

Onfalites no recém-nascido: contributos para melhorar este problema de saúde pública em Angola

| **Elsy Alejandra de Oliveira Tavares**
Universidade Aberta de Lisboa / UAb Portugal

| **Maria Natália Pereira Ramos**
Universidade Aberta / UAb Portugal, Lisboa

RESUMO

Introdução: O presente estudo apresenta uma grave questão de saúde pública em Luanda, Angola, relacionada com situações de internamento e morte de recém-nascidos por onfalite que o país enfrenta. **Objetivos:** descrever a realidade de um hospital público geral na cidade de Luanda, relativamente a este problema; identificar as principais causas de onfalites no contexto Angolano; descrever os cuidados corretos com o coto umbilical; evidenciar as implicações sociais, culturais e de saúde nos cuidados ao recém-nascido. **Método:** estudo descritivo, exploratório e transversal. Foram analisados os processos de internamento de um serviço de pediatria de um hospital público com situações de internamento por onfalite, entre janeiro de 2017 e junho de 2018. **Resultados:** no período em estudo, foram analisados 182 processos de internamento neste hospital com registos de onfalites no recém-nascido. Destes internamentos, 26 culminaram em óbito. Dos 156 recém-nascidos internados, 153 tiveram alta para o domicílio, 2 tiveram transferência para o hospital pediátrico e houve um registo de fuga. **Conclusão:** os resultados obtidos demonstram que as mães e os recém-nascidos angolanos permanecem vulneráveis no que se refere aos cuidados ao coto umbilical, o que se traduz pelo elevado número de onfalites registadas. Torna-se, assim, prioritária a formação dos profissionais de saúde nesse domínio, de modo a que as intervenções sejam efetivas e de qualidade, no sentido de diminuir este flagelo de saúde pública neste país.

Palavras-chave: Cordão Umbilical, Cuidados Infantis, Cultura, Recém-Nascido, Mortalidade Infantil.

■ INTRODUÇÃO

Em Angola a área da saúde materno-infantil é uma preocupação espelhada no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Angola 2012- 2025 (PNDS), no Programa de Prevenção e Luta contra as Doenças, que 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA, 2012, p.134).

O período neonatal, que corresponde aos primeiros 28 dias de vida, é um período crítico, revestido de enorme vulnerabilidade e risco de morte. Em África, encontram-se 23 dos 24 países com mortalidade infantil acima de 100 por 1000 nascidos vivos. As principais causas de morte dos recém-nascidos africanos estão relacionadas às infecções, prematuridade e asfixia perinatal (SETUMBA, 2018).

De acordo com a World Health Organization (2016), a nível mundial, cerca de 5,9 milhões de crianças com menos de cinco anos morrem anualmente, estimando-se que 45% dessas mortes ocorram no período neonatal. A mesma fonte refere que, anualmente, em todo o mundo, cerca de 2,8 milhões de crianças morrem durante o primeiro mês, a maioria em países em desenvolvimento. Em 2016, morreram, por dia, 15.000 crianças menores de 5 anos, das quais 46%, isto é, 7.000 crianças, morreram nos primeiros 28 dias de vida (UNIGME, 2017).

O presente estudo baseia-se nos seguintes objetivos: descrever a realidade de um hospital público geral na cidade de Luanda, relativamente à onfalite; identificar as principais causas de onfalites no contexto Angolano; descrever os cuidados corretos com o coto umbilical; evidenciar as implicações sociais, culturais e de saúde nos cuidados ao recém-nascido.

O artigo encontra-se estruturado em 6 seções: a primeira seção é constituída pela introdução, com uma apresentação global do tema, expostos os objetivos, opções metodológicas e apresentação da estrutura do texto. A segunda seção é o referencial teórico onde são abordados os cuidados ao recém-nascido e a onfalite em Luanda, Angola, a evolução dos cuidados ao coto umbilical, e por fim os cuidados culturalmente competentes. Na terceira seção são apresentados os principais resultados obtidos no estudo. Na quarta seção é realizada a análise e discussão dos resultados, à luz das evidências atuais existentes na literatura. A quinta seção trata das conclusões da investigação e recomendações/sugestões no âmbito do estudo. Por último, na sexta seção são apresentadas as referências utilizadas no artigo.

■ REFERÊNCIAS

Cuidados ao recém-nascido e onfalite em Luanda, Angola

O nascimento é um acontecimento que mobiliza toda a família em torno dos cuidados dedicados ao novo ser. Nesse contexto familiar, as mães e avós são presença constante e participam com as suas experiências, assumindo os cuidados prestados ao recém-nascido, tais como o primeiro banho, a toilete e os cuidados com o coto umbilical (RIBEIRO & BRANDÃO, 2011).

Em Luanda, é frequente as mães, mesmo sendo acompanhadas numa unidade de saúde, optarem por condutas de aplicação de soluções caseiras e inadequadas, adotadas como primeira escolha nos cuidados realizados ao coto umbilical, apesar de cientificamente comprovados a sua ineficácia e os danos para a saúde do recém-nascido. Algumas das práticas frequentes no cuidado ao coto umbilical realizadas pelas mães em Luanda, e transmitidas de geração em geração, são: 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 e aranha (RIBEIRO & BRANDÃO, 2011).

Para estes autores, o coto umbilical do recém-nascido implica a necessidade de cuidados diários. Para além da limpeza correta deste, o profissional de saúde deve orientar para as medidas de higiene das mãos, de quem vai manipular o coto e para a troca frequente de fraldas, colocando uma compressa limpa para cobrir o coto. Deve ser feita, igualmente uma dobra na fralda, a qual deve ser colocada abaixo do coto umbilical para evitar irritação e a proliferação de microrganismos.

As assimetrias verificadas nas comunidades devido às grandes desigualdades sociais e de oportunidades em todo o território angolano, provocam movimentos migratórios internos para os centros urbanos, principalmente Luanda, com sobrecarga dos serviços públicos disponíveis. Compreende-se, assim, a multiculturalidade existente nesta cidade, bem como o enorme desafio no que diz respeito a questões sociais e de saúde, sendo que a elevada concentração de migrantes na cidade exprime a grande diversidade de traços culturais, de práticas e costumes, de estilos de vida e de identidades. Muitas destas mães vivem frequentemente em contexto socioeconómico precário, de superpopulação e com falta de condições de conforto e higiene, o que coloca em risco a saúde do recém-nascido, com implicações para a sua sobrevivência e bem-estar geral. No processo de aculturação, as mães poderão ter dificuldade na seleção entre os aspectos a manter e a abandonar da sua cultura de origem, que por vezes contrastam com os cuidados ao recém-nascido praticados na cultura ocidental (RAMOS, 2008b, 2012b).

A incidência de onfalite em recém-nascidos em países desenvolvidos é de 0,7%, subindo para 2,7% nos países em desenvolvimento (LÓPEZ-MEDINA et.al, 2019). À semelhança de Angola, de acordo com Linhares *et al.* (2012), num estudo realizado na Bahia (Brasil), a onfalite deriva da utilização de substâncias como pó de pena de galinha e pó de café.

Em 2011, verificou-se em Angola 96 mortes em crianças com menos de um ano a cada mil nascimentos. Neste cenário, entre 1990 e 2011, Angola apresentou uma das menores taxas de redução da mortalidade infantil de toda a África Subsaariana, com 2,1% ao ano (SIMÃO & GALLO, 2013).

No ano de 2012, a taxa de mortalidade neonatal em Angola foi de 51,1%. No mesmo ano, no serviço de neonatologia de uma maternidade de Luanda, em cada 10 crianças internadas, quatro morreram antes de completar o 1º mês de vida, das quais aproximadamente 30% morreram na primeira semana de vida (CUNHA et.al, 2019).

Em 2015, segundo Wateraid (2015), Angola foi considerado o local mais perigoso do mundo para se ter uma criança, com as infecções a representarem quase 30% de todas as mortes neonatais. Com um número de mortes neonatais a atingir os 42.625, destes, o número de recém-nascidos perdidos devido à sepse/meningite/tétano foi de 9.053, sendo a percentagem de mortes neonatais de 21,2 e a probabilidade de uma mãe perder o bebê devido a sepse de 1 em 17.

Em Angola o problema das onfalites também é mencionado nos meios de comunicação social. Por exemplo, em declarações à Agência Angola Press-Angop (2009), uma médica do Hospital Pediátrico de Luanda manifestou a preocupação com a situação, referindo que têm sido muitos os casos de onfalites recebidos no hospital e que muitas mães curam o umbigo dos bebês com sal e pó de esteira queimada, levando-os a contrair infecções graves e à morte. Referiu, ainda, que maioria das mães leva os filhos ao hospital já com a doença em estado avançado, acabando alguns por morrer (AGÊNCIA ANGOLA PRESS-ANGOP (2009). Uma outra médica do serviço de urgência do Hospital Pediátrico de Luanda, referiu que, entre janeiro e março de 2018, foram diagnosticados um total de 309 recém-nascidos com problemas de sepse neonatal, tendo-se registado um total de mortes, assim distribuídas: em janeiro, 74 recém-nascidos internados e 15 óbitos; em fevereiro, dos 85 internamentos, verificaram-se 30 óbitos; e em março, observou-se o maior número de registos de internamento por septicemia, ou seja, 150, sendo que destes resultaram 22 óbitos (JORNAL DE ANGOLA, 2018).

Os profissionais de saúde devem compreender o contexto social e cultural em que as mães e as famílias se inserem, e realizar uma vigilância continua durante o período neonatal, a fim de prevenir e detectar possíveis problemas, minimizar os riscos e melhorar a qualidade

de vida da mãe e do recém-nascido, de modo a garantir o seu bem-estar, o seu crescimento e um desenvolvimento saudável (RAMOS, 2012b, 2016; 2008a, b; PEREIRA *et al.*, 2018).

A Política de Saúde em Angola, nas estratégias a longo prazo, para 2025, apresenta como um dos objetivos, reduzir substancialmente a mortalidade infantil e mortalidade em menores de 5 anos. 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” (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA, 2012).

Evolução dos cuidados ao coto umbilical

A prática do cuidar é seguramente o mais antigo procedimento da história do mundo. Cuidar é inerente à sobrevivência de todos os seres vivos, garantindo a continuidade da vida da espécie humana (RANGEL *et al.*, 2017).

O período puerperal, que pode decorrer entre 6 a 8 semanas após o parto, é revestido de mitos, crenças, tabus, costumes e medos, nos quais os cuidados ao recém-nascido são permeados por práticas culturais, transmitidas através de gerações, que se refletem também nos cuidados ao coto umbilical. Algumas mães referem-se a este como algo de intocável, que representa um elevado perigo para a saúde da criança (RAMOS & TAVARES, 2020). As mães, principalmente as primíparas, sentem-se inseguras em relação ao manuseio e à queda do coto, delegando por vezes o seu cuidado a outras pessoas, que não são o foco da atenção das orientações dos profissionais de saúde (RANGEL *et al.*, 2017).

A teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger baseia-se na universalidade e diversidade do cuidado sob a influência cultural do meio envolvente com a interpretação dos diversos significados culturais do cuidar. Compete ao profissional de saúde, encarar com sensibilidade os saberes associados às práticas dos cuidados. Ao conhecer a experiência familiar e cultural do cuidado ao recém-nascido, pode-se programar cuidados coerentes e em conjunto com a família. Assim, para que o cuidado humano seja significativo e terapêutico, o profissional precisa de se adequar e respeitar os valores culturais, convicções e expectativas do paciente, mas garantindo sempre a qualidade dos cuidados (RAMOS, 2016; RANGEL *et al.*, 2017).

O cordão umbilical possui um tecido em processo de desvitalização, o que o torna um meio de cultura propício ao desenvolvimento de bactérias, além de possuir vasos que permitem o acesso direto à corrente sanguínea. Após o nascimento, o cordão umbilical é clampado e cortado, e passa a ser chamado de coto umbilical. O processo de mumificação do coto umbilical ocorre perto do terceiro ou quarto dia, e o seu desprendimento da parede abdominal ocorre entre o quarto e o oitavo dia de vida, podendo estender-se até 14 ou 15 dias depois do nascimento (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

O tétano neonatal é uma infecção causada pelo *Clostridium Tetani* e ocorre pela contaminação do coto umbilical do recém-nascido através de instrumentos não esterilizados ou por cuidados inadequados para a sua cicatrização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Os fatores de risco mais presentes, nos problemas com o coto umbilical são a ausência ou o fraco acompanhamento do recém-nascido e da puérpera pelos serviços de saúde, deficiências nos cuidados de higiene, práticas incorretas no cuidado ao coto umbilical, baixo nível de escolaridade das mães e baixo nível socioeconômico e carências sociais e de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A evolução histórica dos cuidados ao recém-nascido demonstra que, no passado, estes eram prestados por pessoas não qualificadas, que proporcionavam cuidados não diferenciados, de forma empírica e baseados no saber do senso comum, sendo frequente a utilização de solutos como óleos, preparações caseiras e colostro, práticas que ainda se constata em Angola. No entanto, na atualidade, estes cuidados são, em geral, garantidos por profissionais qualificados, que proporcionam cuidados de qualidade, baseados na evidência científica, principal requisito para cuidados de saúde de qualidade (LUÍS *et al.*, 2014).

Com o evoluir dos tempos, surgiram medicamentos para aplicação tópica no coto, como o corante triplo, a iodopovidona, o álcool a 70°, a clorexidina e, nas últimas décadas, assistiu-se à utilização da técnica *dry care*, que se traduz na limpeza do coto com água e sabão e em mantê-lo limpo e seco, sem aplicar qualquer tipo de antisséptico ou desinfetante. Deste modo, ao longo dos anos, várias técnicas e produtos foram aplicados no coto umbilical com o objetivo de higienizar corretamente, promover a desidratação, mumificação e queda, ou seja, acelerar o processo de isquemia e reduzir a ocorrência de infecção (LUÍS *et al.*, 2014).

Segundo Correia & Pires (2016), a OMS, desde 1998, recomenda a técnica *dry care* nos cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido. No entanto, orienta também para o uso de antissépticos no coto umbilical em países em desenvolvimento, onde existem hábitos precários de higiene, partos em casa e elevada taxa de incidência de infecção ou mortalidade neonatal. Assim, a clorexidina 0,5% deve ser o agente preferido, e na sua ausência, ou por ser economicamente mais acessível, deve-se utilizar o álcool etílico a 70%, com aplicação entre 7 a 10 dias, mantendo o coto exposto até que evapore.

Cuidados culturalmente competentes

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA, 2012).

Na sociedade angolana, tal como na maioria das sociedades, coexistem vários métodos terapêuticos, crenças e práticas de saúde, baseados em princípios e modelos originários de culturas diferentes, coexistindo um sistema de saúde oficial com modelos alternativos (RAMOS, 2016).

A competência (inter)cultural nos profissionais de saúde permite capacitar e dar uma resposta efetiva às necessidades das mães e cuidadores, considerando os contextos culturais, sociais e de saúde em questão, através do estabelecimento da relação terapêutica e negociação. Isto implica, para o profissional de saúde, formação na área da interculturalidade, de modo a conseguir dar resposta à diversidade cultural e individual, com uma abordagem humanizada, promovendo a equidade e a qualidade nos cuidados de saúde, a articulação das mães e comunidade com as unidades de saúde (RAMOS, 2012a, b, 2016). Para esta autora, o desconhecimento das consequências acerca das práticas sociais e culturais às quais as mães recorrem e da forma como as mesmas realizam o cuidado e o justificam, pode criar barreiras nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde e comprometer o sucesso das intervenções.

A prestação de cuidados culturalmente competentes é uma emergência na promoção da saúde e bem-estar das mães e recém-nascidos. Implica investir, a nível da formação sólida, sobre a complexidade de fatores explicativos e intervenientes nos comportamentos de saúde, e desenvolvimento de competências profissionais, comunicacionais, interculturais, relacionais, de cidadania e consciencialização cultural (RAMOS, 2012a, 2016).

A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural e educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas das mães, da família e da comunidade, com o objetivo de facilitar a educação para a saúde e promover cuidados de saúde culturalmente competentes (RAMOS, 2008a, 2012a).

O empoderamento, ou seja, o processo de aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, permite a participação ativa na tomada de decisão efetiva e a autorresponsabilização dos cuidados realizados ao coto umbilical do recém-nascido. A aquisição de competências permite a estas mães defenderem as práticas aprendidas e transmitidas pelo profissional de saúde, quando são confrontadas com práticas culturais e tradicionais impostas pelo meio familiar ou comunitário, ou seja, através da educação e informação, as mães ficam capacitadas para agir sobre os determinantes de saúde (LEITE, PONTES & PAVÃO, 2015).

Portanto, torna-se prioritária a assistência às mães e a formação dos profissionais de saúde nesse domínio, 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 do elevado número de onfalites e diminuir práticas prejudiciais à saúde da criança que ainda hoje se mantêm em Angola (RAMOS & TAVARES, 2020).

■ MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal. Procedeu-se à análise dos dados constantes dos processos referentes ao internamento de recém-nascidos por onfalite no serviço de pediatria, do Hospital Municipal de Luanda, entre janeiro de 2017 e junho de 2018. Utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Foram respeitados os princípios éticos da colheita e tratamento de dados, sendo os mesmos utilizados apenas para o estudo e não havendo a divulgação da identidade dos recém-nascidos e/ou cuidadores. Como critérios de inclusão, foram considerados todos os recém-nascidos internados por onfalite, ou septicemia por onfalite, no serviço de pediatria deste hospital no período referido. Foi realizada análise documental através de busca bibliográfica especializada e relevante sobre o tema em investigação, permitindo o aprofundamento, descrição, análise e discussão dos resultados.

■ RESULTADOS

No período em estudo, foram analisados 182 processos de internamento do serviço de pediatria do Hospital Municipal de Luanda, com registros de onfalites em recém-nascidos. Destes 182 internamentos, 26 culminaram em óbito do recém-nascidos.

Internamentos de recém-nascidos por onfalite sem ocorrência de óbito

Verificou-se um total de 156 internamentos, dos quais 54 ocorreram em 2017 e 101 no primeiro semestre de 2018, havendo um processo sem registro de data. Em relação ao sexo do recém-nascido, registraram-se 74 do sexo masculino e 78 do sexo feminino, sendo que quatro não apresentam informação relativa ao sexo. A proveniência da criança, em 149 situações, é do domicílio, e nas restantes não existe registro. Quanto ao diagnóstico do internamento, em 79 situações, a causa foi onfalite, e nas outras 77 deveu-se a septicemia, cuja causa inicial foi a onfalite. Em todos os dados de internamento verificou-se que a antibioticoterapia constou do tratamento prescrito. Em relação aos cuidados realizados ao coto umbilical em casa, não consta quem o praticou. No total de internamentos, percebeu-se um caso de fuga com o recém-nascido, duas transferências para um hospital pediátrico em Luanda, tendo os restantes 153 recém-nascidos tido alta para o domicílio. Os dados relativos à idade

(em dias), do recém-nascido à data de admissão, a quem o leva ao hospital, aos produtos aplicados no coto umbilical e aos dias de internamento, podem observar-se na Tabela 1.

Tabela 1. Idade (em dias) à data de admissão, quem leva ao hospital, produtos aplicados no coto umbilical e dias de internamento, nos recém-nascidos internados por onfalite sem ocorrência de óbito. Luanda, 2019.

VARIÁVEL	n
Idade do recém-nascido (RN) em dias, à data de admissão	Nº de RN
1	24
2	20
3	20
7	19
28	1
Sem registo	72
Quem leva a criança ao hospital	Nº de RN
Mãe	137
Pai e mãe	6
Pai	5
Outros familiares	3
Sem registo	5
Produtos aplicados no coto umbilical	Nº de RN
Sal	3
Óleo de palma	1
Pó (sem especificar)	1
Químicos (sem especificar)	1
Sem registo	150
Dias de internamento	Nº de RN
1	17
2	30
3	32
24	1
Sem registo	76

Fonte: Elaboração das autoras.

Internamentos de recém-nascidos por onfalite com ocorrência de óbito

Verificou-se um total de 26 óbitos de recém-nascidos. Destes, 21 ocorreram em 2017 e 5 no primeiro semestre de 2018. Quanto ao sexo dos recém-nascidos falecidos, 18 eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino. Em 16 situações, a onfalite foi a causa de morte, e em 10 situações, septicemia, tendo como a causa primária a onfalite. Em todos os internamentos verificou-se a prescrição de antibioterapia como tratamento. Os dados relativos à idade (em dias) do recém-nascido à data de admissão, a quem o leva ao hospital e aos produtos aplicados podem observar-se na tabela 2. Importante ressaltar que a maioria dos dias de internamento se situou entre os 0 e 1 dias, tendo-se também verificado a ausência frequente de registos.

Tabela 2. Idade (em dias) à data de admissão, quem leva ao hospital, produtos aplicados no coto umbilical e dias de internamento, nos recém-nascidos internados por onfalite com ocorrência de óbito. Luanda, 2019.

VARIÁVEL	n
Idade do recém-nascido (RN) em dias, à data de admissão	Nº de RN
1	2
3	4
4	4
6	4
10	11
21	1
Quem leva a criança ao hospital	Nº de RN
Mãe	24
Sem registro	2
Produtos aplicados no coto umbilical	Nº de RN
Óleo de palma	2
Sem registro	24
Dias de internamento dos RN falecidos	Nº de RN
0	10
1	8
2	3
3	1
5	1
Sem registro	3

Fonte: Elaboração das autoras.

■ DISCUSSÃO

Constatou-se que, em relação aos internamentos por onfalite, o número foi consideravelmente maior no primeiro semestre de 2018 com 101 internações, comparativamente ao ano de 2017, em que se registraram 54. Esta situação é alarmante, se considerarmos que o número de hospitalizações num semestre é o dobro do ano anterior. Este fato alerta-nos para a necessidade urgente de intervenção dos profissionais de saúde através da educação das mães relativamente aos cuidados ao recém-nascido, concretamente ao coto umbilical. Muitas mães têm receio na sua manipulação e, enquanto não ocorre a sua queda, recorrem a ajuda de terceiros para os seus cuidados, o que vai ao encontro dos resultados do estudo de Tavares (2022), que mostra que as puérperas referem insegurança, e 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, acabam por delegar essa tarefa noutra familiar mais experiente.

O cuidado é modelado pelo significado que as puérperas atribuem ao coto umbilical e pelas experiências e formas de cuidar expressas e adquiridas no meio intergeracional de pertença. A promoção dos cuidados deve iniciar-se nas consultas de vigilância pré-natal, continuando na maternidade e, posteriormente, na consulta do puerpério e em contexto domiciliário.

Contrariamente aos internamentos por estas causas ou ao número de óbitos em recém-nascidos por onfalite ou septicemia derivada de onfalite, o número foi superior no ano de 2017 com 21 óbitos, quando comparado com o primeiro semestre de 2018, em que se

registraram 5 óbitos. No entanto, os números são preocupantes se considerarmos que se referem a mortes de recém-nascidos por uma causa evitável, alertando, assim, para a necessidade de intervenção urgente no combate a este problema de saúde pública. Apesar de resultar de práticas incorretas, a onfalite pode ser facilmente tratada, quando precocemente identificada. As suas consequências podem ser muito graves, devido à rápida disseminação hematogênica e à sua extensão para outros órgãos. Carvalho, Markus, Abaggae, Giraldi, & Campos (2015), afirmam 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.

Anualmente, em média, em todo o mundo ocorrem 4 milhões de mortes neonatais, das quais 99% são devido a infeções, sendo estas do coto umbilical, denominadas de onfalite, a principal causa da mortalidade neonatal (LUÍS *et al.*, 2014).

Na grande maioria das situações de internamento, é a mãe quem leva o recém-nascido ao hospital, o que nos leva a pensar que seja ela a principal cuidadora do recém-nascido no domicílio. Sendo assim, é principalmente junto desta que se devem concentrar os esforços para o empoderamento e capacitação para o cuidado ao coto umbilical.

A capacitação das mães e familiares no sentido de que obtenham não apenas conhecimento correto sobre a forma de cuidar do coto umbilical, mas considerem igualmente a sua responsabilidade em participar e contribuir para a saúde do recém-nascido, em geral, é fundamental.

De acordo com Tavares (2022), existe uma elevada influência 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 e existem também, mães que desconhecem as práticas cientificamente recomendadas. Os produtos mais referidos nesse estudo (conhecimento e/ou utilização) pelas mães neste cuidado por ordem decrescente são: álcool (isolado ou com adição de produtos), o sal, o óleo, a cinza, o pó, o leite de pau e a pasta dentífrica (*pepsodent*), e as folhas.

Na investigação desta autora, 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 assim, uma elevada influência de pessoas de apoio nos cuidados ao recém-nascido no contexto estudado.

Contudo, as mães participantes no referido estudo mencionaram que na origem dos seus conhecimentos a vertente científica também se encontra presente. Os dados demonstraram

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.

Algumas das mães referiram conhecer as indicações científicas, mas optar 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 das mães angolanas estudadas. 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 (TAVARES, 2022).

A intervenção do profissional de saúde passa por orientar, substituindo práticas culturalmente adquiridas que possam ser nocivas e apresentem riscos para a saúde e reforçar práticas saudáveis. É fundamental promover o diálogo e capacitar as mães, bem como supervisionar o cuidado por elas realizado, tornando possível a elaboração, em conjunto, de um plano de cuidados, baseado nas necessidades identificadas, nas dificuldades e limitações das mães/família e nos cuidados ao coto umbilical, para a eliminação dos indicadores de morbi-mortalidade neonatal (RAMOS, 2016; RIBEIRO & BRANDÃO, 2019). Os profissionais de saúde pública, têm assim, pela sua proximidade com a comunidade, a possibilidade de colaborar de forma ativa na promoção do exercício da cidadania e no empoderamento das mães, contribuindo assim, para a inversão dos elevados índices de morbimortalidade neonatal em Angola.

O fato de haver processos nos quais a idade dos recém-nascidos e os dias de internamento não se encontravam cadastrados constitui uma limitação ao estudo e uma preocupação relativamente à colheita de dados, registros e atuação dos profissionais de saúde. Também pelas falhas importantes e incompletude dos dados, fica a dúvida se não terão ocorrido situações de tétano neonatal associado a onfalite, ou se não foram registradas, podendo ser consideradas uma limitação do estudo. Não existe registro de informação relativamente aos cuidados praticados, assim como de quem os realiza no domicílio. No total dos óbitos (26), apenas existem dois registros dos cuidados praticados, e no total de internamentos sem óbito (156), apenas seis. Estes dados poderiam revelar informação importante no sentido de saber quem cuida do recém-nascido e quais os saberes e práticas culturais e tradicionais inerentes a esse cuidado, orientando assim, a intervenção do profissional de saúde. Os cuidados inadequados e precários ao coto umbilical são reconhecidos como potenciais causas de onfalite e septicemia.

Apesar do número elevado de internamentos, as lacunas nos registros de saúde são evidentes. Concordamos com Linhares (2012), tratar-se de um tema ao qual tem sido dado

pouca relevância, tendo a falta completa desses dados consequências, tanto ao nível da avaliação epidemiológica, quanto do conhecimento estatístico das ocorrências.

Deste modo, a ausência destes registros remete-nos para a necessidade de investimento na formação dos profissionais de saúde, quer no aprofundamento da colheita de dados, quer na qualidade dos registros realizados que podem condicionar ou promover o sucesso das intervenções em saúde. Um dado adequadamente anotado contribui para o aperfeiçoamento e continuidade dos cuidados de saúde, tornando a informação menos fragmentada e mais completa, o que permite respostas mais eficazes e favorecendo a avaliação das intervenções (RAMOS & TAVARES, 2020).

Quanto às idades registradas dos recém-nascidos falecidos, estes tinham na sua maioria até 10 dias de vida. O mesmo se verifica em relação às idades dos recém-nascidos internados que não faleceram. Apesar de ocorrerem internamentos até ao 28º dia de vida, a maioria dos internamentos ocorreu entre o primeiro e o sétimo dia de vida, correspondendo ao período em que ocorre a queda do coto umbilical, ou seja, no período-chave dos cuidados ao mesmo. Os resultados vão ao encontro dos dados da WHO (2016), a qual relata que nos primeiros dias após o nascimento ocorrem cerca de 50% de óbitos neonatais e 75% durante a primeira semana de vida.

No que se refere aos óbitos dos recém-nascidos, os dias de internamento em que ocorrem variam entre 0 e 5 dias, acontecendo em sua maioria nos primeiros dias, o que nos leva a suspeitar que a situação do recém-nascido aquando da admissão na unidade hospitalar já era grave.

Nos internamentos onde não se verifica o óbito do recém-nascido, constata-se que, apesar do maior número de dias de internamento se verificar entre dois e três dias, existem situações em que o internamento se prolonga até aos 24 dias. O aumento dos dias de internação do recém-nascido implica não só consequências económicas para o Estado e para a família, com reflexo a nível social, mas também afeta a relação mãe/filho e com os restantes membros da família. Para além destes aspectos, a exposição do recém-nascido ao ambiente hospitalar e o aumento dos dias de internamento traduz-se em riscos acrescidos para a sua saúde, uma vez que, pelas características inerentes à idade, este se encontra mais vulnerável.

■ CONCLUSÕES

Para desenvolver estratégias de prevenção e de intervenção em saúde é necessário conhecer a realidade de uma comunidade. Assim, conhecer o modo de viver de uma dada população, bem como os seus comportamentos, permite uma intervenção em saúde dirigida e adequada às reais necessidades.

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que os recém-nascidos e as mães angolanas permanecem vulneráveis no que se refere aos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido. Para a redução da mortalidade neonatal torna-se prioritária a assistência às mães e a formação dos profissionais de saúde, de modo que as suas intervenções junto das mães e dos recém-nascidos sejam efetivas e de qualidade.

Da análise efetuada aos registos que constam dos processos do internamento de pediatria do hospital em análise, verificou-se a pouca precisão dos mesmos, não constando informações importantes como, por exemplo, quais os cuidados realizados ao coto umbilical no domicílio e por quem; quais as orientações dadas às mães para os cuidados ao coto umbilical na maternidade; quais os seus saberes e práticas relativamente a este cuidado; e quem orientou a realização deste cuidado.

No que se refere à onfalite no recém-nascido, tratando-se de um problema de saúde pública existente em Angola, passível de prevenção, é importante o conhecimento e a compreensão dos saberes e práticas tradicionais familiares e a influência social e cultural inerentes no cuidado ao coto umbilical, bem como a melhoria das práticas de cuidado e das condições de vida das famílias, além da melhoria dos registos de saúde e dos serviços e cuidados de saúde. Este conhecimento favorecerá a prevenção do problema e a qualidade dos cuidados baseado num diagnóstico preciso e concreto da situação, direcionando a intervenção do profissional de saúde, que surge como competência e responsabilidade dos profissionais e serviços de saúde, proporcionando a promoção de saúde dos recém-nascidos e, conseqüentemente, da sociedade futura.

Este estudo sensibiliza para o investimento na formação dos profissionais de saúde na prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes e incentiva a atenção dos profissionais e gestores políticos para este problema de saúde pública, de modo a que as intervenções e políticas públicas sejam dirigidas e adequadas às reais necessidades das mães e dos cuidadores, favorecendo assim a saúde e o desenvolvimento dos recém-nascidos.

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.

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 no âmbito comunitário, primando pelo envolvimento e participação da família.

Os programas já existentes a nível da saúde infantil do Ministério da Saúde de Angola, devem ser complementados. 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 adequados e no culminar de uma parentalidade responsável.

O estudo possibilitou a mobilização de esforços por parte das entidades competentes no sentido de deslocarem meios e desenvolverem políticas públicas sociais e de saúde para o combate a este flagelo, contribuindo para atingir as metas preconizadas pelo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 e pelas Nações Unidas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS.

Devido à escassez de estudos neste âmbito em Angola, sugere-se a importância e necessidade de mais investigações, especialmente sobre os determinantes culturais e psicossociais de saúde e, sobre a forma como os próprios profissionais de saúde são influenciados pelos aspectos culturais nos cuidados ao recém-nascido, de modo a aumentar as bases que fundamentam e orientam as intervenções e políticas públicas no sentido da redução da onfalite em recém-nascidos em Angola e, conseqüentemente, a redução da morbidade e mortalidade neonatal.

■ REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA ANGOLA PRESS-ANGOP. **Médica apela à cura de cordão umbilical com responsabilidade.** Janeiro.2009.
2. CARVALHO V.; MARKUS J.; ABAGGAE K.; GIRALDI S.; CAMPOS T. Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido. **Sociedade Brasileira de Pediatria.** 2015.
3. CORREIA T.; PIRES C. Que técnica usar nos cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido. **Revista Da Associação Portuguesa Dos Enfermeiros Obstetras.**2016.
4. CUNHA R.; ALVES B.; VEIGA G.; ADAMI F.; CARLESSO J.; FIGUEIREDO F. ET AL. Mortalidade neonatal em Luanda, Angola: o que pode ser feito para sua redução? **Revista J Hum Growth,** vol 29, n.2, 2019.
5. FERREIRA T.; SOUZA A.; MEDEIROS J.; ANDRADE F. Avaliação do atributo coordenação do cuidado em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural,** vol. 3, n.1, 2017.
6. JORNAL DE ANGOLA. **Umbigos mal tratados levam a mortes.** 27 de Abril. 2018.
7. LEITE R.B.; PONTES C.S. & PAVÃO J.F. **Cidadania para a saúde: o papel do cidadão na promoção da saúde.** Lisboa: Universidade Católica Editora; 2015.

8. LINHARES L.; SILVA L.; RODRIGUES V.; ARAÚJO R. Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol.21, n. 4, 2012.
9. LÓPEZ-MEDINA M.D.; LINARES-ABAD M.; LÓPEZ-ARAQUE A.B.; LÓPEZ-EDINA I.M. Cura a seco versus cura com clorexidina para prevenção da onfalite. Revisão sistemática com metanálise. **Revista Latino-Americana. Enfermagem Artigo de Revisão**. 2019.
10. LOWDERMILK L.; PERRY E. **Enfermagem na Maternidade**. (7aed.). Camarate: Lusodidacta; 2008.
11. LUÍS S.; COSTA A. & CASTELEIRO C. **Boas práticas nos cuidados ao coto umbilical: um estudo de revisão**. Millenium, vol. 47, 2014.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025**. (2). Luanda: Ministério da Saúde de Angola. 2012.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Contribuição do sector de saúde para o plano nacional de desenvolvimento 2018-2022**. Luanda: Angola; 2016.
14. PEREIRA M.; SOUZA D.; SOUZA A.; FERREIRA T.; ANDRADE F. A assistência à saúde da criança: uma análise multidimensional dos serviços de saúde. **Revista Ciência Plural**, vol.4, n.3, 2018.
15. RAMOS, N. **Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspectivas Teóricas e Práticas**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB. 2008a.
16. RAMOS N. A diversidade cultural na cidade: Problemas e Desafios. Rubim L.& Miranda N. (org). **Transversalidades da Cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008b.
17. RAMOS N. Comunicação em saúde e interculturalidade - perspectivas teóricas, metodológicas e praticas. **RECIIS – Revista Eletrónica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, vol. 6, n.4, 2012a.
18. RAMOS N. Migração, maternidade e saúde. **Reportório, Teatro e Dança**. Número Temático – Movimento, Criatividade e Cura. Salvador, vol.18, n.1, 2012b.
19. RAMOS N. 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, 2016.
20. RAMOS N.; TAVARES E. 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**. 2020. Lisboa, ISPA.
21. RANGEL L.; MOREIRA M.; JERÓNIMO S. & RIBEIRO F. A prática do cuidado prestado pelas mulheres aos filhos no domicílio. **Revista Enfermeria Global**. 2007;10.
22. RIBEIRO M.; BRANDÃO M.A. Produção científica da enfermagem sobre coto umbilical. **Revista Interdisciplinar Novafapi**, vol.4, n.3, 2011.
23. SETUMBA, M., SIMÃO, M., SILVA, M., SCOCHI, C., PINA, J., MELLO, D. Mortalidade, recém-nascidos de baixo peso ao nascer e acesso universal. **Portuguese Journal of Public Health**, vol. 36, n. 2, 1-7, 2018.

24. SIMÃO R.; GALLO P. (2013). Mortes infantis em Cabinda, Angola: desafio para as políticas públicas de saúde. **Revista Brasileira Epidemiologia**, vol 16, n. 4, 2013.
25. TAVARES, E. **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.** (Dissertação de Doutoramento em Relações Interculturais), Universidade Aberta, Lisboa, 2022.
26. UNITED NATIONS INTERAGENCY GROUP FOR CHILD MORTALITY ESTIMATION. **Levels & Trends in Child Mortality. Report 2017.** Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. 2017.
27. WATERAID. **Começo saudável.** Londres, 2015.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Children: reducing mortality.** 2016.