

Influência das avós nos cuidados ao recém-nascido em Angola

Influence of grandmothers on the care of newborn in Angola

Influencia de las abuelas en el cuidado del recién nacido en Angola

Recebido: 21/10/2023 | Revisado: 28/10/2023 | Aceitado: 29/10/2023 | Publicado: 31/10/2023

Elsy Alejandra Oliveira Tavares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3759-1778>

Universidade Aberta & CEMRI, Portugal

E-mail: el.tavar@gmail.com

Maria Natália Pereira Ramos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8448-1846>

Universidade Aberta & CEMRI, Portugal

E-mail: natalia@uab.pt

Resumo

As práticas de cuidados aos recém-nascidos variam consoante as tradições culturais no seio das comunidades. Estas práticas são promovidas essencialmente pela figura da avó, que assume uma participação ativa nos cuidados. Este artigo teve como objetivo analisar a influência das avós nos cuidados ao recém-nascido, de acordo com os depoimentos das puérperas. E corresponde a um estudo descritivo, exploratório, comparativo e transversal, com metodologia qualitativa, realizado em Angola, sendo a amostra não probabilística por conveniência, composta por 40 mães angolanas de recém-nascidos. Verificou-se uma elevada presença e influência das avós nos cuidados, marcada pela transmissão de conhecimentos enraizados na sua cultura e nas suas crenças, adotando condutas de cuidados por vezes não recomendadas, como a aplicação de soluções caseiras no coto umbilical, as quais provocam infeções. Apesar de estar cientificamente comprovada a ineficácia destas práticas, bem como os danos para a saúde do recém-nascido, elas continuam, em muitos casos, a ser a primeira escolha nos cuidados realizados ao coto umbilical. Os resultados revelam a importância da implementação de medidas por parte do Ministério da Saúde de Angola, no sentido de reforçar e orientar a intervenção dos profissionais de saúde, permitindo a aproximação e inclusão das avós na promoção da educação em saúde, por meio de cuidados culturalmente competentes, de acordo com o recomendado pela OMS, melhorando a qualidade da saúde neonatal em Angola.

Palavras-chave: Avós; Recém-nascido; Puérperas; Profissionais de saúde; Intergeracionalidade.

Abstract

Newborn care practices vary depending on cultural traditions within communities. These practices are essentially promoted by the figure of the grandmother, who takes an active part in care. This article aimed to analyze the influence of grandmothers on newborn care, according to the testimonies of postpartum women. And it corresponds to a descriptive study, exploratory, comparative and cross-sectional study, with qualitative methodology, carried out in Angola, with a non-probabilistic convenience sample, consisting of 40 Angolan mothers of newborns. There was a high presence and influence of grandmothers in care, marked by the transmission of knowledge rooted in their culture and beliefs, adopting care behaviors that are sometimes not recommended, as is the case of applying homemade solutions to the umbilical stump, which cause infections. Despite the ineffectiveness of these practices and the damage to the newborn's health being scientifically proven, in many cases they continue to be the first choice in umbilical stump care. The results reveal the importance of implementing measures by the Ministry of Health of Angola, in order to reinforce and guide the intervention of health professionals, allowing the approach and inclusion of grandmothers in the promotion of health education, through culturally competent care, as recommended by the WHO, improving the quality of neonatal health in Angola.

Keywords: Grandparents; Newborn; Postpartum women; Health professionals; Intergenerationality.

Resumén

Las prácticas de atención de los recién nacidos varían según las tradiciones culturales dentro de las comunidades. Estas prácticas son promovidas esencialmente por la figura de la abuela, que participa activamente en los cuidados. Este artículo tuvo como objetivo analizar la influencia de las abuelas en el cuidado del recién nacido, según testimonios de puérperas. Y corresponde a un estudio descriptivo, exploratorio, comparativo y transversal, con metodología cualitativa, realizado en Angola, con muestra no probabilística por conveniencia, compuesta por 40 madres angoleñas de recién nacidos. Hubo una alta presencia e influencia de las abuelas en el cuidado, marcada por la transmisión de conocimientos arraigados en su cultura y creencias, adoptando conductas de cuidado que en ocasiones

no son recomendables, como es el caso de aplicar soluciones caseras en el muñón umbilical, que provocan infecciones. A pesar de estar científicamente demostrada la ineficacia de estas prácticas, así como los daños a la salud del recién nacido, en muchos casos siguen siendo la primera opción en el cuidado del muñón umbilical. Los resultados revelan la importancia de implementar medidas por parte del Ministerio de Salud de Angola, con el fin de reforzar y orientar la intervención de los profesionales de la salud, permitiendo el acercamiento e inclusión de las abuelas en la promoción de la educación para la salud, a través de una atención culturalmente competente, como recomienda la OMS, mejorando la calidad de la salud neonatal en Angola.

Palabras clave: Abuelos; Recién nacido; Puérperas; Profesionales de la salud; Intergeneracionalidad.

1. Introdução

O século XXI constitui o período em que predominarão as gerações mais velhas relativamente às outras faixas etárias, como confirmam os dados da OMS, que estimam que, em 2025, existirão um bilhão e duzentos milhões de pessoas com mais de 60 anos. Destas, cerca de 75% viverão nos países desenvolvidos, e o grupo etário de pessoas com 80 ou mais anos será o de maior crescimento. O Índice de Envelhecimento das Nações Unidas estima que, em 2050, teremos 200 pessoas com mais de 60 anos para cada 100 crianças ou jovens. Também a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) estima que, em 2025, uma em cada cinco pessoas terá 65 ou mais anos (Ramos, 2017).

A reformulação das famílias não diz respeito apenas ao âmbito estrutural de composição, mas também às alterações de papéis promovendo relações familiares e intergeracionais mais adaptáveis, assumindo o idoso contemporâneo um papel sociofamiliar relevante, apontando novas características na microestrutura familiar (Ribeiro & Zucolotto, 2021).

Os avós sempre prestaram apoio emocional, educativo, instrumental e financeiro, bem como cuidados práticos, aos seus filhos e netos nas diferentes culturas. Contudo, a nível mundial, o envelhecimento da população, o maior número de mães no mercado de trabalho, o aumento dos índices de divórcios e situações de emergência, e as mudanças de papéis familiares indicam a probabilidade de avós e avôs desempenharem um papel cada vez mais significativo na vida familiar e serem cada vez mais jovens (Ramos, 2005, 2008, 2013, 2017; Rodrigues, 2013; Azambuja, et al., 2023; Bragato et al., 2023). Em geral, a primazia nos cuidados à criança é dada às mulheres, pois são consideradas, e educadas para o serem, cuidadoras (Ramos, 2004a, 2005), sendo várias as justificações dadas, desde a maior sensibilidade da mulher à experiência das avós, à necessidade de repouso da mãe, que está em período de recuperação, ou ainda como sinal de respeito e de reconhecimento pelo saber dos mais velhos. Independentemente da justificação, é aceite por toda a família que as mulheres, em particular as avós, são as que melhor sabem cuidar das crianças, ensinando e utilizando os seus conhecimentos para potenciar a saúde de seus netos. A fragilidade do bebê exige cuidados conhecedores e experientes, pelo que desde o nascimento é a avó quem, em muitas situações, presta os primeiros cuidados ao recém-nascido. A ligação que se estabelece entre gerações materializa-se na forma, singular, segura e dedicada, como as avós cuidam dos netos (Monteiro & Ramos, 2020).

Nas relações e práticas de solidariedade familiar e intergeracional, salienta-se o papel das avós, desempenhado de múltiplas formas, constituindo um apoio afetivo, educativo e instrumental para todos os elementos da família. Trata-se, como refere Ramos (2005) citando Moscovici (2001), de um “altruísmo participativo”, que “liga os membros da família, um nós altruísta e solidário”.

Os avós são detentores e transmissores de sabedoria, testemunho, memória, reconciliação, disponibilidade, partilha, ternura e perseverança. O que vai ao encontro do provérbio africano *a morte de um velho é como o arder de uma biblioteca*, pois com a morte dos avós perde-se um dos bens mais preciosos, a sabedoria, valiosa para seus descendentes (Sequeira, 2014). Nas diversas culturas, nomeadamente na angolana, é marcante a transmissão de saberes intergeracionais e culturais nos cuidados ao recém-nascido. Trata-se de conhecimentos, representações e costumes adquiridos no contexto sociofamiliar e cultural do qual os cuidadores fazem parte (Ramos, 2004, 2005, 2013, 2012, 2016, 2017; Rodrigues, 2013). Neste contexto,

surtem as avós, que são respeitadas e valorizadas na organização estrutural familiar e dão sua contribuição para a continuidade das gerações futuras (Linhares et al., 2012).

A cidade de Luanda é um espaço multicultural onde a intergeracionalidade dos cuidados se constata nos saberes e fazeres transmitidos entre as gerações envolvendo valores culturais. Apesar de receberem as orientações dos profissionais de saúde, as puérperas continuam recebendo e transmitindo as informações e as práticas recebidas das gerações anteriores, muitas vezes sem saberem o porquê e a sua real importância no cuidado, as quais, porém, lhes são familiares e lhes dão confiança (Ramos, 2004a, b, 2016; Ramos & Tavares, 2020). As puérperas colocam-se, assim, em posição de aprendizes, tanto em relação aos profissionais como aos familiares (Miranda et al., 2015).

O nascimento é um acontecimento que mobiliza toda a família em torno dos cuidados dedicados ao novo ser. Nesse contexto familiar, as mães e as avós são presença constante e participam com suas experiências, assumindo os cuidados prestados ao recém-nascido (Ribeiro et al., 2009). As avós, em particular, são uma grande fonte de transmissão de saberes e práticas às mães. Estas ajudam frequentemente nos cuidados ao recém-nascido e são um elevado recurso das mães quando surgem problemas/dúvidas com o filho. Muitas vezes, quando a mãe tem de regressar ao trabalho, é delegado na avó o cuidar do bebê. As mães angolanas têm como pilar de referência nos cuidados as avós.

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

A nível mundial, após o nascimento, ocorrem cerca de 50% de óbitos neonatais e 75% durante a primeira semana de vida (WHO, 2016), tornando primordial os cuidados ao recém-nascido, nomeadamente as práticas no cuidado ao coto umbilical, que condicionam o aparecimento de onfalites. É habitual o recurso a produtos como o óleo e o sal nos cuidados ao coto umbilical, contrariamente ao recomendado pela OMS. Deste modo, a prestação de cuidados culturalmente competentes é uma emergência para a promoção da saúde e do bem-estar da comunidade, permitindo aumentar a qualidade dos cuidados prestados, melhorar a qualidade de vida e contribuir para minimizar a mortalidade e morbilidade (Ramos, 2004a, b, 2016). Por parte dos profissionais de saúde, é fundamental a “consciencialização cultural” e promover a negociação com as avós, baseada em um diálogo intercultural, permitindo ganhos em saúde (Ramos, 2012).

Os conhecimentos das mães integram, muitas vezes, a opinião dos profissionais de saúde, que elas articulam com a informação proveniente de outras fontes empíricas. Na prática, os indivíduos recorrem aos profissionais de saúde e a práticas alternativas, construindo percursos diversos que podem ser complementares (Ramos, 2004a, b, 2005; Laverack, 2004).

De acordo com Ramos (2004a), algumas das dificuldades no sector da saúde assentam em problemas comunicacionais, tais como a informação veiculada pelos profissionais de saúde, muitas vezes incompreensível ou divergente da informação do contexto familiar e sociocultural.

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

A maternidade é, naturalmente, uma opção, no entanto, segundo Lowdermilk e Perry (2009), no momento em que se opta por ela, é da maior importância ter consciência de que toda a existência dos filhos depende da qualidade do cuidado que estes recebem. O nascimento do recém-nascido é um momento no qual a mulher é confrontada com crenças familiares e do seu meio sociocultural, assim como com as orientações do profissional de saúde. Estas orientações contribuem para práticas

saudáveis no puerpério e devem aproximar-se das necessidades maternas, de modo a que a puérpera disponha de conhecimentos para decidir e realizar o que lhe parecer conveniente e seguro ao recém-nascido (Ramos, 2004a, b; Sopa, 2009).

Linhares et al. (2012) referem que se observa entre os cuidadores uma combinação entre o saber popular e o saber científico, os quais por vezes se misturam, por exemplo, em Angola no cuidado com o coto umbilical, ao associar a utilização de produtos não recomendados (como pó, óleos, talco, mercúrio, faixas, gazes, moedas...) com a utilização do álcool a 70% (recomendado pela OMS). Tais substâncias e materiais podem comprometer a saúde do recém-nascido e causar sua morte (Linhares et al., 2019). A variedade de opções no cuidado ao coto umbilical que as mães conhecem reforça a ideia defendida por Ramos (2004a, b, 2012, 2016), ao afirmar que é fundamental que o profissional de saúde, na sua prática profissional, tenha conhecimento das diferenças culturais e compreenda as motivações para as práticas de saúde adotadas pelos indivíduos e populações em seu contexto social e cultural, alertando também para práticas prejudiciais à saúde.

A nossa compreensão sobre a importância do papel das avós e a sua influência nos cuidados às crianças em África, mais concretamente em Angola, é limitada, dada a escassa publicação de pesquisa nesse âmbito. O presente estudo pretende abordar esta lacuna de informação e fornecer elementos para ampliar o conhecimento sobre a influência do papel dos avós nos cuidados ao recém-nascido. À medida que adquirimos uma melhor compreensão do papel desempenhado pelos avós em Angola, percebemos a importância da implementação de políticas sociais que ajudem a defender estas relações sociais importantes, complexas e potencialmente frágeis, bem como as intervenções necessárias a nível do Ministério da Saúde no sentido de colaborar para a promoção e educação em saúde.

2. Contextualização Teórica

Saúde neonatal em Angola

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, estilos de vida, característicos de um povo e que servem de guia em sua tomada de decisão. É atribuída à cultura o papel de manutenção da identidade de um grupo. Os valores culturais têm grande influência nas representações e no comportamento adotado no âmbito da saúde. Não é possível homogeneizar o cuidado, pois o que é válido em uma cultura pode não o ser noutra (Ramos, 2004a, Ramos, 2004b; Ribeiro et al., 2009).

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

O parto e os primeiros cuidados prestados ao recém-nascido estão, em muitas culturas, impregnados de rituais transgeracionais, processados no papel protetor da envolvente familiar, principalmente pelos elementos femininos. Esses cuidados referem-se a boas práticas, que incluem a amamentação ou a alimentação artificial, cuidados de higiene e conforto, vestuário, eliminação, sono e repouso, afeto e estimulação, adaptação ao papel parental, segurança, prevenção de acidentes e vigilância de saúde. A gravidez e o puerpério são, provavelmente, os períodos em que a mulher sente mais necessidade de mobilizar seus recursos, recrutando familiares para a prestação de serviços (Sopa, 2009). Com frequência, estas mulheres não recebem cuidados pré-natais, ou recebem-nos de modo inadequado ou tardio.

A mortalidade infantil reflete o acesso limitado de crianças e comunidades a intervenções básicas de saúde, como vacinação, medicamentos, consultas de prevenção, tratamento e acompanhamento de saúde materno-infantil, nutrição adequada e água potável e saneamento (Pinto, 2005; UNIGME, 2018). Dois terços das mortes de recém-nascidos são evitáveis, por meio de medidas simples e de baixo custo que podem ser adotadas pelos profissionais de saúde, pelas mães e pelas famílias (WHO, 2016; UNICEF, 2018), sendo vários os fatores que influenciam a probabilidade da mortalidade infantil e neonatal (UNIGME, 2018).

Em África, muitas vezes na sequência de uma nova gravidez, a criança é retirada à mãe e entregue à avó, sendo sua amamentação suspensa de forma brusca e introduzida a alimentação do adulto. Desmamadas, as crianças dos 0 aos 5 meses de idade, quando comparadas com crianças com amamentação exclusiva, apresentam risco de morte, por diarreia e por pneumonia, sete e cinco vezes superior, respetivamente (Pinto, 2005). A meta dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para a mortalidade infantil representa um compromisso renovado com as crianças do mundo, ou seja, que até 2030 terminem as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças com menos de cinco anos de idade. Pretende-se, assim, reduzir em todo o mundo a mortalidade neonatal para pelo menos 12 mortes por cada 1000 nados-vivos e, nas crianças menores de cinco anos, reduzir a mortalidade até pelo menos 25 mortes por cada 1000 nados-vivos nascidos vivos (UNIGME, 2018). De acordo com a WHO (2016), Angola encontra-se na cauda da tabela a nível da mortalidade infantil mundial. Deste modo, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Angola (2012-2025) (PNDS), no programa de prevenção e luta contra as doenças, inclui no projeto 18 “a prestação dos cuidados de saúde para a sobrevivência materna, neonatal e infantil”, tendo como uma das metas a redução em 50% das taxas de mortalidade materna e infantil (MINSa, 2012). Os determinantes sociais adquirem um peso importante na saúde da mulher e recém-nascido (WHO, 2016).

Representações sociais e influência cultural

A cultura influencia o valor e o significado de saúde e doença, bem como as necessidades de cuidado. Wong (1999) afirma que a maior influência sobre as práticas de criação dos filhos, com a respectiva consequência, é a classe social da família em que a criança nasce. A cultura é fundamental para incorporar as experiências anteriores, influenciar os pensamentos e ações no presente e transmitir essas tradições para os futuros membros do grupo (Oliveira et al., 2006). O conhecimento da cultura inclui as práticas da medicina popular ou alternativa, pelo que a medicina científica não é o único tipo de cuidados de saúde, especialmente em populações rurais e minorias étnicas. A escolha de tratamentos naturais é feita não apenas em função da eficácia do tratamento, mas também em função do que as pessoas consideram que lhes dá mais segurança e um papel mais participativo no processo de cura. Relativamente ao processo de cuidados, a primeira fonte de conhecimento é a pessoa, mas ao contactá-la é preciso compreender os sinais de saúde/doença, o significado que ela atribui à saúde e à situação vivenciada (Ribeiro et al. 2009).

Os cuidados são revestidos de uma forte influência da cultura tradicional, nomeadamente no continente africano. O período puerperal é revestido de mitos, crenças, costumes e medos, sendo os cuidados ao recém-nascido permeados por práticas culturais, transmitidas ao longo de gerações (Ramos, 2004a; Zanatta, 2006). É frequente encontrar mães que, no cuidado específico ao coto umbilical, não seguem as recomendações da OMS, mas sim as orientações de 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.

Os mitos, presentes desde a antiguidade na vida das pessoas, estão intimamente relacionados com as crenças e a cultura de cada população. Para muitas pessoas, os mitos em saúde representam uma verdade sagrada para a cura, juntamente com a religião. Neste aspecto, destacam-se os saberes populares, que muitas vezes têm o poder de curar, acalmar, melhorar e

solucionar os problemas de saúde. Esses saberes são fundamentais no contexto de cada cultura, pois é por meio deles que se evidencia a história de vida dos membros de cada comunidade (Ribeiro et al. 2009).

A OMS define a medicina tradicional como o conjunto de habilidades, práticas e conhecimentos baseados em teorias, crenças e experiências inerentes a diferentes culturas, que são usados para manter a saúde, bem como para prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças do foro físico e mental (WHO, 2000). As terapias de medicina tradicional podem envolver o uso de medicamentos à base de plantas (fitoterapia), partes de animais e/ou minerais e práticas como a acupuntura, terapias manuais e espirituais (WHO, 2000).

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

Ramos (2004a, b, 2005, 2008, 2013, 2016) e Leininger e Mcfarland (2006) referem que diferentes culturas percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes (diversidade), apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo (universalidade). O cuidado cultural é multidimensional e considera os diferentes contextos sociais em que estão inseridos os sujeitos e as influências intergeracionais, o que possibilita que o cuidar contemple significados, expressões, padrões e formas estruturais de cuidado cultural com diversidades e similaridades. Assim, é fundamental conhecer o contexto cultural 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 especificidades culturais entre os envolvidos (Ramos, 2004a, b, 2012, 2016). A saúde e a doença não se compreendem sem se dar voz à população e sem ver o mundo do ponto de vista daqueles que o vivenciam no cotidiano. Assim, conhecer as manifestações e crenças do senso comum permite compreender a lógica de suas ações no cotidiano, nomeadamente em saúde.

O senso comum interpreta continuamente a realidade, a experiência vivida, e negocia de acordo com os sentidos do grupo, opondo-se ao conhecimento científico. A ciência é objetiva e neutra e reduz os fenómenos às dimensões controláveis, separando do seu campo analítico os contextos e os significados culturais (Alves, 2015). O saber popular integra a cultura de um grupo, as práticas e os comportamentos vividos em um determinado contexto, bem como conhecimentos de vários campos, nos quais se inclui a religião, a moral, a magia. Nestes saberes leigos de saúde e de doença, sua principal função não é conhecer (exigência de saber), mas antes dar um sentido (exigência de significação). Deste modo, a saúde e a doença são conceitos que se constroem na experiência cotidiana, subjetiva, e 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 constroem itinerários plurais e mobilizam os recursos que lhes permitem um acesso mais rápido e eficaz aos cuidados de saúde.

Os profissionais de saúde devem conhecer os elementos culturais e respeitar a diversidade cultural, devendo considerar-se a individualização dos cuidados, pois, tal como há variações nas culturas, os indivíduos dentro da mesma cultura também não são todos iguais (Stanhope & Lancaster, 2011).

Influência e papel das avós nos cuidados ao recém-nascido em Angola

O desenvolvimento da criança caracteriza-se por todo um conjunto de interações, práticas e rituais familiares e rotinas diárias relacionados com a satisfação das necessidades humanas básicas, como a alimentação e a higiene (Ramos, 2004a). O parto e o pós-parto imediato, para a maioria das sociedades, é sinónimo de período de risco, tanto para a mãe como para a

criança, estando mergulhado em cuidados, rituais, práticas de proteção e crenças culturais que variam de acordo com a cultura e o meio ambiente. O recém-nascido depende totalmente de uma pessoa responsável pela satisfação de suas necessidades. O modo como estas são satisfeitas está intimamente ligado a fatores familiares, culturais e individuais, os quais serão determinantes no desenvolvimento físico e psíquico da criança (Ramos, 2004a, b, 2005, 2008, 2016; Lowdermilk & Perry, 2009).

A insegurança das mães relativamente ao manuseio do coto umbilical leva-as a delegar frequentemente seus cuidados nas pessoas mais experientes, que geralmente não foram alvo da atenção das orientações dos profissionais de saúde. Em Angola, os cuidados ao recém-nascido são geralmente realizados pelas mães, sob influência de orientações familiares transmitidas entre gerações. A cultura, os mitos e as crenças revelam-se em um conjunto de saberes tradicionais que muitas vezes prevalecem perante os conhecimentos científicos, levando a práticas de cuidados com consequências negativas para a saúde, como é o caso da onfalite (infecção do coto umbilical), devido a cuidados incorretos ao coto umbilical (MINSa, 2012). Um conjunto crescente de evidências mostra que melhores práticas na comunidade e na família, associadas a oportunidades de encaminhamento para o sistema de saúde, podem ter um impacto poderoso sobre a redução da mortalidade de menores de 5 anos (UNICEF, 2008).

A família é um sistema aberto, hierárquico, dinâmico e multidimensional, e deve ser vista em toda a sua dimensão, complexidade e intersubjetividade. A intergeracionalidade no cuidado ao recém-nascido recai na figura das avós, presença constante desde o nascimento. A avó assume um papel fundamental na história da família. É uma pessoa respeitada e valorizada, sendo seus discursos muitas vezes tidos como “verdades” transmitidas intergeracionalmente. A avó aplica seus saberes populares, adquiridos por meio de sua experiência de vida, ao cuidado da família. Esta dá sua contribuição à continuidade das gerações futuras, assumindo papéis de cuidados de saúde não só à puérpera, mas, sobretudo, ao recém-nascido (Ramos, 2005; Linhares, 2010; Simão & Gallo, 2013; Linhares et al., 2019).

Em Angola, avó materna tende a ser a pessoa mais ativa quanto ao cuidar dos netos, mas, quando não está presente, é geralmente a sogra (avó paterna) quem toma o papel de cuidadora. Na relação puérpera-avó-cuidadores, há uma posição de subalternidade por parte de algumas puérperas, que, motivadas pelo medo, insegurança e desconhecimento, acatam as ordens e sujeitam-se ao conhecimento dos mais velhos, impossibilitando-as de desenvolver cuidados aos seus filhos, mesmo quando este cuidado precisa ser repadronizado ou modificado. A autonomia da avó-cuidadora acaba por se constituir em uma forma de “poder” com características decisórias de controle sobre seus familiares, em especial no que tange ao cuidado do recém-nascido. Porém, por vezes, os saberes transmitidos pelas avós culminam em práticas tradicionais não recomendadas pela comunidade científica, como a utilização de substâncias nocivas em certos cuidados. Deste modo, é fundamental incluir as avós nas orientações dadas quanto aos cuidados a ter e incentivar a puérpera a participar nesses mesmos cuidados e a adquirir responsabilidades e poder na tomada de decisão, desenvolvendo-os com segurança e prazer. Os laços de solidariedade e ajuda à puérpera podem não depender apenas da proximidade física, mas o fato de viverem na mesma localidade ou a curta distância viabiliza os contatos e as práticas comuns cotidianas, fortalecendo a partilha de saberes leigos nos cuidados de saúde. Apesar de encontrarem fatores de proteção, laços afetivos e suporte emocional nos familiares (pai, mãe, sogra, avó, irmão, irmã, tios), nos vizinhos e nos amigos que tenham experienciado práticas de cuidados ao recém-nascido, as puérperas devem buscar recursos para exercer sua capacidade de resiliência, isto é, empoderar-se para vencerem as dificuldades e o medo e tornarem-se autônomas (Simão & Gallo, 2013).

A consecução do papel materno também é determinada pelo apoio social, pelo funcionamento da família e pela relação entre mãe/pai/pessoa significativa, pelo trabalho, pela igreja e por outras entidades próximas da comunidade, bem como pela influência política e cultural (Tomey & Alligood, 2004). A carga afetiva das mães é regulada quer por sentimentos de prazer e satisfação, quando a mãe é capaz de proporcionar proteção ao bebê, quer por raiva, tristeza ou ansiedade, quando

sua capacidade de proteção não responde às necessidades do bebê. As competências maternas dependem da relação estabelecida com sua própria mãe e das restantes relações interpessoais, das representações da gravidez e maternidade e da relação conjugal. A qualidade do comportamento materno tem influência na qualidade dos cuidados prestados, na vinculação estabelecida e na qualidade de desenvolvimento e saúde das crianças. Por outro lado, a inadequada qualidade dos cuidados à criança conduz a disfuncionamentos e perturbações de desenvolvimento físico e psicológico, afetando a saúde mental e física da criança (Ramos, 2004a, b, 2016).

Desafios aos profissionais de saúde

Na cultura angolana, é marcante a transmissão das orientações dos cuidados ao recém-nascido de geração em geração, sendo que muitas vezes estas informações prevalecem face às orientações dos profissionais de saúde. Assim, é fundamental a formação dos profissionais de saúde na área da multiculturalidade, permitindo-lhes reavaliar os saberes e direcionar as mães no sentido da adoção de comportamentos e atitudes saudáveis, promovendo-se, deste modo, a negociação baseada em um diálogo intercultural, na ética e na cidadania (Ramos, 2012).

A WHO (2016) exige que a intervenção dos profissionais de saúde na orientação dos cuidados ao recém-nascido seja feita de forma a promover o bem-estar e a potenciar sua saúde. Tanto a OMS/WHO como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam a visita domiciliária aos recém-nascidos ou sua avaliação na unidade de saúde, na primeira semana de vida, com o intuito de reforçar as orientações aos cuidados ao recém-nascido, incluindo a higiene do coto umbilical (Carvalho et al., 2015). A visita domiciliária é, assim, uma metodologia de intervenção que permite fornecer às mães um recurso personalizado, que estimula a transição para a maternidade em seu contexto cultural (Ribeiro et al., 2009).

O cuidar é uma forma de interagir com o outro, adquirindo a família e a cultura destaques importantes nesta interação (Leininger & Mcfarland, 2006). No âmbito familiar, as avós, ao exercerem cuidados, perpassam seus mitos, crenças, valores e práticas ao longo das gerações (Ramos, 2005, 2008, 2014, 2014, 2017). As puérperas colocam-se em posição de aprendizes, tanto em relação aos profissionais como aos familiares. O medo de não saberem, ou de não terem certezas de como o fazer corretamente, leva-as a ceder a cuidados que por vezes não condizem com seu modo de ser ou em que não acreditam (Miranda et al., 2015).

Desde o início da humanidade que a mulher realiza práticas populares com seus filhos, como lamber a pele, nutrir e proteger, tocar, cheirar, enfim, gestos rudimentares de afago. Os saberes populares de cuidado surgem a partir da necessidade de resolução dos problemas do cotidiano. Tradicionalmente, nos saberes populares, surgem as parteiras, mulheres possuidoras de um saber empírico, para prestarem assistência domiciliar entre as mulheres, durante a gravidez, o parto e o puerpério, e cuidados com o recém-nascido. Elas têm a confiança da população feminina e são questionadas sobre os diversos temas de saúde (Melo, et al., 2015).

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

O cuidado profissional deve ser congruente com o cuidado popular, respeitando a individualidade do utente e da família. O profissional deve também ter a preocupação de prestar cuidados de acordo com as recomendações da OMS e as diretrizes dos ministérios da saúde. A acomodação do cuidado implica a educação bilateral, na qual o profissional simultaneamente aprende a forma de cuidar utilizada pela família e lhe ensina sua forma, sendo que, a partir daí, se inicia um

processo de negociação de cuidados aceitáveis para ambos. A negociação é um processo interativo e dinâmico entre a mãe/família/cuidador com a equipa de saúde e requer que todos compartilhem saberes, decisões e poderes. Assim, as práticas tradicionais prejudiciais ao cuidado ao recém-nascido poderão ser alteradas ou erradicadas, se as mães entenderem que tal trará benefícios (Ramos, 2004a, b, 2016; Leininger & Mcfarland, 2006).

Os cuidados de saúde devem interpretar e compreender a diversidade cultural, os significados de saúde/doença e as experiências das mães. É importante o profissional fazer uma reflexão crítica, reconhecendo seus próprios valores, para aprender a diferenciá-los dos valores e práticas dos utentes com os quais estabelece relações de cuidado (Ramos, 2004). A construção do conhecimento transdisciplinar é um processo coletivo em que cada um cria seus próprios saberes e contribui para a construção dos saberes dos outros (Loureiro & Miranda, 2010).

As dimensões culturais e sociais podem constituir barreiras importantes aos cuidados de saúde e devem merecer a atenção do profissional de saúde em um cuidado culturalmente congruente e adaptado (Ramos, 2004a, b, 2005, 2013, 2016). 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, proporcionem trocas autênticas e recíprocas de experiências com os indivíduos e suas famílias e que sejam facilitadoras da prestação de cuidados (Wong, 1999; Leininger & Mcfarland, 2006). Se não houver conhecimento sobre a cultura do utente, bem como empatia 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, o mesmo sucedendo com o utente, relativamente à abordagem do profissional de saúde (Ramos, 2004a, b, 2012, 2016). Desta forma, a comunicação na relação terapêutica contribui para o sucesso da prática dos cuidados de saúde e torna o utente um agente ativo e responsável em seu processo saúde-doença (Ramos, 2004a, 2012, 2017).

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

De acordo com Loureiro e Miranda (2010), a literacia em saúde representa um conjunto de competências cognitivas e sociais, bem como a capacidade para compreender e utilizar a informação de forma a promover a saúde. O profissional de saúde tem uma enorme responsabilidade a nível da promoção e educação para a saúde. O modelo teórico de promoção de saúde de Nola J. Pender fornece uma estrutura simples e clara, em que o profissional de saúde pode realizar um cuidado de forma individual ou em grupo, permitindo planejar, intervir e avaliar as ações que levam à promoção da saúde, bem como relaciona três pontos principais: as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar; e o comportamento de promoção da saúde desejável (Stanhope & Lancaster, 2011). A educação para a saúde conduz ao empoderamento das famílias, tornando-as mais ativas em seu processo de saúde. O profissional de saúde, em vez de tomar decisões pela família, apoia a família na tomada de decisão e potencia sua autoestima, reconhecendo e utilizando as forças e redes de apoio da família.

3. Metodologia

O presente estudo corresponde a um estudo descritivo, exploratório, comparativo e transversal que tem por base uma metodologia sobretudo de cariz qualitativa. A pesquisa qualitativa no âmbito das ciências sociais busca compreender a

realidade por meio de processos inferenciais e indutivos e trabalha com significados, crenças, valores e atitudes, relacionamentos, percepções, comportamentos e influências intergeracionais, no caso deste estudo, na assistência ao recém-nascido. Esta abordagem recorre a uma multiplicidade de desenhos de pesquisa, com aspectos comuns como: abordagem holística das questões a analisar, foco na experiência humana, elevado envolvimento e flexibilidade do pesquisador (Bardin, 2011; Amado, 2017; Creswell, 2018).

O estudo foi realizado na cidade de Luanda, Angola, sendo a amostra não probabilística por conveniência. Em uma maternidade de referência da cidade de Luanda, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a 40 mães angolanas de recém-nascidos, com o objetivo de estudar a influência das avós nos cuidados ao recém-nascido. 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 múltíparas. Os critérios de inclusão aplicados foram: as participantes serem mães de bebês com um máximo de 28 dias de vida, nascidos em uma maternidade de referência em Luanda ou acompanhados em consultas na mesma unidade de saúde, serem residentes em bairros distintos da cidade de Luanda e aceitarem 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 pesquisa. Às participantes foram garantidos a confidencialidade, o anonimato e a privacidade dos dados.

4. Resultados e Discussão

Os principais resultados evidenciam que os saberes e as práticas de mães angolanas nos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical, derivam da componente empírica, transmitida maioritariamente pela família por meio das gerações, sobretudo das avós do recém-nascido, e da componente científica, por meio dos profissionais de saúde. Pelo sistema relacional em que as mães se encontram inseridas, os cuidados ao recém-nascido, inclusive ao coto umbilical, são em grande parte realizados por pessoas mais velhas experientes, como a avó, mas também por irmãs, tias e vizinhos (Linhares, 2010).

No presente estudo, a situação migratória diz respeito ao grupo de mães originárias de outras províncias de Angola (n=20). As diversas tendências migratórias em Angola, o nível de educação do país e o baixo estatuto socioeconómico da maioria de seus habitantes podem traduzir-se em situações de cuidados débeis aos recém-nascidos, com consequências em seu estado de saúde, realidade confirmada por Ramos (2004a, 2008, 2012, 2016), ao referir que as mães com filhos em situação migratória vivenciam frequentemente conflitos maternos em relação aos cuidados prestados, devido à diferente exigência cultural, e vivenciam situações de solidão, isolamento, dúvida, medo e culpa. Deste modo, a influência da rede comunitária de apoio é um importante determinante em saúde, no sentido em que facilita a inclusão e participação ativa dos migrantes.

No que respeita ao apoio nos cuidados ao recém-nascido, especificamente ao coto umbilical, as participantes no estudo que referem ter apoio são, em sua maioria, do grupo de mães primíparas e das mães naturais de Luanda. Estes resultados podem sugerir que, pelo fato de ser o primeiro filho e por residirem em sua província de origem, as mães têm a família (avós) mais próximo para prestar apoio nos cuidados. Os resultados demonstram que são várias as figuras do meio de pertença da mãe que colaboram nos cuidados ao recém-nascido. Contudo, o apoio é prestado maioritariamente pela avó do recém-nascido (mãe ou sogra da participante). *E16: Foi ela... Não, não foi a mamã, foi a avó, a mãe da mamã.* As mães aprendem os saberes populares relativos aos cuidados ao recém-nascido por meio das pessoas mais velhas, geralmente avós ou outros membros experientes da família, ou pessoas próximas do seu convívio (Ramos, 2004a, b, 2005, 2008, 2014; Linhares, 2010).

A categoria “aprendizagem com a ajuda/apoio” foi mencionada por diversas mães. *E33: Eu antes não sabia como cuidar do cordão do bebé. Mas agora eu já sei como devo fazer, caso ela [a avó] não esteja em casa.; E40: E também aprendi*

como é que se faz para o umbigo da criança cair, quais são os cuidados que devemos ter. Estes resultados demonstram que a aprendizagem do cuidado ao coto umbilical, pelas puérperas, é um ato que reflete a maneira de cuidar e envolve os saberes culturais adquiridos intergeracionalmente, com influência dos membros familiares mais próximos.

Sobre quem é a pessoa que proporcionou a aprendizagem deste cuidado, parte das puérperas referiu as avós do recém-nascido, mencionando também a ajuda e aprendizagem com as avós quanto aos cuidados relativos ao banho do bebê. Os resultados vão ao encontro do defendido por Ramos (2004a, b, 2005, 2008) e Linhares (2010), ao afirmarem que, no enlace familiar intergeracional, as avós cuidam dos membros da família, em especial da mãe e do recém-nascido, e colocam em prática as experiências adquiridas ao longo da vida. Considerando que o processo de aprendizagem das mães se efetua com a ajuda que estas recebem nos cuidados ao recém-nascido, Sopa (2009) defende que o profissional de saúde deve envolver igualmente o companheiro e outros familiares ou pessoas de referência nos cuidados da mãe e do recém-nascido.

Nas sociedades tradicionais, o puerpério pode constituir uma fase em que são feitas à mulher recomendações acerca do que lhe é ou não permitido fazer e quais os cuidados a realizar ao recém-nascido. A categoria “recomendações transmitidas por terceiros” refere-se ao que é indicado pelas pessoas do meio tradicional para aplicar nos cuidados ao coto umbilical, sendo estas recomendações realizadas principalmente por familiares, maioritariamente pelas avós. E31: [...] em casa disseram que tem de pôr óleo com sal. Segundo Linhares (2010), o cuidado do coto umbilical, reconhecido pelas puérperas como sendo difícil, recai muitas vezes nas pessoas mais velhas, o que permite a transmissão de valores culturais de forma intergeracional. As recomendações realizadas pelas avós do recém-nascido relativamente aos cuidados a ter com o coto umbilical referem-se à aplicação dos seguintes produtos, por ordem de importância: álcool, sal, óleo, cinza, pó e folhas: E11:[...] quando o cordão umbilical arrebentou ontem, a minha mãe disse que temos de meter pó...; E21: A minha mãe me disse: foi sal e óleo de palma; E40: [...] mastigar folhas de tomate [...], passar nas laterais do umbigo. Estes resultados vão ao encontro de Ribeiro e Brandão (2011), que afirmam existir práticas que, apesar de cientificamente comprovados a sua ineficácia e os danos para a saúde do recém-nascido, continuam a ser transmitidas pelas pessoas mais velhas do seio familiar e da comunidade e usadas nos cuidados realizados.

Os saberes e as práticas das mães são muitas vezes construídos no convívio com as pessoas que lhes são próximas, que cuidaram delas e ensinam a cuidar, tornando-se seus referenciais nos cuidados (Zanatta & Motta, 2007). A menção destes referenciais nos cuidados é feita em número equiparado nos quatro grupos de mães. As avós do recém-nascido são os referenciais empíricos que mais se destacam: E9: A minha avó...; E14: A...a mãe mesmo; E36: “Da minha sogra. Os referenciais são sobretudo relativos às avós maternas, contudo existem casos em que a referência é feita à sogra (avó paterna). Na maioria das vezes, as participantes referem-se não apenas aos cuidados ao coto umbilical, mas também aos cuidados com o banho do recém-nascido e com a amamentação. E11: Por exemplo, quando o cordão umbilical arrebentou ontem, a minha mãe disse que temos de meter pó”; E25: “A minha mãe ensinou-me. Esta é uma realidade explicada por Linhares et al. (2017), ao afirmar que a avó é uma figura respeitada e valorizada na estrutura familiar. Esta contribui para a continuidade das gerações, assume os papéis de cuidados e atende às necessidades de saúde, não só da puérpera, mas, sobretudo, do recém-nascido. Assim, a mulher, desde cedo, adquire saberes intergeracionais, para mais tarde os colocar em prática e posteriormente os transmitir.

A categoria “informação diferente do que a mãe sabia transmitida pelos profissionais de saúde” diz respeito à informação da utilização do álcool nos cuidados ao coto umbilical, transmitida pelos profissionais de saúde, contrariamente aos produtos tradicionais que as mães conheciam, em sua maioria o sal, óleo, pó e folhas: E37: O doutor manda pôr o álcool... Algumas mães, em sua maioria multíparas e naturais das várias províncias, fazem referência à diferente informação transmitida pelos profissionais de saúde (utilização do álcool), comparativamente à informação dada pelas avós, que, segundo estas,

indicam com frequência a utilização do óleo, do sal e da cinza (luando): *E32: Aqui no hospital, o álcool.; ET: O óleo, o sal ou o azeite, quem lhe falou?; E32: A família. A avó disse que se metesse.*

Os resultados demonstram que, geralmente, as mães não utilizam apenas um referencial isolado, mas valorizam o conjunto empírico e científico. Ambos os saberes devem caminhar em paralelo, pois a busca do saber científico aumenta com a visibilidade dos resultados do tratamento, no entanto, o saber empírico, o saber leigo, está muito enraizado na cultura e é transmitido de geração em geração como uma herança inegável (Ramos, 2004a, b; Alves, 2015). De acordo com Sopa (2009), as práticas populares continuam a ser utilizadas na busca de soluções para problemas de saúde pelas famílias, devendo ser considerada a sua importância nos cuidados em saúde. Daí ser fundamental os profissionais de saúde compreenderem o contexto cultural dos indivíduos e grupos com que trabalham, para que possam realizar seu trabalho de forma esclarecida e compreensiva e com aceitação das pessoas por meio da prestação de cuidados culturalmente congruentes (Ramos, 2004a, b, 2016, 2017).

A maioria das mães que realizam práticas incorretas ao coto umbilical, por meio da utilização de produtos não recomendados. De acordo com a WHO (2016), a cultura, os mitos e as crenças revelam-se em um conjunto de saberes tradicionais que muitas vezes prevalecem perante os conhecimentos científicos, levando a práticas de cuidados com consequências negativas para a saúde, como é o caso da onfalite, devido a cuidados incorretos ao coto umbilical.

O medo de cuidar dos filhos é maior com o primeiro filho, mas pode também ocorrer com os filhos seguintes. As avós têm um papel fundamental na família e, segundo Linhares (2010) e Miranda et al. (2015), trazem consigo conhecimentos e vivências pertinentes de sua experiência, que transmitem ao realizar os cuidados familiares. Ramos (2004a, b, 2005, 2008, 2013, 2014) refere que a família, em especial a mãe e o pai, mas também os avós, fornece ao bebê o apoio e o reconforto, a proteção e a segurança emocional, indispensáveis à saúde, bem como as condições de desenvolvimento psíquico e físico e de autonomia.

Todas as mães deste estudo mencionam que a pessoa que lhes dá apoio nos cuidados ao recém-nascido é quem lhes deu ou continua a dar o banho e a realizar os cuidados ao coto umbilical. São poucas as mães que referem já ter começado a fazer essas práticas: *E10: A mamã ajuda a cuidar do umbigo do bebê e ela é que dá banho no bebê.; E11: Também... foi com a avó. A avó é que ensinou mesmo. Hoje, o banho foi o primeiro. Até ao umbigo cair, nos primeiros dias, era a avó que cuidava dele.; E13: A mãe, de momento, é quem dá banho no bebê, que faz praticamente tudo pelo bebê, não é?... Eu simplesmente amamento e, por vezes, ajudo mesmo a pegar, quando o bebê está assim chato.; E27: Não, foi a minha mãe que deu banho. Os resultados denotam insegurança por parte das mães ao realizarem os cuidados de higiene ao recém-nascido, bem como receio por o bebê ser tão pequeno, acabando por delegar essa tarefa noutro cuidador familiar: *E12: Não, foi a minha mãe. Eu sinto medo por causa do umbigo. Tanto eu como o meu esposo.; E24: "Ainda não, ainda estou com muito medo.; E40: Quem está a fazer é a minha avó; ET: A avó mastiga as folhas?; E40: Sim.**

As mães referem-se ao coto umbilical como se fosse algo intocável e perigoso. Os resultados corroboram Silva et al. (2015), ao afirmarem que, para os pais, a maior fragilidade dos cuidados está relacionada com o banho do recém-nascido nos primeiros dias de vida, o que evidencia a necessidade de atuação dos profissionais de saúde, transmitindo conhecimento e capacitando para o cuidar. Os resultados do estudo demonstram que cerca de metade das mães, em sua maioria do grupo de mães primíparas e naturais de Luanda, que referem apoio familiar nos cuidados ao coto umbilical o realiza incorretamente. Estas mães referem ao longo da entrevista ter conhecimento do álcool como produto recomendado pelos profissionais de saúde, para o cuidado ao coto umbilical, no entanto, optam por delegar os cuidados na pessoa de apoio, que utiliza práticas tradicionais não recomendadas para este cuidado.

No âmbito da realização das entrevistas, houve a oportunidade de observar as mães que recorriam à consulta de revisão do puerpério, em sua maioria deslocando-se sozinhas com o recém-nascido. Ou seja, não se faziam acompanhar pela

pessoa que em casa dá apoio e presta os cuidados ao recém-nascido. A presença da pessoa de apoio na consulta seria pertinente para que pudesse receber na primeira pessoa a informação transmitida pelo profissional de saúde. O cuidado realizado ao coto umbilical no domicílio nem sempre é realizado pelas mães, que são o foco da atenção da informação transmitida pelos profissionais na unidade de saúde. Assim, a conduta do cuidador informal, aliada às suas crenças, pode contribuir para que ocorram as infecções neonatais, elevando os indicadores de morbidade neonatal. Zanatta & Motta (2007) corroboram estes fatos, ao afirmarem que algumas mães seguem orientações de pessoas do seu convívio e resistem a aderir e a manter as orientações do profissional de saúde, adotando certas condutas e atitudes, como o uso de soluções caseiras no cuidado ao coto umbilical, que provocam infecções e, na maioria das vezes, requerem hospitalizações e cuidados especializados.

A OMS (1998), citada in Silva et al. (2015), estabeleceu que os cuidados pós-natais têm de ser centrados nas famílias e culturalmente contextualizados, e, pela vulnerabilidade do período pós-parto, reconhece que é fundamental a atenção dada à precocidade da alta hospitalar, que resulta na diminuição temporal de cuidados especializados.

Os presentes resultados vão ao encontro dos estudos de Linhares et al. (2017), que mencionam que muitas puérperas têm medo de dar banho ao recém-nascido, de tocar no coto umbilical, de causar dano e magoar, o que as desencoraja a assumir esse cuidado e, na maioria das vezes, as leva a confiá-lo às avós ou a outro familiar mais experiente.

Na adoção do papel materno, a mulher necessita do apoio afetivo e emocional da família e dos amigos, mas também é de grande importância o apoio informativo prestado pelos profissionais de saúde, que por meio de suas orientações e competências profissionais contribuem para uma avaliação correta dos problemas e das necessidades, fornecendo informações e aconselhamento que a ajudarão na capacitação de seu papel e a ultrapassar dificuldades inerentes a esta fase da vida (Ramos, 2004a, b, 2016; Sopa, 2009).

5. Conclusão

O período puerperal é revestido de mitos, crenças, costumes e medos, nos quais os cuidados ao recém-nascido são permeados por práticas culturais, transmitidas através das diferentes gerações. Os saberes tradicionais presentes no seio de cada cultura têm grande influência nos comportamentos de saúde adotados e devem ser conhecidos, para a compreensão das práticas de saúde e o desenvolvimento cultural e científico.

De forma geral, os resultados do estudo mostram que os saberes e práticas de mães angolanas nos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente ao coto umbilical, derivam de duas origens distintas (tradicional e científica). Ou seja, os conhecimentos das participantes baseiam-se em saberes tradicionais, presentes na cultura e transmitidos intergeracionalmente. Na transmissão de saberes tradicionais, a família é a presença mais frequente, e no seio desta destacam-se as avós, especialmente as maternas, na ajuda aos cuidados do recém-nascido, não tendo havido neste estudo referência à ajuda por parte do avô. As avós, para além de transmitirem os seus conhecimentos, ajudam, participam ativamente e, muitas das vezes, assumem os cuidados ao recém-nascido, que lhes são delegados pelas mães, sendo reconhecida e respeitada a sua responsabilidade nos cuidados, que permitem suporte, segurança, conforto às puérperas e família. É nas mães primíparas que se verifica uma maior referência dos cuidados ao recém-nascido delegados nas avós.

Em Angola, a gravidez ocorre, por norma, em faixas etárias mais jovens, levando a que as avós sejam, também elas, ainda jovens e geralmente saudáveis, e estejam em boa forma física, contudo, na maioria das vezes, com nível de literacia baixo, práticas culturais e mitos marcadamente presentes. Assim, pela sua forte componente cultural, adotam muitas vezes práticas de cuidados não recomendadas pela OMS e com consequências nocivas para a saúde do recém-nascido, o que exige atenção particular por parte do Ministério da Saúde angolano, no sentido de implementar medidas que possam direcionar a intervenção dos profissionais de saúde.

O conhecimento do senso comum orienta a vida e tem um papel central para a compreensão das práticas de saúde. A forma como a situação vivenciada é interpretada determina as atitudes das mães, quer nos cuidados realizados ao recém-nascidos, quer na relação com os profissionais. É fundamental a consciência do recurso aos vários sistemas de cuidados ao dispor das mães angolanas. Esta é uma realidade presente em várias sociedades, incluindo a de Luanda, onde se verifica o recurso aos diferentes sistemas de saúde. Por motivos culturais e económicos e por falta de conhecimento, as populações recorrem frequentemente ao saber leigo, no entanto, verifica-se cada vez mais a busca de um complemento a este saber por meio do recurso ao saber científico.

As práticas nos cuidados ao coto umbilical revelam uma variedade de meios e de produtos tradicionais, traduzindo-se em práticas incorretas e com consequências nocivas para o recém-nascido. Constatamos que existem mães que, mesmo referindo conhecer a prática recomendada pela OMS, optam por manter os cuidados tradicionais. Porém, existem também mães que optam por adotar as práticas científicas recomendadas, algumas delas referindo que as próprias avós aderem ao cuidado científico. Esta situação demonstra estarmos perante uma transição ao nível de saberes e práticas nos cuidados e de busca dos serviços de saúde durante a gravidez e puerpério. Deste modo, os profissionais de saúde devem assumir a responsabilidade de trabalhar junto das mães e colaborar para a capacitação destas, contribuindo assim para a inversão dos elevados índices de morbimortalidade neonatal em Angola. Ambos os saberes devem complementar-se, pois a busca do saber científico aumenta com a visibilidade dos resultados do tratamento, no entanto, o saber leigo está muito enraizado na cultura e é transmitido de geração em geração como uma herança inegável, contudo com conhecimentos nem sempre atualizados e corretos.

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

A escassez de publicações científicas, no contexto angolano, sobre a importância e o papel das avós nos cuidados e na saúde do recém-nascido, apesar da evidência da sua elevada influência, motivou a realização deste estudo, que objetivou proporcionar uma melhor compreensão dos fenómenos culturais e sociais subjacentes à influência das avós nos cuidados ao recém-nascido e ao comportamento adotado pelas puérperas. Pensamos, desta forma, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, o que será favorecido pela concepção e implementação de serviços de saúde culturalmente adaptados que correspondam às reais necessidades das mães e das crianças em idade precoce.

Perante a elevada influência cultural nos cuidados das mães angolanas, recomendamos o investimento na formação de profissionais no âmbito de cuidados de saúde culturalmente competentes, contribuindo para a capacitação das mães e para a diminuição da morbimortalidade neonatal em Angola.

Dados a enorme presença e o contributo das avós nos cuidados, sugere-se o aprofundamento deste tema em estudos futuros, desenvolvendo pesquisa sobre a influência das avós também nos adolescentes e na vida dos filhos casados, com reflexo nos netos e em sua própria vida/saúde, quer a nível físico, quer psíquico, no contexto angolano.

Esperamos, com os presentes resultados, colaborar para a diminuição da mortalidade e morbidade neonatal em Angola e melhorar os indicadores de saúde do país, de modo a reforçar os esforços para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável recomendados pela ONU no âmbito da saúde neonatal e infantil, materna, familiar e comunitária, por meio da resposta adequada das instituições, das políticas de saúde e da implementação de medidas de saúde pública que permitam complementar os programas já existentes a nível da saúde infantil do Ministério da Saúde de Angola, com intervenção precoce, quer em contexto de unidade de saúde, quer no âmbito comunitário, primando pelo envolvimento e participação da família, de modo a promover o aumento da literacia em saúde, com estratégias de educação e /promoção em

saúde individual, familiar e comunitária, e a colaborar para o empoderamento, a capacitação e a cidadania participativa, responsável e informada das mães e avós.

Referências

- Alves, F. (2015). Racionalidades Leigas e Produção Local de Saberes em Saúde. In Carapineiro, G., Correia, T. (orgs), *Novos Temas da Saúde, Novas Questões Sociais*, Lisboa: Editora Mundos Sociais, 113-128. Disponível:https://www.researchgate.net/publication/332848976_Racionalidades_Leigas_e_Producao_Local_de_Saberes_em_Saude/link/5cd01aa592851c4ea8b6533a/download. [10 de julho de 2023].
- Amado, J. (Coord.) (2017). *Manual de Investigação Qualitativa* (3ª ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Azambuja, R. M. M., Ramos, N., & Ramos, M. C. P. (2023). Avós e Culturas: Relacionamentos e vivências intergeracionais em tempo de pandemia COVID-19. *Research, Society and Development*, 12(3), e27312340631. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40631>.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* Edições 70.
- Bragato, A., Garcia, L., Camargo, C., Paula, F., Malaquias, B., & Elias, H. (2023) Avós cuidadores de netos: análise do perfil e intensidade dos cuidados *Cogitare Enferm.* v28:e79812.
- Carlo, A., & Travers, P. (2016) Mortalidade Materna e Neonatal: hora de agir. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro. 92(6), 543-545. <https://www.scielo.br/j/jped/a/xK965RhR3tCBWkc9BSYmLWR/?lang=pt&format=pdf>
- Carvalho, V., Markus, J., Abaggae, K., Giraldi, S., & Campos, T. (2015). *Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido*. Sociedade Brasileira de Pediatria. http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados_pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf
- Collière M. F. (2003). *Cuidar.... a primeira arte da vida*. Lusociência.
- Creswell, J. W. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.*: SAGE Publications.
- Laverack, G. (2004). *Promoção de saúde. Poder e Empoderamento*. Lusodidacta.
- Leininger, M., & Mcfarland, R. (2006). *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. (2a ed.). Jones and Bartlett publishers.
- Linhares, E. (2010). *Influência intergeracional familiar no cuidado do coto umbilical do recém-nascido e interfaces com os cuidados profissionais*. (Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde). Jequié/Ba: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia Departamento de Saúde. Disponível em:http://www2.uesb.br/ppg/ppges/wp-content/uploads/2017/03/Eliane-Linhares_DissertaC3A7C3A3o_UESB-20101.pdf
- Linhares, E., Dias, J., Santos, M., Boery, R., Santos, N., & Marta, F. (2019). Memória coletiva de cuidado ao coto umbilical: uma experiência educativa. *Reben. Revista de Enfermagem Brasileira*. 72(3), 376-80. http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s3/pt_0034-7167-reben-72-s3-0360.pdf
- Linhares, E., Marta, F., Dias, J., & Santos, M. (2017). Influência geracional familiar no banho do recém-nascido e prevenção de onfalites. *Revista de Enfermagem UFPE*. Recife. 11(11), 4678-86. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231209/25214>
- Linhares, L., Silva, L., Rodrigues, V., & Araújo, R. (2012). Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis. 21(4), 828-836. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/13.pdf>
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde. Dos fundamentos à acção*. Edições Almedina.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *O Cuidado em Enfermagem Materna*. (7a ed). Lusodidacta.
- MINSA (Ministério da Saúde de Angola). (2012). *Plano nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2025. Mais e melhor saúde*. (2). República de Angola. Luanda: Ministério da Saúde de Angola.
- Miranda, B., Marostica, C., & Matão, L. (2015). Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 3(6), 2444-2459. https://www.researchgate.net/publication/317405192_Influencia_do_fator_cultural_no_processo_de_cuidado_puerperal/link/5a709c0f0f7e9ba2e1caffc7/download.
- Monteiro, I. & Ramos, N. (2020). O papel dos avós hindus no bem-estar e saúde dos netos. *Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Melhorar o bem-estar global através da psicologia da saúde*. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde.
- Moscovici, S. (2001). *Psychologie Sociale des relations à autrui*. Nathan.
- Oliveira, A., Moreira, C., Machado, C., Neto, J., & Machado, M. (2006). Crenças e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa saúde da família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*.: Brasil. 19(1), 11-18. <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/955>.
- Pinto, E. (2005). *Perfil epidemiológico, clínico e fatores associados ao óbito em crianças internadas no hospital pediátrico de referência de Angola: um estudo transversal*. (Dissertação de Mestrado, apresentada no Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, para obtenção do grau de mestre em Saúde Materno Infantil). Recife: Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira. http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS_ANEXO/Elisabete_de_At%C3%ADde_e_Pinto,,20061206.pdf
- Ramos, N. (2004a). *Psicologia Clínica da Saúde*. Universidade Aberta.

- Ramos, N. (2004b). A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil. Uma abordagem intercultural e comparativa. In *Desafios de comparação. Família, mulheres e gênero em Portugal e no Brasil*. Oeiras: Celta Editora, pp-149-190.
- Ramos, N. (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família: dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 39(1),195-216. <http://hdl.handle.net/10400.2/7419>
- Ramos, N. (2008). Família, Cultura e Relações Intergeracionais. In R. Reis (Org.), *Actas do Congresso Solidariedade Intergeracional* (pp. 315-329). CEMRI, Univ. Aberta, 12-15 de Janeiro 2005. <http://hdl.handle.net/10400.2/9982>
- Ramos, N. (2012). Família e maternidade em contexto migratório e intercultural. In: Ramos, N., Mendes, E., Silva, A., & Porfírio, J. (2012). *Família, Educação e Desenvolvimento no séc. XXI: Olhares Interdisciplinares*. Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Educação. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/9495/1/Ramos.%20N.%202012%20Família%2c%20maternidade%20e%20migração.pdf>
- Ramos, N. (2013). Relationships and Intergenerational Solidarities – Social, educational and health challenges. In A. Oliveira (Coord), *Promoting conscious and active learning and aging: How to face current and future challenges?* (pp. 129-145). Imprensa da Universidade de Coimbra https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/5817/1/CEMRI_Natalia_Ramos_E-book_Promoting....._2013.pdf
- Ramos, N. (2014). Avós e netos através da(s) imagem(s) e das culturas. In N. Ramos, M. Marujo, & A. Baptista, *A voz dos avós: migração, memória e património cultural* (2ª ed., pp. 33-56). Gráfica de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10400.2/5816>
- Ramos, N. (2016). Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais. In Rocha, M., Ramos, N., Santos, S., Costa, M. D. (org.). *Seguridade Social, Interculturalidades e Desigualdades na Contemporaneidade*. Natal: EDUFRN, 229-269. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/6381>
- Ramos, N. (2017). Família, solidariedade e relações intergeracionais e de gênero: avós e netos na contemporaneidade. Cap.12. In. Pais, avós e relacionamentos intergeracionais na família contemporânea. 5. Coleção estudos sobre família.
- Ramos, N., Tavares, E. (2020). Cuidados de mães Angolanas ao recém-nascido: Abordagem Intercultural. In H. Pereira, S. Monteiro, G. Esgalhado, A. Cunha, I. Leal (Ed.), *Atas 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Melhorar o Bem-Estar Global através da Psicologia da Saúde*. UBI, Covilhã, 30 janeiro a 1 de Fevereiro, 2020. Lisboa, ISPA, 313- 322. <http://hdl.handle.net/10400.2/9190>
- Ribeiro, A., & Zucolotto, M. (2015). Avós cuidadoras e seus netos: uma reflexão sobre as configurações familiares. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas*.16(1):27-41. <https://periodicos.ufrn.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1838>
- Ribeiro, M., Brandão, M. (2011). A produção científica da enfermagem sobre coto umbilical. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, (4)3, 54-59. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n3/revisao/rev3_v4n3.pdf
- Ribeiro, O., Matos, M., Santos, M., & Lopes, J. (2009). *Multiculturalidade- Perspectivas de Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar*. Lusociência
- Rodrigues, J. P. V. (2013). Os avós na família e sociedade contemporânea: uma abordagem intergeracional e intercultural. Universidade Aberta, Tese de Doutoramento em Psicologia, 491 p. <http://hdl.handle.net/10400.2/3426>
- Sequeira, M. (2014) Avós e Netos: Uma Relação Intergeracional na Perspetiva dos Avós – Uma realidade na Freguesia de Alpalhão. Tese de Mestrado em Gerontologia Social, apresentada na Escola Superior de Educação de Portalegre, IPP.
- Silva, C., Dantas, J., Souza, F., Silva, R., Lopes, T., & Carvalho, J. (2015). Sentimentos vivenciados por puérperas na realização do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto. *Revista o Mundo da Saúde*. São Paulo, Brasil. 93(3), 267-286. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Sentimento_vivenciado_%20puerperas.pdf
- Simão, R., & Gallo, P. (2013). Mortes infantis em Cabinda, Angola: desafio para as políticas públicas de saúde. *Revista Brasileira Epidemiologia*. 16(4), 826-837. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n4/pt_1415-790X-rbepid-16-04-00826.pdf
- Sopa, M. (2009). *Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório*. (Dissertação de Mestrado, apresentada na Universidade Aberta, para obtenção do grau de Comunicação em Saúde). <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1343/1/Representações%20e%20Práticas%20da%20Maternidade%20em%20Contexto%20Multicu.pdf>
- Stanhope, L., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Lusodidacta.
- Tomey, M., & Alligood, R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra, Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5a ed.). Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- UNICEF (2008). *Situação mundial da infância. Sobrevivência infantil*. http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_mund_inf_2008_sobrevivencia.pdf
- UNIGME (United Nations Interagency Group for Child Mortality Estimation). (2018). *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2018, Estimates developed by the United Nations Interagency Group for Child Mortality Estimation*. United Nations Children’s Fund, New York. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/child-mortality-report-2018.asp>
- WHO (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf?sequence=1
- WHO (2006). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>
- Wong, D. (1999). *Enfermagem pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. (5a ed.). Guanabara Koogan S.A.
- Zanatta, A, & Motta, C. (2007) Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 28(4), 556-63. <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3152/1725>