé? O que é que elas fazem? E10: Ajudam a lavar, a pegar no bebé. A mamã ajuda a cuidar do umbigo do bebé e ela é que dá banho no bebé.</i></p> <p><i>ET: E sua mãe, a avó materna, que é a principal cuidadora... E11: Sim! Dá o banho a ele de manhã, vê como ele está, vê o umbigo dele, o estado dele... ET: Com as outras meninas, não foi a senhora que tratou. E11: Também não, foi com a avó. A avó é que ensinou mesmo. A experiência do primeiro bebé...Hoje, o banho foi o primeiro. Até ao umbigo cair, nos primeiros dias, era a avó que cuidava dele.</i></p> <p><i>ET: Já lhe deu o primeiro banho? E12: Não, foi a minha mãe. ET: Ainda não deu banho?! E12: Eu sinto medo por causa do umbigo. Tanto eu como o meu esposo.</i></p> <p><i>ET: Em casa, quem é que é o principal ou a principal cuidadora do bebé?E15: Ah, tem sido a minha cunhada. ET:E para além da cunhada, tem mais alguém que lhe ajuda nos cuidados?E15: Tenho, sim, a mãe dela. ET: E de que forma é que elas ajudam nos cuidados ao bebé? E15: Elas dão banho no bebé. Foram elas que cuidaram do umbigo até cair. Dão orientações como é que é. E15: Aprendi a curar o umbigo, que agora eu tento já fazer. E já aprendi também a dar banho ao bebé.</i></p> <p><i>ET: De que forma é que são feitos... é que a sua mãe ajuda nos cuidados? E o cuidado ao cordão umbilical... E16: Foi ela...Não, não foi a mamã, foi a avó, a mãe da mamã. ET: A bisavó é que fez os cuidados ao cordão? E16: Sim!</i></p> <p><i>ET:E tem alguém que a ajuda nos cuidados ao bebé?E18: Sim!...A minha sogra, a minha mãe, e o pai. ET: Sogra e a mãe... e de que forma é que eles ajudam? ET: E os cuidados ao cordão... ao coto? E18: Também.</i></p> <p><i>ET: Quem é que a orienta para fazer os cuidados?E19: A minha mãe.ET: Não é a mamã que faz? E19: Não!... É a minha mãe que faz.</i></p> <p><i>ET: A sua mãe. E de que forma é que ela ajuda, o que é que ela faz? E20: Dá banho no bebé. Quando estou ocupada, fica com ele... ET: Os cuidados ao cordão umbilical, quem faz? E20: A mãe.</i></p>	17

*ET: E os cuidados ao umbigo? E24: Ainda não, ainda estou com muito medo. ET: Quem faz é a sua mãe e a sua irmã? E24: Sim!*

*ET: Sim, em sua casa. Quem é que é o principal cuidador do bebé?E26: Mamã.ET: A sua mãe?E26: Sim! ET: E tem ajuda de mais alguém para além da avó materna nos cuidados ao bebé? E26: A tia.ET: A tia e a avó materna. De que forma é que elas ajudam? E26: A dar-lhe banho...Cuidar das feridas, do umbigo.*

*E30: Nos primeiros dias, cheguei a fazer isso, mas depois que a mãe chegou, mudou... ET: Ah, então, no início, a senhora começou a fazer como os profissionais disseram... E30: Sim, mas só que depois a mãe disse: não, assim vai demorar muito. E, depois, estava com dores tortas e foi a minha mãe que começou a cuidar.*

*ET:E tem ajuda de alguém?E38: Tenho ajuda de uma vizinha.ET: E como é que ela ajuda, o que é que ela faz ao bebé para ajudar? E38: Às vezes, dá banho no bebé, ensina como é que tem de se lavar bem o bebé, a cuidar bem do bebé. ET: Então, já aprendeu alguma coisa com essa ajuda, não é? E38: Sim, já aprendi com essa ajuda, sim.ET: E a aprendeu mais o quê? E38: A cuidar do umbigo dele.*

*ET: E de que forma é que a sua mãe ajudou nos cuidados ao bebé, o que é que ela faz? E39: Ela é que lhe dá banho, fica com ela... nos momentos que ela chora muito quando está a aquecer, ela pega ela... ET: E a senhora, aprendeu alguma coisa com a sua mãe nos cuidados ao bebé?E39: E apertar o coiso, o umbigo, que é para não...*

*ET: E de que forma é que a sua mãe ajuda nos cuidados ao bebé? E40: A dar-lhe banho, ajuda-lhe a curar o umbigo... já caiu.ET: A senhora fez ao umbigo? E40:Quem está a fazer é a minha avó. ET: A avó mastiga as folhas? E40: Sim, sim.*

**APÊNDICE XXVIII - UNIDADES DE CONTEXTO, AJUDA FINANCEIRA**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Ajuda financeira</b>	<p><i>ET: E já disse que o pai ajuda, apesar de estar longe, não é? Neste momento, não ajuda propriamente nos cuidados, ajuda mais financeiramente, é isso? E3: Sim, sim, financeiramente.</i></p> <p><i>E4: Ele está sempre com ele. Vem-lhe ver. Traz algumas coisas para ele. Pega também ele.</i></p> <p><i>ET: E ele ajuda de outra forma? Para além dos cuidados, há outra forma que ele ajude? E6: Financeiramente...</i></p> <p><i>ET: O pai Ajuda?! E de que forma é que ela ajuda. E9: Ajuda a comprar as coisas, bens materiais...</i></p> <p><i>ET: E a nível financeiro... E11: Também ajuda, sim.</i></p> <p><i>ET: E o pai ajuda... faz outro tipo de ajuda ou financeira ou outro tipo de ajuda? E12: Dá apoio financeiro, sim.</i></p> <p><i>ET: E para além desta ajuda nos cuidados, não é, ajuda também financeiramente? E13: Sim!</i></p> <p><i>ET: Ele ajuda nos cuidados ao bebé? E14: Ajuda...Dá sustento...Financeiro, sim.</i></p> <p><i>E15: Ajuda, sim. Do bocado que pode, ajuda. ET:Então, ajuda financeiramente, mas nos cuidados mesmo é que não, é isso? E15: Sim!</i></p> <p><i>ET: E o pai ajuda nos cuidados ao bebé? E16: Ajuda.ET: E a nível financeiro, ele ajuda? E16: Sim, ajuda.</i></p> <p><i>ET: E o pai ajuda nos cuidados ao bebé? E17: Ajuda um pouco. Só se quero pedir alguma coisa, aí fica a ver e dá.ET: Mas está a falar de ajuda financeira, é isso?E17: Sim!</i></p> <p><i>ET: Mais algum outro tipo de ajuda, financeira?E18: Também ajuda financeira.</i></p> <p><i>E19: Sim! Talvez falta de alguma coisa, ou se falta alguma coisa em casa, vem trazer...financeira!</i></p> <p><i>ET: O pai ajuda nos cuidados ao bebé? E20: Sim! ET: E de que forma é que ele ajuda? E20: Ele... ajuda nos bens materiais.</i></p> <p><i>ET: Para além destes cuidados físicos e práticos, ajuda de outro tipo de forma? Financeira ou de outra forma? E22: Sim, sim.</i></p> <p><i>ET: E financeiramente ou de outra forma, também ajuda? E23: Ajuda mesmo... Muito.</i></p>	31

E24: *Compra coisas para ele. ET: Ajuda de forma financeira? E24: Sim, muito.*

ET: *Como disse há pouco, ele ajuda, não é, nos cuidados... mais algum tipo de ajuda? E25: Dá ajuda financeira.*

ET: *E de que forma é que ela ajuda, o que é que ele faz? E26: Ajuda nas coisas que são necessárias. ET: Financeiras, é isso? E26: Sim!*

ET: *E para além dos cuidados práticos..., ele ajuda de outra forma? E27: Sim! ET: De que forma? E27: As compras...*

ET: *E o pai da criança costuma ajudar nos cuidados ao bebé? E28: Sim! ET: Que tipo de ajuda ou de que forma é que ele ajuda? E28: Ajuda na saúde, para comer...*

ET: *E outro tipo de ajuda, por exemplo, financeira ou outro tipo de... dá? E29: Graças a Deus, dá.*

ET: *E ajuda de outra forma? E30: Financeira ajuda. Hum, hum.*

ET: *E financeiramente, ele ajuda? E31: Graças a Deus, ajuda, sim.*

ET: *E o papá ajuda nos cuidados ao bebé? E32: Sim, ajuda. ET: E de que forma, que tipo de cuidados é que ele faz ao bebé? E32: Ele trabalha... por exemplo, no hospital... só mesmo na parte financeira com alguma coisa.*

ET: *E a financeira, ajuda financeira, ele dá? E33: Ajuda.*

ET: *E financeiramente, ele ajuda? E34: Ajuda, sim.*

ET: *E financeiramente, ele ajuda? E36: Ajuda!*

ET: *E financeiramente, ele ajuda? E38: Sim, ajuda.*

ET: *E a ajuda financeira, ele dá? E39: Dá, sim.*

ET: *E financeiramente, ele ajuda? E40: Sim, ajuda, sim.*

**APÊNDICE XXIX- UNIDADES DE CONTEXTO, AJUDA NOS CUIDADOS AO  
RECÉM-NASCIDO.**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
Ajuda nos cuidados	<p><i>ET: E, para além da mãe, tem mais alguém que a ajude em casa, nos cuidados ao bebé? E1: Tem a minha sobrinha e o meu esposo também... Geralmente, enquanto... por exemplo, este é um bebé que dorme, não dá trabalho. É mais de noite. Porque os bebés de noite mesmo não dormem. Às vezes, mesmo, a mãe já está mais cansadinha, o pai dele vem, também segura... Quem deu banho ao bebé é a minha comadre.</i></p> <p><i>E3: Tenho da minha tia... Ela faz de tudo, quase tudo. Tipo, tudo o que há para fazer, ela é que faz.</i></p> <p><i>E4: Ela me ajuda muito. ET: A avó neste caso, não é? A avó materna. E4: Hum, hum... O banho... ver o que é que ele tem, preparar o banhinho. Me apoia, sim. Quando está a chorar, por exemplo, quando tem dor de barriga... Dar banho nele. Ver a temperatura quando está doente... O pai está sempre com ele. Vem-lhe ver. Traz algumas coisas para ele. Pega também ele.</i></p> <p><i>ET: A sua mãe. E de que forma é que ela ajuda? E5: Pronto, ajuda no banho do bebé. Lava a roupa.</i></p> <p><i>ET: De que forma é que a avó materna ajuda, o que é que ela faz? E6: Dá banho, veste a bebé... às noites, quando ela não dorme, a chorar, ela é quem cuida, mais com ela do que comigo, passa a noite a brincar. ET: De que forma é que ele (pai) ajuda? E6: Pega nela, troca a fralda quando está molhada... Ajuda-me a fazer alguma coisa.</i></p> <p><i>E7: A pegar no bebé, a tomar um banho, a esfregar o bebé, a arrumar a roupinha do bebé, a passar a ferro... a minha sogra, a minha mãe, o meu esposo também troca a fralda à noite... quando estou com muito sono.</i></p> <p><i>E8: Das minhas irmãs e do próprio pai... Ah, principalmente à noite. Daquela hora, como tem a mania de acordar às duas ou numa hora, aquela hora a pessoa está cheia de sono ele fica aí a fazer calar. A pessoa dorme um pouco. Depois, quando estiver a chorar, me acorda para dar de mamar, para lhe por a dormir, aquelas ajuda, tipo ajudar nos serviços domésticos também.</i></p> <p><i>ET: Em casa, quem é que é a principal cuidadora ou cuidador do bebé? E9: A minha avó. ET: E para além dela, tem mais alguém? E9: Sim, a minha irmã... Dar banho ao bebé, porque eu não consigo, é pequena. Curar o umbigo. Endireitar a cabeça e o nariz... É pegar brasa no fogo, meter o azeite na mão, passar na brasa e depois começa a endireitar. ET: E de que forma é que ele (pai) ajuda. E9: Ajuda a comprar as coisas, bens materiais... dá carinho, ajuda a cuidar do bebé, ajuda às vezes de noite, quando o bebé chateia muito. Ele tem que trabalhar, ela pega duas horas, dorme às vezes também...</i></p> <p><i>ET: Em casa, quem é que é o principal cuidador ou cuidadora do bebé? E10: A mamã. ET: Para além da avó materna, tem mais alguém que lhe ajuda nos cuidados? E10: A minha tia... Ajudam a lavar, a pegar no bebé. A mamã ajuda a cuidar do umbigo do bebé e ela é que dá banho no bebé.</i></p>	37

ET: E em casa quem é o principal cuidador ou cuidadora do bebé? E11: É a minha mãe. ET: E, para além da mãe, tem mais alguém que lhe ajuda nos cuidados ao bebé? E11: Tem, as minhas sobrinhas e as minhas cunhadas... Por exemplo, uma delas, a mais velha, cuida da roupa do bebé, lava. Engoma. A outra vem pegar no bebé. Noutros momentos, quando estou mesmo ocupada, ela vem cuidar do bebé. Sim. ET: E sua mãe, a avó materna, que é a principal cuidadora... E11: Sim! Dá o banho a ele de manhã, vê como ele está, vê o umbigo dele, o estado dele...

E12: De uma irmã e do meu esposo. Por exemplo, eu não posso ainda fazer movimentos muito esforçados. Então, aqueles mais levezinhos ficam para mim. ET: E no bebé mesmo, fazem algum cuidado? E12: Não! Só pegar mesmo, às vezes, quando está a chorar.

E13: A mãe, de momento, é quem dá banho no bebé, que faz praticamente tudo pelo bebé, não é?... Eu simplesmente amamento, e por vezes, ajudo mesmo a pegar, quando o bebé está assim chato.

ET: E de que forma é que a mãe e a irmã mais velha ajudam, que tipo de cuidados, o que é que elas fazem? E14: Cuidam do bebé, dão-lhe banho, tratam bem... Elas só dão banho, tratam dele e me entregam, para dar de mamar. ET: Ele (o pai) ajuda nos cuidados ao bebé? E14: Ajuda. A pegar...

ET: Em casa, quem é que é o principal ou a principal cuidadora do bebé? E15: Ah, tem sido a minha cunhada e a mãe dela... Elas dão banho no bebé... Foram elas que cuidaram do umbigo até cair... Dão orientações como é que é.

ET: De que forma ... é que a sua mãe ajuda nos cuidados? E16: Quando o bebé chora muito, quando a fralda está molhada... Dá banho. ET: E o pai ajuda nos cuidados ao bebé? E16: Ajuda... Brincando com ele mesmo... Trocar fraldas.

ET: Sogra e a mãe... e de que forma é que eles ajudam? E18: Ajudam a pegar a criança, porque de momento é mesmo só pegar, quem tem de amamentar sou eu. Cuidar da higiene também... e os cuidados ao cordão... também. ET: De que forma é que ajuda (o pai)? E18: Ajuda só mesmo a pegar.

E19: A mãe me ajuda a dar banho no bebé, a cuidar do bebé, saber como é que se deve tratar do bebé... Dar banho também na própria mãe... ET: E o pai no cuidado específico ao bebé, fralda, o banho, alguma coisa? E19: Mudar de fralda.

E20: Sim! A minha mãe... Dá banho no bebé. Quando estou ocupada, fica com ele... Quando estou assim muito apertada, ela ajuda a controlar o bebé, a segurar.

E21: A minha mãe.. A minha irmã... Elas ajudam a lhe dar banho... Me ajudam a tomar conta dele... Desta forma assim.

E22: Às vezes, eu estou a fazer o leite, a bebé está a chorar, ele (pai) tem de... Se eu estiver a dar banho na outra maninha, ele tem de ficar ali a cuidar. ET: A cuidar. E22: Sim!

E23: Do pai. Quando ele chora, ele ajuda. Pega no bebé. [risos]... Troca a fralda.

ET: Em casa, quem é que é o principal responsável pelos cuidados ao recém-nascido? E24: A minha mãe. ET: Para além da avó materna, tem mais alguém que a ajuda nos cuidados? E24: Sim, a minha irmã mais velha... Lavar a roupa do bebé. Por vezes, quando estou ocupada, ela pega o bebé... E, de momento, é só. Na alimentação também. Quando assim não me estou a sentir bem, ela faz qualquer coisa para eu comer... A medicação da bebé também. ET: E o pai da criança ajuda

nos cuidados ao bebé? E24: Sim, ajuda...está sempre presente. Deixa lá ver... Já pegou, também já comprou fralda. Compra coisas para ele.

ET: Quem é que presta os cuidados?E25: Eu mesma.ET: E tem apoio ou tem ajuda de mais alguém nos cuidados ao bebé? E25: O meu marido...De noite, quando ele está a chorar tanto, ele acorda, ajuda a pegar no bebé, ajuda a trocar a fralda...Tem apoiado.

ET: Quem é que é o principal cuidador do bebé? E26: Mamã.ET: A avó materna então. E tem ajuda de mais alguém para além da avó materna nos cuidados ao bebé? E26: A tia... A dar-lhe banho...Cuidar das feridas, do umbigo. ET: E cuidados ao bebé? Faz alguma coisa?(o pai)?E26: Não! [risos]

ET:Em casa, quem é que é o principal cuidador ou cuidadora do bebé? E27: Por enquanto, eu e a minha mãe. Ajuda a dar banho, veste. Nana...

ET: E o pai, ajuda nos cuidados ao bebé? E29: Pega um bocadinho... às vezes, também trocar a fralda, ele ajuda.

E30: O meu marido, o meu pai, a minha mãe, ajudam sempre... Ajudam em muitas coisas, ajudam de manhã cedo a preparar o bebé, a lhe dar o banho, essas coisas, ajudam...A roupa dele para lavar... sim, eu não posso fazer muito esforço, eles é que fazem quase tudo..quando eu vou banhar é ele quem pega o bebé, quem cuida. Se eu estiver um pouco ocupada, é ele quem vai cuidar do meu bebé mesmo.

ET: Para além da mãe, tem ajuda ou apoio nos cuidados?E31: Sim, do pai e da irmã também...Enquanto eu estiver a me alimentar, se ele estiver a chorar, eles pegam. E quando vou à casa de banho também, fazer a higiene, também...ET: Que tipo de ajuda (o pai)? E31: Quando o bebé acorda, nas madrugadas, e estou com muito sono, ele pega no bebé..

ET: Em casa, quem é que é o principal ou a principal cuidadora dos cuidados ao bebé?E32: A minha mãe.ET: E para além da avó materna, tem mais alguém que a ajuda?E32: O meu marido...Quando precisamos de algo para ela, ela compra. Quando ela está doente, ela leva ao hospital...ET: ,...e naqueles cuidados, por exemplo, o banho, a fralda... faz algum tipo de cuidados deste género, a sua mãe?E32: Isso já é eu que faço.

E33: Sim, tem a minha sogra. Ela me ajuda a dar banho no bebé.. Quando chora de noite, ela acorda, está a cuidar dele também. E também cuida de mim...Troca a fralda só. ET: Mas o cordão é a senhora que trata? E33: Ela também trata, sim! ET: Que tipo de ajuda é que ele (pai) faz ou dá? E33: À noite, quando ele chora, ele também levanta para poder cuidar nós dois do bebé.

E34: Tenho da minha sobrinha.Se naquele momento eu quero lavar, e o bebé acorda, ela fica com o bebé dentro de casa, para lhe fazer calar, se ele estiver a chorar...Se o bebé estiver dormindo, ajuda a lavar loiça e a limpar chão, sim. ET: E o que é que ele (pai) faz? E34: Se naquele momento eu tenho muito sono e o bebé acordar, ele troca a fralda...Também faz leite, porque ele toma biberon e...

ET: O pai. E de forma é que ele ajuda, o pai? E35: Ah, ele diz que é para pegar no bebé tens de lavar as mãos...E dá o biberon na hora...Que ninguém pode pegar ainda nela. [risos]...não deixa.

ET: E as duas irmãs... mas quem ajuda mais é a sogra, é isso? De que forma é que ela ajuda? E36: Dá a mão ao bebé, pega no bebé quando está a chorar, me ajuda de noite...Carreta água também em casa, às vezes quando não está a sair,

cozinha...A pegar. Quando está a chorar e eu estou a tomar banho ou então a fazer algo assim...o banho, ele não lhe dá. Pega também fralda.

E37: Sim, tenho. A minha irmã...Ah, é só dar o banho... De momento, ainda não tenho como lhe dar banho. Quando estou a dormir, pega...

ET: Da vizinha. O que é que ela faz ao bebé para ajudar? E38: Às vezes, dá banho no bebé, ensina como é que tem de se lavar bem o bebé, a cuidar bem do bebé. ET: De que forma é que ele(pai) ajuda, o que é que ele faz? E38: Ajuda a ficar com o bebé...Tudo o que eu preciso do bebé, ele apoia...não, banho ainda não, porque ele tem medo também, porque o bebé ainda é pequenino. Mas ele ajuda...Troca a fralda.

ET: E de que forma é que a sua mãe ajudou nos cuidados ao bebé? E39: Ela é que lhe dá banho, fica com ela... nos momentos que ela chora muito quando está a aquecer, ela pega ela...ET: E ele (pai) ajuda nos cuidados ao bebé? E39: Ajuda...assim, quando ele vem, pega ele.

ET: E de que forma é que a sua mãe ajuda nos cuidados ao bebé? E40: A dar-lhe banho, ajuda-lhe a curar o umbigo... já caiu...E a lavar as fraldinhas dela. ET: O que é que ele (pai) faz? E40: Ah, recém-nascido, carrega ele, põe no colo...Brinca com ele, assim...

**APÊNDICE XXX - UNIDADES DE CONTEXTO, APRENDIZAGEM**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
Aprendizagem	<p><i>E3: Muita coisa...Já aprendi muita coisa...Tipo mesmo... o que eu aprendi, o que eu não sabia é apertar o umbigo. A endireitar também a cabeça do bebé. Dar banho em melhores condições. Essas coisas eu não sabia diretamente.</i></p> <p><i>E4: Dar banho nele. Ver a temperatura quando está doente. E dar chucha na minha mão, entende?</i></p> <p><i>ET: Diz que ela dá banho ao bebé, que leva a roupa... a senhora aprendeu a dar banho, é isso? E5: Aprendi... Sim!.</i></p> <p><i>E6: Os banhos a recém-nascido, já estou a aprender. Como cuidar do umbigo do bebé. Como pegá-lo em condições.</i></p> <p><i>E7:Sim, na realidade tradicional há bebés que nascem com mais cólicas e, no caso dele, está a sair leite da mama. E a minha sogra diz que faz emagrecer, então, tem que pôr cinza...nos mamilos do bebé, apertar, que é para aquele leite sair, senão faz emagrecer o bebé.</i></p> <p><i>E10: Já!...Aprendi a lavar a bebé. Já aprendi como amamentar o bebé. E como cuidar do umbigo do bebé. Senão, não sai bem. Não é? Como cuidar do umbigo do bebé.</i></p> <p><i>E11: Aprendi. Aprendi no primeiro parto muita coisa mesmo, não tinha experiência de ser mãe. Foi-me ensinando. Mesmo só hoje que eu dei banho a ele...Só hoje, sim. [risos]. ET: Também aprendeu a cuidar do umbigo com a mãe? E11: Sim, aprendi.</i></p> <p><i>E13: Sim, já aprendi a cuidar do umbigo do bebé. Aprendi a dar banho no bebé também.</i></p> <p><i>E14: Aprendi quando estamos a segurar o bebé, dar a mão ao bebé, cuidar bem, dar banho, aprendi a soprar na orelha, que é para não entrar água...Aprendi também... porque eu já me tinha esquecido de algumas coisas... segurar novamente, o jeito de dar de mamar, essas coisas todas.</i></p> <p><i>E15: Aprendi a curar o umbigo, que agora eu tento já fazer. E já aprendi também a dar banho ao bebé.</i></p> <p><i>E18: Estou a aprender! A cuidar do umbigo... É a limpeza mesmo.</i></p> <p><i>E19: Sim!...A dar banho ao bebé. Fazer limpeza no umbigo. E banhar a mim própria.</i></p> <p><i>E20: Sim?! Já aprendi como dar banho...A cuidar dele quando... às vezes, quando está a chorar, talvez não só queira mamar, talvez a fralda esteja suja...Verificar sempre.</i></p> <p><i>E21: E aprendi a já lhe dar o banho, a lhe segurar em condições. Assim.</i></p> <p><i>E24: Como pegar devidamente no bebé... Dar banho.</i></p>	27

E26: *Sim, a cuidar do bebé. Aprender a lhe dar banho.*

ET: *E a senhora aprendeu alguma coisa com esta ajuda da sua mãe, em relação aos cuidados ao bebé?* E27: *Tudo!*

E30: *Como se dá banho no bebé, cuidar dele, cuidar da roupa dele, como é que tem de ser os cuidados com a roupa dele, porque tem de ser mesmo muita.*

E32: *Sim! A dar banho a ele, de manhã, de tarde. A cuidar muito bem da bebé.*

E33: *Também já sei dar o banho ao bebé recém-nascido. Apesar de ser delicado, já lhe consigo dar banho.* ET: *Então, já aprendeu a cuidar do cordão e já aprendeu o banho, certo?* E33: *Sim!*

E35: *Sim, ele (progenitor) dá conselho. Por exemplo, ao dar o biberon ao bebé, ele diz que a água ferve. Depois, tem de esfriar um pouco. Só assim é que você deve fazer o leite do bebé, para não perder aquela força.*

E36: *Aprendi a lhe calar, a lhe pegar. A me acostumar com ela.*

E37: *Aprendi a dar banho devidamente, quando está... a lhe dar banho, mexe, nos ouvidos... quando a água entra nos ouvidos, deve-se soprar para não ter coisa, e lavar mesmo em condições.*

E38: *Sim, já aprendi com essa ajuda, sim... a dar banho.*

E39: *Sim!... Como é que se deve dar o banho, vestir ela...*

E40: *Sim, sim, aprendi. Aprendi a dar-lhe banho.*

**APÊNDICE XXXI - UNIDADES DE CONTEXTO, DÚVIDAS**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Dúvidas</b>	<p><i>E1: É assim: acho que, depois de a gente ser mãe, ficar três ou quatro anos, tem sempre aquela dificuldadezinha, mesmo às vezes a segurar o bebé, tu estás sempre com medozinho. Mas o meu maior medo é mais dar banho. Os primeiros banhos. Porque eu fico sempre a tremer e eu cheguei... são coisas muito sensíveis. O bebé é muito sensível. São mais essas coisinhas. Senão, de resto....Quem deu banho ao bebé é a minha comadre.</i></p> <p><i>E2: A minha dúvida só está na base da alimentação do bebé. Como é que eu vou alimentar o bebé, com quantos meses, se já pode comer, daqui a quantos meses... Especialmente o leite. Só leite, é o que eu quero saber. E também a minha dúvida está com base na chupeta. Será que posso já dar a chupeta ao bebé, é aconselhável... eu quero saber isso. ET: Já chegou a falar com algum profissional a perguntar essas coisas? E2: Não!</i></p> <p><i>E10: As dúvidas que eu tenho é porque é que o bebé está a ter este problema de coiso, de pelação. ET: E já colocou esta questão a algum profissional? E10: Não! Aqui dentro de três meses, vou tentar saber. ET: Mas teve consulta do recém-nascido. Não perguntou aí ao técnico? E10: Não, não perguntei.</i></p> <p><i>E12: Sim, por exemplo, ele tem seis... uns diz pôe pó, outros dizem para não pôr pó, porque assim o umbigo não cai...ET: Teve consulta já, no puerpério, já questionou o enfermeiro? E12:...perguntei aqui à enfermeira e disse para não colocar nada porque pode ficar engripado, pode ser um pó alérgico.</i></p> <p><i>E15: Eu tenho. Em relação às horas de amamentar. ET: Já questionou os profissionais sobre este horário? E15: Já, sim. Mas cada um dá uma resposta diferente. ET: Não ficou esclarecida. E15: Não!</i></p> <p><i>E31: A minha principal dificuldade... eu quero saber se o bebé pode beber água depois de quantos meses, sim...Se ele deve usar pó, água de colónia, essas coisas de bebé.</i></p>	6

**APÊNDICE XXXII - UNIDADES DE CONTEXTO, INFORMAÇÃO DIFERENTE  
TRANSMITIDA PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE.**

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Orientação do profissional de saúde</b>	<b>Informação diferente transmitida pelo profissional de saúde</b>	<p><i>E1: Tenho de lavar, desinfetar com álcool e também lavar mesmo o seio. Agora, se for a chegar do trabalho, antes de amamentar, tenho de tomar um banho mesmo...E aí o leite fica muito concentrado e, consoante o banho, os movimentos, ele já vai diminuindo. Porque dando assim também provoca disenteria. ET:E quando faz o leite artificial, que tipo de água usa? E1: Água pura. Engarrafada...fervendo durante cinco minutos, arrefecendo para a temperatura do leite materno... Primeiro, tinha de ligar ao meu cunhado, que é doutor. E também a minha chefe, conversei com ela. E também mesmo aqui no hospital, também tenho amigas que trabalham aqui.</i></p> <p><i>E2: Sim, no caso de... como pegar na chucha para dar ao bebé.</i></p> <p><i>E11: Sim, foi diferente. No caso da amamentação, eu pegava assim. Não, eu pegava assim...Mas elas disseram para fazer assim.</i></p> <p><i>E13: Hum... foi só a forma de amamentar...Pá, com a minha cultura até não, só que de uma vez passada me ensinaram de uma forma diferente...Só que dessa vez também inovaram, disseram que era inovação.</i></p> <p><i>E33: Pá, falaram-me algumas coisas sobre as vacinas, porque, antes de eu ter esse bebé, eu só sabia que quando se faz vacina, quando o bebé faz vacina, não pode tomar banho...Senão, faz febre ou inflama, mas hoje me esclareceram que não. Pode tomar banho normalmente. Se o bebé estiver a chorar ou a fazer febre, não é por causa das vacinas. Pode ser que já tenha alguma coisa. Então, tem de levar na unidade de saúde, sim.</i></p> <p><i>E35: ... dizem que não pode meter o bebé de cabeça para cima, tem de meter o bebé de lado... que eles podem engasgar-se.</i></p> <p><i>E38: Sim, eles deram informação diferente, de que tem de levar o bebé à vacina, que faltava vacinas, tem de levar todas as vacinas. Que é importante para o bebé, para manter o bebé de saúde.</i></p> <p><i>E40: Sim, sim, foi. A informação nova é que não se pode dar banho a criança com água fria, logo de primeira. Tem de ser com água morna. Nós, lá na província, não é necessário essa coisa aí, de dar banho com água morna, é mesmo... Essa foi assim uma nova informação...</i></p>	8

**APÊNDICE XXXIII - UNIDADES DE CONTEXTO, CUIDADOS BASEADOS NO  
PROFISSIONAL DE SAÚDE**

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Orientação do profissional de saúde</b>	<b>Cuidados baseados no profissional de saúde</b>	<p><i>E2: É de profissionais de saúde.</i></p> <p><i>E6: Profissionais. Parteiras, praticamente.</i></p> <p><i>E7: Profissionais de saúde. As parteiras.</i></p> <p><i>E10: Sim! De quem fez o parto. ET: A parteira? E10: Hum, hum.</i></p> <p><i>E12: Além da enfermeira, tem vezes que técnicos também.</i></p> <p><i>E28: Orientação mesmo daqui. Das profissionais... Enfermagem, médico... técnico... todos.</i></p> <p><i>E29: Profissionais de saúde... Ah, geralmente, os médicos também, as parteiras também orientam alguma coisa... sim.</i></p> <p><i>E30: Pelos profissionais de saúde, a minha mãe e o meu pai... Vai depender da ocasião. De quem eu encontrar para essa informação.</i></p> <p><i>E33: Os médicos. Depois, vem a família.</i></p> <p><i>E35: Profissionais de saúde. A enfermeira.</i></p> <p><i>E37: ...dos médicos.</i></p> <p><i>E39: Dos médicos.</i></p>	12

**APÊNDICE XXXIV - UNIDADES DE CONTEXTO, VACINAS EM FALTA**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Vacinas em falta</b>	<p><i>E2: Não. Só saindo daqui... vou a outro centro, que é para pegar a vacina. Fez duas, falta uma. ET: O BCG? E2: Sim! Porque no dia em que deram as outras vacinas, essas não tinham...Mandaram procurar outro Centro que tivesse, para que apanhasse.</i></p> <p><i>ET: Falta a vacina da BCG, é isso? E3: Sim! ET: Porque não tinha na unidade, é? E3: Sim, não tinha.</i></p> <p><i>E4: Apanhou. Mesmo aqui....a outra mandaram apanhar. Vai apanhar noutra hospital. ET: Mas não fez aqui porquê? E4: Aqui não tinha. ET: Sabe qual é a vacina que falta? E4: A BCG, do braço esquerdo.</i></p> <p><i>ET: Já tem o cartão, já fez as vacinas... E24: Fez uma. ET: Não lhe disseram nada em relação a isso? E24: Não!</i></p> <p><i>ET: Não sabe se fizeram vacinas quando nasceu na maternidade? E26: Não, não sei.</i></p> <p><i>E37: A bebé ainda não fez. Só está há três dias... Só tem três dias.</i></p>	6

**APÊNDICE XXXV - UNIDADES DE CONTEXTO, ALIMENTAÇÃO**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Alimentação</b>	<p><i>E1: Só o peito, mas também já estou dando leite. Tenho de lavar, desinfetar com álcool e também lavar mesmo o seio. Agora, se for a chegar do trabalho, antes de amamentar, tenho de tomar um banho mesmo. ET: E quando faz o leite artificial, que tipo de água usa? E1: Água pura. Engarrafada. Garrafa, sim. Pura... fervendo durante cinco minutos, arrefecendo para a temperatura do leite materno... Primeiro, tinha de ligar ao meu cunhado, que é doutor...E também mesmo aqui no hospital, também tenho amigas que trabalham aqui.</i></p> <p><i>ET: A mamã está a amamentar o bebé? E10: Estou! Mesmo só o meu leite.ET: E quando dá de mamar, tem o cuidado de lavar as mãos, sempre? E10: Sim!</i></p> <p><i>E2: Só o leite materno. ET: É?! Quando vai dar de mamar, costuma lavar as mãos antes? E2: Sim!</i></p> <p><i>ET: Para além do seu leite materno, está a dar algum tipo de leite artificial? E3: Não! ET: E costuma lavar as mãos antes de dar de mamar? E3: Eu tenho de estar limpa, eu própria, antes de tudo.</i></p> <p><i>ET: Para além do leite materno, o bebé está a ter também leite artificial? E4: Leite artificial. Lavo as mãos e esfrego o álcool. ET: E quando prepara o leite artificial, que tipo de água usa para preparar o leite? E4: Água fervida. ET: Quem é que a orientou para o tipo de leite a comprar? E4: A minha tia. Ela é enfermeira. Mandou-me comprar na farmácia... Tem que ferver, cinco minutos. Depois de ferver, tirar. Primeiro, lavar as mãos, depois pôr a ferver. Lavar bem, pôr num bom sítio. Depois, pôr água dentro para fazer o leite. O leite deve estar num lugar fresco e não... e seco.</i></p> <p><i>ET: Para além do leite materno, está a dar algum outro leite? E5: Não! ET: E tem o cuidado de lavar as mãos antes de amamentar? E5: Hum, hum.</i></p> <p><i>ET: Costuma lavar as mãos antes de dar de mamar? E6: Desinfeto. ET: Para além do leite materno, a bebé está a tomar outro leite? E6: Não! Só o leite materno.</i></p> <p><i>ET: Tem o cuidado de lavar as mãos antes de amamentar? E7: Tenho, sim. ET: E está a dar mais algum alimento, algum outro tipo de leite para além do seu? E7: Ainda não.</i></p> <p><i>ET: Para além do leite materno, está a dar mais algum alimento? E8: Não! ET: E tem o cuidado de lavar as mãos quando dá de mamar? E8: Sim, sim!</i></p> <p><i>E9: A mãe está a amamentar a bebé? E9: Sim? Sim!...Lavo as mãos e coloca álcool também. ET: Para além do leite materno, a bebé está a beber mais alguma coisa, algum outro tipo de leite? E9: Não!</i></p> <p><i>E11: Sim, estou a amamentar... Sim, sim, lavo as mãos. ET: E, para além do leite materno, está a comer ou a beber mais alguma coisa? E11: Não!</i></p>	40

E12: Dou leite materno, mas ele é muito relaxado...Tem que ir mexendo para ele acordar. Lavo as mãos. Em relação à chucha, já alguém me disse que eu não fosse lavar, porque aquele lixo que eu tiro não faz bem ao bebé, então...  
ET: E está-lhe a dar outro leite, outro alimento que não seja o seu? E12: Não!

ET: E quando vai dar de mamar, costuma lavar as mãos? E13: Nem sempre.  
ET: E para além do leite materno, o bebé está a comer ou a beber outro tipo de alimento ou outro tipo de leite? E13: Não!

ET: A mamã está a amamentar? E14: Sim, estou. Lavo as mãos. Para além do leite materno, está a fazer outro tipo de alimento ao bebé, outro tipo de leite ou de amamentação? E14: Não!

ET: E tem o cuidado de lavar sempre as mãos antes de amamentar? E15: Sim!  
ET: Leite... para além do leite materno, está a dar outro tipo de leite? E15: Não, só água.

ET: Tem o cuidado de lavar sempre as mãos, antes de dar de mamar? E16: Sim!  
ET: Para além do leite materno, ele está a beber outro tipo de leite ou outro tipo de alimento? E16: Não, só mesmo leite materno.

ET: E, para além do leite materno, o bebé está a beber outro tipo de leite? E17: Não!

E18: Estou a amamentar. Lavo e desinfeto. ET: Está a dar outro tipo de leite para além do leite materno? E18: Sim!! ET: E que tipo de água é que usa para preparar esse leite? E18: Água mineral. ET: Quem é que a orientou para comprar o leite? E18: A minha sogra mesmo...Depois de tomar o leite, eu deito o resto, lavo e fervero logo o biberon.

ET: E tem o cuidado de lavar sempre as mãos antes de amamentar? E19: Hum, hum. ET: Para além do leite materno, está a dar outro leite? E19: Não!

ET: E tem o cuidado de lavar as mãos sempre que dá de mamar? E20: Sim! ET: Para além do seu leite, ele está a beber ou a comer algum tipo de leite ou alimento? E20: Não!

ET: Costuma ter o cuidado de lavar as mãos antes de amamentar? E21: Sim!  
ET: E costuma dar outro tipo de alimento, outro tipo de leite, para além do seu? E21: Não!

ET: E tem o cuidado de lavar as mãos, quando dá de mamar? E22: Sim! ET: Para além do seu leite, ele está a comer ou a beber outro tipo de alimento? E22: Ainda não.

E23: Sim, tenho, e desinfetar também. ET: Para além do seu leite, leite materno, está a dar outro tipo de leite ao bebé? E23: Não, ainda não.

ET: E tem o cuidado de lavar as mãos, antes de dar de mamar? E24: Às vezes.  
ET: E para além do leite materno, está a dar outro tipo de leite? E24: Não!

ET: A mamã tem o cuidado de lavar as mãos antes de amamentar? E25: Sim, tenho. ET: E para além do seu leite, está a dar outro? E25: Dei no princípio, não estava a sair leite... Estava a chorar tanto. Tinha de comprar leite e dava-lhe. Agora, parei. Não estou a dar mais. ET: Outro tipo de alimento, para além do leite? E25: Não, não dou.

ET: E tem o cuidado de lavar as mãos antes de dar de mamar? E26: Sim! ET: Para além do seu leite, está a dar mais algum tipo de leite? E26: Não!

ET: A mamã tem o cuidado de lavar as mãos, antes de amamentar? E27: Muito cuidado. ET: Para além do leite materno, está a fazer algum leite artificial, o bebé? E27: Está! ET: E que tipo de água é que a mamã usa para preparar este leite? E27: Água mineral, engarrafada. ET: Quem é que a orientou para a compra do leite que está a dar à bebé? E27: Os profissionais de saúde. ET: E como faz a limpeza ou higiene do biberon? E27: Água e sabão neutro... fervida...água ferve e depois pomos.

ET: Tem cuidado de lavar as mãos, sempre que dá de mamar? E28: Sim, sim. ET: E, para além do seu leite, está a dar algum tipo de leite artificial? E28: Não!

ET: Tem o cuidado de lavar as mãos sempre, antes de amamentar? E29: Sim, lava-se as mãos, sim, antes de amamentar. Se tiver a comer, e ela acordou, então, tem de lavar as mãos, pegar num guardanapo, limpar e depois vou pegar numa fralda... para pegar na bebé, porque tenho de pegar sempre com um pano. Não se pode pegar na bebé... ET: E, para além do seu leite, está a dar algum tipo de leite artificial? E29: Não, de momento, ainda não.

ET: E tem o cuidado de lavar sempre as mãos antes de dar de mamar ao bebé? E30: Sim! ET: Para além do seu leite, está a dar outro tipo de leite? E30: Sim, estou. ET: Que tipo de água usa para preparar esse leite artificial? E30: Água morna...Engarrafada. ET: Quem é que a orientou? E30: A minha mãe. No primeiro dia, o peito estava vazio...Então, a bebé estava a chorar muito e então fomos comprar o leite para dar. ET: E como é que faz os cuidados de higiene do biberon? E30: Primeiro, lavo...Depois de lavar, fervo... Depois de ferver, deixo ele coiso, um pouco para arrefecer. E depois de arrefecer faço o leite.

ET: E tem o cuidado de lavar sempre as mãos antes de amamentar? E31: Ah, nem sempre. ET: Nem sempre. Para além do seu leite materno, está a dar outro tipo de leite? E31: Não! ET: E outro tipo de alimento? E31: Também não.

ET:Para além de amamentar, está a dar outro tipo de leite? E32: Não.Nada! ET: E em o cuidado de lavar sempre as mãos antes de amamentar? E32: Não!

E33: Neste momento, como não tenho leite no peito, então, estou a dar o biberon. ET: E para preparar o leite do biberon que água é que usa? E33: Água mineral ou fervida. ET: E quem é que a orientou para o tipo de leite a comprar? E33: A médica. ET: Como é que faz os cuidados de higiene ao biberon? E33: Lavo sempre com água morna e detergente..., depois de já estar bem limpinho, já posso usar.

ET: Tem o cuidado de lavar sempre as mãos, antes de dar de mamar? E34: Sim! ET: E para além do leite da mãe, está a dar outro tipo de leite? E34: Não!

ET: E tem o cuidado de lavar as mãos quando amamenta? E35: Tenho, sim. ET: Disse-me...que o pai prepara o biberon. Que tipo de água usa para preparar o leite? E35: Fervo água, água fervida. ET: E quem é que a aconselhou a comprar o leite que está a dar? E35: Foi o pai dele. ET: E os cuidados que tem na higiene no biberon, como são? E35: O biberon é lavado. Depois de lavado, é fervido. Depois, seca.

ET: E tem o cuidado de lavar as mãos, sempre? E36: Sim, tenho. ET: Para além do leite da mãe, está a dar outro tipo de leite? E36: Não! Só peito. Água, ainda não lhe estou a dar. Alimento ainda não.

*ET: E tem o cuidado de lavar as mãos sempre antes de dar de mamar? E37: Sim, tenho. ET: Está a dar outro tipo de leite, para além do seu? E37: Não!*

*ET: Tem o cuidado de lavar as mãos antes de dar de mamar ao bebé? E38: Sim, tenho cuidado. ET: E para além do leite materno, está a dar outro tipo de leite? E38: Não, ainda não.*

*ET: Tem o cuidado de lavar sempre as mãos antes de dar de mamar? E39: Sim, tenho sempre. ET: E para além do seu leite materno, tem algum outro tipo de leite que está a dar? E39: Não, ainda não.*

*ET: E tem o cuidado de lavar as mãos antes de amamentar? E40: Sim, sim. ET: Está a dar algum leite artificial ao bebé? E40: Não, não!*

**APÊNDICE XXXVI - UNIDADES DE CONTEXTO, CÓLICAS**

Categoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Cólicas</b>	<p><i>E1: Geralmente, as pessoas, quando os bebés têm cólicas gostam muito, ah, tem de ferver o Santa Maria, tem de ferver hortelã... mas eu duvido, às vezes, aquele cuidado de ferver a água. Às vezes, as pessoas... às vezes, a própria mãe falha. Prefiro que... eu prefiro dar o Aero-OM, aquele que é mesmo próprio para cólicas. Ontem, estava mesmo à rasca. Eu peguei e dei e ele, graças a Deus, até evacuou e está aliviado.</i></p> <p><i>E4: Tem um xarope de cólicas que também me deram. A minha tia trouxe da farmácia. ET:Faz efeito? E4: Faz!</i></p> <p><i>ET: O que é que a mãe faz quando ela tem cólicas? E9: Eu não faço nada ainda. ET: Deixa passar, é? E9: Sim!</i></p> <p><i>E11: Tem cólicas, sim...Não faço nada de momento, deixo assim mesmo.</i></p> <p><i>E14: O bebé, sim, acho que tem cólicas, porque ele chora muito de noite... Não dou nada.</i></p> <p><i>ET: Ele tem tido cólicas? E17: Teve. Não dei nada, passou.</i></p> <p><i>ET: Ele tem cólicas, o menino? E18: Tem, tem um pouco...Fizeram uma massagem com óleo de palma.. Sim, aliviou.</i></p> <p><i>ET: E tem tido cólicas, o bebé? E20: Sim, uma vez...Não dei nada.</i></p> <p><i>E22: Já teve, sim. ET: E a mamã, fez alguma coisa para aliviar a cólica? E22: Não!</i></p> <p><i>E25: Sim, tem tido. Cólicas, dor de barriga, chora muito... Não faço nada.</i></p> <p><i>E29: Digo que sim, porque... quando ela está assim a chorar, estica-se um bocadinho. Algumas vezes, fica assim a deitar gases, então, digo não, essa tem... Ah, graças a Deus... é só mesmo dar de mamar e... ter mesmo aquela paciência. [risos]</i></p> <p><i>E33: Oh, pá, dizem que tem cólica... quando fui lá na sala explicar que passou toda a noite a chorar, falaram que tem cólica. Mas é normal... É recém-nascido, sim. ET: Fez alguma coisa para aliviar essa cólica, a mãe? E33: Não!</i></p> <p><i>E38: Tem! De momento, ainda não lhe estou a dar nada...porque é pequenino ainda.</i></p>	13

**APÊNDICE XXXVII- UNIDADES DE CONTEXTO, HÁBITOS DE HIGIENE: BANHO**

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Hábitos de higiene</b>	<b>Banho</b>	<p><i>E1: Quem deu banho ao bebé é a minha comadre. Como ela tem um bebé também novo, então, tem mais experiência ainda... eu sei fazer. Mas como passa dois, três anos, uma pessoa fica sempre com aquela timidez. Prefiro dar a minha comadre...mas agora já posso, já tem dez dias. Foi o primeiro, o segundo, agora já...nós, eu, de momento, sou uso sabão Clarim. Que é aquele próprio para o bebé recém-nascido, e o creme, o creme de... a pasta de assadura. Para não usar em pó, então, uso a pasta...Essa pasta tem vários. Tem da Chicco, tem da Lauroderme, tem vários.</i></p> <p><i>ET: Já deu o primeiro banho ao bebé? E2: Já! Uso champô e também sabão.</i></p> <p><i>ET: E já deu o primeiro banho. E3: Já! Ele usa o gel, tem um gel de banho.</i></p> <p><i>ET: A mãe já deu o primeiro banho ao bebé? E4: Já! ...só uso sabonete dele que eu esfrego na cabeça.</i></p> <p><i>ET: E já deu o primeiro banho, a mãe? E5: Já!... Não! Só água.</i></p> <p><i>ET: A mãe já deu o primeiro banho? E6: Já! Foi difícil, mas consegui... De momento, não estou a usar.</i></p> <p><i>ET:E o banho, já deu o primeiro banho? E7:Ainda não...A minha sogra... Não! Só água.</i></p> <p><i>E8: Quem dá é a avó dele... só água.</i></p> <p><i>ET: A bisavó da bebé, não é? E9: Sim, e a minha irmã...dá banho ao bebé, porque eu não consigo, é pequena....ET: E sabe se usa algum produto para lavar? E9: Ainda não.</i></p> <p><i>ET: O banho e o umbigo, a senhora já fez? E10: A mamã.Por enquanto, ainda não está a usar nada, porque ainda não comprei, não é?</i></p> <p><i>E11: Mesmo só hoje que eu dei banho a ele. Não, não uso nada de momento.</i></p> <p><i>E12: Eu sinto medo por causa do umbigo. Tanto eu como o meu esposo. É só aquilo ali, que banho, porque eu molhei a fralda e fui limpando. Mas, hoje, a doutora disse que tem que lavar mesmo.</i></p> <p><i>E13: A avó, sim.Estamos a usar um sabonete, mas é sabonete neutro.</i></p> <p><i>E14: Ainda não.ET: Foi a avó então.E14: Sim! ET: E usa algum produto no banho? E14: Uso sabonete Lauroderme.</i></p>	40

*ET: E a mamã já deu o primeiro banho ao bebé ou para já ainda não? E15: Ainda não. Foi a mãe da cunhada. Foi com água e o sabão. Sabão de glicerina.*

*ET: Quem foi que deu o primeiro banho? E16: A minha mãe. Só água assim mesmo, não usa nada.*

*ET: Ah, a mãe já deu o primeiro banho ao bebé? E17: Já!...Não, só sabonete.*

*E18: Ainda só limpamos. Com uma toalha e água.*

*ET: A mãe já deu o primeiro banho ao bebé? E19: Já! ET: Usa algum produto para o banho? E19: Não!*

*E20: Ainda não. Tem sido a avó materna, é? ET: E usa algum produto para o banho? E20: Não!*

*E21: Já! ET: E usa algum produto para o banho? E21: Não!*

*E22: Já, sim. ET: E usa algum produto, para além da água? E22: Ainda não. Só água.*

*E23: Já! ET: E usa algum produto para o banho, para além da água? E23: De momento não.*

*E24: Ainda não. Foi a tia. ET: E, para além da água, usam algum produto? E24: Não!*

*E25: Já! Uso sabonete, sabonete de bebé.*

*E26: Já! ET: E, para além da água, usa algum produto para o banho? E26: Não!*

*E27: Não! Foi a minha mãe que deu banho. Sim, uso os cremes, produtos da Barral.*

*E28: O primeiro banho? Já! Só água. Só água fervida, morna.*

*E29: Sim, dou banho duas vezes ao dia. Dou banho com sabonete Lauroderme, é a única coisa que vai ao corpo dele.*

*E30: Já! Não, o sabonete ainda não, o pó também disseram que ainda... disseram que é para dar mesmo com água. Só com água nos primeiros dias.*

*ET: E o banho, já deu banho ao bebé, a senhora? Ou foi alguém que deu? E31: Eu. Sabonete...Lauroderme.*

*E32: Fui eu mesma. Não, só água e sabonete.*

*E33: Foi a minha cunhada que deu. Não! Só água, sempre.*

*E34: Sim! Não! Só água, agora já está a usar também o sabonete. Comprei o sabonete na farmácia.*

*E35: Já! ET: Usa algum produto para além da água no banho da menina? E35: Não!*

*E36: Ainda não...A minha sogra....Sim, água de colónia.*

*E37: Já dei. Aprendi a dar banho devidamente, quando está... a lhe dar banho, mexe, nos ouvidos... quando a água entra nos ouvidos, deve-se soprar para não ter coisa, e lavar mesmo em condições.... Não, de momento...não uso nada ainda.*

*ET: E a mamã já deu o primeiro banho ao bebé sozinha? E38: Já!...Sabonete Johnson.*

*E39: Não, foi a avó...Água e sabonete, só. Sabonete de bebés.*

*E40: Já, sim...De momento, não uso nada, só água.*

**APÊNDICE XXXVIII- UNIDADES DE CONTEXTO, HÁBITOS DE HIGIENE:  
ROUPA.**

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Hábitos de higiene</b>	<b>Roupa</b>	<p><i>E1: Não, as bacias do bebé, as roupinhas, têm de ser lavadas separadas. Geralmente, eu uso sabão Clarim para limpar a roupa dele, e uso também o Omo, que é para limpar algumas manchas. No final, enxaguo bem com amaciador, que é para a roupa do bebé...ET: E costuma passar a ferro a roupa?E1: Sempre. Tem de ser.</i></p> <p><i>E2: Sozinha...Omo, sabão, e não me lembro do qual, para dar cheirinho à roupa. ET: E, geralmente, passa a roupa a ferro? E2: Sim!</i></p> <p><i>E3: Não, lavo com a da família... Eu lavo, normalmente, só com a Omo e a lixívia. Passa a ferro?E3: Passo!</i></p> <p><i>E4: Separada. E4: Lavo com OMO, sabão e a lixívia. Para ensaboar, e detergente de bebé. ET: E costuma passar a ferro a roupinha dele?E4: Sempre.</i></p> <p><i>E5: Sozinha, sim. É com Omo.ET: Costumam passar a ferro a roupa do bebé? E5: Sim!</i></p> <p><i>E6: Sozinha. O Omo e amaciador infantil. Depois de sair da corda, passa a ferro.</i></p> <p><i>E7: Só dele. O balde dele, é só dele. Não, lavo com Omo, para lavar a roupa do bebé mesmo...Passo, sim, senhora.</i></p> <p><i>E8: Não, sozinha. Uso da gente e também uso amaciador...Omo ou Areal. Sim, passo!</i></p> <p><i>E9: Não, sozinha. Sim, amaciador.ET: E costuma a passar a roupa a ferro, da bebé? E9: Sim, costume!</i></p> <p><i>ET: E a roupa da bebé, é lavada sozinha? E10: Sim! Uso sabão branco, Omo e Ariel. ET: E passa a ferro a roupa? E10: Sim!</i></p> <p><i>E11: Sozinha. Só uso Omo e sabão. Passo, sim.</i></p> <p><i>E12: Lavo separado. Omo e Fada .ET: E costuma passar a ferro a roupa do bebé?E12: Antes de vestir.</i></p> <p><i>E13: Não, sozinha. Só o amaciador.ET: E passa a ferro a roupa do bebé?E13: Sim!</i></p> <p><i>E14: Lavo sozinha.Tenho o próprio da roupa e amaciador. Passo a ferro. Quando sai do fio, engomo.</i></p> <p><i>E15: Não, é lavada sozinha. O Omo e, como é que se diz, um detergente...ET: E costuma passar a ferro?E15: Sim!</i></p>	40

*ET: A roupa do bebé é lavada sozinha?E16: Sim, eu lavo. Só água, com sabão branco.ET: E passa a ferro?E16: Sim!*

*E17: Não, sozinha...O cheirinho da roupa.ET: Costuma passar a ferro?E17: Sim, passo.*

*E18: Não, não mistura. Só o Omo e o amaciador.ET: Passa a ferro?E18: Sim, passo.*

*E19: Não, sozinha... Só água, Omo ou sabão. ET: E passa a ferro a roupa do bebé?E19: Sim!*

*E20: Sozinha. O Omo só e o coisa, amaciador. ET: Costuma passar a ferro a roupa do bebé? E20: Sim!*

*E21: Sozinha. ET.E usa algum produto para lavar a roupa do bebé? E21: Não! ET: Passa a ferro a roupa? E21: Passo.*

*E22: Não, sozinha...Sim, o sabão claro.Passo, sim.*

*E23: Não, sozinha. Sim, uso, sim...um sabão neutro. ET: E costuma passar a roupinha do bebé a ferro?E23: Sim!*

*E24: Sozinha. Omo, sabão e aquele líquido...ET: E costumam passar a ferro a roupa do bebé?E24: Sim!*

*E25: Não, lavo sozinha.Não, só uso sabão...branco.ET: Passa a ferro a roupa do bebé?E25: Sim!*

*E26: Sozinha. Água e Omo.ET: Passa a ferro a roupa do bebé?E26: Sim!*

*E27: Ela é lavada sozinha. Sabão neutro só.ET: E passa a ferro?E27: Sim!*

*E28: Sozinha. Lixívia. ET: Passa a roupa a ferro, do bebé?E28: Sim!*

*E29: Não, lavo a roupa dela sozinha, porque ela tem as coisinhas delas, tem o seu baldinho, a sua bacia do banho. Uso, como é que é então, lavo com Omo e depois passo uma gotinha, como é, aquele líquido amaciador. ET: E costuma passar a ferro? E29: Todos os dias tenho aquela paciência toda... sim, todos os dias.*

*E30: É lavada sozinha. Só sabão, um pouco de Omo. ET: E costuma passar a ferro a roupa do bebé? E30: Sim!*

*ET: E a roupa do bebé, a mamã costuma lavar sozinha ou mistura com a roupa da família?E31: Não! Lavo com Omo.ET: E costuma passar a ferro?E31: Sim, sim.*

*E32: Sozinha. Separo a roupa dela. Com Omo, lixívia e sabão. ET: E costuma passar a ferro a roupa da bebé? E32: Também, sim.*

*E33: Sozinha...só Omo mesmo e lixívia. ET: E costuma passar a ferro a roupa do bebé? E33: Sim!*

*E34: Não, sozinha. Amaciador de roupa. ET: ...passa a ferro a roupa do bebé? E34: Não, não.*

*E35: Não, lavo sozinha. O Omo. ET: E passa a ferro? E35: Passo.*

*E36: É lavada sozinha. E36: Tem amaciador... Sim, passo.*

*E37: Não, lavo sozinha. Não pode juntar... Omo e lixívia. Sim, sim, passo a ferro, sempre, para matar os micróbios, sim.*

*E38: Não, sozinha... sabão e o amaciador. Sim, passo a ferro.*

*E39: Não, eu já estou a lavar sozinha. Sim, uso sabão, coiso... o Omo, lixívia. Passo, sim.*

*E40: Sozinha... Sabão líquido. ET: E costuma passar a ferro a roupa da bebé? E40: Sim, sim.*

**APÊNDICE XXXIX- UNIDADES DE CONTEXTO, SEGURANÇA E CONFORTO:  
ACIDENTES**

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Segurança e conforto (acidentes, risco de contaminação, transporte e sono)</b>	<b>Acidentes</b>	<p><i>E14: Desde que está em casa?...foi o irmão que lhe pancou na cabeça...foi sem querer, foi com essa parte aqui...com o cotovelo, foi sem querer.</i></p> <p><i>E31: Olha, o irmão... sim, mas foi sem querer. Ele estava para me dar uma tampa, então, tocou na cara do bebé. ET: Mas ficou ferido? E31: Não, não. Também não chorou, só fez uma cara estranha. [risos]</i></p> <p><i>E32: Ontem...Ela caiu do cadeirão...Magoou-se aqui um pouco, sim. ET: No lábio? E32: Sim! Ah, também está aqui outro (perna). Está aqui, dragão lhe saltou...Queimou-a.</i></p>	<b>3</b>

**APÊNDICE XXXX- UNIDADES DE CONTEXTO, SEGURANÇA E CONFORTO:  
RISCO DE CONTAMINAÇÃO**

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<p><b>Segurança e conforto (acidentes, risco de contaminação, transporte e sono)</b></p>	<p><b>Risco de contaminação (pragas)</b></p>	<p><i>E1: Aparece baratinhas, mas nessas casas nunca falta, temos de estar sempre a cuidar sempre.</i></p> <p><i>E2: Sim, rato, barata tem disso.</i></p> <p><i>E3: Barata um pouquinho.</i></p> <p><i>E4: Tem rato.</i></p> <p><i>E7: Tem ratos.</i></p> <p><i>E10: Rato, mas não entra em casa.</i></p> <p><i>E11: Tem ratos e baratas, tem, sim.</i></p> <p><i>E12: Não! É mais o lixo do vizinho, que fica ali três, quatro dias</i></p> <p><i>E15: Ratos.</i></p> <p><i>E17: Não, só ratos.</i></p> <p><i>E20: É, de vez em quando.</i></p> <p><i>E21: Rato de vez em quando.</i></p> <p><i>E24: Não, só mosquitos.</i></p> <p><i>E25: Barata não, ratos.</i></p> <p><i>E28: Tem também um pouquinho mesmo aí de rato, pequenino, que passa aí mesmo.</i></p> <p><i>E29: Pronto, por acaso, nós que vivemos assim nesses sítios, tem... rato não tem mais a vir rato, até estou admirada, mas baratinhas...Sim, sim.</i></p> <p><i>E31: Mais ou menos.</i></p> <p><i>E32: Tem, tem.</i></p> <p><i>E36: Às vezes, passa barata.</i></p> <p><i>E39: Tem mais baratas.</i></p> <p><i>E40: Só uns ratinhos.</i></p>	<p>21</p>

**APÊNDICE XXXXI- UNIDADES DE CONTEXTO, SEGURANÇA E CONFORTO:  
NUNCA ANDOU DE TRANSPORTE**

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Segurança e conforto (acidentes, risco de contaminação, transporte e sono)</b>	<b>Nunca andou de transporte</b>	<p><i>ET: Então, ainda não experimentou nem carro, nem mota, nem nada. E3: Não.</i></p> <p><i>ET: Já andou de carro, de mota, o bebé? E4: Não! Só a pé.</i></p> <p><i>ET: Já andou de carro, de mota, de algum meio de transporte, o bebé? E10: Não! Só a pé.</i></p> <p><i>ET: E o bebé já andou de algum meio de transporte? E11: Não, não. ET: Só a pé? E11: Sim!</i></p> <p><i>ET: ...o bebé já usou algum meio de transporte, carro, mota ou outro? E17: Não, não. ET: Sempre andou a pé? E17: Sim!</i></p> <p><i>ET: Ele já andou de algum meio de transporte? E21: Não!</i></p> <p><i>ET: E já andou de algum meio de transporte? E28: Depois de nascer? não.</i></p> <p><i>ET: E já andou de algum meio de transporte, de carro, de mota, a bebé? E36: Não!</i></p> <p><i>ET: Já usou algum meio de transporte, carro, mota, a bebé? E37: Não ainda.</i></p>	9

**APÊNDICE XXXXII- UNIDADES DE CONTEXTO, SEGURANÇA E  
CONFORTO: TRANSPORTE COM PROTEÇÃO**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de contexto</b>	<b>Unidade de Registo</b>
<b>Segurança e conforto acidentes, risco de contaminação, transporte e sono)</b>	<b>Transporte com proteção</b>	<i>E7: Já andou de carro... A alcofa.</i> <i>E8: Carro! Na cadeirinha.</i> <i>E27: Carro. Na cadeira.</i>	3

**APÊNDICE XXXXIII- UNIDADES DE CONTEXTO, SEGURANÇA E  
CONFORTO: TRANSPORTE SEM PROTEÇÃO**

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<p><b>Segurança e conforto (acidentes, risco de contaminação, transporte e sono)</b></p>	<p><b>Transporte sem proteção</b></p>	<p><i>E1: Sim, por exemplo, para sair de casa, andei de táxi... E1: Se for no táxi, não.</i></p> <p><i>E2:...ontem ela andou de carro. De táxi. ET: Usou alguma cadeira, alguma coisa de proteção da criança? E2: Não!</i></p> <p><i>E5: De carro. ET: E quando andou de carro foi no colo, assim como está? E5: Foi. ET: Não usou cadeirinha? E5: Não!</i></p> <p><i>E6: Já andou de carro.No colo. ET: Não usou cadeirinha ou ovo? E6: Não!</i></p> <p><i>E9: O primeiro... no segundo dia, quando me vieram buscar. ET:E andou de carro... foi de carro? E9: Sim! Ao colo.</i></p> <p><i>ET: Ele já andou de carro, de mota? E12: Hoje. No colo.</i></p> <p><i>E13: De carro. Foi ao colo mesmo.</i></p> <p><i>E14: Já, de carro? Não, ao colo.</i></p> <p><i>E15: Já andou de carro. Foi ao colo.</i></p> <p><i>E16: Mota e carro. Sim, ao colo.</i></p> <p><i>E18: Já, de carro. No colo.</i></p> <p><i>E19: Carro. Transporte-i no colo.</i></p> <p><i>E20: Só de carro. No colo.</i></p> <p><i>E22: De carro.: Fica no colo...Vou atrás e ela fica no colo.</i></p> <p><i>E23: De carro, hum, hum. A minha mãe colocou-o no colo.</i></p> <p><i>E24: De carro. Nos braços.</i></p> <p><i>E25: Já, de carro.Ao colo, sim.</i></p> <p><i>E26: Carro só...Sim, ao colo.</i></p> <p><i>E29: Já! Para vir para aqui, é de táxi. Não temos carro. Também já fomos à igreja de carro...ao colo, sim, porque táxi não...</i></p> <p><i>E30: O bebé já andou de carro. Do jeito que estamos. ET: Assim ao colo? E30: Sim!</i></p> <p><i>E31: De carro. Ao colo.</i></p>	<p>28</p>

*E32: Só de carro. Ao colo.*

*E33: De carro. No colo.*

*E34: Só carro, hoje. Não, no colo.*

*ET: Já andou de carro?! E35: Sim! Ao colo.*

*E38: ... o bebé não, só de carro. Foi ao colo.*

*E39: Só no primeiro dia que saíamos daqui até casa. Foi de carro....ao colo.*

*E40: Sim, de carro... Ao colo.*

**APÊNDICE XXXIV- UNIDADES DE CONTEXTO, SEGURANÇA E  
CONFORTO: DORME SOZINHO**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de contexto</b>	<b>Unidade de Registo</b>
<b>Segurança e conforto (acidentes, risco de contaminação, transporte e sono)</b>	<b>Dorme sozinho</b>	<p><i>E4: Sozinho.</i></p> <p><i>E5: Dorme sozinho.</i></p> <p><i>E7: Sim, dorme sozinho.</i></p> <p><i>E8: Sozinho.</i></p> <p><i>E9: Não, ela dorme sozinha.</i></p> <p><i>? E22: Dorme sozinha.</i></p> <p><i>E23: Dorme sozinho.</i></p> <p><i>E28: Não, sozinho.</i></p> <p><i>E37: Sozinha.</i></p>	9

**APÊNDICE XXXXV- UNIDADES DE CONTEXTO, SEGURANÇA E  
CONFORTO: BERÇO COM PROTEÇÃO LATERAL**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de contexto</b>	<b>Unidade de Registo</b>
<b>Segurança e conforto (acidentes, risco de contaminação, transporte e sono)</b>	<b>Berço com proteção lateral</b>	<p><i>ET: E o bercinho onde ele está, a cama, tem grades? E7: Tem, sim.</i></p> <p><i>E8: No berço! ET: Tem proteção lateral? E8: Tem, tem.</i></p> <p><i>E9: Não, ela dorme sozinha. No berço dela sozinha! ET: E o berço tem grades? E9: Tem.</i></p> <p><i>ET: A cama onde dorme o bebé tem grades ou proteção lateral? E22: Sim! O berço dela tem.</i></p> <p><i>ET: O berço tem grades? E23: Tem, tem grades e mosquiteiro.</i></p>	5

**APÊNDICE XXXXVI- UNIDADES DE CONTEXTO, SEGURANÇA E  
CONFORTO: MOSQUITEIRO NA CAMA**

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
<b>Segurança e conforto (acidentes, risco de contaminação, transporte e sono)</b>	<b>Mosquiteiro na cama</b>	As 37 mães que referem utilizar o mosquiteiro são: E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E11; E12; E13; E14;E15;E17,E18; E19; E20; E21; E22;E23; E24; E25; E26;E27;E28;E29; E30; E31; E32; E33; E34; E35, E36; E37;E39;E40.	37