




CUIDADOS CORPORAIS AOS RECÉM-NASCIDOS DE MÃES ANGOLANAS: SAÚDE, INTERCULTURALIDADE E MIGRAÇÃO INTERNA

BODY CARE OF THE NEWBORNS OF ANGOLAN MOTHERS: HEALTH, INTERCULTURALITY AND INTERNAL MIGRATION

CUIDADO CORPORALES DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE ANGOLEÑA: SALUD, INTERCULTURALIDAD Y MIGRACIÓN INTERNA

Elsy Tavares⁴⁹

Natália Ramos⁵⁰

 10.21665/2318-3888.v10n19p137-178

RESUMO

O período neonatal é crítico na vida de uma criança, devido à sua maior vulnerabilidade e ao maior risco de morte, sendo os cuidados realizados ao recém-nascido revestidos da maior importância e com reflexos na sua saúde futura. A cultura, os mitos e as crenças revelam-se num conjunto de saberes tradicionais que muitas vezes prevalecem sobre os conhecimentos científicos, dando origem a práticas de cuidados com o corpo não recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e com consequências negativas para a saúde, como é exemplo a onfalite. Em Angola, a mortalidade neonatal é elevada, constituindo a septicémia uma das principais causas. Analisou-se saberes e práticas de mães angolanas relativamente aos cuidados corporais com o recém-nascido, em particular com o coto umbilical, através de um estudo descritivo, exploratório, comparativo e transversal, com metodologia de cariz qualitativa, cuja amostra é não probabilística por conveniência. Verificou-se que os saberes e as práticas de mães angolanas relativamente a estes cuidados derivam da componente empírica, transmitida maioritariamente pela família através das gerações, sobretudo pelas avós do recém-nascido, e da componente científica, através dos profissionais de saúde. Observou-se que as mães

⁴⁹ Investigadora do CEMRI, G.I. Saúde, Cultura e Desenvolvimento, CEMRI/Uab. Doutoranda da Universidade Aberta de Lisboa - Portugal. E-mail: el.tavar@gmail.com.

⁵⁰ Professora Associada da Universidade Aberta de Lisboa/Uab – Portugal. Coordenadora Científica do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais/CEMRI. Investigadora Responsável do G.I. Saúde, Cultura e Desenvolvimento, CEMRI/Uab. E-mail: maria.ramos@uab.pt.



com experiência migratória revelam alguns comportamentos distintos das mães naturais de Luanda, nomeadamente ao mencionarem com mais frequência o álcool como conhecimento prévio, sendo no entanto as mães naturais de Luanda as que mais o utilizam de forma isolada como prática nos cuidados ao coto umbilical.

Palavras-chave: Cuidados Corporais aos Recém-Nascidos. Coto Umbilical. Corpo, Saúde e Cultura. Mães Angolanas. Interculturalidade e Saúde. Migração Interna.

ABSTRACT

The neonatal period is critical in the life of a child, due to its greater vulnerability and the greater risk of death, and the care provided to the newborn is of utmost importance and with reflections on its future health. Culture, myths and beliefs are revealed in a set of traditional knowledge that often prevails over scientific knowledge, giving rise to body care practices not recommended by the World Health Organization and with negative consequences for health, such as an example is omphalitis. In Angola, neonatal mortality is high, with septicemia being one of the main causes. Knowledge and practices of Angolan mothers regarding body care with the newborn, in particular with the umbilical stump, were analyzed through a descriptive, exploratory, comparative and transversal study, with a qualitative methodology, whose sample is non-probabilistic because of convenience. It was found that the knowledge and practices of Angolan mothers regarding this care derive from the empirical component, transmitted mainly by the family through generations, especially the newborn's grandmothers, and from the scientific component, through health professionals. It was observed that mothers with migratory experience reveal some different behaviors from mothers born in Luanda, namely by mentioning alcohol more frequently as prior knowledge, although mothers born in Luanda are the ones who most use it in isolation as a practice in umbilical stump care.

Keywords: Body Care of The Newborns. Umbilical Stump. Body, Health and Culture. Angolan Mothers. Interculturality and Health. Internal Migration.

RESUMEN

El período neonatal es crítico en la vida de un niño, por su mayor vulnerabilidad y el mayor riesgo de muerte, siendo el cuidado que se le brinda al recién nacido de suma importancia y con reflejos en su salud futura. La cultura, los mitos y las creencias se revelan en un conjunto de conocimientos tradicionales que muchas veces prevalecen sobre los conocimientos científicos, dando lugar a prácticas de cuidado corporal no recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y con consecuencias negativas para la salud, como por ejemplo la onfalitis. En Angola, la mortalidad neonatal es alta, siendo la septicemia una de las principales causas. Los conocimientos y prácticas de las madres angoleñas sobre el cuidado del cuerpo con



el recién nacido, en particular con el cordón umbilical, fueron analizados a través de un estudio descriptivo, exploratorio, comparativo y transversal, con metodología cualitativa, cuya muestra es no probabilística por conveniencia. Se constató que los conocimientos y prácticas de las madres angoleñas sobre ese cuidado derivan del componente empírico, transmitido principalmente por la familia a través de las generaciones, especialmente las abuelas del recién nacido, y del componente científico, a través de los profesionales de la salud. Se observó que las madres con experiencia migratoria revelan algunos comportamientos diferentes a las madres nacidas en Luanda, a saber, mencionan con mayor frecuencia el alcohol como conocimiento previo, aunque las madres nacidas en Luanda son las que más lo utilizan aisladamente como práctica en el cuidado del muñón umbilical.

Palabras clave: Cuidado Corporal del Recién Nacido. Muñón Umbilical. Cuerpo, Salud Y Cultura. Madres Angoleñas. Interculturalidad y Salud. Migración Interna.

Introdução

A saúde é um estado de bem-estar culturalmente definido, validado e praticado. Por sua vez, a cultura consiste na totalidade de comportamentos socialmente transmitidos em relação a crenças, valores, costumes e estilos de vida característicos 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, tendo os valores culturais uma 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, 2004a,b; RIBEIRO et al., 2009).

Na maioria das sociedades, o parto e o pós-parto imediato são sinónimo de um período de risco para a mãe e para a criança, caracterizando-se por uma série de cuidados, rituais e crenças culturais que variam de acordo com a cultura (RAMOS 2004a, b; FIGUEIREDO, 2003). O recém-nascido depende totalmente de uma pessoa responsável pela satisfação das suas necessidades, pelo que o modo como essas necessidades serão satisfeitas está intimamente relacionado com fatores culturais e individuais, que, entre outros, serão determinantes no desenvolvimento físico e



psíquico da criança (LOWDERMILK & PERRY, 2009). As necessidades básicas de cuidados do recém-nascido que são universais, e referem-se a boas práticas, incluem a amamentação ou alimentação artificial, cuidados de higiene (corporal, ambiental, coto umbilical...), conforto, vestuário, eliminação, sono e repouso, afeto e estimulação, adaptação ao papel parental, segurança, prevenção de acidentes e vigilância de saúde (RAMOS 2004a, b).

Os cuidados de maternagem são considerados atividades importantes para o bem-estar, desenvolvimento e saúde da criança. Contudo, geralmente, esses cuidados não são avaliados pelo seu caráter complexo, integrativo e essencial em termos de desenvolvimento emocional, cognitivo e psicológico da criança, sendo considerados por vezes atividades banais e repetitivas, como, por exemplo, os gestos utilizados para adormecer, embalar, proteger e amamentar ou a valorização e reação às queixas e aos sons emitidos pelo bebê. As competências maternas dependem da relação estabelecida com a sua própria mãe e das restantes relações interpessoais e intergeracionais, das representações da gravidez e da maternidade, da relação conjugal e da experiência de cuidados de maternagem. 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 físicos e psicológicos com a criança conduz a disfuncionamentos e perturbações de desenvolvimento e de personalidade, afetando a saúde mental e física da criança (RAMOS, 2004 a,b).

De acordo com Pinto (2005), o risco de morte varia em razão inversa da idade da criança, sendo 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 cinco anos incluíram complicações prematuras do nascimento (18%), pneumonia (16%), eventos relacionados com o parto (12%), anomalias congénitas (9%), diarreia (8%), sépsis neonatal (7%) e malária (5%)



(UNIGME, 2018). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 32% das mortes de recém-nascidos são causadas por infecção. Quando a higiene é precária, os recém-nascidos podem ser infetados por bactérias ou outros organismos que podem causar infecções graves da pele, cordão umbilical, pulmões, sistema gastrointestinal, cérebro ou sangue (BECK et al. 2004). A título de exemplo, 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 num país desenvolvido (UNIGME, 2018). Em 2015, segundo *Wateraid* (2015), *apud* Ramos e Tavares (2020), Angola foi considerado o local mais perigoso do mundo para se ter um bebê, com as infecções de diferentes tipos a representarem quase 30% de todas as mortes neonatais.

Segundo as tendências atuais, estima-se que 56 milhões de crianças com menos de 5 anos venham a morrer entre 2018 e 2030 (80% dessas mortes deverão ocorrer no sul da Ásia e na África Subsaariana). Desses 56 milhões de crianças, metade são recém-nascidos. De acordo com a OMS (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), 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 (MINSa, 2012). A taxa de mortalidade neonatal é uma referência dos cuidados materno/infantis.

Em Angola, é importante a transmissão das orientações sobre os cuidados ao recém-nascido, geralmente realizados pelas mães sob influência de orientações familiares transmitidas entre gerações. A cultura, os mitos e as crenças revelam-se num conjunto de saberes tradicionais que muitas vezes prevalecem perante os conhecimentos científicos, levando a práticas de cuidados, designadamente corporais, 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).

Algumas das práticas frequentes no cuidado ao coto umbilical realizadas pelas mães em Luanda consistem na 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).

Luanda é uma cidade cosmopolita onde vivem e interagem grupos étnicos de diferentes regiões de Angola e imigrantes de diversos países africanos e de outras partes do mundo, sendo o maior centro urbano do país. 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 desenvolvidos, abrangendo a migração rural-urbana ou movimentos intra-provinciais, sentindo-se a população atraída para áreas urbanas como Luanda, cidade de grande dimensão e caracterizada por grande diversidade cultural (CARVALHO, 2013). Apesar da substancial falta de dados, estima-se que 12,6% da população angolana tenha migrado dos seus locais de origem, sendo que 20% desses movimentos são de zonas rurais para urbanas. As taxas de migração variam consoante a província, sendo Luanda a região urbana que apresenta as taxas mais elevadas, de 30,5% (INE, UNICEF & WORLD BANK, 2011).

A estabilidade sociopolítica pós-conflito armado e político 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 2013; 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, de reintegração e reinstalação de deslocados de guerra internos e externos e de movimentos migratórios intra-regionais (IOM, 2013).

Dadas as tendências migratórias variadas em Angola e o baixo estatuto socioeconómico da maioria dos seus habitantes, em várias situações os cuidados aos recém-nascidos podem apresentar carências e vulnerabilidades, levando a efeitos colaterais sobre o seu estado de saúde (CARVALHO, 2013; RAMOS & TAVARES, 2020). É, portanto, fundamental a formação dos profissionais de saúde na área da multi/interculturalidade, permitindo-lhes reavaliar os saberes e direcionar as mãos no sentido da adoção de cuidados culturalmente adaptados e de comportamentos e atitudes saudáveis, promovendo-se, assim, a negociação baseada no diálogo intercultural, na ética e na cidadania em saúde, bem como o desenvolvimento de competências baseadas no Paradigma Intercultural em Saúde (RAMOS, 2010b, 2012a, 2021a,b,c).

O presente artigo tem como objetivo geral apresentar os saberes e práticas de mães angolanas relativamente aos cuidados do coto umbilical do recém-nascido, nomeadamente identificando e descrevendo a origem desses mesmos saberes e práticas, realizados por mães primíparas e mães múltiparas, e comparando as práticas desses cuidados realizados por mães originárias de Luanda com os de mães que migram de outras províncias de Angola.

O artigo justifica-se pela constatação 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, é de grande pertinência o desenvolvimento de um estudo neste âmbito que pretende analisar uma realidade pouco estudada e conhecida no contexto angolano. Trata-se de um tema que engloba a área da saúde, educação e interculturalidade, no contexto angolano.

Através dos resultados obtidos pretende-se demonstrar a prioridade em investir na formação dos profissionais de saúde e na adoção e desenvolvimento de estratégias 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 corporais e de saúde 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 presente artigo encontra-se estruturado pela introdução onde é contextualizada a temática e objetivos do artigo, seguindo-se a apresentação e desenvolvimento da fundamentação teórica e revisão bibliográfica, bem como a metodologia, análise e discussão de resultados da pesquisa empírica realizada. Posteriormente, são apresentadas as considerações finais e, por último, as referências bibliográficas que serviram de suporte e fundamentação ao trabalho de investigação realizado.

Multiculturalidade nos cuidados de saúde ao recém-nascido: influência cultural e migratória

Um conjunto crescente de evidências científicas mostra que melhores práticas na comunidade e na família, associadas a oportunidades de encaminhamento para o



sistema de saúde, podem ter um impacto poderoso sobre a redução da mortalidade de crianças com menos 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 o seu potencial.

Nas sociedades tradicionais africanas, a saúde é vista como o equilíbrio entre os meios social, cultural, natural e sobrenatural. O método do cuidar é dirigido para a relação com a sociedade e o sobrenatural, fazendo geralmente uso de símbolos com carga emocional, afetiva e cultural. 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, pelo formalismo nas relações e pela utilização de linguagem científica. Em ambas as sociedades, verifica-se cada vez mais a existência do pluralismo médico, baseado em princípios originários de culturas diferentes, coexistindo explicações tradicionais e científicas moderna, assim como um sistema médico oficial e outros alternativos (RAMOS, 2004a).

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

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 rodeiam, sendo esse o conceito de saúde no sentido tradicional.

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 (LEININGER & MCFARLAND, 2006). O cuidar é um fenômeno universal, mas as suas representações, expressões, processos e padrões variam entre culturas, no espaço e no tempo (RAMOS 2003, 2004a,b, 2016, 2021b; RIBEIRO *et al.*, 2009).

As práticas e crenças mais comuns utilizadas no Brasil pelas mães de recém-nascidos estão relacionadas com o aleitamento materno, com os cuidados com o coto umbilical, com problemas diarreicos e respiratórios e com a cura do mau-olhado. É importante considerar que existem práticas utilizadas que não causam dano às crianças (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Os cuidados com as crianças são um fenômeno universal, mas os diversos estilos de cuidado são reflexos da cultura em que se inserem, como se pode observar nas sociedades multiculturais, onde coexistem diferentes maneiras de transportar, alimentar e adormecer o recém-nascido. Há muitas variações culturais nos comportamentos interativos e comunicacionais e nos cuidados corporais de cuidados utilizados entre as mães, os pais e o bebê (RAMOS, 2003, 2004a,b, 2016). Para esta autora, a comparação transcultural dos cuidados com a 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 no espaço e no tempo. Esta comparação transcultural permite realçar três estilos culturais de maternagem: de tipo proximal, de tipo distal e de tipo próximo-distal. O estilo de maternagem de tipo proximal é caracterizado por interações táteis,



cinestésicas e de proximidade física entre o adulto e a criança. Neste, a comunicação baseia-se sobretudo no contacto e estimulação corporal, e é predominante em África, na Ásia, na América Latina e em sociedades tradicionais. O estilo de maternagem de tipo distal exprime-se pela predominância de interações verbais e visuais, e é dominante nos continentes norte-americano e europeu, sobretudo no norte europeu. Por fim, o estilo de maternagem de tipo próximo-distal caracteriza-se pela coexistência harmoniosa de interações táteis e cinestésicas e interações verbais e visuais. É o estilo comunicacional e cultural de cuidados predominante em contexto português (RAMOS, 2004a,b).

De acordo com Meleis (2007), 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, sofre influência do contexto em que se insere e influencia os cuidados realizados ao recém-nascido. Assim, ser mãe ou pai exige adaptação e mudança de comportamentos que promovam esta transição (BOBAK *et al.*, 1999). As representações do que é ser pai ou mãe são construídas em grande medida a partir da família de origem, havendo tendência para repetir os modelos que se conhece, os quais 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 e o estilo, materno ou paterno, de cuidados com a criança diferenciam-se e complementam-se (RAMOS, 2004a,b, 2010a). 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, 2004a,b).

A família é um sistema aberto, hierárquico, dinâmico, 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 é uma pessoa respeitada e valorizada, sendo os seus discursos e práticas geralmente tidos como importantes e assumidos como modelos transmitidas intergeracionalmente. No âmbito familiar, ao exercerem cuidados, as avós perpassam os seus saberes, mitos, crenças, valores e práticas ao longo das gerações (RAMOS, 2005). Na relação mãe- avó-cuidadores, há uma posição de subalternidade e dependência por parte de algumas mães que, motivadas pela inexperiência, medo, insegurança e desconhecimento, acatam e sujeitam-se aos conhecimentos dos mais velhos, dificultando à jovem mãe um maior envolvimento nos cuidados dos seus filhos, mesmo quando estes precisam de ser repadronizados ou modificados. Em certos casos, 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 é o caso, em Angola, da utilização de substâncias nocivas nos cuidados do coto umbilical. Deste modo, é fundamental incluir as avós nas orientações para os cuidados e incentivar a mãe participar nos cuidados e a adquirir responsabilidades e poder na tomada de decisão, desenvolvendo os cuidados do recém-nascido com segurança, autonomia e prazer.

Torna-se necessário ao profissional de saúde conhecer a realidade das pessoas alvo de cuidados e respeitar e valorizar a família, no sentido de prestar cuidados congruentes, com objetivos determinados e em consonância com os intervenientes (SIMÃO & GALLO, 2013). Muitas mães migram das províncias e países de origem acompanhadas da influência da cultura e dos saberes tradicionais, sendo confrontadas com a cultura e prática ocidental de cuidados, o que pode estar na origem de dúvidas e insegurança. Nestas situações, a relação e comunicação intercultural estabelecida com os profissionais de saúde é determinante nas opções de cuidados de saúde adotadas (RAMOS 2004a,b, 2012a,b,c; SOPA, 2009).



A migração tem um impacto potencial nos cuidados das mães angolanas com os recém-nascidos e, conseqüentemente, influencia a saúde destes. Os cuidados realizados não são nem imutáveis nem independentes do contexto em que as mães se encontram envolvidas e dependem de variáveis como os contextos culturais, familiares, económicos e sociais, a idade da mãe, o nível de educação dos pais migrantes, o tipo de migração, a capacidade do cuidador alternativo, as condições domésticas, a comunicação e as relações com a família e pessoas de referência (RAMOS, 2004a,b, 2012a,b,c). A migração também pode induzir efeitos menos visíveis, como mudanças nas estruturas familiares típicas, com conseqüente impacto nos cuidados das mães com os recém-nascidos (PIKO & FITZPATRICK 2006, *apud* CARVALHO, 2013).

Muitas mães migram das províncias de Angola e levam consigo a influência da sua cultura de origem, 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. A elevada concentração de migrantes nas cidades torna-as espaços multiculturais, onde se exprimem traços culturais, estilos de vida e identidades. As mulheres que partem das províncias para 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, relativamente aos cuidados prestados aos recém-nascidos (RAMOS, 2004a, 2008, 2012c, 2016). Nos primeiros anos de vida, mães e crianças são particularmente vulneráveis, no contexto de migração, às questões de saúde, adaptação, ansiedade, 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, 2008, 2012a,b,c).



No processo de aculturação, as mães têm dificuldade em selecionar os aspectos a manter e a abandonar da sua cultura de origem relacionados com o cuidado ao recém-nascido (RAMOS, 2004, 2008, 2012a,b, 2016), situação que leva a uma complementaridade nos cuidados de saúde, manifestada pelo recurso que a mãe 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 comportamentos de aplicação de soluções e tratamentos caseiros e disponíveis no coto umbilical, os quais provocam infeção. 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 utilizarem práticas tradicionais, recorrem também ao médico, mas não o informam desse percurso e das práticas realizadas.

Ramos (2003, 2004a,b) e Leininger e Mcfarland (2006) referem que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes (diversidade), apesar de haver pontos comuns no cuidado em todas as culturas do mundo (universalidade). O cuidado cultural é multidimensional e considera os diferentes contextos sociais e culturais em que estão inseridos os sujeitos e as famílias 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.

O desenraizamento e isolamento social das mães migrantes está por vezes na origem do desequilíbrio da relação mãe-criança e da inadequação das respostas das mães às necessidades das crianças, verificando-se incapacidade na oferta de um suporte psicológico, afetivo, físico e familiar sólido.

É fundamental conhecer o contexto sociocultural em que o recém-nascido e a 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 2004a,b, 2012a,c, 2016). Para Ramos (2004a, 2012a,b,c), assiste-se com alguma frequência à modificação e ao abandono de certas práticas e cuidados com a 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.

Ainda de acordo com Ramos (2004a), a vivência da maternidade em circunstâncias de migração mostra que a aculturação pode acontecer de três formas: a aculturação com êxito, quando existe um equilíbrio entre as práticas tradicionais e as adquiridas no local de acolhimento, sendo mais comum em famílias que mantêm laços estreitos com o seu local de origem; a “semi-aculturação”, que ocorre quando as mães elegem maioritariamente para os cuidados ao seu filho as práticas da sociedade de acolhimento, tendendo a diminuir ou a desaparecer os cuidados que derivam do seu local de origem, sendo mais frequente em mães jovens, com rutura nas relações intergeracionais; e a semi-aculturação, que poderá propiciar contradições, indecisões e conflitos entre os saberes apreendidos na cultura de origem e os veiculados pelos profissionais de saúde na cultura de acolhimento. Há ainda a possibilidade de “desaculturação”, que ocorre quando o desenraizamento cultural familiar e materno é muito elevado, não conseguindo a mãe adaptar-se ao novo ambiente para prestar cuidados ao seu filho, e que corresponde às situações de maior vulnerabilidade, acompanhadas de isolamento, depressão e psicopatologia (RAMOS, 2004a).

O parto e os primeiros cuidados que se prestam ao recém-nascido estão, em geral



impregnados de 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, poderá vivenciar sentimentos de angústia, ansiedade e stress, com consequências nefastas para a saúde da mãe e da criança (RAMOS, 2004a, 2008, 2012c, 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 na do recém-nascido.

Para Leininger e 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 ajudar 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. A acomodação do cuidado implica a educação bilateral, na qual o profissional aprende a forma de cuidar utilizada pela família e lhe ensina 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 e a equipa de saúde e requer que todos compartilhem saberes, decisões e poderes. Assim, as práticas tradicionais nocivas alusivas ao cuidado com o recém-nascido conseguem ser alteradas ou erradicadas, se as mães compreenderem que tal trará benefícios (RAMOS, 2004a,b, 2016; LEININGER & MCFARLAND, 2006).

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 e a diferença e proporcionem trocas autênticas e recíprocas



de experiências com os usuários/utentes que sejam facilitadoras da comunicação e da prestação de cuidados (WONG,1999; LEININGER & MCFARLAND, 2006; RAMOS, 2012a). Se não houver conhecimento sobre a cultura do usuário/utente 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 usuário/utente relativamente à abordagem do profissional de saúde (RAMOS, 2004a, 2007, 2008). Como é referido por esta autora, muitas mães ao migrarem das províncias ou países de origem, levam consigo a influência da cultura tradicional, sendo confrontadas com o efeito da cultura ocidental nos cuidados ao recém-nascido. Neste sentido, a relação e comunicação estabelecida com os profissionais de saúde é determinante nos cuidados prestados.

Cuidados de saúde com o recém-nascido: conhecimento empírico versus conhecimento científico

Mantendo-se a tendência atual, prevê-se que entre 2017 e 2030 cerca de 60 milhões de crianças morrerão em todo o mundo, sendo metade recém-nascidos (UNIGME, 2018).

O período puerperal é revestido de mitos, crenças, costumes e medos, sendo que os cuidados ao recém-nascido são permeados por práticas culturais, transmitidas através de gerações (RAMOS, 2004a). 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, *et al.* (2015), que afirmam que cerca de 30% das mortes neonatais decorrem de infeções, sendo os débeis cuidados ao coto umbilical reconhecidos como potenciais causas de onfalite e septicémia. Com efeito, a presença de bactérias



leva à infecção do coto umbilical, denominada onfalite, e é também responsável pelo tétano neonatal.

A insegurança das mães relativamente ao manuseio do coto umbilical leva-as a delegar frequentemente os seus cuidados nas pessoas mais experientes, que geralmente não foram alvo da atenção das orientações dos profissionais de saúde. Trata-se de uma realidade bem evidente em contexto angolano, designadamente em Luanda, onde as mães, mesmo sendo acompanhadas numa unidade de saúde, aplicam soluções caseiras no coto umbilical que provocam infeções. Apesar de estarem cientificamente comprovados 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).

A higiene corporal do recém-nascido é fundamental para o seu bem-estar, para além de permitir uma maior proximidade e relação com os pais/cuidadores. O banho é uma medida de manutenção da integridade física da pele, proporcionando limpeza e hidratação, pelo que no final do banho é necessário secar adequadamente o coto umbilical e a sua base de implantação (WONG, 1999; LINHARES *et al.*, 2017). O método de limpeza do coto umbilical do recém-nascido depende dos protocolos praticados nas diversas instituições de saúde (CAPLE & WALSH, 2016, *apud* PIRES, 2016), contudo, existe um ponto crucial e comum a qualquer método: a higienização das mãos dos cuidadores com água e sabão (BRANCO, 2003, *apud* LUÍS, 2014; BECK *et al.*, 2013, *apud* PIRES, 2016).

Devido à pele delicada do recém-nascido, os produtos de higiene devem ter características neutras (SILVA, 2006). Segundo as diretivas da OMS (WHO, 2006), 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



desinfecção do coto umbilical e da área circundante deve ser realizada a cada muda de fralda, devendo limpar-se desde a base até ao extremo livre, bem como limpar o *clamp* colocado no coto umbilical 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, *apud* PIRES, 2016), devendo os pais saber identificar e estar atentos aos sinais e sintomas de infeção (SILVA, 2006; LINHARES *et al.*, 2019).

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 os 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. As práticas de cuidados ao coto umbilical do recém-nascido variam como reflexo de tradições culturais no seio das comunidades (STEWART & BENITZ, 2016, *apud* PIRES, 2016). A conduta de cada cuidador leigo, bem como as suas crenças, pode contribuir significativamente para que ocorram as infeções neonatais, que elevam os indicadores de morbi-mortalidade (RIBEIRO & BRANDÃO, 2011; LINHARES *et al.*, 2019).

Em Angola, o coto umbilical está associado a diversas crenças e medidas de prevenção, como a de não poder ser abandonado, uma vez que está associado à prevenção contra o mal e a um símbolo de vida. Se a criança for exposta em locais públicos durante os sete primeiros dias de vida, ocorre o “mal dos sete dias” (tétano) (LINHARES *et al.*, 2019). No cuidado realizado ao coto umbilical do recém-nascido, são várias as práticas tradicionais adotadas, provenientes dos saberes leigos, mencionadas por diversos autores. Oliveira *et al.* (2006), por exemplo, referem a



utilização de areia, chá, pó de café, óleo de mamona e xaropes com ervas medicinais. De acordo com 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, podendo todas elas conter bactérias suscetíveis de originar onfalites.

Segundo Campos e 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 raspas de chifre, caroços de feijão, galhos de arruda, farelos, penas de galinha, folhas de fumo, azeite, entre outros elementos. 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 (MANUEL, 2012). De acordo com 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 e 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 e aranhas.

Com efeito, 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, mesinhas caseiras, colostro, extratos de plantas, moedas, azeite ou óleo de coco. Posteriormente, com o evoluir dos tempos, surgiram os medicamentos, como o corante triplo, a iodopovidona, o álcool a 70^o, a clorhexidina e alguns antibióticos. No entanto, no século XXI, o recurso a produtos caseiros ainda é uma opção para um número considerável de pessoas.



O coto umbilical requer a utilização de produtos cientificamente recomendados, de modo a evitar infecções (LUÍS, 2014; PIRES, 2016; RAMOS & TAVARES, 2020). 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*, contudo, parece não haver consenso sobre qual por optar (CARDÃO, PARREIRA & COUTINHO, 2019). Em Portugal, ocorreram igualmente mudanças quanto à forma de cuidar do coto umbilical. Na década de 1940, este cuidado envolvia a limpeza com gaze humedecida em álcool a 70º após o banho, sendo posteriormente aplicada uma ligadura à volta do abdómen como forma de evitar hemorragia (FREITAS & PORTO, 2011, *apud* 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 a 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), pelo que 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 contacto 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, devido à manutenção de um ambiente limpo, ao uso de técnicas assépticas durante o parto, a partos realizados em unidades de saúde e ao acesso a cuidados de saúde fácil e rápido, como é o caso de Portugal (WHO, 2013; LUÍS, 2014; CORREIA & PIRES, 2016; PIRES, 2016; CARDÃO, PARREIRA & COUTINHO, 2019). Esta técnica funciona bem em populações que compreendem e aplicam o ensino e treino realizados e que facilmente reconhecem os sinais e sintomas de alarme de infeção e recorrem aos serviços de saúde (WHO,



2013). Em regiões com baixos recursos, onde as taxas de infecção e de mortalidade neonatal são elevadas, onde o assético não é ainda uma realidade e 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 (CORREIA & PIRES, 2016; CARDÃO, PARREIRA & COUTINHO, 2019).

As infecções no período neonatal continuam a ser uma das principais causas de morbi-mortalidade neonatal no mundo e são muitas vezes originadas devido a infecções provenientes do coto umbilical (WHO, 2016, *apud* PIRES 2016). Segundo a OMS, os recém-nascidos só começam a desenvolver a sua própria flora de proteção após 24 horas de vida (LUÍS, 2014), sendo que nos primeiros dias de vida o seu sistema imunitário ainda não está totalmente desenvolvido, o que o torna altamente suscetível à infecção. Deste modo, os cuidados com o 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 (CAPLE & WALSH, 2016, *apud* PIRES, 2016). Quanto mais tempo o coto umbilical demorar a cair, maior é a probabilidade de ele ser colonizado por microrganismos patogénicos e desenvolver infecção (PERRY, 2010, *apud* PIRES, 2016).

Como já referido, as infecções do coto umbilical denominam-se onfalites. Estas podem ser localizadas na superfície do coto umbilical ou nas regiões adjacentes e, após a entrada na corrente sanguínea, tornar-se sistémicas, como é o caso da sépsis neonatal (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 (LÓPEZ-



MEDINA *et al.*, 2019). As onfalites necessitam de ser diagnosticadas e tratadas precocemente, a fim de evitar a mortalidade neonatal (ROSA, 2009). É de extrema importância a inspeção regular e meticulosa quanto aos sinais e sintomas de infecção, que podem ser locais, apresentando cheiro fétido, rubor, hemorragia e exsudado purulento (LOWDERMILK & PERRY, 2009). Porém, também podem ser sinais generalizados do recém-nascido, como a letargia, prostração, distensão abdominal, febre, taquicardia, apneia, instabilidade hemodinâmica ou anorexia (CAPLE & WALSH, 2016, *apud* PIRES, 2016; CARDÃO, PARREIRA & COUTINHO, 2019).

O tétano neonatal, como já referido também denominado “mal dos setes dias” ou “mal do umbigo”, por o período de incubação ser em média de sete dias, tem como foco o coto umbilical (BRUNNELLA *et al.*, 2011) e 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 putrefactas, instrumentos de lavoura, fezes de animais ou humanas, em material cirúrgico não esterilizado (instrumentos impróprios e contaminados) e em substâncias utilizadas no cuidado ao coto umbilical (fezes de animais e azeites de plantas) (WONG, 1999). Nos países desenvolvidos, conseguiu-se uma redução drástica da incidência do tétano, com a administração do toxoide tetânico à grávida, a assepsia no corte do cordão umbilical, a proximidade dos recém-nascidos com as mães nas enfermarias e os cuidados posteriores do cordão umbilical. No recém-nascido, o tétano manifesta-se três a 12 dias após o nascimento, com dificuldade progressiva na alimentação e choro associados. O óbito ocorre usualmente por alterações do equilíbrio hidroeletrólítico ou por asfixia (BRUNNELLA *et al.*, 2011).

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, 2008, 2017). A partilha de sentimentos e



pensamentos por parte do migrante é, com frequência, demonstrada nos hábitos tradicionais da sua própria cultura. Assim, nesta perspectiva, os aspetos inerentes à comunicação não verbal devem ser valorizados pelos profissionais de saúde nas relações interpessoais (RAMOS, 2004a), devendo estes prestar cuidados de qualidade que acolham a diversidade cultural. Como tal, os profissionais devem estabelecer canais de comunicação que valorizem a pluralidade e a diferença, proporcionem trocas autênticas e recíprocas de experiências com os usuários/utentes e sejam facilitadores da prestação de cuidados (WONG, 1999; LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Metodologia

O estudo apresentado, trata-se de um estudo descritivo, exploratório, comparativo e transversal que tem por base uma metodologia sobretudo de cariz qualitativa. O estudo foi realizado na cidade de Luanda, Angola, sendo a amostra não probabilística por conveniência. Numa maternidade de referência da cidade de Luanda (Centro de Saúde da Samba), foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a 40 mães angolanas de recém-nascidos. Considerando o local de origem, foram entrevistadas 20 mães naturais da cidade de Luanda e 20 mães naturais de outras províncias de Angola. Quanto ao número de filhos, foram entrevistadas 20 mães primíparas e 20 múltiparas. Os critérios de inclusão aplicados foram as participantes serem mães de bebés com um máximo de 28 dias de vida, nascidos na maternidade do Centro de Saúde da Samba, ou acompanhados em consultas na mesma unidade, residentes em bairros distintos da cidade de Luanda e que aceitaram participar no estudo. O conteúdo das entrevistas foi analisado com recurso ao programa informático N-Vivo, versão 12, e procedeu-se à análise de conteúdo de acordo com Bardin (2018). As questões éticas foram salvaguardadas ao longo de todo o estudo, tendo sido



aplicados o consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes e o direito de recusa em participar na investigação. Às participantes foram garantidos a confidencialidade, o anonimato e a privacidade dos dados.

Análise e discussão dos resultados

Os resultados apresentados são fruto de uma investigação de doutoramento (TAVARES, 2022). Ao nível da caracterização sociodemográfica da amostra, as mães participantes no estudo têm uma média de idade de 26 anos e a maioria possui ensino médio e está empregada. O local de residência de 90% das participantes é a periferia da cidade de Luanda, vivendo a maioria delas em união de facto. Relativamente à opção religiosa, a católica é a mais praticada.

Considerando a situação migratória das mães originárias de outras províncias de Angola para Luanda, as províncias de origem são variadas: Cabinda, Uíge, Malange, Cuanza Sul, Huambo, Benguela, Huíla e Namibe. As 20 mães migrantes residem em Luanda, em média, há 13 anos, tendo 13 delas voltado a visitar a província natal. Os principais motivos da deslocação para a capital foram: viver com familiares aí residentes; fugir da guerra; estudar; melhorar as condições de vida. A maioria migrou com familiares para Luanda, onde já conhecia pessoas, geralmente tios, referindo todas as entrevistadas terem tido apoio na integração.

As 20 mães em situação migratória das diferentes províncias de Angola para a capital referem que na sua província natal a maioria dos partos é realizada nas unidades de saúde (65%) (n=26), enquanto 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 tias (7,5%) (n=3).

Do total das 40 mães participantes no estudo, a maioria (55%) (n=22) descreve a existência de um ritual de nascimento do bebê, que na maioria das vezes (81,8%) (n=18) corresponde a uma festa com a família, e 65% (n=26) das mães refere conhecer alguma superstição, crença ou ritual em relação ao coto umbilical. Das 40 mães participantes, 53,6% (n=15) guarda o coto umbilical, no entanto, quando questionadas sobre a justificação do facto, não sabem explicar. No que se refere aos recém-nascidos, 57,5% são do género masculino e 42,5% do género feminino. São todos saudáveis e com idades compreendidas entre os três e os 28 dias de vida (metade destes tinha menos de sete dias).

Nos aspetos gerais relacionados com os cuidados ao recém-nascido, a aprendizagem com ajuda mais mencionada é o banho, referido na maioria por mães primíparas e naturais das várias províncias. As mães que já deram o primeiro banho ao recém-nascido são, na sua maioria, mães múltíparas e mães originárias das várias províncias de Angola. Os dados mostram que a amamentação é o segundo cuidado mais mencionado como aprendizagem por três mães, duas múltíparas 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.” As dúvidas mais mencionadas vão ao encontro das aprendizagens realizadas e estão relacionadas com os cuidados do banho, alimentação e pele do recém-nascido, e são apresentadas maioritariamente por mães múltíparas e por mães naturais de Luanda.

No que se refere ao conhecimento tradicional quanto aos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, o número de mães que menciona aprendizagem com ajuda é aproximado nos quatro grupos (múltíparas, primíparas, naturais de Luanda e naturais das outras províncias de Angola). A experiência anterior nos cuidados com



recém-nascidos, como forma de aquisição de conhecimento, é mencionada maioritariamente por mães multíparas e em número aproximado de mães, considerando a sua província de origem.

As recomendações/indicações dos produtos a utilizar no cuidado com o coto umbilical transmitidas por familiares, vizinhos, amigos, etc., independentemente de serem ou não seguidas pelas participantes, são mencionadas em maior número por mães multíparas e por mães naturais de Luanda. E são as mães primíparas e mães naturais de Luanda que mais mencionam o apoio recebido nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido. E15: “Ah, tem sido a minha cunhada (...) E a mãe dela.”

Quanto aos referenciais científicos nos cuidados com o coto umbilical, estes são mencionados maioritariamente pelas mães multíparas e pelas mães naturais das províncias, que referem os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, parteiras, etc.), a consulta de saúde materna, o curso de preparação para o parto e livros especializados e palestras. E1: “Eu, graças a Deus ... sigo mesmo a orientação médica (...) Aquilo que é dito no hospital é o que eu sigo”. E3: “Já no meu caso, eu não sabia. Só sei o que eu aprendi aqui no hospital”.

Os resultados vão ao encontro do descrito na literatura por Ramos (2004a,b; 2008; 2012a,b; 2016), ao afirmar que é fundamental que o profissional de saúde, na sua prática, tenha conhecimento das particularidades 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. O cuidado ao recém-nascido é reforçado pelas relações familiares e de apoio, mas também pela informação recebida por parte do profissional de saúde (LINHARES & SILVA, 2012).



Verificou-se frequentemente existirem diferenças entre a informação transmitida pelos profissionais de saúde e o conhecimento das mães relativamente ao uso do álcool em vez de outros produtos tradicionais. Temos testemunhos de mães múltiparas e de mães naturais das várias províncias que referem como conhecimento prévio ao contacto com o profissional de saúde a utilização de sal, de óleo, de pasta dentífrica, de cinza e de pó. E8: “Já ouvi que, agora, estão a curar o umbigo com Pepsodent, óleo de palma, aquelas telas de luando queimado ou pó”. 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”. E31: “Cá, recomendam com álcool, só mesmo álcool, mas em casa disseram que tem de pôr óleo com sal”. Menacho (2008) refere que os pais de recém-nascidos, além das orientações dadas por pessoas da comunidade, vizinhos, familiares, deparam-se com recomendações divergentes, por vezes incompreensíveis e contraditórias, provenientes dos profissionais de saúde.

Os quatro grupos de mães referem em número aproximado os familiares como origem do conhecimento, sobretudo tias, irmãs e cunhadas. 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”, dados que vão ao encontro da visão de Linhares (2010), que refere que o sistema popular inclui a família, onde existe a partilha de práticas apreendidas ao longo das gerações. Como fonte de conhecimento, as avós dos recém-nascidos são mencionadas na maioria das vezes por mães múltiparas e mães naturais das províncias. Estas referem indicação frequente para a utilização de sal e óleo nos cuidados ao coto umbilical. E11: “Por exemplo, quando o cordão umbilical arreventou ontem, a minha mãe disse que temos de meter pó”; E25: “A minha mãe ensinou-me”. Linhares (2010) defende que a dificuldade, reconhecida pelas puérperas, em cuidar do coto umbilical faz com que muitas vezes esta tarefa recaia nas “pessoas mais velhas”, o que permite a transmissão de valores culturais de forma intergeracional.



Os vizinhos, os amigos e a Igreja são também mencionados como fonte de conhecimento, maioritariamente por mães multíparas e mães naturais das províncias. E27: “Olhe, ontem mesmo, acabei de ouvir uma vizinha que coloca sal”. Os resultados vão ao encontro do referido por Gonçalves e Ramos (2010), que referem que o saber leigo, enraizado na cultura, é transmitido intergeracionalmente como uma herança inegável, acompanhado de um vínculo afetivo e de segurança, contudo com informação nem sempre atualizada e correta. Verificou-se uma frequente delegação dos cuidados nas avós dos recém-nascidos, principalmente os cuidados com o banho e o coto umbilical, sobretudo pelas mães primíparas e pelas mães naturais de Luanda. E10: “A mamã ajuda a cuidar do umbigo do bebé, e ela é que dá banho no bebé”. E12: “Não, foi a minha mãe. Eu sinto medo por causa do umbigo”. Corroborando a literatura existente, as avós trazem consigo conhecimentos, segurança e experiências pertinentes da sua vivência, que transmitem ao realizar os cuidados familiares (MIRANDA, MAROSTICA & MATÃO, 2015).

O apoio e a aprendizagem com a ajuda das avós, referidos pelas participantes, estão relacionados com os cuidados com o coto umbilical, banho do recém-nascido e amamentação, sendo mencionados maioritariamente por mães primíparas e naturais das várias províncias. Estes resultados podem sugerir que, por se tratar do primeiro filho e por residirem na sua província de origem, as mães têm a família (avós) mais próximo para poder prestar apoio nos cuidados. De acordo com Ramos (2004a,b; 2008; 2016), 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 sentimentos de incompetência.

Os resultados mostram que as mães referem insegurança ao realizar os cuidados de higiene ao recém-nascido, assim como receio, por o bebé ser tão pequeno, de tal



modo que acabam por delegar essa tarefa noutro cuidador familiar. E12: “Não, foi a minha mãe. Eu sinto medo por causa do umbigo”. E18: “Ainda só limpamos com uma toalha e água.” E24: “Ainda estou com muito medo (...) A mamã ajuda a cuidar do umbigo do bebé e ela é que dá banho no bebé.” As puérperas têm medo de dar banho ao recém-nascido, de tocar no coto umbilical, de causar dano e magoar (LINHARES et al. 2017).

No que respeita aos cuidados de higiene com o recém-nascido, 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), existindo apenas um caso que refere dar banho três vezes por dia. A frequência com que a fralda do bebé é trocada, na maioria dos casos, é de mais de quatro vezes ao dia (62%) (n=25), seguindo-se entre duas a quatro vezes ao dia (32%) (n=13), havendo apenas dois casos (5%) que referem que a troca da fralda ocorre menos de duas vezes por dia. Verifica-se que os resultados são semelhantes quando analisadas as mães quanto à sua naturalidade e quanto ao número de filhos.

Nos cuidados realizados com o coto umbilical do recém-nascido, tal como se pode verificar no Quadro 1, constatou-se que existem mães que utilizam mais do que um produto em simultâneo. Existem produtos cuja utilização as mães referem conhecer, mas que não são utilizados por todas, assim como existem outros que não são adotados por nenhuma das mães, referindo estas apenas o conhecimento da sua utilização, como é o caso da pasta dentífrica, do cuspo e da caixa de fósforos.

Nas práticas utilizadas pelas mães não recomendadas pela OMS, os produtos mais utilizados são: ampicilina, cinza, folhas, leite de pau, óleo, pó e sal. A utilização do álcool isolado no cuidado ao coto umbilical é mencionado por 23, maioritariamente mães primíparas e naturais de Luanda. As práticas de cuidado, diferentes antes da queda do coto umbilical, geralmente associadas ao uso do sal e depois da queda, por



norma com utilização do pó, são mencionadas maioritariamente por mães múltiparas e naturais de outras províncias de Angola.

As práticas diferentes em filhos anteriores referem-se às mães múltiparas e são mencionadas com mais frequência pelas mães naturais de Luanda.

Quadro 1. Práticas realizadas nos cuidados com o coto umbilical do recém-nascido.

DIMENSÃO: PRÁTICAS REALIZADAS CUIDADOS AO COTO UMBILICAL DO RN		Nº DE FILHOS		PROVÍNCIA DE ORIGEM	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Mães Primíparas	Mães Múltiparas	Mães Naturais de Luanda	Mães Naturais das várias províncias de Angola
Práticas/produtos utilizadas pelas mães: não recomendadas pela OMS	Ampicilina (1), cinza (1), folhas (1), o leite de pau (1), o óleo (8), o pó (8) e o sal (14).	A cinza, as folhas, o leite de pau e o sal.	A Ampicilina, o óleo, o pó e o sal.	A cinza, o leite de pau, o óleo, e o sal.	A ampicilina, as folhas, o pó, óleo e o sal.
Álcool isolado como prática		X		X	
Práticas/produtos diferentes antes da queda (sal) depois da queda (pó) do coto umbilical			X		X
Práticas diferentes nos filhos anteriores		Mães múltiparas		X	

Fonte: Elaboração própria.

As práticas tradicionais nocivas alusivas ao cuidado do recém-nascido, podem ser alteradas ou erradicadas, se as mães compreenderem que tal trará benefícios para o recém-nascido (RAMOS, 2004a,b, 2016; LEININGER & MCFARLAND, 2006). Nas práticas de cuidados com o coto umbilical o conhecimento empírico, prevalece frequentemente face ao conhecimento científico, como podemos verificar pelos testemunhos das mães. 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”. E15: “Nenhum momento nós usamos o álcool, nós simplesmente usamos o fogo, neste caso a brasa, carvão, com óleo de palma e sal fino, misturado, vai passando em volta”. E14: “Às vezes fugimos um pouquinho, fazemos a nossa cultura... água com



sal... Com álcool demora mais para o umbigo cair. Já água com sal não demora”. 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.” O álcool é um produto presente no cuidado com o coto umbilical, embora frequentemente seja utilizado com adição de outros produtos, como referido.

A realização da prática recomendada pela OMS quanto ao cuidado com o coto umbilical corresponde a 23 mães que utilizam o álcool isolado, em número ligeiramente superior no grupo de primíparas e de mães naturais de Luanda. Estas mães têm idades compreendidas entre os 16 e os 36 anos, e a maioria tem o ensino médio e está empregada. Quanto à origem do conhecimento destas mães, com base tradicional, os principais referenciais nos cuidados são os familiares, com relevo para as avós, os vizinhos/amigos e a Igreja. Destas 23 mães, 21 referem ter ouvido falar da utilização de outros produtos, na sua maioria o sal e o óleo.

Relativamente à origem do conhecimento com base científica, este é mencionado por 16 mães, quer seja por informação, transmitida pelo profissional, diferente do seu conhecimento inicial relativo aos produtos a utilizar no cuidado, quer seja por referenciais científicos (pessoas em quem baseiam as suas práticas) no cuidado ao coto umbilical. Nas mães que optaram pela realização da prática recomendada verificou-se a sobreposição do saber científico face ao saber tradicional.

Considerações finais

Os quatro grupos de mães participantes apresentam um conjunto de saberes e práticas enraizados, e inerentes ao seu contexto cultural, quanto ao cuidado com o coto umbilical, assim como a influência de figuras de apoio nos cuidados prestados,



onde as avós têm grande relevo nas decisões tomadas, sendo as mães primíparas e as mães naturais de Luanda que mais delegam nestas os cuidados ao recém-nascido.

Os produtos mais referidos (conhecimento e/ou utilização) pelas mães quanto a este cuidado são, por ordem decrescente, o álcool (isolado ou com adição de produtos), o sal, o óleo, a cinza, o pó, o leite de pau e a pasta dentífrica e as folhas.

As grávidas e puérperas procuram os serviços de saúde, o que realça a importância de investir na formação sólida dos profissionais de saúde, no sentido da prestação de cuidados culturalmente competentes, integrando a dimensão científica, a comunicação e a informação adequadas, acolhendo a diversidade e a compreensão cultural e incluindo as pessoas de referência nos cuidados, colaborando assim para o empoderamento e a capacitação das mães/cuidadoras, tornando-as agentes ativos e responsáveis no processo saúde-doença.

A origem do conhecimento com base tradicional encontra-se equilibrada nos quatro grupos de mães. Contudo, são as mães múltíparas e as mães naturais de Luanda que mais referem recomendações transmitidas por via tradicional.

Os referenciais científicos quanto aos cuidados e informação diferentes daqueles que conheciam, no que se refere ao coto umbilical, são mais evidentes nas mães múltíparas e naturais das várias províncias.

As mães primíparas e naturais de Luanda, apesar de mencionarem menos a origem científica nos cuidados, são, em número ligeiramente superior, as que mais realizam a prática recomendada pela OMS.

A dissonância entre a informação transmitida pelos profissionais de saúde e as opções de cuidados ao recém-nascido, nomeadamente com o coto umbilical,



adotadas pelas mães é frequente, o que demonstra o elevado peso do conhecimento empírico e cultural nos cuidados, que muitas vezes prevalece face ao conhecimento científico. Constatamos que existem mães que, mesmo referindo conhecer a prática recomendada pela OMS, optam por manter os cuidados tradicionais.

O tempo de permanência em 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.

Dada a evidência científica que demonstra que práticas incorretas no cuidado com o coto umbilical têm como consequência a infeção e que esta é uma das causas de morte neonatal, tão elevada em Angola, encontramos-nos perante um problema com repercussões graves, ainda assim passível de prevenção. Perante os resultados obtidos, surge como perspectiva futura o aprofundamento do estudo dos cuidados de mães angolanas com o recém-nascido, apoiadas por outros familiares, cuidadores, profissionais de saúde, no âmbito de estudos subsequentes, bem como a réplica do estudo noutros territórios (províncias de Angola ou países do continente africano), a fim de verificar resultados semelhantes ou dinâmicas próprias.

Os resultados revelam uma elevada influência cultural nos cuidados prestados por mães angolanas aos recém-nascidos, o que realça a importância da implementação de um plano de formação para os profissionais de saúde em Angola, contribuindo para a capacitação das mães, com a finalidade de garantir maior equidade e qualidade na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente ao nível da saúde infantil, particularmente ao recém-nascido e para a diminuição da morbimortalidade neonatal em Angola.



Referências

ALVES, F. 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, 2015, p.113-128. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332848976_Racionalidades_Leigas_e_Producao_Local_de_Saberes_em_Saude/link/5cd01aa592851c4eab86533a/download. [4de abril de 2020)].

BARDIN, L. Análise de conteúdo. (4ed.). Lisboa: Edições 70, 2018.

BECK, D., GANGES, F., GOLDMAN, S., LONG, P. Cuidados ao recém-nascido. Manual da consulta. Saving newborn Lives. Save the Children Federation, 2004. Disponível em: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf>

BOBAK, I. et al. **Enfermagem na Maternidade**. (4ª Ed.). Lusociência: Loures, 1999. ok

BRUNNELLA, A., DENISE A., GUILHERME, C., WALTER, S., SIQUEIRA-BATISTA, R. Infecção por clostridium tetani no recém-nascido: revisão sobre o tétano neonatorum. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v.23, n.4, 2011, p.484-491. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n4/a14v23n4.pdf>. [6 de abril de 2020].

CAMPOS, L. SILVA, K. 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, 2011. Disponível em: http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308191730_ARQUIVO_TextoLuanaCamposeKeniaSilva.pdf [4 de abril de 2020].

CARDÃO, C., PARREIRA, V., COUTINHO, E. 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**, 2019, p.1590-1599. Disponível em: <https://proceedings.ciai.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2371/2277>

CARVALHO, V. **Health Outcomes of Angolan Children Left Behind by Migrating Parents: An approach into Angolan Parental Migratory Flows**. Master Thesis. Maastricht Graduate School of Governnance (MGSoG). United Nations University. London, 2013.

CARVALHO, V. 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, 2013.

CARVALHO, V., MARKUS, J., ABAGGAE, K., GIRALDI, S., CAMPOS, T. Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2015. Disponível em: 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].

CORREIA, T., PIRES, C. Que técnica usar nos cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido. **Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras**. nº17, 2016, 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 [7 de abril 2020].

FIGUEIREDO, B. 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**. v.3, n.3, 2003, p.521-539. Disponível em: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-86.pdf. [7 de abril de 2020].

GONÇALVES C, RAMOS V. **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. 2010. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/CS-AIV1.pdf> [10 de abril de 2020].

INE, UNICEF & WORLD BANK. **Angola -Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar Da População | IBEP**. Relatório Analítico. (1). Luanda. Angola, 2011. Disponível em: https://www.ine.gov.ao/images/IBEP_Relatorio_Analitico_Vol.I.pdf. [25 de março de 2020].

IOM (International Organization for Migration) *Migration and development within the South: New evidence from African, Caribbean and Pacific countries*. ACP Observatory on Migration (46). Geneva, 2013. Disponível em: <https://unofficeny.iom.int/sites/default/files/mrs%2046%20migration%20and%20development%20within%20the%20south.pdf>. [24 de março de 2020].

LEININGER, M., MCFARLAND,R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. (2ªed.). Massachusetts: Jones and Bartlett publishers, 2006.

LINHARES, E. 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, 2010. Disponível em: 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. Memória coletiva de cuidado ao coto umbilical: uma experiência educativa. **Reben. Revista de Enfermagem Brasileira**. v.72, n.3, 2019, p.376-80. Disponível em: 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. Influência geracional familiar no banho do recém-nascido e prevenção de onfalites. **Revista de Enfermagem UFPE**. Recife. v.11,n.11,2017,p.4678-86. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231209/25214>. [8 de abril de 2020].

LINHARES, E., SILVA, L. Cuidado com o coto umbilical do recém-nascido sob a ótica dos seus cuidadores. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. V. 3, p.3, 2012, pp.969-985. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/133/127>. [4 de abril de 2020].

LOWDERMILK, D.& PERRY, S. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. (7ª ed). Lusodidacta: Loures, 2009.

LUÍS, S. **Boas Práticas nos Cuidados ao Coto Umbilical: Um Estudo de Revisão**. (Dissertação de Mestrado, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria), Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2540/1/LUIS%2c%20Sandra%20Paula%20Domingues%20-%20DissertMestrado.pdf>. [10 janeiro de 2020].

MANUEL, H. **Crenças, atitudes e práticas de saúde reprodutiva em Timor-Leste. Uma abordagem intercultural**. (Dissertação de Doutorado, para obtenção do grau doutor em Psicologia Intercultural), Universidade Aberta, Lisboa: Universidade Aberta, 2012. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/2211>. [2 de abril de 2020]. ok

MELEIS, A. *Theoretical nursing: development & progress*. (4ªed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.



MENACHO, V. **Cuidados de enfermagem com o coto umbilical do recém-nascido**. Cuiabá. Trabalho de conclusão de curso em enfermagem. Universidade de Cuiabá, UNIC, 2008.

MINS(A) (Ministério da Saúde de Angola. **Plano nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2025. Mais e melhor saúde**. (2). República de Angola. Luanda: Ministério da Saúde de Angola, 2012.

MIRANDA, B., MAROSTICA, C., MATÃO, L. Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. V.6. n. 3, 2015, pp.2444-2459.

Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317405192_Influencia_do_fator_cultural_no_processo_de_cuidado_puerperal/link/5a709c0f0f7e9ba2e1caffc7/download. [6 de abril de 2020].

OLIVEIRA, A., MOREIRA, C., MACHADO, C., NETO, J., MACHADO, M. Crenças e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Brasil. V.19, n.1, 2006, p.11-18. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/955>. [26 novembro de 2019].

PINTO, E. **Perfil epidemiológico, clínico e fatores associados ao óbito em crianças internadas no hospital pediátrico de referência de Angola: um estudo transversal**. (Dissertação de Mestrado, para obtenção do grau de mestre em Saúde Materno Infantil), Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, Recife: Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, 2005. Disponível em: http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS_ANEXO/Elisabete_de_At%C3%ADde_e_Pinto;20061206.pdf. [2 novembro de 2019].

PIRES, C. **Cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido**. (Dissertação de tese de Mestrado, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia), Consórcio Instituto Politécnico de Bragança/ Instituto Politécnico de Viano do Castelo/ Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, Bragança: Escola Superior da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13881/1/dissertação%20final%20-%20Catarina%20Pires.pdf> [12 fevereiro de 2020].

RAMOS, N. 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, 2003, p.161-177. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/9355>. [7 de abril de 2020].ok

RAMOS, N. **Psicologia Clínica da Saúde**. Universidade Aberta: Lisboa, 2004a.



RAMOS, N. A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil. Uma abordagem intercultural e comparativa. **Desafios da comparação. Família, mulheres e gênero em Portugal e no Brasil**. Oeiras: Celta Editora, 2004b, pp-149-190.

RAMOS, N. Relações e solidariedades intergeracionais na família: dos avós aos netos. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. V.39, n.1, 2005, p.195-216

RAMOS, N. Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. **Psychologica**. V. 45, 2007, p. 147-169. <http://hdl.handle.net/10400.2/6834>

RAMOS, N. **Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspectivas Teóricas e Práticas**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2008. 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. Cinema e Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas: Contribuição do Filme Etnopsicológico para o Estudo da Infância e Culturas. **Contemporanea**, 8 (2), 2010a, p.1-28, Salvador.UFBA.DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/contemporanea.v8i2.4817>.
ok<http://hdl.handle.net/10400.2/10557>

RAMOS, N. Gênero e migração. Questionando dinâmicas, vulnerabilidades e políticas de integração e saúde da mulher migrante. **Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**, 2010b.Disponível:http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278173824_ARQUIVO_NataliaRamosFG9.pdf . [8 de abril de 2020].

RAMOS, N. Comunicação em saúde e interculturalidade - perspectivas teóricas, metodológicas e praticas. **RECIIS**. Rio de Janeiro. V.6, n.4, 2012a. Disponível em: <https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/742>. [2 de abril de 2020].

RAMOS, N. **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, 2012b. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/9495/1/Ramos.%20N.%20012%20Familia%2c%20maternidade%20e%20migração.pdf> . [8 de abril de 2020].

RAMOS, N. Migração, maternidade e saúde. **Repertório**, UFBA. V.18, n.1, 2012c, p.84.93.Disponível em:<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3128/1/maternidade%20e%20migração.pdf> [6 de abril de 2020].

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, p.229-269. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/6381> [22 de março de 2020].

RAMOS, N. 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, 2017, p.149-172. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/7872> [24 de janeiro de 2021].

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, p. 313-322. Lisboa, ISPA. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/9190/1/Natalia%20Ramos1%2c%20%26%20Elsy%20Tavares.pdf> . [5 abril de 2020].

RAMOS, N. Comunicação em Saúde. In I. LEAL & J. P. RIBEIRO (coord.). **Manual de Psicologia da Saúde**. Lisboa: Ed. PACTOR, p. 307-317, 2021a.

RAMOS, N. Cultura, Psicologia e Saúde. In I. LEAL & J. P. RIBEIRO (coord.). **Manual de Psicologia da Saúde**. Lisboa: Ed. PACTOR, p. 377-385, 2021b.

RAMOS, M. N. P. Comunicação, Saúde e Interculturalidade face aos Desafios Globais Contemporâneos. In: **Seminário Internacional - Sífilis e outras IST no contexto da covid-19: a mediação tecnológica como instrumento de resiliência**. LAIS/UFRN e UAb, Lisboa, 16 e 17 de junho de 2021c.

RIBEIRO, M., BRANDÃO, M. A produção científica da enfermagem sobre coto umbilical. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.3, 2011, p.54-59. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n3/revisao/rev3_v4n3..pdf . [7 de abril de 2020].

RIBEIRO, O., MATOS, M., SANTOS, M., LOPES, J. **Multiculturalidade- Perspectivas de Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar**. Lusociência: Loures, 2009.

ROSA, A. 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. 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24698/000748428.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . [14 de janeiro de 2020].



SILVA, A. Cuidar do recém-nascido. O enfermeiro como promotor das competências parentais. (**Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde**). Lisboa. Universidade Aberta. 2006. Disponível em: https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/726/1/TMCS_AnaCristinaSilva.pdf. [8 de abril de 2020].

SIMÃO, R., GALLO, P. Mortes infantis em Cabinda, Angola: desafio para as políticas públicas de saúde. **Revista Brasileira Epidemiologia**. v.16, n.4, 2013, p.826-837. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n4/pt1415-790X-rbepid-16-04-00826.pdf>. [4 de abril de 2020].

SOPA, M. **Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório**. (Dissertação de Mestrado, para obtenção do grau de Comunicação em Saúde), Universidade Aberta, Lisboa, 2009. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1343/1/Representações%20e%20Práticas%20da%20Maternidade%20em%20Contexto%20Multicu.pdf>. [8 de dezembro de 2020]. ok

SPECTOR, E. **Cultural Diversity in Health & Illness** (5th ed.). Prentice Hall: New Jersey, 2000.

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, para obtenção do grau de doutor em Relações Interculturais), Universidade Aberta, Lisboa, 2022.

UNICEF. **Situação mundial da infância. Sobrevivência infantil**, 2008. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_mund_inf_2008_sobrevivencia.pdf. [8 de abril de 2020].

UNIGME (United Nations Interagency Group for Child Mortality Estimation). **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, 2018. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/child-mortality-report-2018.asp>. [8 de abril de 2020].

WHO **Weekly Epidemiological Record. Maternal and Neonatal Tetanus**. World Health Organization:Genebra2006. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/233146/WER8127.PDF?sequence=1&isAllowed=y> [19 de abril de 2020].

WHO **World Health Statistics 2017: Monitoring Health for tSDGs. Sustainable**



Ambivalências

Revista do Grupo de Estudos e Pesquisa Processos Identitários e Poder - UFS

Development Goals. World Health Organization: Geneva, 2017.

WHO. Who Recommendation on Postnatal Care of The Mother and Newborn. World Health Organization: Geneva, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1 [10 de abril de 2020].

WONG, D. Enfermagem pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva. (5ªed.). Guanabara Koogan S.A.: Rio de Janeiro, 1999.