

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**INFLUÊNCIA INTERGERACIONAL FAMILIAR NO CUIDADO DO
COTO UMBILICAL DO RECÉM-NASCIDO E INTERFACES COM
OS CUIDADOS PROFISSIONAIS**

ELIANE FONSECA LINHARES

JEQUIÉ/BA
2010

ELIANE FONSECA LINHARES

**INFLUÊNCIA INTERGERACIONAL FAMILIAR NO CUIDADO DO
COTO UMBILICAL DO RECÉM-NASCIDO E INTERFACES COM
OS CUIDADOS PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Família em seu Ciclo Vital.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Luzia Wilma Santana da Silva

**JEQUIÉ/BA
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA

L728 Linhares, Eliane Fonseca.

Influência intergeracional familiar no cuidado do coto umbilical do recém-nascido e interfaces com os cuidados profissionais/Eliane Fonseca Linhares. Jequié 2010.

185 f.: il.; 30 cm.

Dissertação – Universidade Estadual da Bahia, 2010. Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Luzia Wilma Santana da Silva.

1.Relação familiar 2. Cultura 3. Recém-nascido 4. Coto umbilical
5.Intergeracionalidade 6. Enfermagem neonatal. I.Título

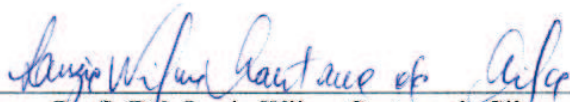
CDD – 613

LINHARES, Eliana Fonseca. **Influência intergeracional familiar no cuidado do coto umbilical do recém nascido e interfaces com os cuidados profissionais** [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA, 2010.

Esta dissertação foi aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde para obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM E SAÚDE** – área de Concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

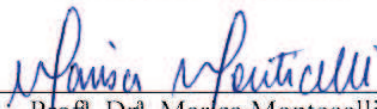
Aprovado em 10 de Dezembro de 2010.

Banca Examinadora:



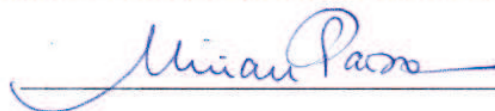
Prof.ª Dr.ª Luzia Wilma Santana da Silva

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Orientadora e Presidente



Prof.ª Dr.ª Marisa Montecelli

Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.ª Dr.ª Mirian Santos Paiva

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

É a Ti, Senhor, meu DEUS, que eu dedico este estudo.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, é dado toda honra, toda glória, toda exaltação e todo o louvor. A Ti, Senhor, o meu muito obrigada.

A **minha mãe**, pelas orações, amor e carinho; e aos meus irmãos, que sempre torceram por mim. Este agradecer se estende a minha cunhada Neilma Linhares, pelas palavras de apoio.

A minha amada filha, **Catarina Linhares Quintana**, que linda e compreensivamente, soube suportar a minha ausência neste período de busca de conhecimentos e realização de mais uma meta.

À **UESB**, por proporcionar esta oportunidade e oferecer as condições necessárias para meu crescimento profissional e pessoal.

À amiga **Rita Batista**, que desde o início desta caminhada, acreditou em mim, e impulsionou-me a trilhar este caminho, ora culminando na concretização de um sonho.

Às **puérperas, familiares e demais cuidadores do coto umbilical de RNs**, proporcionadores da construção deste estudo; que ao expressarem seus saberes, me fizeram refletir de forma inquietante, o quão grande é a necessidade de promover ações educativas em saúde. Suas contribuições, de fato, foram preciosas neste meu caminhar.

Ao **Hospital Geral Prado Valadares**, campo de minhas experiências e vivências no cuidado às mulheres e seus filhos.

Aos colaboradores deste meu crescimento, **os discentes**, que, ao longo destas duas décadas, têm contribuído na existência e ações cuidativas do Projeto Programa Educativo: saúde do coto umbilical.

À orientadora, **Profª Drª Luzia Wilma Santana da Silva**, pelas horas de idas e vindas disponibilizadas, num compartilhar de aprendizagem que oportunizou e contribuiu para a construção desta dissertação.

Aos membros da **Banca Examinadora**, pela disponibilidade e conhecimentos compartilhados.

As minhas colegas **Patrícia Anjos, Flávia Anjos, Rosely e Norma**, pela amizade, pelo convívio, compartilhamento de saberes e incentivo.

À docente **Guadalupe Edilma Licon de Macedo**, que contribuiu com seus conhecimentos no preenchimento de uma lacuna na construção deste saber.

Às amigas **Edite Lago e Vanda Palmarella** que, com sua bondade, compreensão, compartilhamento de conhecimentos, incentivo e sensibilidade, estimularam o desenvolvimento de minha capacidade, nesse processo de construção, promotor de crescimento profissional e pessoal.

A todos os **professores do Mestrado**, por compartilharem seus conhecimentos, proporcionando uma visão de mundo, instigante, na busca por novos horizontes.

Aos colegas do Departamento de Saúde, em especial **Rosália Teixeira, Zulmerinda Meira Oliveira, Joana Angélica Dias, Maristella Santos Nascimento, Zenilda Nogueira Sales, Maria José dos Santos, Rita Narriman Boery, Adriana Nery, César Augusto Casotti e Gisleide Lima**, que se alegraram com a minha vitória, e contribuíram neste meu caminhar.

Ao amigo **Alfonso**, por compreender tantas ausências, e por estar sempre me dando forças e carinho.

À **Jandira**, pela sua bondade, compreensão e importante contribuição neste processo de aprendizagem e crescimento.

Aos pastores e amigos, **Nádia Silva Pereira e Eudoxio Borges Pereira**, por torcerem por mim, acreditarem nesta conquista, pelas orações e pelas palavras de apoio que me confortaram e me fortaleceram nos momentos difíceis, para que eu persistisse em prosseguir nesse meu caminhar.

A **todos** que contribuíram direta ou indiretamente para o meu crescimento intelectual, emocional e pessoal.

Meus sinceros agradecimentos.

Deus: Tudo tem o seu
tempo determinado, e há
tempo para todo o propósito
debaixo do céu.

Eclesiastes 3.1.

LINHARES, Eliane Fonseca. **Influência intergeracional familiar no cuidado do coto umbilical do recém-nascido e interfaces com os cuidados profissionais.** 2010. [Dissertação]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié/BA, 2010. 185p.

RESUMO

Estudo fundamentado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural proposta por Madeleine Leininger e pelas relações de poder que envolvem a família, numa transversalidade entre estudiosos, considerando princípios foucaultianos. Objetivo Geral: Compreender as inter-relações do sistema familiar onde se desenvolve a prática de cuidado do coto umbilical do RN, na sua geracionalidade, em municípios da cidade de Jequié, Bahia e como se dá a interface com os cuidados profissionais. Outros objetivos envolveram o estudo, conhecer como as inter-relações geracionais interferem no cuidado do coto umbilical do RN; Identificar as influências geradoras de poder nas inter-relações geracionais familiares no cuidado do coto umbilical do RN; identificar a capacidade de resiliência das puérperas que as possibilitem usar medidas promotoras de saúde ao RN, adquiridas durante o pré-natal, pós-parto, ou com a experiência de outras pessoas de seu convívio social; e conhecer a rede social da família (que tem influência positiva e/ou negativa) no sistema de cuidado familiar-domiciliar ao coto umbilical do RN. Metodologia. Pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, realizada no município de Jequié/Bahia; no período de novembro/2009-janeiro/2010, com 10 puérperas, familiares cuidadores e pessoas do vínculo relacional, envolvidas no cuidado direto ao coto umbilical de RNs, num total de 29 sujeitos. Aprovado pelo CEP-UESB, Protocolo n.º188/2009. Instrumentos de coleta: entrevista semi-estruturada, observação participante e diário de campo. A análise seguiu o modelo interativo sugerido por Miles e Huberman, convergindo em seis categorias: Cuidados com o coto umbilical – “visões” das puérperas; A rede de apoio familiar no cuidado e na valorização/reconhecimento do cuidado da puérpera ao RN; Mudança de atitude/comportamento como estratégia da família para o cuidado do coto umbilical do RN; Formas de aquisição do saber para cuidar do coto umbilical; O saber popular como essência do cuidar domiciliar-familiar – multiversas formas de cuidar; Formas de ser resiliente para cuidar - o enfrentamento para o cuidar do coto umbilical. Os resultados demonstraram a influência dos valores culturais no sistema familiar, no seu processo de cuidar, de modo a promover riscos de adoecimento referente às práticas de cuidados do coto umbilical. Essas se perpetuam na família, com condutas de pó de pena de galinha, sola de sapato, de café e óleos de amêndoa e rícino ao longo das gerações no contexto das vivências familiares. Trata-se de ampliar o foco sobre a gênese familiar quanto a sua ética e moral intergeracional. Assim, conduzem para a consideração dos valores familiares, e destes, com o meio de pertença como influenciadores dos modos de cuidar, reforçados culturalmente e validados pelas relações instituídas e hierárquicas de respeito. A consideração que se pode tecer neste estudo, não direciona para uma conclusão, mas para reflexões, no que tange ao cuidar familiar, mas para além deste, o profissional, de modo que os saberes se aproximem, se construam e reconstruam, no respeito da diversidade. No entanto, mediado por práticas de cuidados saudáveis, subsidiadas por princípios que envolvam as políticas de saúde e educação popular e o saber cultural familiar no seu meio vincular.

Palavras-chave: Relação familiar. Cultura. Recém-nascido. Coto umbilical. Intergeracionalidade. Enfermagem neonatal.

LINHARES, Eliane Fonseca. **Family intergeracional influence on the care of newborn's umbilical stump and interfaces with professional care.** 2010. [Dissertation] Nursing and Health Graduation Program of Bahia Southeast State University – UESB, Jequié/BA, 2010. 185p.

ABSTRACT

Study based on the Diversity and Universality of Cultural Care Theory proposed by Madeleine Leininger and the power relations that involve the family in a transverse among scholars, considering Foucault principles. General Purpose: Understand the family system interrelationships where it is developed the infants' umbilical stump care practice, in its generation, in residents in the city of Jequié, Bahia and how is the interface with professional care. Other objectives involved the study, to know how the inter-generational relations affect the care of the umbilical stump of infants; to identify the influences that generate power in generational interrelationships in the care of the umbilical stump; to identify the resilience capability of the mothers that allow them to use health-promoting measures for their newborn, acquired during the prenatal, postpartum or with the experience of others in their social life; and to know the social network of family (which has positive and/or negative influence) on the family-home care system to the umbilical stump of the newborn. Methodology. Exploratory, descriptive and qualitative study conducted in the city of Jequié/Bahia; in the period from November/2009 to January/2010, with 10 postpartum women, their family caregivers and people from their relational bonds, involved in direct care of newborns' umbilical stump, in the total of 29 subjects. Approved by CEP-UESB, Protocol No. 188/2009. Data collect instruments: semi-structured interview, participant observation and field diary. The analysis followed the interactive model suggested by Miles and Huberman, converging into six categories: The care to the umbilical stump – mother's "views"; The family support network in the care and appreciation/recognition of mother's care to the newborn; Changes in attitude/behavior as a family strategy to the newborn's umbilical stump care; Knowledge acquisition ways to take care of the umbilical stump; Popular knowledge as the essence of family-home care - diverse ways of caring; Ways to be resilient to care - the facing in the care of the umbilical stump. The results showed the influence of cultural values in the family system, in its care process in order to promote risks of illnesses related to the care practices to the umbilical stump. They are perpetuated in family, with conducts of chicken feather powder, shoe leather powder, coffee powder and almond and castor oils over generations in the context of family experiences. This is about broadening spotlight on the familiar genesis as its inter-generation ethics and morals. Thus, they lead to the consideration of family values, and these, with the pertain means as influences in the caring ways, culturally reinforced and validated by the established and hierarchical respect relationships. The consideration that can be taken in this study, does not direct to a conclusion, but to reflection, concerning to family care, but beyond that, the professional, so that knowledge approach, built and rebuilt themselves, respecting the diversity. However, it is mediated by healthy caring practices, subsidized by principles that involve health and popular education policies and the family cultural knowledge in its bond environment.

Keywords: Family relation. Culture. Newborn. Umbilical stump. Intergenerational. Neonatal Nursing.

LINHARES, Fonseca Eliane. **Influencia Intergeneracional Familiar en el Cuidado del Cordón Umbilical del Recién Nacido e interfaces con los cuidados profesionales.** 2010. [Disertación]. Programa de Postgrado en Enfermería y Salud de la Universidad Estatal del Sudoeste de Bahía, Jequié/BA, 2010. 185p.

RESUMEN

Estudio basado en la teoría de la diversidad y universalidad del Cuidado Cultural propuesta por Madeleine Leininger y por las relaciones de poder que involucran a la familia, en una transversalidad entre estudiosos, teniendo en cuenta los principios de Foucault. Objetivo General: Comprender las interrelaciones del sistema familiar donde se desarrolla la práctica de los cuidados del muñón umbilical del recién nacido, en su generacionalidad, en residentes de la ciudad de Jequié, Bahía y cómo es el interfaz con los cuidados profesionales. Otros objetivos involucraron el estudio, conocer cómo las interrelaciones entre las generaciones afectan el cuidado del cordón umbilical del recién nacido; identificar las influencias que generan poder en las interrelaciones generacionales familiares en el cuidado del cordón umbilical; identificar la capacidad de resistencia de las madres que les permitan utilizar las medidas de promoción de la salud del recién nacido, adquiridas durante el prenatal, post-parto o con la experiencia de los demás en su convivio social; y conocer la red social de la familia (que tiene efectos positivos y/o negativos) en el sistema de cuidado familiar-domiciliario del cordón umbilical del recién nacido. Metodología. Estudio exploratorio, descriptivo de abordaje cualitativo, realizado en la ciudad de Jequié/Bahía; en el período comprendido entre Noviembre/2009 a Enero/2010, con 10 mujeres después del parto, sus cuidadores familiares y personas de su vínculo relacional, involucrados en la atención directa al cordón umbilical de los recién nacidos, en un total de 29 sujetos. Aprobado por el CEP-UESB, el Protocolo N° 188/2009. Instrumentos de colecta: la entrevista semi-estructurada, observación participante y diario de campo. El análisis siguió el modelo interactivo propuesto por Miles y Huberman, convergiendo en seis categorías: Cuidado con el cordón umbilical – “visiones” de las madres; la red de apoyo familiar en el cuidado y en el aprecio/reconocimiento del cuidado de la madre al recién nacido; Cambios de actitud y comportamiento como una estrategia familiar para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido; Formas de adquisición del saber para cuidar del cordón umbilical; El conocimiento popular como la esencia del cuidado familiar-domiciliario - diversas maneras de cuidar; Maneras de ser resiliente para cuidar – el enfrentamiento para cuidar del cordón umbilical. Los resultados mostraron la influencia de los valores culturales en el sistema familiar, en su proceso de cuidar, de modo a promover riesgos de enfermedades relacionadas con las prácticas de cuidados del cordón umbilical. Esas se perpetúan en la familia, con conductas de polvo de plumas de gallina, suela de zapatos, café y aceites de almendras y de ricino por las generaciones en el contexto de las vivencias familiares. Se trata de ampliar el foco sobre la génesis familiar cuanto a su ética y moral intergeneracional. Así, conducen a la consideración de los valores familiares, y de éstos, con el medio de pertenencia como influenciadores de las formas cuidar, culturalmente reforzados y validados por las relaciones establecidas y jerárquicas de respeto. La consideración que se puede tomar en este estudio, no dirige a una conclusión, pero a reflexiones, en relación al cuidado familiar, pero, más allá de eso, el profesional, de manera que los saberes se acerquen, se construyan y reconstruyan, en el respeto a la diversidad. Sin embargo, mediado por las prácticas saludables de cuidado, subvencionadas por los principios que implican las políticas de salud y de educación popular y el saber cultural familiar en su entorno vincular.

Palabras claves: Relación familiar. Cultura. Recién Nacido. Muñón Umbilical. Intergeneracionalidad. Enfermería neonatal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Onfalite	30
FIGURA 2: Onfalite	30
FIGURA 3: Modelo <i>Sunrise</i> de Leininger	54
FIGURA 4: O Mundo das Inter-relações	113

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa	68
QUADRO 2: Delineamento das Categorias e suas Dimensões	80

SUMÁRIO

1 O INÍCIO DE UMA CAMINHADA DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA	16
2 UM RECORTE SOBRE O ESTADO DA ARTE: OLHARES SOBRE OS RISCOS, DANOS E AGRAVOS NO CUIDAR DO COTO UMBILICAL DO RECÉM-NASCIDO	21
2.1 NA BUSCA POR AMPLIAR O RAIO DE VISÃO PARA DESVELAR O ESTADO DA ARTE NO CUIDADO AO RN	21
2.2 UM OLHAR EM FOCO SOBRE A ONFALITE: DESVELANDO O ESTADO DA ARTE	30
2.3 UM OLHAR EM FOCO SOBRE OS ASPECTOS CULTURAIS TRANSMITIDOS INTERGERACIONALMENTE	36
2.4 UM OLHAR EM FOCO SOBRE A FAMÍLIA COMO CONTEXTO DE CUIDADOS	42
3 O REFERENCIAL TEÓRICO, A ÓTICA DO CUIDADO TRANSCULTURAL	47
3.1 UM BREVE RECORTE SOBRE MADELEINE LEININGER E A TEORIA DO CUIDADO CULTURAL	48
3.1.1 A cultura intergeracional familiar no cuidar – a ótica da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural	53
3.2 A TRANSVERSALIDADE DO CUIDAR/SABER E “PODER” NA INTER-RELAÇÃO GERACIONAL FAMILIAR: UM OLHAR NA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA	57
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	64
4.1 NATUREZA DA PESQUISA	64
4.2 SUJEITOS DA PESQUISA	66
4.3 CENÁRIO DA PESQUISA	71
4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	73
4.5 TÉCNICA PARA COLETA DAS INFORMAÇÕES	74
4.6 TRABALHANDO OS DADOS – MOMENTOS DE ATENÇÃO, APREENSÃO, DESAFIO E SATISFAÇÃO	76
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	80
5.1 O CONTEXTO DO NOSSO OLHAR NO CENÁRIO DOMICILIAR – A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	81
6 ANÁLISE E COMPREENSÃO DOS DADOS	112
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	153

REFERÊNCIAS	160
APÊNDICES	173
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	174
APÊNDICE B – Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos	177
APÊNDICE C – Instrumento de Coleta 1	178
APÊNDICE D – Instrumento de Coleta 2	180
APÊNDICE E – Guia de Observação Participante da Pesquisa	182
ANEXOS	183
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB	184
ANEXO B – Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB	185

CAPÍTULO 1

Da história de vida profissional, a profissional história pela ciência
Do cuidado ao Recém-nascido e Família...
Uma caminhada de idas e vinda

1 O INÍCIO DE UMA CAMINHADA DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA

O interesse por esta temática emergiu da minha experiência profissional como docente da disciplina *Enfermagem Materno Infantil I*, atualmente Enfermagem em Atenção à Saúde da Mulher, componente curricular do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), campus de Jequié. Naquela época, iniciei minhas atividades na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Geral Prado Valadares, Instituição que serve de campo prático e estágio para os cursos da área de saúde da UESB, e demais instituições de ensino do Município de Jequié/BA, através de convênio entre as Secretarias de Saúde e de Educação do Estado da Bahia, no II período letivo em 1990.

A partir da experiência adquirida no campo da ação prática de cuidados profissionais, passei a observar o conhecimento das puérperas acerca do cuidado com o coto umbilical de seus filhos recém-nascidos (RNs), e chamou-me a atenção o fato de que algumas puérperas, assim como profissionais de saúde, a exemplo, auxiliares de enfermagem e enfermeiros, não concordavam com a orientação de que o uso da faixa umbilical, de gazes e álcool iodado, para a proteção do coto umbilical, em nada prevenia problemas como: hérnia umbilical, demora no tempo de cicatrização e, conseqüente retardo no período da queda do coto umbilical. Práticas que não consideravam os princípios ativos do álcool etílico a 70% como cuidado específico para prevenção de tais problemas.

A minha afirmação vai ao encontro de Ziegel e Cranley (1985), Rezende (1987-2005), Bethea (1982), quando dizem que a assepsia do coto umbilical, usando álcool a 70%, e a 60%, sem que seja necessária a proteção do coto umbilical com gaze e faixa umbilical, favorece a cicatrização mais rápida, devido ao processo de mumificação que também acontece mais rápido, e, conseqüentemente, a queda do coto umbilical dar-se-á num menor tempo.

Frente a tal observação, ainda percebia que tanto as puérperas quanto os funcionários (auxiliares de enfermagem e enfermeiros) relutavam em aceitar as orientações sobre o não uso de tais recursos como tratamento terapêutico; apesar das várias tentativas de abordar a problemática do uso da faixa, da gaze e do álcool iodado como estratégia para reflexão/ação ao cuidado à saúde dos RNs e familiares.

Tal fato trouxe-me inquietações para compreender os mecanismos que levavam aquelas pessoas a resistirem aos cuidados por mim relatados.

A compreensão que obtive sobre tal problemática levou-me a relacionar a existência de valores culturais, crenças e mitos ao comportamento destes indivíduos a respeito do coto umbilical. Outro aspecto identificado refere-se à falta de informações das puérperas e profissionais de saúde sobre os princípios científicos que norteiam a prática de cuidar do coto umbilical. Foi observada também, a resistência para aceitar a técnica de cuidar do coto umbilical por esses profissionais e puérperas quanto à realização da assepsia sem que fosse necessária sua proteção com faixas, gazes e álcool iodado.

A necessidade de melhor compreensão a respeito do que significa o cuidado do coto umbilical pelas puérperas e profissionais de saúde levaram-me, então, a buscar caminhos para melhor conhecer/compreender tal questão. Assim, procurei aprofundar meus conhecimentos através do Curso de Especialização em Atenção à Saúde da Mulher, com área de Concentração em Enfermagem Obstétrica e Enfermagem Perinatólogica, oferecido pela UESB, em 1995, o qual possibilitou a elaboração de uma pesquisa cujo tema era “Representação Social de Puérperas Frente ao Cuidado do Coto Umbilical – Maternidade do Hospital Público da Cidade de Jequié”, cujos objetivos versavam sobre a falta de informação que norteia o cuidado de mães e profissionais de saúde com o coto umbilical, e também a resistência em aceitar orientações sobre a maneira mais adequada de promover tal cuidado. Os resultados demonstraram a problemática que enlaça os aspectos culturais no processo saúde-doença para o cuidado e educação na promoção da saúde do RN.

Diante dos resultados da pesquisa, identifiquei, por meio das informantes genitoras, o uso de materiais tais como: pós de pena de galinha, de sola de sapato, de fumo, de goiaba, de café, secante, óleo de amêndoa, de soja e de rícino, mercúrio, faixa, gazes e algodão, dentre outros, no tratamento domiciliar ao coto umbilical. O uso destes materiais pode causar danos e agravos à saúde do RN, como: infecção, tétano neonatal e morte.

Os resultados encontrados inquietaram-me ainda mais, e fez-se necessário a continuidade de estudos e ações cuidativas continuadas na comunidade, originando assim o Projeto de Extensão de ação continuada da UESB, intitulado: “Programa Educativo: saúde do coto umbilical”, implantado em dezembro de 1998, e em

execução desde o ano 1999, sendo renovado anualmente, com atuação direta na cidade de Jequié em suas Unidades Básicas de Saúde e no Hospital Geral Prado Valadares, com concentração de atividade na área de Educação em Saúde para puérperas e seus familiares, atuando no domicílio, cuja finalidade é evitar riscos, danos e agravos à saúde do RN.

A partir do referido Projeto, novas abordagens emergiram, enlaçando as influências intergeracionais dos membros familiares no cuidado do coto umbilical, sendo destacada a figura da avó, com o repasse dos seus valores culturais às gerações futuras, perpetuando uma prática do uso de pós – (citado em parágrafos precedentes no cuidado do coto umbilical). Daí a constatação em definitivo de que havia necessidade de prosseguir nesta caminhada em busca de obter mais conhecimentos que me habilitassem a melhor cuidar da família, em especial a saúde do RN, parte e todo do sistema familiar, ou seja, cuidar da família em sua globalidade.

Diante de tal compreensão pensamos na **questão** que norteia minhas idéias, a saber: no sistema familiar, quais os fatores na inter-relação geracional que influenciam a prática de cuidados do coto umbilical do RN? Tendo em vista a questão norteadora, emergiram os seguintes objetivos:

➤ **Geral**

Compreender as inter-relações do sistema familiar onde se desenvolve a prática de cuidado do coto umbilical do RN, na sua geracionalidade, em municípios da cidade de Jequié, Bahia e como se dá a interface com os cuidados profissionais.

➤ **Específicos**

▶ Conhecer como as inter-relações geracionais interferem no cuidado do coto umbilical do RN.

▶ Identificar as influências geradoras de poder nas inter-relações geracionais familiares no cuidado do coto umbilical que contribuem para riscos, danos e agravos à saúde do RN.

► Identificar a capacidade de resiliência das puérperas que as possibilitem usar as medidas promotoras de saúde ao RN, adquiridas durante o pré-natal, pós-parto ou com a experiência de outras pessoas de seu convívio social

► Conhecer a rede social da família que tem influência positiva e/ou negativa no sistema de cuidado familiar-domiciliar ao coto umbilical do RN.

Assim, esperamos que este estudo traga contribuições para a redução da morbimortalidade do RN por onfalites e suas complicações, e tétano neonatal, e dessa forma, promover a qualidade de saúde deste e de sua família. Visa também subsidiar a área do ensino, por meio da socialização de conhecimentos teórico-práticos que norteiam a prática do cuidado do coto umbilical do RN, proporcionando novos olhares/conhecimentos aos acadêmicos de enfermagem e áreas afins, possibilitando mais inquietações para a elaboração de novos estudos e pesquisas, e também ações extensionistas que gerem resultados promotores da saúde, prevenção e cura das onfalites e tétano neonatal, e sirva de suporte para a atuação dos profissionais de saúde que lidam diretamente com os RNs e seus familiares a partir de um novo olhar mais consciencioso sobre o cuidar da família em sua inter-relação geracional.

Nessa perspectiva, o estudo pode possibilitar ainda a integração entre a Universidade e a comunidade, proporcionando a troca de conhecimentos entre os profissionais e os familiares. Acreditamos que tal estudo poderá contribuir de forma significativa para a prevenção de onfalites e do tétano neonatal no município de Jequié e região circunvizinha, quiçá ultrapassar outras fronteiras com o compartilhar dos resultados que emergirão do campo de investigação.

CAPÍTULO 2

Buscar conhecer
Ampliar o olhar para enxergar,
Inquietude do pesquisador
Necessidade da pesquisa
Imperativo para a ciência

2 UM RECORTE SOBRE O ESTADO DA ARTE: OLHARES SOBRE OS RISCOS, DANOS E AGRAVOS NO CUIDAR DO COTO UMBILICAL DO RN

Desvelar o estado da arte sobre a temática em foco não foi uma tarefa fácil, uma vez que temos constatado, a partir das pesquisas em bases de dados, que este é um campo do conhecimento com escassos estudos publicados, e estamos nos referindo a um período de vinte anos (de 1990-2010), no que tange às infecções do coto umbilical de RNs, em se tratando de artigos científicos. Aqui estamos mencionando as buscas a partir do Portal de Periódicos CAPES nas bases SCOPUS e ISI, Scielo, Medline, Lílacs e Google acadêmico, através dos descritores: recém-nascido, coto umbilical, cuidados, cuidados familiares, cultura, intergeracionalidade e enfermagem neonatal.

Encontramos uma lacuna no conhecimento que leva-nos a tecer considerações sobre ser este um tema ao qual tem sido dada pouca relevância (os cuidados do coto umbilical dos RNs), embora o tétano neonatal ainda “rodeie” o universo do viver humano do RN, em pleno século XXI, especialmente, nas longínquas comunidades sem assistência adequada à saúde de sua população, a exemplo, a compreensão da Saúde Pública sobre os “muitos brasis”, ou seja, as *multiversas* realidades territoriais do Brasil. A afirmativa que enlaça este pensar está respaldada no parágrafo precedente.

Frente a tal realidade é que o estado da arte foi desvelado nos estudos de autores da área de obstetrícia, pediatria e neonatologia. Tais estudos em livros e, livros textos, com raríssima exceção para artigos científicos, demonstrando assim a necessidade de um olhar mais atencioso sobre tal temática de investigação proposta e que vai ao encontro do que acreditamos ser de relevância neste estudo.

2.1 NA BUSCA POR AMPLIAR O RAIÓ DE VISÃO PARA DESVELAR O ESTADO DA ARTE NO CUIDADO AO COTO UMBILICAL DO RN

Todo RN é considerado como de risco durante um período de 6 a 8 horas ou limite superior a 24 horas após o parto, até que suas condições fisiológicas se estabilizem. Portanto, a preocupação com a educação em saúde para o cuidado ao

RN é vista como uma das mais relevantes direções a serem seguidas na área neonatológica (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Frente a tal evidência, um fato chama atenção dos estudiosos em neonatologia. Trata-se do risco de infecção do coto umbilical do recém-nato, uma estrutura branco-gelatinosa, que se desidrata imediatamente após o nascimento, passando à fase de mumificação, prosseguindo até sua queda definitiva, num período compreendido geralmente entre o sexto e o décimo dia (REZENDE, 2005).

Esse processo fisiológico é visto com certo descuido por muitos profissionais de saúde, assentando-se aí a lacuna do conhecimento científico, identificado na revisão de literatura deste estudo, à luz de nossa compreensão sobre esta temática para seu maior aprofundamento e subsídio para se prestar um cuidado mais eficaz à saúde do RN.

Sobre este aspecto, destaca Fontes (1991) que a visão simplificadora sobre o coto umbilical não condiz de fato com a complexidade dos riscos, danos e agravos que poderão ocorrer com o RN, pelo alto risco de infecção do coto umbilical por bactérias que podem se instalar nesta região e comprometer órgãos nobres, e ainda ressalta as credices populares no cuidado ao coto umbilical.

Este pensar de Fontes (1991) encontra-se apoiado noutros pesquisadores: Pizzato e Da Poian (1982), Zieguel e Cranley (1985), Whaley e Wong (1989), e também torna-se fonte de referência nos trabalhos de Marcondes (1991), Rezende (1987-2005), Brasil (2001, 2006, 2008) – referências para a prática clínica e educativa na área neonatológica.

Segundo Marcondes (1991, p.321), “o coto umbilical se destaca em geral entre 8 a 10 dias, podendo permanecer mais tempo, sem nenhum problema, além da necessidade de assepsia na base de implantação”. O autor enfatiza que a assepsia do coto umbilical se faz com álcool a 70°C, por sua propriedade bactericida na eliminação de microorganismos presentes no coto e/ou região periumbilical, deixando-o exposto ao ar.

No Dicionário Médico Blakiston (s/d) o termo “assepsia” diz respeito à eliminação de microorganismos, ou seja, agentes potenciais causadores de infecção na região umbilical. Para tanto, a técnica da assepsia do coto umbilical consiste, basicamente, da lavagem das mãos antes de ministrar cuidados, devendo-se para isto pincelar o coto umbilical e a área em torno do umbigo várias vezes ao dia com álcool a 70°C ou a 60% para prevenir infecção, e mantê-lo seco, com cuidadosa

assepsia, até que a ferida esteja completamente cicatrizada, não sendo recomendado o uso de curativos e faixas oclusivas na região umbilical, e também o uso de fraldas sobre o mesmo, de forma a impedir o atrito e a irritação do cordão, permanecendo este sempre seco, livre da umidade ocasionada pela urina e outros fluidos corporais que poderão proporcionar a ocorrência de infecção.

Segundo Barbosa, Teixeira e Pereira (2007), o uso da faixa umbilical está relacionado à “crendice popular” do ‘umbigo grande’, mais do que o curativo ao coto umbilical, e que essa crença precisa ser desmistificada como forma de cuidado para evitar o risco da onfalite, tétano e outras complicações.

Os cuidados com o coto umbilical são, de longe, os mais variados e diversos, mas ainda há crença na importância da faixa abdominal para evitar que o “umbigo salte para fora. [...] o uso dessa faixa pode predispor a infecção no coto umbilical, pela umidade e calor que provoca e, assim, optamos por esclarecer que a hérnia umbilical acontece por razões outras que não são evitadas pelo uso da compressão local, e que, dependendo da sua extensão, deverá ser corrigida cirurgicamente. Houve assim, uma adesão progressiva ao abandono da faixa através do entendimento dessas mulheres acerca desses riscos. (BARBOSA; TEIXEIRA; PEREIRA, 2007, p. 4-5).

Para Ziegel e Cranley (1985), no coto umbilical é dispensável o uso de curativos, entretanto, tanto o coto como a área circundante devem ser mantidos limpos para prevenir infecção. Esses autores recomendam o uso do álcool a 60% no cuidado do coto umbilical.

Já Rezende (1987-2005) e Marcondes (1991) recomendavam o uso de álcool a 70°C na assepsia do coto umbilical. No entanto, nos anos 90, o Ministério da Saúde recomendava o uso de álcool absoluto (BRASIL, 1999). Em 2001, mudou sua orientação para o uso de álcool etílico a 70% no coto umbilical do RN (BRASIL, 2001), reforçando as indicações já preconizadas por Rezende e Marcondes.

Outro aspecto, nesta perspectiva, refere-se aos dados encontrados no Projeto Programa Educativo: saúde do coto umbilical - UESB (1998), com a elaboração da Cartilha Saúde do Coto Umbilical (2000), que recomenda o uso de álcool a 70 %, conforme descrito na literatura segundo os autores Pizzato e Da Poian (1982), Rezende (1987), Whaley e Wong (1989), Fontes (1991) e Marcondes (1991). Tal recomendação vem sendo reforçada por Brasil (2001) e Rezende (2005).

Assim, as recomendações descritas e as observações empíricas das ações extensionistas do referido Projeto conduziram a constatação da desidratação e

mumificação mais rápida, e, conseqüentemente, queda do coto umbilical no menor tempo, aliado às orientações em educação para saúde, com eliminação dos riscos de infecção e óbito do RN.

Outro fato a considerar e descrito por Pizzato e Da Poian (1982) refere-se ao banho do RN, quando afirma que: “o banho de imersão antes da queda do coto umbilical leva o risco de infecção ao coto e resfriamento ao recém-nato”. Continua o autor dizendo ainda que “deve-se observar também possíveis sangramentos, aspectos e cor da pele ao redor do coto umbilical para detectar infecções” (PIZZATO; DA POIAN, 1982, p.75).

Contribuindo com este pensar, Marcondes (1991) relata que o banho do RN deve ser feito de forma rápida e de imersão, sempre respeitando horários uma hora antes das refeições diárias, em locais livres de corrente de ar e após a cicatrização da base de implantação do coto. Ainda destaca que neste banho devem ser considerados a idade da criança e os recursos disponíveis na área hospitalar e na família.

A preocupação sobre o banho expressa pelos estudiosos deve-se à aceitação de que o coto umbilical é sítio habitual de infecção neonatal, porta de entrada de fácil acesso para bactérias que, penetrando na circulação sanguínea do bebê, podem determinar graves complicações. Além disso, qualquer bactéria que penetre, atingirá facilmente órgãos nobres, tais como: fígado, coração, pulmões e cérebro. Portanto, diz Fontes (1991), o perigo de um quadro séptico é bem maior.

Por tais razões é que estudiosos do assunto orientam a não-realização do banho de imersão, ou seja, de banheira, no RN, até que ocorra a queda do coto umbilical e cicatrização completa da área de implantação.

Contrariando os autores acima citados, Whaley e Wong (1989) afirmam que o coto umbilical deve ser higienizado com água e sabão suave durante o banho, e secado cuidadosamente após a higienização. Porém, em textos atuais, estes mesmos autores já apresentam uma orientação contrária à referida anteriormente dizendo não à realização do banho de imersão no RN antes da queda do coto umbilical (WHALEY; WONG, 1998). Por tais desencontros dos estudiosos sobre a temática é que ainda existem muitos “conflitos” no meio acadêmico, familiar-social e profissional na execução de cuidados ao coto umbilical.

Corroborando com o dito pelos estudiosos, na prática do Programa Educativo: saúde do coto umbilical, no âmbito domiciliário, foi observado que a água representa

uma situação problema com alto risco para infecção da região umbilical, e este fato, deve-se ao medo da genitora/membros familiares de realizar a prática do cuidado no que se refere à secagem adequada da base inferior de implantação do coto, situação esta que possibilita o surgimento de infecção (PROGRAMA EDUCATIVO: SAÚDE DO COTO UMBILICAL, 1998-2010).

Para Rezende (2005), as infecções discretas e limitadas à região umbilical, formam o granuloma umbilical, ponto de partida para processos inflamatórios mais graves, como, por exemplo, septicemias, abscessos hepáticos, tétano, peritonite e erisipela.

Frente ao exposto, e segundo informações colhidas das enfermeiras dos serviços de crescimento e desenvolvimento dos Centros de Saúde do Município de Jequié/BA, num período compreendido entre 1990-1998, através da disciplina Enfermagem Materno Infantil e pelo Programa educativo: saúde do coto umbilical (1998) constatou-se que havia uma demanda significativa de puérperas que procuram tais serviços com seus RNs apresentando granuloma umbilical para receberem tratamento/orientações, porém não há registro que comprove a ocorrência dos atendimentos por falta de um sistema de notificação, dificultando, desta maneira, o conhecimento dos dados de natureza epidemiológica – situação que vai ao encontro da visão simplificadora já descrita em parágrafos precedentes nessa revisão de literatura. Porém, num estudo desenvolvido por Linhares e Oliveira (2008) as autoras buscaram contribuir para preencher essa lacuna do conhecimento com os registros de casos que emergiram das fichas clínicas de visitas domiciliares, no período compreendido entre 2000 a 2008, sendo constatados 161 casos de infecções do coto umbilical de RNs.

Enlaçando esta idéia, na perspectiva de Rouquayrol e Almeida Filho (2003), compreende-se o quanto a falta de registros de tais dados deixou de contribuir para a avaliação epidemiológica da temática, em discussão para conhecimento, planejamento e avaliação das ações de saúde à família em seu ciclo vital, com mais um novo membro – o RN.

A falta de registro como o citado acima, impossibilitou o conhecimento estatístico das ocorrências de granuloma nos RNs levados aos centros de saúde no município de Jequié/BA. Por outro lado, na vivência prática, nos defrontamos quotidianamente com tais situações, as quais têm direcionado desenvolvimento de estudos, reforçando as ações cuidativas, pois o RN, devido à imaturidade no seu

sistema imunológico, está mais susceptível a contrair infecções de tal natureza (PIZZATO; DA POIAN, 1982; MARCONDES, 1991; FONTES, 1991; REZENDE, 2005).

Diante da problemática, estudiosos da área reforçam que se faz necessário a existência de estudos que possam subsidiar os cuidados a esta clientela tão delicada, para padronização dos cuidados nos serviços de assistência à saúde ao RN, no sentido de operacionalizar uma linguagem científica que vise a promover, prevenir e controlar infecções, a exemplo, o tétano neonatal, uma doença do sistema nervoso central, geralmente fatal, provocada pela ação da exotoxina do bacilo Gram-positivo anaeróbio *Clostridium tetani*.

Neste sentido, dizem Cloherty e Stark (1982, p.1) que “[...] o tétano do recém-nascido constitui importante *causa mortis* nos países em que existe baixa imunidade materna em relação ao tétano, e nos quais, a técnica de assepsia deixa a desejar”.

Segundo classificação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.73), o tétano neonatal é também conhecido como:

“Mal de sete dias” ou “tétano umbilical”, é uma doença aguda, grave, não transmissível e imunoprevenível, causada pelo *Clostridium tetani*, que acomete recém-nascidos, geralmente na primeira semana de vida ou nos primeiros 15 dias. O problema ocorre por contaminação durante a secção do cordão umbilical, com uso de substâncias e instrumentos contendo esporos do bacilo e/ou pela falta de higiene nos cuidados com o recém-nascido. A prevenção do tétano neonatal se dá por meio da garantia de atenção pré-natal de qualidade com vacinação das gestantes, do atendimento higiênico ao parto, com uso de material estéril para o corte e clampeamento do cordão umbilical e do curativo do coto umbilical, utilizando solução de álcool a 70%.

A Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2008, p.331) complementa a informação supracitada, declarando:

[...] o Tétano Neonatal (TNN) acomete o recém-nascido com maior frequência na primeira semana de vida (60%) e nos primeiros quinze dias (90%). Os casos de TNN, em geral, estão associados à falta de acesso a serviços de saúde de qualidade. Portanto, a ocorrência de um caso de TNN deve ser tomada como um evento sentinela para a imediata correção dos problemas relacionados à qualidade do sistema de saúde local.

Acrescenta ainda que o bacilo *Clostridium Tetani* é encontrado no trato intestinal dos animais, especialmente do homem e do cavalo; seus esporos são achados em diversos lugares como no solo contaminado por fezes, na pele, na

poeira, em espinhos de arbustos, pequenos galhos de árvores e em pregos enferrujados (BRASIL, 2008).

Gallagher e Shah (2009) enfatizam que fora de uma instituição de saúde após o parto, a prática cultural de colocação de esterco bovino sobre o coto umbilical é uma realidade em países subdesenvolvidos. No entanto, ressalta que é raro nos Estados Unidos o tétano neonatal.

Segundo Vieira, Oliveira e Lefèvre (2006), a ocorrência do tétano neonatal está intimamente relacionada com as condições socioeconômicas das pessoas, pois altas incidências são encontradas nas camadas pobres da população que não possuem acesso aos serviços obstétricos e pré-natais e, sobretudo, entre os RN de partos domiciliares realizados por parteiras e curiosas. No entanto, dizem Guardiola et al. (2002), terem evidenciado um caso de tétano em recém-nato com vinte e quatro dias de vida, após obtenção de diagnóstico por meio de exame clínico e exame de cultura de secreção do coto umbilical, no qual foi confirmada a presença do *Clostridium Tetani*. Contudo, o RN não foi a óbito, recebeu tratamento com penicilina G, gentamicina, sedação e antitoxina tetânica, tendo alta em boas condições. Os autores concluíram sua pesquisa dizendo, que apesar deste RN ser filho de mãe saudável, de bom nível socioeconômico, com esquema completo de vacina antitetânica há quatro anos, ter feito um pré-natal sem intercorrência, parto realizado no hospital; o diagnóstico de tétano neonatal não deve ser excluído, diante da constatação de sinais sugestivos. Apontam a deficiência na assistência pré-natal em países subdesenvolvidos como o maior fator de risco para a elevada incidência de tétano neonatal, infecção esta com alta mortalidade, constituindo-se num sério problema de saúde pública.

Também Marcondes (1991, p.1023) diz que “o tétano neonatal apresenta um grave problema de Saúde Pública nos países subdesenvolvidos apresentando-se como uma porta de entrada, o coto umbilical, com alta taxa de letalidade [...]”. Isto vem tornar a questão desse estudo mais incisiva, considerando que existem ainda nos tempos atuais divergências de conhecimentos entre as classes profissionais da área de saúde, refletindo na prática de cuidados ao coto umbilical do RN no âmbito domiciliar.

Corroborando com os autores supracitados, reforçam Vieira, Oliveira e Lefèvre (2006, p.52) que “o tétano neonatal se mantém como um importante problema de saúde pública na maioria dos países subdesenvolvidos, sendo a

doença em muitos países das Américas, responsável pela metade das mortes neonatais [...]”. Destaca que, em pleno século XXI, depois da erradicação da varíola, da poliomielite, do controle do sarampo e de outras doenças imunopreveníveis, é uma contradição ainda deparar com a ocorrência de tétano neonatal no Brasil, na atualidade (VIEIRA; OLIVEIRA; LEFÉVRE, 2006).

Além de no RN, o tétano neonatal pode ocorrer por contaminação do coto umbilical por esporo do bacilo anaeróbio *Clostridium tetani*, conforme citado pelo MS (BRASIL, 2006-2008), e demais autores. Substâncias (pós de teia de aranha, pó de sola de sapato, café, fumo, esterco, e outras) utilizadas no cuidado do coto umbilical podem conter outros tipos de bactérias que causarão riscos, danos e agravos à saúde do RN, predispondo-o a onfalites pela prática cultural (GALLAGHER; SHAH, 2009; SARAYVA, 2003).

O uso destas substâncias tem forte influência nos valores culturais de cuidados familiares como é descrito por Boehs (1994, p.125) ao ressaltar que “a cultura influencia o valor e significado de saúde e doença, bem como das necessidades de cuidado”, uma vez que esta é passada intergeracionalmente, e sua influência pode se caracterizar em determinadas situações e contextos danosos nas inter-relações no âmbito domiciliar.

O significado dado aos valores culturais é reforçado por Sarayva (2003, p.3), quando informa que mesmo com o avanço da medicina moderna, “os saberes populares constituem de tratamento altamente empregado pela população. Até mesmo porque esses saberes requerem baixo custo para grande parte da população, tornando uma medida alternativa de tratamento”. Ressalta que grande parte da população trata-se primeiro em casa. Porém, quando esses recursos populares utilizados no coto umbilical não apresentam um resultado cicatrizante, a família sente a necessidade de estabelecer relações interpessoais com a comunidade na qual se insere, no sentido de buscar ajuda, e, por fim, recorre às unidades básicas de saúde para que o tratamento adequado seja realizado por profissionais da área de saúde.

Diante disso, Oliveira et al. (2006) declaram que no Brasil, especialmente na região Nordeste, as práticas populares têm sido utilizadas comumente na busca de solução para problemas de saúde com o objetivo de prevenir ou de curar doenças, dentre outras necessidades.

Quando se tenta explicar o processo, tanto da saúde como da doença na sociedade, Pereira e Ruffino Netto (1982, p.243) argumentam que: “é preciso ter em conta as relações sociais globais (ou seja, econômicas, políticas, culturais, e outros) ao nível da realidade social”. Segundo estes autores, se não forem trabalhadas as condições sociais de existência da população afetada, os profissionais que lidam com esta população mantêm intocada a estrutura social determinante da doença. Portanto, é necessário que as relações que determinam ou condicionam a presença do indivíduo num determinado ciclo de desenvolvimento sejam incluídas no estudo do processo saúde-doença. Além disso, estes autores comentam que para conceituar o processo saúde-doença numa perspectiva mais crítica deve ser levado em consideração tanto valores objetivos (nível educacional, situação socioeconômica, dentre outros) quanto subjetivos (expectativas, desejos, atitudes, sentimentos, emoções, e outros). Acrescentamos ainda, ao destacado pelos autores, os valores culturais, como um dos eixos para o processo saúde-doença.

Na perspectiva do processo saúde-doença, o profissional de saúde deve ver o *ser humano* na sua totalidade e integrado aos vários aspectos sociais, culturais, ambientais, e outros, e a família como unidade primeira de cuidados aos seus membros na assistência à saúde em qualquer sociedade (ELSEN, 2002; SILVA, 2007), de modo a ampliar seus conhecimentos para o alcance do ambiente domiciliar. Este ambiente permeado por relações de sentimentos e cuidados desvelados em sua maioria por mulheres, geralmente mães ou avós que diagnosticam as doenças em primeira instância e tecem a sua prática cuidativa a partir dos valores culturais que construíram e constroem cotidianamente (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Neste universo, destacam-se as avós, por serem consideradas membros familiares significativos, e por se fazerem mais presentes no sistema familiar do casal no período puerperal, conseguindo influenciar as suas filhas, noras e outros membros da família no cuidado ao RN, desempenhando, assim, o papel de cuidadoras na prática de cuidados ao coto umbilical. Elas são responsáveis pela transmissão de um saber permeado de valores culturais sobre o processo saúde-doença.

2.2 UM OLHAR EM FOCO SOBRE A ONFALITE: DESVELANDO O ESTADO DA ARTE

O RN é um novo ser que acabou de nascer, que irá crescer e se desenvolver em ambiente diferente daquele no qual ele foi gerado, possui características próprias, baseadas na sua singularidade biológica e nos efeitos que o ambiente tenha lhe causado enquanto unidade biológica mãe-filho. Seu viver dependerá da reciprocidade entre ele e as pessoas com as quais conviverá, principalmente no que diz respeito às respostas que o novo ambiente dará às suas necessidades prioritárias, como alimentação, cuidado do coto umbilical, afetividade, segurança física e à liberdade para ele, nessa fase de vida (PATRÍCIO,1990).

Os cuidados que requerem os RNs para crescerem e desenvolverem-se na vida extrauterina é um ponto imprescindível de discussão na comunidade científica, especialmente no assunto que, embora de grande letalidade, é ainda tão pouco valorizado, como, por exemplo, os poucos estudos encontrados nas bases de dados. Falar de infecção umbilical consiste em relacionar as condições de cuidado desfavoráveis às necessidades de saúde dos RNs.

Assim, será feita uma breve revisão sobre os estudos encontrados, embora, em sua grande maioria, os estudos de onfalites datam de mais de dez anos. O assunto ainda encontra controvérsias na literatura sobre a sua definição, para uns granuloma e outros onfalites (Figuras 1 e 2), e, ainda assim, consideramos importante trazê-los, tendo em vista a lacuna do conhecimento identificada, e, sobretudo, sua importância neste estudo.



Figura 1: Onfalite



Figura 2: Onfalite

Fonte: figuras 1-2 Granuloma: Programa Educativo: saúde do coto umbilical. Ano 2007-8.

Segundo Marcondes (1991), granuloma umbilical é uma lesão de tecido de granulação de coloração avermelhada e de diâmetro variável, sua origem decorre da presença persistente de uma pequena porção do cordão umbilical não totalmente necrosado. O autor ainda diz que o “granuloma umbilical constitui a causa mais freqüente de secreção mucóide ou purulenta do umbigo [...]” (MARCONDES, 1991, p.1716).

Num estudo realizado por Cano e Vinha (1979) elas relataram que as mães, ao encontrarem granuloma no umbigo de seus filhos, demonstram uma preocupação com a presença de secreção serosa e com o aspecto da ferida; e providências foram tomadas por elas, que imediatamente procuraram recursos populares como medidas para a resolução do problema. As autoras observaram durante as visitas domiciliares que as feridas umbilicais encontravam-se cobertas com fumo de corda, alecrim torrado, óleo, uso de éter, mercúrio e outras substâncias, que, segundo elas, são causas de risco à saúde dos RNs. Ainda dizem que a literatura mostra que há uma tendência em se relacionar o granuloma umbilical a uma possível origem bacteriana. Apontaram no resultado de amostras colhidas tanto do granuloma quanto das narinas das mães, bactérias do tipo *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermides*, sendo o *Staphylococcus aureus* considerado patogênico e o outro tipo de *Staphylococcus* identificado, “destituído de patogenicidade”. Chegaram à conclusão que as narinas dos indivíduos são fontes de bactérias *Staphylococcus* e que as bactérias que colonizam os umbigos dos RNs são originárias de várias fontes (CANO; VINHA, 1979).

Outro aspecto considerado nesse estudo diz respeito à referência de que o granuloma umbilical é um problema considerado grave e os profissionais de saúde, especialmente enfermeiro, encontram dificuldades na assistência aos RNs por motivos, como o não-comparecimento das mães ao retorno ambulatorial pré-estabelecido para avaliação da situação e para a ministração de cuidados de enfermagem, falta de profissional paramédico treinado para o reconhecimento de granulomas e para cauterizá-los com nitrato de prata, conforme recomendado pela literatura, além da falta de auxiliares para a realização das visitas domiciliares. Ressalta, ainda, os estudos encontrados, que as referências bibliográficas acerca da análise microbiológica do granuloma umbilical são escassas, mas que os poucos autores encontrados indicam o umbigo como um dos primeiros locais da pele a serem colonizados por bactérias patogênicas, devido a sua capacidade de manter

um crescimento bacteriano. E, por isso, age como um importante foco do qual a bactéria pode ser transferida para a narina, para outras partes do organismo e para o meio ambiente.

Segundo Lopez e Campos Júnior (2007) a presença de *Stafilococcus epidermidis* na pele dos RNs cria certa proteção competitiva com o *Staphylococcus aureus*, provavelmente pela liberação de uma substância antibacteriana conhecida como bacteriocina.

Autores como Delgado et al. (1985), ao estudarem a colonização bacteriana em 40 RNs com 48 horas de vida, internados em berçário de um hospital público, constataram que após a realização de cultura em superfície do coto umbilical, canal auditivo externo, orofaringe e região perineal, há presença de bactérias, porém não deixaram claro o tipo de bactéria encontrada nas devidas regiões examinadas, informaram que a maioria dos RNs não foram isentos de colonização ao nascimento, sendo encontrados como agentes bacterianos predominantes nas amostras *S. epidermidis* (70,9%), *E. coli* (12,5%) e *P. aeruginosa* (7,5%) (AU).

Lopez e Campos Júnior (2007) salientam que muitos estudos não são claros em mostrar que não existe qualquer relação entre as bactérias encontradas na pele dos RNs e o canal de nascimento, ou seja, com a flora vaginal, mas que a colonização bacteriana pelo *Staphylococcus aureus* nas fossas nasais das pessoas que cuidam diretamente dos RNs é um fator de risco para a gravidade de infecção. Afirmando que se deve considerar também que o meio ambiente tem importante influência na patogênese ou exacerbação de certas doenças cutâneas em todas as faixas etárias.

Os autores ainda dizem que a “pele do RN pré-termo e a termo, do lactente, do escolar e do adolescente tem menor ou maior barreira dependendo do grau de maturidade do estrato córneo” (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2007, p.608).

Estes ainda dizem que a presença de *Staphylococcus aureus* na cabeça, virilha e na área periumbilical, e de outros microorganismos, como os difteróides, *Escherichia coli*, *Proteus* e coliformes nas regiões do períneo e do cordão umbilical de RNs, sugere que tais regiões foram colonizadas por contatos com pessoas que desenvolvem suas atividades na sala de parto, berçário e membros da família.

Outros estudos, segundo os autores, mostraram que medidas simples como o uso de álcool a 70% ou clorexidina no coto umbilical de RNs e a limpeza das mãos das pessoas que trabalham nos berçários e de sala de parto diminuem

drasticamente as infecções por *Staphylococcus aureus* em 80% (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2007).

Segundo Segre e Armellini (1981), as afecções da região umbilical são decorrentes da presença de infecções do cordão umbilical, da ferida resultante de sua queda e da presença de anomalias originárias de falhas do desenvolvimento embrionário. Para estes autores as infecções superficiais que eles denominam de onfalites superficiais são benignas e comuns, atrasam o processo de cicatrização local, dando origem ao granuloma umbilical, o que, para outros autores, é um ponto de partida para infecções mais graves. São eles ainda que consideram o granuloma como uma pequena tumoração avermelhada, com superfície levemente granulosa, úmida, raramente maior do que uma ervilha. O tratamento consiste do uso de nitrato de prata para cauterizá-lo ou se fará a ressecção com bisturi elétrico. Já as infecções, consideradas onfalites profundas são aquelas em que causam abscessos umbilicais, cujo tratamento consiste de procedimentos cirúrgicos e drenagem; são considerados graves, pois possibilitam a propagação para outros órgãos por via linfática (SEGRE; ARMELLINI, 1981).

Neste sentido, Cushing (1985) declara que a infecção do coto umbilical, tipicamente se apresenta como uma celulite superficial que, além de poder espalhar, envolvendo toda a parede abdominal, e progredir para uma fascíte necrotizante, pode também avançar para uma mionecrose, ou doença sistêmica. O autor ainda diz que a onfalite é pouco freqüente nos países industrializados, no entanto, continua a ser uma causa comum de mortalidade neonatal em áreas menos desenvolvidas. É predominantemente uma doença do neonato, porém rara, somente poucos casos foram relatados em adultos (CUSHING, 1985).

Corroborando com o autor acima, Ameh e Nmadu (2002), declaram que a onfalite é um problema comum nos países em desenvolvimento e que uma vasta gama de complicações pode ocorrer. Em sua pesquisa desenvolveu uma revisão retrospectiva de estudos com neonatos e lactentes tratados para as principais complicações da onfalite, dentre as quais foram citadas pelos referidos autores: evisceração do intestino delgado através da cicatriz umbilical, fascíte necrosante, peritonite, resultando em abscesso intra-abdominal; outros apresentaram abscessos superficiais, abscesso hepático, resultando em extensão, ocorrendo também obstrução intestinal. Eles ressaltam que o *Stafilococcus aureus* foi o mais comumente organismo cultivado e que, ainda assim, muitos resultados de cultura eram estéreis

devido ao uso de antibióticos antes da realização do estudo em questão. Afirmam que os tratamentos consistiram da reparação da cicatriz umbilical para evisceração (resseção intestinal e para gangrena), além do desbridamento radical para fascíte necrotizante, drenagem e lavagem de peritonite, drenagem de abscessos superficiais e lise de aderências. O tratamento também incluiu a administração de antibiótico de largo espectro. Não houve nenhum caso de tétano, porém ocorreu um óbito por peritonite. Os autores ressaltam que complicações graves podem resultar de onfalites em RN e lactentes, com alta taxa de morbidade e mortalidade possível; e que o reconhecimento precoce e tratamento imediato são necessários para um bom resultado.

Behrman, Kliegman e Jenson (2005) dizem que a onfalite, além de poder se estender para a parede abdominal, pode também comprometer o peritônio, veia umbilical, vasos do sistema porta ou o fígado, podendo resultar em hipertensão portal posteriormente.

Para Gallagher e Shah (2009), a cicatriz umbilical é uma ferida adquirida, universal e singular, que oferece um bom ambiente para proliferação bacteriana. Em geral, a área do cordão umbilical se torna colonizada com potenciais patógenos, logo após o nascimento, os quais podem invadir o coto umbilical e levar à onfalite. Aproximadamente 85% dos casos possuem etiologia polimicrobiana; é uma infecção tipicamente causada por uma mistura de microorganismos aeróbicos e anaeróbicos. Seus principais fatores de risco estão associados a baixo peso ao nascer (< 2.500g), antecedente de cateterização umbilical, parto séptico e tempo prolongado de amniorrexe. Além disso, o uso de materiais inadequados sobre o coto umbilical, durante a prática do cuidado por puérperas e por demais familiares cuidadores, pode contribuir para o surgimento dessa infecção. O índice de mortalidade em bebês com onfalite, incluindo aqueles que desenvolvem complicações, varia de 7% a 15%. A mortalidade é significativamente maior (38-87%) nos pacientes com fascíte necrotizante ou mionecrose.

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB (2000) declara como sinais clínicos de onfalite, a presença de secreção fétida na base do coto umbilical, edema e hiperemia da parede abdominal. Esclarecendo que a secreção pode ser serosa, purulenta ou sanguinolenta, e que a infecção pode apresentar-se localizada ou acompanhar um processo sistêmico. Complementa a informação ao afirmar que, em casos mais graves de infecção umbilical, pode ser observado edema das bordas

do umbigo e neoformação vascular, e que a ausência de secreção na presença de hiperemia periumbilical não descarta o diagnóstico de onfalite; os microrganismos mais frequentemente encontrados são *Staphylococcus Aureus* e as enterobactérias, podendo variar, a depender da flora bacteriana de cada berçário. E que para a identificação do tipo de microorganismo, se faz necessária a realização de exames laboratoriais, como hemograma, hemocultura, cultura da secreção do coto umbilical e exame bacterioscópico. Considera que o tratamento de onfalite consiste da administração de antibióticos e álcool a 70% (BAHIA, 2000).

Porém, nos casos em que já foram instaladas as complicações, recorre-se, além do uso de antibióticos adequados, a cuidados de suporte, desbridamento cirúrgico e drenagem da fásia afetada.

O reconhecimento precoce da onfalite é necessário para salvar este grupo de risco do qual faz parte o RN. Os fatores de riscos que podem prever o desenvolvimento de fasceíte necrotizante, e também a sua detecção precoce, estão em discussão ainda na comunidade científica (GALLAGHER; SHAH, 2009).

Assim, a resultante da complicação onfalite é a fasceíte necrotizante que, segundo Matos et al. (1998), é uma síndrome clínica rara, grave e potencialmente fatal, com envolvimento da fásia subcutânea superficial. Foi descrita pela primeira vez em 1952, por Wilson segundo Matos, e somente foi relatada em 1972. Acomete a parede abdominal e outras partes do corpo. O reconhecimento e o tratamento precoce com a rápida intervenção cirúrgica são cruciais para a diminuição da mortalidade por essa infecção.

Nazir (2005), Gallagher e Shah (2009) acrescentam que fasceíte necrotizante é uma infecção potencialmente de risco de vida dos tecidos moles, causada por bactérias e caracterizada por uma rápida disseminação da inflamação e infecção generalizada com necrose de gordura da fásia superficial e profunda, tecido subcutâneo e pele sobrejacente. A mionecrose ocorre quando há participação do músculo. Nos RNs de sexo masculino a patologia pode envolver a região escrotal ou o pênis. A fasceíte necrotizante é rara em RNs, mas cerca de 50% desta população, quando acometida, vai a óbito. Um aspecto importante a ser considerado no universo das infecções que acometem o coto umbilical do RN é que o tétano neonatal pode ocorrer tanto na presença quanto na ausência de características de infecção do coto umbilical (BRASIL, 2008).

Os estudos encontrados neste eixo temático têm demonstrado o quão necessário se faz envidar esforços na tentativa de contribuir para a fomentação de conhecimentos, visto que no meio científico ainda há certa “nebulosidade” sobre essa área do saber, suscitando mais inquietações sobre o cuidado do RN, coto umbilical – tétano, onfalites e suas complicações.

2.3 UM OLHAR EM FOCO SOBRE OS ASPECTOS CULTURAIS TRANSMITIDOS INTERGERACIONALMENTE

O uso de substâncias na prática do cuidado do coto umbilical faz parte de uma cultura transmitida intergeracionalmente, e que os cuidadores familiares de RNs acreditam ser benéfico à saúde do coto umbilical, uma vez que se trata de conhecimentos e hábitos adquiridos no contexto sociofamiliar do qual estes cuidadores fazem parte e vivem quotidianamente. Razão que inquieta estudiosos da área na busca de compreender o significado que estas pessoas constroem a respeito do processo saúde-doença.

Neste sentido, Silva et al. (1996, p.80) dizem: “os aspectos culturais das pessoas devem ser considerados como fatores, de certo modo, determinantes no equilíbrio do processo saúde-doença”. Compreender como se dá este “equilíbrio” é desafiante e instigador, consideram alguns autores, ao avaliar o enlace da diversidade cultural familiar em seu sistema de cuidados domiciliares intergeracional.

Reforçando este pensar, Rezende (1986, p.85) afirma: “as manifestações históricas do binômio saúde-doença e as ações de saúde desenvolvidas enquanto práticas sociais são historicamente condicionadas”. Este condicionamento se dá entre mãe, filho e familiar-cuidador e está diretamente relacionado à história de vida intergeracional e valores culturais transmitidos de geração em geração, bem como suas condições objetivas e subjetivas (PEREIRA; RUFFINO NETTO, 1982).

O saber construído pelas avós é reconhecido na sociedade e reforçado nas gerações futuras, no entanto, por vezes, tal saber pode ser determinante de alterações no processo saúde-doença e desencadeador de tétano, granuloma, e outras onfalites – dado observado a partir do projeto “Programa educativo: saúde do coto umbilical” e dos discursos e prática das avós durante os acompanhamentos domiciliares no referido Projeto. Nestes acompanhamentos era necessário

desenvolver uma estratégia de negociação e reestruturação para o cuidado, tendo em vista a constatação do uso de pó de fumo torrado, óleo de amêndoa, pó de sola de sapato, pó de pena de galinha, pó de goiaba e outras substâncias sobre o coto umbilical como medida de tratamento para evitar infecção umbilical, ressecamento e promoção da queda do coto num tempo mais curto – práticas realizadas pela avó e outros membros parentais, e também vizinhos, ou seja, a rede extensa de suas relações (SLUZKI, 1997).

Dessa forma, Alvarez (2001), diz ser preciso entender a multidimensionalidade do contexto familiar, de modo a considerar a avó uma pessoa respeitada e valorizada, que dá sua parcela de contribuição à continuidade das gerações futuras, assumindo papéis de cuidados, atendendo as necessidades de saúde não só da puérpera, seja esta filha ou nora, mas, sobretudo, do RN, o mais novo ente do sistema familiar. Reveste-se aquela, do papel de conselheira valorizada dentro da família e um “símbolo forte dos laços familiares que são transmitidos para as novas gerações” (ALVAREZ, 2001, p.69).

Segundo Brasil, UNICEF e OMS (1999), estudos que visam compreender as inter-relações familiares geracionais, no processo saúde-doença, tornam-se uma necessidade para o meio científico e social, uma vez que 500 mil crianças morrem no Brasil por tétano neonatal, por ano, e que, ainda hoje, 12% dos municípios brasileiros (regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste) estão na linha de frente desta nosologia.

Segundo Oliveira et al. (2006) geralmente na família, a mulher é a pessoa fundamental na utilização de práticas populares e no cuidado de RNs. A mãe utiliza-se da ajuda da filha e, quando estas têm seus próprios filhos, sua mãe e outras mulheres do convívio familiar a ajudam. Os autores ainda dizem que muitas crenças populares recaem no cuidado ao RN, devido a pouca experiência das puérperas, que geralmente são influenciadas culturalmente pelas pessoas mais velhas.

Laraia (2001) corrobora com os autores supracitados afirmando que o ser humano é resultado do meio cultural em que foi criado, sendo herdeiro e transmissor do conhecimento e das experiências adquiridas pelas gerações que o antecedem.

Já Santos (2002, p.9) afirma que:

a cultura é transmitida desde o momento de nosso nascimento; com o passar do tempo, valores, crenças e costumes adaptam-se à nossa maneira de ser e de agir, tornando-nos seres singulares, com necessidades diferentes, porém com influência do contexto cultural de onde vivemos.

A transmissão de valores culturais intergeracional permite continuar a identidade de uma família através de um legado estruturante de rituais e mitos. O processo de transmissão é importante para o universo familiar, é um alicerce que serve de base na construção dessa identidade (LISBOA; CARNEIRO-FÉRES; JABLONSKI, 2007). Os autores ainda dizem que: o processo de transmissão intergeracional pode ser compreendido articulando dois eixos de investigação: um pela via das estruturas psíquicas, que se refere ao dinamismo psíquico, e outro pela via cultural; e que a transmissão da cultura pode ocorrer por processos nos quais o sujeito pode apresentar-se consciente e inconsciente, assegurando a perpetuação de uma transmissão recente e/ou ancestral através das práticas culturais.

Para Moreira et al. (2007) a relação com o outro pode estar fundamentada na imposição ou na troca de saberes. Há uma história de vida anterior, um passado que ainda vive e que está referido às experiências acumuladas em uma gama amplamente diversificadas de alternativas enraizadas na forma de pensar e de agir. Saliendo ainda que é preciso compreender a família em sua totalidade, considerando-a em suas dimensões biopsicossocial e cultural, incluindo os aspectos simbólicos que ela possui e, desta forma, é possível obter uma troca de saberes e de experiências no âmbito da socialização, de forma espontânea. Para essas autoras o saber científico necessita dialogar com o saber popular, para entender de onde provêm os significados com os quais a puérpera e familiares dão sentido aos seus modos de vida e como criam estratégias de tratamento do cuidar do coto umbilical (MOREIRA et al., 2007).

Neste sentido reforça Lisboa, Carneiro-Féres e Jablonski (2007, p.53)

É de geração em geração que reconhecemos as tradições familiares ancoradas, às vezes, nos mais rígidos e inflexíveis hábitos e atitudes, garantindo a sobrevivência do grupo em meio às transformações sociais e econômicas da sociedade [...] a transmissão intergeracional refere-se a situações e normalidades, possuindo uma função universalmente organizada, de caráter estruturante, uma vez que os rituais, as crenças, os valores atravessados pelas gerações repetem e reforçam os laços afetivos a serem construídos nas gerações posteriores.

O olhar para a intergeracionalidade no cuidado à saúde do RN dito pelos autores recai no papel das avós. Geralmente, elas estão ao lado dos netos e à frente do cuidado destes, desde o seu nascimento, além de participarem da educação destes, com a sua sabedoria adquirida ao longo da vida, experiência e amor, vivenciando a continuidade das gerações de seus frutos. Diz Rangel et al. (2007)

que o nascimento é uma celebração à vida que mobiliza toda a família em torno da assistência dedicada ao novo ser. Neste contexto familiar, as mulheres mães e avós, presenças constantes, participam com suas experiências, assumindo os cuidados prestados aos RNs.

As avós têm servido como uma referência às novas gerações, elas tem um papel fundamental na história da família, fornecendo orientação, confiança e apoio, narrando histórias de vida na qual a voz da experiência é ouvida, num contexto cultural em que os demais membros familiares se adequam progressivamente ao discurso e à experiência prática compartilhada pelas avós, tios, irmãos, enfim aqueles que se destacam por ter uma idade superior a dos demais e pela sua própria vivência no cuidar de filhos RNs. Geralmente as avós utilizam suas lembranças, revelando sua sabedoria o que vem a demonstrar uma preservação de sua imagem social, de empoderamento no campo do cuidado ao RN. De modo que, segundo os membros da família que antecedem as novas gerações de uma mesma família, com suas experiências passadas e referências familiares e culturais, apresentam uma possível memória, diferentes pensamentos do que os apresentados pelos membros mais jovens.

As avós, segundo Castro e Ruschel (1998), se articulam no contexto das relações sociais, internalizando suas representações na sua prática de cuidar do RN, colocando-se como pessoas experientes, de poder na área familiar, transitando sua autoridade inter-relacional. As autoras constataram em seu estudo que o papel das avós é diversificado, e por isso mesmo o *status* e o prestígio transitam entre as pessoas e momentos, sob a ótica do poder. Este poder se ancora na experiência, decisão, domínio, e a capacidade que se adquire por meio da vivência, definindo com isto o imaginário sobre o poder. As avós mostram-se sempre presentes, querendo que suas filhas escolham e decidam conforme o olhar que elas, mais velhas, aperfeiçoaram durante sua vida.

Neste enlace, as autoras concordam que as mães apreendem os saberes populares através das pessoas mais velhas, membros experientes da família, confirmando a aprendizagem popular, recorrendo com frequência às pessoas mais próximas do seu convívio familiar para os cuidados aos RNs, por recearem causar danos, “machucar” seus filhos; e por isso transferem a tarefa principalmente para as avós, que servem de identidade às novas gerações e, segundo Barbosa, Teixeira e

Pereira (2007, p.6) “o temor de cuidar dos filhos é maior quando nasce o primogênito, mas pode também ocorrer nas gerações seguintes”.

Corroborando com esse pensar, Oliveira et al. (2006) dizem: as práticas populares têm se mantido como primeiro recurso utilizado pelas famílias para cuidar de seus entes. Define as práticas populares como sendo todos os recursos utilizados pelas famílias, pessoas leigas e por terapeutas populares, onde a apreensão do saber se constrói no cotidiano e se transmite de geração a geração, e cujo saber não está ligado a serviços formais de saúde.

Já Sarayva (2003) declara que é justamente no período neonatal, que corresponde aos vinte e oito dias de vida do RN, que as mães começam a realizar com maior frequência os cuidados aos filhos, pois os RNs são frágeis e a atenção é voltada para os eventuais problemas que possam vir a existir, como infecção no coto umbilical, entre outros. Para tais problemas, ressalta a autora, sempre existe um conselho ou remédio caseiro. Esta autora reforça que é importante considerar que algumas das crenças utilizadas pela família como cura no tratamento do coto umbilical podem ser benéficas, porém, outras são prejudiciais, a exemplo, da colocação de fumo na região do coto umbilical. Ela diz que esta prática pode levar a criança a contrair o tétano neonatal, conhecido como mal-de-sete-dias ou outra infecção mais grave.

A literatura é profícua nos estudos sobre os saberes populares para a prática de cuidados domiciliares comunitários passados intergeracionalmente, no entanto, no que concerne aos cuidados do coto umbilical do RN, encontra sua problemática, uma vez que o cuidado sobre esta estrutura do corpo é, na maioria das vezes com refugos de substâncias (sola de sapato, pena de galinha, pó de fumo e diversos pós, entre outros). Sarayva (2003) salienta que é importante considerar que alguns desses rituais de cura são prejudiciais para a saúde do RN, como por exemplo, o fumo colocado no cordão umbilical. Reforça ainda que o uso indiscriminado de algumas plantas utilizadas na forma de chás, inalação ou aplicadas na pele do RN podem conter princípios ativos tóxicos, podendo causar conseqüentemente complicações ou adiar o processo curativo do coto umbilical, afetando à saúde do RN, visto serem mais susceptíveis aos processos infecciosos e doenças, razão pela qual os profissionais de saúde precisam estar atentos para as práticas populares com o coto umbilical.

[...] é de fundamental importância, que não só os enfermeiros como outros profissionais de saúde estejam atentos a essas práticas de cura, já que em algumas situações essas crenças são prejudiciais à saúde, como é o caso de algumas crenças que são aplicadas aos recém-nascidos (SARAYVA, 2003, p.3)

No estudo realizado por Oliveira et al. (2006), os autores identificaram nos cuidados com o RN, principalmente com o coto umbilical, que as crenças e práticas mais identificadas e evidenciadas por meio das falas dos entrevistados e familiares foram o uso de pó de fumo, areia de réstia, óleo de mamona, como tratamento mais utilizado no coto umbilical de RNs. Concluíram sua pesquisa destacando que a família é o principal meio de divulgação das práticas populares e tem um importante papel na manutenção da saúde de seus membros e de sua comunidade, e que ela é a unidade primária da cultura humana e da sociedade, de modo que os profissionais de saúde precisam estar atentos a sua influência no cuidado e saúde do RN.

Corroborando com os estudos de Oliveira et al. (2006), Carrara (1990 apud SARAYVA, 2003, p. 8) diz que os saberes populares podem ser encontrados em qualquer cidade brasileira, através de curandeiros, erveteiros, benzedeiros, parteiras que se dedicam a receitar chás, banhos e rezas, para as doenças mais costumeiras ou quando o tratamento médico não surte efeito, mesmo em ambiente hospitalar, “driblando” a equipe de saúde.

Vem reforçar essa descoberta o estudo de Monticelli e Elsen (2006), pois as autoras encontraram na sua pesquisa que o tratamento do coto umbilical para além do domicílio-comunidade com a utilização de substâncias populares, também ocorre no espaço da Maternidade – Unidade de Alojamento Conjunto, como destacaram em uma das falas proferidas por profissional de saúde apresentada na pesquisa:

[...] Estes dias tinha uma [puérpera] D que não me deixava tirar a roupa do nenê pra dar banho. Comecei a ficar desconfiada, até que ela foi ao banheiro e eu tirei a roupa. O cheiro de arruda que tinha no umbigo daquela criança era insuportável, quase cai para trás! Limpei aquilo ali rapidinho e coloquei de novo a criança no berço [...] (MONTICELLI; ELSÉN, 2006, p.32).

Neste estudo de Monticelli e Elsen (2006), observa-se que é necessário o profissional de saúde conhecer as várias formas de cuidar do coto umbilical e as crenças que fazem parte deste, de modo que este profissional possa atuar negociando melhor o cuidado a ser dispensado ao RN; considerando para tanto a importância da inter-relação profissional-sujeito do cuidado, que enlace ainda os

vínculos familiares intergeracionais no processo de cuidar, e amplie o olhar para os valores culturais na prática do cuidado do coto umbilical de RN, aspecto que vai ao encontro dos estudos de Leinniger e Mcfarland (2006) sobre a diversidade cultural dos cuidados em saúde.

2.4 UM OLHAR EM FOCO SOBRE A FAMÍLIA COMO CONTEXTO DE CUIDADOS

Falar de e da família é bastante complexo. É mergulhar em águas profundas, de significados, valores, símbolos e culturas diferentes, para conhecer a visão de mundo de indivíduos ancorados nos seus saberes, nas mais variadas formas de agir, de pensar, de cuidar, imbuído num contexto sociocultural, onde vivem e se relacionam.

Segundo Cecagno, Souza e Jardim (2004), a família é apresentada, representada e reapresentada por distintas definições, noções, conceitos, tipos, e mesmo atribuições, podendo também ser vista sob diferentes teorias.

Nos estudos de Patrício (1994) sobre a família brasileira, a autora afirma que no contexto nacional a família é predominantemente nuclear, apesar de estar se apresentando também como diversificada, tendo em vista os fatores socioeconômicos e culturais. Ela, a família, diverge em modo e em condições de viver, incluindo características referentes ao seu ciclo de desenvolvimento.

Cecagno, Souza e Jardim (2004) complementam o estudo de Patrício, dizendo que a família nuclear é composta de pai, mãe e filhos; é extensa e ramificada devido às gerações que nela se incluíram. Possui estreitos laços afetivos, e também um círculo de amigos íntimos que considera parte de sua família, apesar de não ter nenhuma consangüinidade, assim destaca a rede de relações extensas da família.

O mundo das famílias é bastante complexo, e seu processo de viver é único, contudo, também é compartilhado com outras famílias e grupos. A família volta-se internamente para atender às necessidades particulares de cada um de seus membros e para solidificar-se como um conjunto. A família também sente a necessidade de estabelecer outras relações sociais com outras pessoas e instituições na comunidade na qual se insere como apresentado no estudo de Elsen

(1994). A autora, uma das pioneiras nos estudos de família no Brasil salienta ser a família a principal unidade de cuidados de seus membros nos diferentes estágios do processo saúde-doença. Nesta compreensão, é relevante transversalizar seus estudos com os problemas referentes ao coto umbilical, visto que o cuidado a esta estrutura sofre influência do círculo relacional familiar, como visto em parágrafos precedentes, com uso dos mais diversos tipos de substâncias que fazem parte do cotidiano do cuidar do coto umbilical do RN. No entanto, a mesma autora chama atenção para a consideração de que “se por um lado, é fácil reconhecer que a família constitui uma unidade que presta cuidado, por outro, torna-se difícil concordar que ela é sempre eficiente no desempenho deste papel [...]” (ELSEN, 1994, p.72).

Na explanação das suas idéias, a autora ainda chama a atenção para a observância pelos profissionais de saúde de que a família enquanto sujeito de atenção em saúde, possui certas características que pode se constituir num desafio, pois ela se apresenta como uma rede de poder que pode desviar o curso da saúde de seus membros (ELSEN, 1994).

Neste sentido, Rezende (1986, p. 94-96) ressalta nos seus estudos a importância da educação salientando: “a educação para a saúde é sem dúvida, o processo mais eficiente das ações profiláticas. E, que o processo educativo é o instrumento básico que veicula informações e experiências sobre a saúde”.

A educação é, então, um instrumento de transformação social para repadronização de hábitos e costumes, os quais tangenciam sobre a aceitação de novos valores e a valorização da criatividade. O processo educativo utilizado na saúde da família proporciona a reflexão sobre seus hábitos e costumes prejudiciais, por meio de informações e experiências, e outros recursos, levando-a, dessa forma, à obtenção de conhecimentos científicos profiláticos e “curativos” que resultem em atitudes e práticas em benefício de si mesma e da comunidade.

Corroborando com as autoras supracitadas, Minuchin (1982) define família como sendo uma classe especial de sistema, com estrutura, decisões e propriedades que organizam a estabilidade e a mudança. Também é uma pequena sociedade humana cujos membros estão em contato face a face e têm vínculos emocionais e uma história compartilhada, devendo-se, para tanto, ao trabalhar-se com família, compreendê-la como sistema e como pequenas sociedades.

O autor diz ainda que o sistema é um universo, e que cada parte de um sistema afeta as demais e que esses efeitos se repetem; salienta que a família como

sistema, inevitavelmente passará por períodos de estabilidade e mudança, e que é crucial entender o funcionamento das famílias seja qual for a forma em que está organizada para o cuidado profissional ser implementado (MINUCHIN, 1982).

Silva, Gonçalves e Costa (2006) vêm contribuir para a compreensão de família ao dizerem que a família precisa ser vista como um sistema de inter-relações no qual os laços entre o grupo familiar, associados aos contextos específicos do seu desenvolvimento, tornam-na um grupo com identidade própria, reconhecida como um sistema que exerce influência no meio no qual está inserida e sofre a influência deste no seu processo de viver humano a saúde-doença no sistema familiar.

Declaram ainda que a família é um sistema aberto, hierárquico, dinâmico e multidimensional, devendo ser visto em toda a sua dimensionalidade, complexidade e intersubjetividade como um todo. Salientam que é um sistema por meio do qual os seus subsistemas individuais se relacionam dinamicamente articulados e em interação recíproca, promovendo o sistema de cuidados ou desvio de saúde, como observado nos resultados de seu estudo sobre a influência da doença crônica na dinâmica familiar no meio domiciliário (SILVA; GONÇALVES; COSTA, 2006).

Lacerda e Oliniski (2003), nos seus estudos, ressaltam que o contexto domiciliar não é apenas o espaço físico onde as pessoas moram, mas o porto seguro para onde são levados sentimentos, desejos, aspirações, atitudes e comportamentos. É o local mais íntimo em que o indivíduo reside, e nele encontra-se a sua essência. É no domicílio que os valores da sociedade são iniciados, somados e reforçados em torno do ser humano. Espaço que reflete o estilo de vida do indivíduo, suas condições socioeconômicas, suas preferências pessoais e culturais.

Gonçalves (2002) considera o lar da família como um espaço privado, devendo ser considerado e respeitado como tal; um espaço de convívio familiar e mediado por relações de pactos e segredos que podem mascarar a realidade das relações. Destaca que no convívio familiar existem relações de poder de um sobre o outro, alertando os profissionais de saúde para a atenção às possíveis causas lineares nas relações familiares (GONÇALVES, 2002).

Entendendo o espaço/contexto domiciliar, o estudo de Lacerda e Oliniski (2003) demonstrou que, ao adentrar no espaço domiciliar, o profissional de saúde precisa estar atento para não impor à família suas crenças e valores pessoais, e sim desenvolver suas ações e interações juntamente com a família, observando todo o contexto que a envolve, ter os olhares voltados não apenas para o problema em si

apresentado pelo RN, puérpera e família, devendo considerar também os fatores sociais, econômicos, espirituais e culturais da família. Neste estudo destacou, ainda, que se deve considerar os recursos disponíveis no domicílio em que a pessoa reside, bem como as condições de higiene, segurança, grau de esclarecimento da família, atentando para o cuidador de RN e seu papel desempenhado no domicílio. Esses fatores, segundo as autoras, interferem no processo saúde doença do RN e família, nos cuidados com a qualidade de saúde destes, na sua recuperação e manutenção dos sucessos obtidos (LACERDA; OLINISKI, 2003).

Desse modo, as autoras supracitadas dizem que: o cuidado no domicílio vai muito além da realização de técnicas e procedimentos intervencionistas com o RN e familiar cuidador, envolve fatores como empatia, interesse, preocupação, apoio nos momentos de dificuldades, ensino e orientação aos cuidados. E, para que o cuidado domiciliar seja efetivo, é de fundamental importância o estabelecimento de forte vínculo com o familiar cuidador, pois ele é o responsável pelo cuidado ao RN e dele depende a afetividade do cuidado orientado e prestado, pois no processo de cuidar, o cuidador familiar é responsável por auxiliar e manter o cuidado, visto que dele depende a aceitação pela família, da intervenção terapêutica do profissional de saúde que assiste ao RN.

Essa relação familiar vista acima tem proximidade com os estudos realizados por Castro e Ruschel (1998), pois identificaram nas falas dos informantes de sua pesquisa a concepção de “poder” no âmbito familiar como sendo perpetuado nos filhos. As autoras chegaram à conclusão após análise do estudo que os papéis familiares são muito diversificados e permeiam relações de poder, dizem que é perceptível a repreensão da história de vida pessoal na forma como a mulher avó institui o “poder” no seu espaço simbólico relacional com filhos, netos e noras. Concluem que o poder, na concepção dos informantes da pesquisa, é controlar outras pessoas ou coisa, declarando que a busca pelo “poder”, seja pelo mando ou por formas sutis de dominação, parece estar presente no seio familiar.

Este olhar sobre a família, enquanto contexto de cuidados neste eixo do estudo, tem demonstrado o quão sutil são as relações da família, e também o quanto se faz necessário compreendê-la, desvelando o estado da arte, embora ainda de forma tímida, mas bastante expressiva para fundamentação deste estudo, que segue em encadeamento de idéias e estudos encontrados sobre a temática em foco.

CAPÍTULO 3

*... não há tentativa sem erro,
Não há conhecimento sem limite,
a revelação se faz necessária para que haja compreensão...*

(Lukas E Eberle)

3 O REFERENCIAL TEÓRICO, A ÓTICA DO CUIDADO TRANSCULTURAL

Este estudo encontra-se embasado nas ideias de Madeleine Leininger (2006), na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, por considerar o cuidado a essência da enfermagem, a partir da compreensão das influências da cultura no processo de viver humano das pessoas, visto que seu objetivo é compreender as inter-relações do sistema familiar onde se desenvolve a prática de cuidado do coto umbilical do RN, na perspectiva das relações intergeracionais.

Outra possibilidade de maior compreensão sobre o estudo foi desvelar as influências que os membros mais velhos da família tem no sistema familiar para o cuidado do RN, e, para tanto, fora direcionado um olhar mais atencioso sobre as influências de “poder”, e, neste sentido, buscou apoio nas abordagens de estudiosos que tangenciam as relações familiares como aquelas onde há um misto de poder, este fazendo uma conexão, entenda-se por ‘ousadia’, ao tempo que tímida com os princípios foucaultianos, ou seja, o poder que envolve as relações na família, numa compreensão de que este seja, um conhecimento de natureza autoritativo que enovela as relações familiares intergeracionais. E através da frase que abre este capítulo “não há tentativa sem erro e não há conhecimento sem limite”.

Assim, por compreendermos, na perspectiva de Foucault, que o poder, ou melhor, para ele não existe o poder, mas sim relações de poder, e que este se desenvolve através de mecanismos de força, coação, disciplina e controle dos indivíduos, em que o sujeito em sua relação com o saber-poder se constitui através de práticas de assujeitamento de certo número de regras, estilos, convenções que se encontra no meio cultural (FOUCAULT, 1993). Em outras palavras, a família tem suas regras, papéis, valores morais e éticos que são construídos e reconstruídos nos seus processos vivenciais e nos sentimentos de pertença que envolvem seus membros (GIMENO, 2001).

Tal compreensão encontra respaldo na literatura vigente e valida a revisão de literatura deste estudo, pois as influências relacionais culturais são marcantes no cuidado do coto umbilical no contexto local deste estudo, mostrando-se como um valor passado intergeracionalmente, reforçando os valores culturais e validando os valores morais e éticos constituídos na família em seu papel de promotora de cuidados de sua gênese. E aqui, compreender o porque destas influências é que fez

emergir a transversalidade entre cultura, cuidado e poder subsidiando o referencial teórico e nosso caminhar pela complexidade que envolve as relações vivenciais e vinculares no âmago da família em seu domicílio e na sua rede de relação proximal.

Para tanto, colocar-nos-emos humildemente neste universo de conhecimento, sabedores da singularidade que envolve a filologia das palavras “poder, cultura e cuidado” em sua dialética, e assim, caminhamos pelo que nos foi apontado nas falas dos sujeitos deste estudo, de modo que serão eles a dar o sentido destas palavras.

3.1 UM BREVE RECORTE SOBRE MADELEINE LEININGER E A TEORIA DO CUIDADO CULTURAL

A teórica Madeleine Leininger graduou-se em Enfermagem em 1948; em 1953, tornou-se mestra em Ciências da Enfermagem. Nos anos 40 reconheceu a importância do cuidado para a Enfermagem. Em meados dos anos 50, experimentou o que descreve como um choque cultural, quando trabalhava com crianças de diversas nacionalidades, em um lar de orientação infantil, no meio-oeste dos Estados Unidos da América. Gradualmente, enquanto trabalhava como enfermeira clínica especialista em saúde mental, observava que havia entre as crianças diferenças de comportamento, e que essas diferenças representavam uma base cultural, chegando à conclusão de que havia uma lacuna no conhecimento da Enfermagem a respeito da cultura das crianças para melhor compreendê-las, e que subsidiasse o desenvolvimento de práticas de cuidado diversificados no atendimento dessas crianças (GEORGE, 2000).

A experiência levou-a a ser a primeira enfermeira no mundo a obter um título de doutorado em Antropologia, do qual tirou subsídios que propiciaram o desenvolvimento da Enfermagem Transcultural, definindo-a como um subcampo da enfermagem que focaliza o estudo comparativo e análise de culturas, no que diz respeito à enfermagem e às práticas de saúde-doença, às crenças e aos valores, objetivando proporcionar um serviço de atendimento de Enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto saúde-doença (GEORGE, 2000).

A teoria de Leininger, além de focar a influência da Antropologia, através de conceitos, também definiu a etnoenfermagem como o estudo das crenças, valores e

práticas do atendimento da enfermagem, percebidos e conhecidos cognitivamente por uma determinada cultura por meio de suas experiências diretas, crenças e sistemas de valores.

A etnoenfermagem foi desenvolvida como um método de pesquisa, no sentido de ajudar enfermeiras a documentar informações, sistematicamente, e obter maior compreensão e significado das experiências do cotidiano das pessoas com relação ao cuidado humano, saúde e bem-estar, em qualquer contexto ambiental. A partir deste método e utilizando princípios e pressupostos importantes para a teoria de Enfermagem Transcultural, Leininger foi aprimorando a teoria, e também o método de pesquisa, mas isto só foi possível a partir de um enfoque humanístico de pesquisa centrada nas pessoas, ou seja, um enfoque *emic*, referente às percepções internas, isto é: das pessoas ou informantes, ao invés do enfoque *etic*, referente à percepção de pessoas de fora da cultura (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995).

Leininger destacou a importância do conhecimento obtido por meio da experiência direta daqueles que a experimentaram, denominando-o como *êmico*, ou centralizado na pessoa. Construiu a teoria da Enfermagem Transcultural sobre a premissa de que as pessoas de cada cultura não apenas podem saber e definir as formas nas quais experimentam e percebem seu mundo de atendimento de enfermagem, mas também podem relacionar essas experiências e percepções com suas crenças e práticas gerais de saúde. Emerge daí a importância de conhecer o contexto cultural em que o RN e família estão inseridos para que o cuidado a ser praticado não cause conflitos entre as partes, ou seja, o profissional de saúde e o cuidador do RN, mas que este ocorra a partir de uma realidade que se considere as diferenças culturais entre os envolvidos.

A autora ainda define que o cuidado humano é universal, porém seu significado é diversificado e permeia as diversas culturas; e que o conhecimento é necessário para o desenvolvimento da prática assistencial de enfermagem. Assegura que o cuidado humano é central para a enfermagem como disciplina e como profissão. Reconhece e propõe a preservação do cuidado como essência da enfermagem, intitulado sua Teoria do Cuidado Cultural ou Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Essa denominação deve-se ao fato de que a teoria engloba a idéia do cuidado humano em suas diferenças e similaridades nas diversas culturas no Universo (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Leininger e Mcfarland (2006) dizem que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo, declara ainda os pontos comuns como universalidade, e as diferenças como diversidade.

Salienta a autora que as definições contidas na sua teoria são guias provisórios que podem ser alterados, conforme a cultura estudada. Já os pressupostos explicam e apóiam a teoria. Algumas definições de termos da teoria elaborados são:

- Cuidado cultural - definido como os valores, as crenças e os modos de vida padronizados, apreendidos, subjetiva e objetivamente e transmitidos, que auxiliam, sustentam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte.

- Saúde - é um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a capacidade dos indivíduos ou grupos para desempenhar suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados.

- Enfermagem: uma profissão e uma disciplina científica aprendida e humanista enfocada no fenômeno e nas atividades do cuidado humano para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou readquirirem seu bem-estar em formas culturalmente significativas e benéficas ou para ajudar a pessoa a enfrentar a deficiência ou a morte (LEININGER; MCFARLAND, 2006, p. 47-8).

Boehs (2002) salienta que Leininger, ao desenvolver a Teoria do Cuidado Cultural, considerou o cuidado ao ser humano, universal, isto é, que o ser humano, para nascer, crescer, manter sua vida e morrer, precisa ser cuidado, porém cada cultura, de acordo com seu ambiente e estrutura social, terá sua própria visão de saúde, doença e cuidado. A autora afirma que existe um sistema profissional de cuidado e cura que é o sistema organizado, formalmente reconhecido e oferecido pelos profissionais de saúde. Neste sistema profissional, considera-se que o cuidado é a essência da enfermagem. Além disso, ainda há o sistema popular que é o sistema local, onde se inclui a família. Acrescenta que cultura são os valores, crenças e práticas compartilhadas, apreendidas ao longo das gerações.

Leininger e Mcfarland (2006) dizem haver um cuidar/cuidado genérico e outro profissional. O genérico compreende o que pode ser encontrado em qualquer cultura do mundo sob as formas naturais, caseiras ou folclóricas, e o profissional aquele realizado por profissionais da Enfermagem ou quaisquer outros profissionais do sistema de saúde.

Para esses profissionais do cuidado, Boehs (2002) salienta que a obtenção de conhecimento sobre as diferentes crenças, culturas, valores e práticas dos clientes assistidos é essencial para prover o cuidado holístico dos clientes assistidos.

Corroborando com Boehs (2002), Teixeira e Ferreira (2007) dizem que o cuidado cultural de enfermagem leva à integralidade do cuidado ao considerar a totalidade e a perspectiva holística da vida presente em fatores culturais e sociais, visão de mundo, valores culturais, expressões de linguagem e modelos populares e profissionais de saúde.

A Teoria do Cuidado Cultural tem a premissa de que os povos de cada cultura são capazes de conhecer e definir as maneiras por meio das quais eles experimentam e percebem o cuidado de enfermagem, sendo também capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde (MONTICELLI, 1997). O cuidado de enfermagem decorre do contexto cultural e ele deve ser propiciado e desenvolver-se a partir dele (MODESTO 2006).

Segundo Modesto (2006), Leininger baseou suas convicções na compreensão de que as pessoas de diferentes culturas podem oferecer informações e orientar os profissionais sobre a forma como desejam receber os cuidados. A cultura determina os padrões e estilos de vida, e tem influência nas decisões das pessoas. Essa teoria ajuda a enfermeira a descobrir e documentar o mundo do paciente e utiliza seus pontos de vista, conhecimentos e práticas juntamente com o seu conhecimento profissional, como base para adotar ações e tomar decisões profissionais coerentes com a cultura.

A Teoria do Cuidado Cultural centra-se no estudo comparativo e analítico da diversidade e similaridade cultural do mundo em relação ao cuidado de enfermagem, ponderando as ações da enfermagem no respeito aos valores e aos entendimentos do cliente, em relação ao processo saúde-doença e cuidados que gostaria de receber (ERDTMANN, 2002).

Destarte, voltamos a Leininger e Mcfarland (2006), e a encontramos na defesa de que a meta dessa teoria é proporcionar cuidado culturalmente congruente

para a saúde e o bem-estar de indivíduos, famílias, comunidades e ambientes institucionais, pois considera a enfermagem transcultural, como a estrutura de apoio para o ensino, teoria, pesquisa e prática de enfermagem, esperando, com isto, que as enfermeiras cuidem de todas as pessoas em suas diversas culturas no cenário mundial.

Para melhor compreensão dos fundamentos da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural ou Teoria do Cuidado Cultural, surge o modelo Sol Nascente (*Sunrise*) (LEININGER; MCFARLAND, 2006). Consiste num mapa cognitivo que descreve os componentes básicos da teoria, tem como finalidade auxiliar o estudo de como os componentes dessa teoria influenciam o estado de saúde e o atendimento proporcionado aos indivíduos, família, grupos, comunidades e instituições de uma cultura. Este modelo tem apresentado argumentos convincentes de que é imprescindível na orientação de pesquisa, pois guia o pesquisador na descoberta da essência e do significado do cuidado culturalmente congruente.

Erdtmann (2002) vem acrescentar suas contribuições para melhor entendimento do *Sunrise* ou as formas de descobrir o cuidado num entendimento da visão de mundo, das estruturas sociais e fatores variáveis como: tecnológico; religioso e filosófico; familiares; maneiras de viver segundo crenças e valores; políticos e legais; econômicos e educacionais, considerando tais fatores para compreender o cuidado humanizado e obter um conhecimento para prestar um cuidado de enfermagem de confiança e para manter os princípios da disciplina.

Diante do exposto, vale ressaltar Santos (2009) quando se refere à Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural dizendo que, no Brasil, esta tem sido um grande instrumento para conhecer a clientela que o profissional assiste, não somente de enfermagem, mas também outros profissionais de saúde, que desenvolvem suas ações em prol da melhoria da qualidade de vida do cliente, respeitando seus valores socioculturais. Ainda diz que a teoria propicia à enfermagem o respeito pela autonomia e individualidade do cliente, fazendo-o refletir sobre as crenças, valores e necessidades de quem cuida e de quem é cuidado; superando, deste modo, velhos paradigmas, deixando de levar em conta apenas as suas próprias convicções e filosofias.

3.1.1 A cultura intergeracional familiar no cuidar – a ótica da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

Leininger (In LEININGER; MCFRLAND, 2006) compreende a cultura através dos valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que guiam pensamentos, decisões e ações e que foram apreendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares.

Na saúde, a cultura influencia o valor do cuidado, uma vez que influencia de diversas maneiras na vida das pessoas, a exemplo, os sujeitos deste estudo – puérperas, familiares-cuidadores, RN e profissional de saúde, em destaque a Enfermagem. Segundo Patrício (1994), as práticas com o RN orientadas pelos profissionais de saúde mesclam-se constantemente com aquelas aconselhadas por amigos e parentes.

Ainda, segundo a autora supracitada, o cuidado é a essência da enfermagem, embora, não seja exclusivo desta. A família também cuida baseada nas suas próprias experiências, decorrentes de conhecimentos populares, culturais e oriundos de profissionais de saúde.

O cuidar é uma forma de interagir com o outro e, desta forma, é fácil compreender que a família contribui nessa interação, no destaque da figura da mulher-mãe-avó-cuidadora. Cuidado este, permeado de sabedoria, amor, experiências, “poder”, responsabilidades, conhecimentos e valores culturais intergeracionalmente transmitidos, na tentativa de preservar a cultura na manutenção de sua gênese como afirma Leininger (In: LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Leininger (In LEININGER; MCFRLAND, 2006) destaca nos seus estudos três aspectos que considera fundamentais na estratégia de *cuidados culturais* no enlace do respeito às crenças, valores e práticas cuidativas da família: 1) preservação/manutenção - manutenção do cuidado é feita quando estes cuidados, provenientes do sistema profissional ou do sistema popular de saúde, são benéficos; 2) acomodação/negociação - acomodação do cuidado ocorre quando as percepções provenientes do sistema profissional de saúde e sistema popular adaptam-se para uma saúde benéfica ou satisfatória, procurando-se conjugar dois tipos de cuidados, o científico e o popular, e 3) reestruturação/repadronização do cuidado - reordenar, trocar ou modificar os modos de vida cultural para novos, diferentes e benéficos à

saúde familiar respeitando seus valores e crenças culturais. Para a autora, o sistema profissional de saúde substitui o cuidado do sistema popular, introduzindo novos cuidados não conhecidos pelo sistema familiar/popular.

Abaixo o Modelo *Sunrise* de Leininger, o qual sintetiza as idéias acima e guia as ações do cuidado profissional como um meio cognitivo para alcançar o universo cultural do cuidado às pessoas em suas diversas culturas.

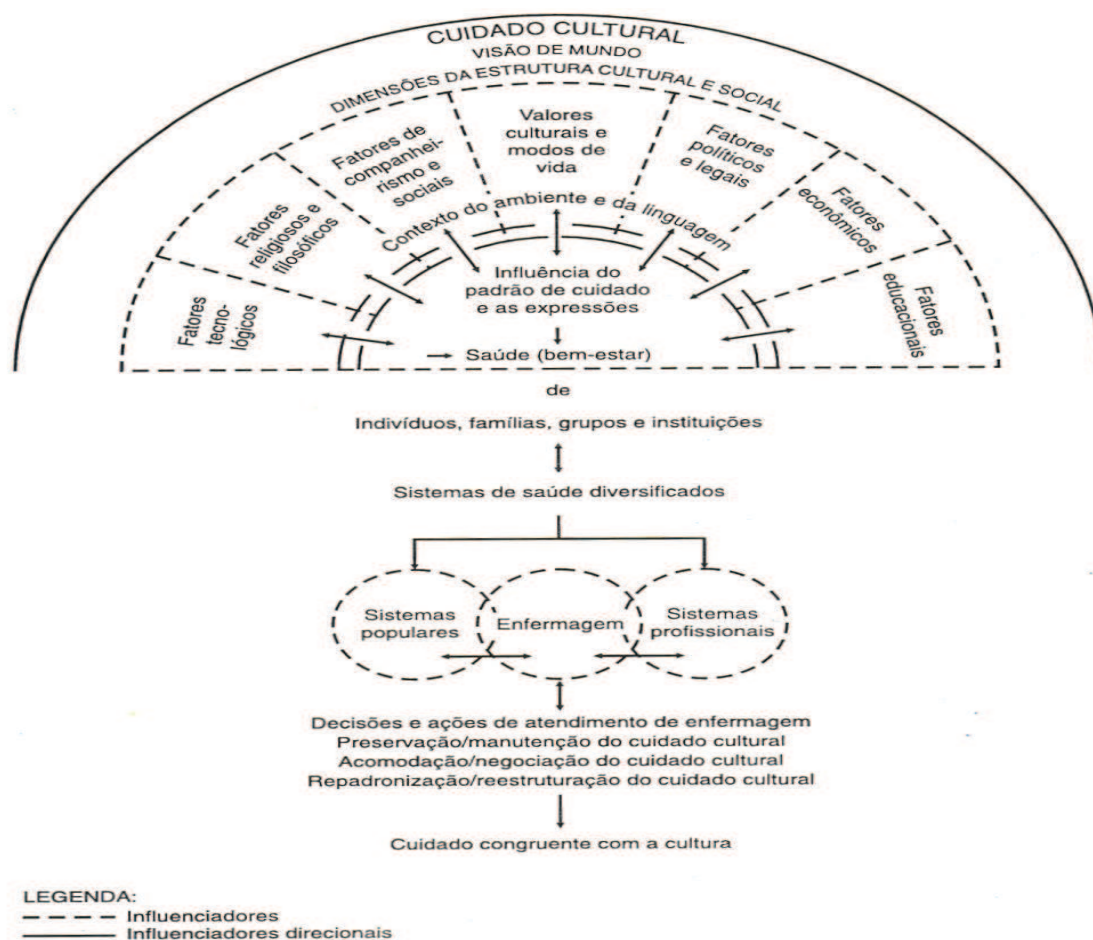


Figura 3: O Modelo *Sunrise* de Leininger. In: GEORGE, J. B., **Teorias de Enfermagem: os fundamentos a prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Arte Medicas Sul, 2000.

Contribui para a compreensão deste modelo Minuchin (1982), quando diz que a família é um sistema sociocultural aberto às transformações, formado por pessoas que interagem por variados motivos, como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida e/ou sem habitar o mesmo espaço físico. Sendo ela de relação social dinâmica, que no seu processo de desenvolvimento assume tarefas e sentidos relacionados com o sistema de símbolos (crenças, valores, rituais), estruturado na cultura familiar intergeracional, na classe social a qual pertence, e

outras influências e determinantes do meio em que vive, o que inclui assim, as *dimensões da estrutura cultural e social* como visto do Modelo *Sunrise* na perspectiva de nova visão de mundo do cuidado cultural.

Esse olhar sobre a família também encontra respaldo em Patrício (1990), quando refere ser este um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por variados motivos dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico, mas com forte influência da cultura. Sendo um sistema de relação social dinâmica que assume formas, tarefas e sentidos elaborados a partir de um sistema de crenças, valores e normas, estruturadas na cultura da família e na classe que se encontra inserida. Durante seu processo de viver, a família apresenta mudanças no decorrer do seu desenvolvimento e pelas modificações situacionais ou acidentais, originadas no ambiente familiar e externo (Patrício,1990). O que representa os sistemas populares, sistemas profissionais que devem ser, segundo Leininger e Mcfarland (2006), congruentes com a cultura e práxis do profissional da Enfermagem, ou seja, o sistema de saúde diversificado, como apresentado no Modelo *Sunrise*.

Patrício (1990) afirma ainda que normalmente em nossa cultura, fazendo um recorte do Brasil, a família tem “necessidades” individuais e grupais, cujo atendimento destas está condicionado aos “recursos” que dispõem, incluindo aqueles referentes aos “cuidados profissionais”. Assim, vem contribuir para a melhor compreensão do modelo proposto por Leininger para alcançar o universo cultural dos cuidados à família.

A família, como um sistema sempre em transformação, apresenta mudanças situacionais ou acidentais, originadas no seu próprio ambiente familiar ou no ambiente externo, adaptando-se às mudanças da sociedade, assumindo ou renunciando as funções de proteção e de socialização de seus membros, em resposta às necessidades da cultura na qual está inserida. Assim, atende a diferentes objetivos: proteção psicossocial de seus membros, acomodação a uma cultura e transmissão desta. Ela tem como principal tarefa psicossocial apoiar seus membros, mantendo-se firme o suficiente para crescer e se adaptar ao universo interrelacional do mundo familiar (MINUNCHIN, 1982).

Os fatores socioeconômicos e culturais muito têm contribuído na influência da prática do cuidado do coto umbilical. A falta de informação das mães e familiares acerca do cuidado adequado ao mesmo, bem como problemática encontrada nos

serviços de saúde, haja vista que alguns profissionais não vêem como um problema, a infecção umbilical, por não considerá-la como uma patologia grave, pondo em risco a vida do RN. Por estas razões, as mães utilizam os recursos que dispõem; até por questões financeiras, também, em suas residências e comunidade, a exemplo: pena de galinha torrada, óleo de soja morno, dentre outros de fácil acesso.

No enlace familiar intergeracional, as avós, que cuidam dos membros da família, em especial de puérperas, noras e de RN, põem em prática suas experiências adquiridas ao longo de sua história de vida – culturalmente constituída para cuidar do RN. Cuidado este permeado de símbolos, crenças e valores culturais. A sabedoria dos mais “velhos” tem papel de destaque e determinado “poder”, por vezes impossibilitando a puérpera de desenvolver cuidados aos seus filhos, mesmo quando este cuidado precisa ser repadronizado - reordenar, trocar ou modificar os modos de vida cultural para novos modos, ou seja, a puérpera ter maior domínio ou adquiri-lo sobre o seu papel de cuidadora (LEININGER, 2006; ERDTMANN, 2002; MONTICELLI, 1997).

Impera neste universo cultural de cuidados a fragilidade, o medo, a inexperiência do cuidar, deixando florescer a autoridade da mulher experiente, enraizada na sua cultura, o discurso de conhecedora da “verdade”, desestimulando a prática do cuidado adequado ao coto umbilical que deve ser praticado pelas puérperas.

A família, assim, exerce um papel significativo entre os membros, caracterizando um modelo cultural que influencia o indivíduo nas suas diversas formas de lidar com o processo de transformação social, levando-o a estabelecer uma relação de dependência/confiança familiar, no âmbito de uma estrutura vincular ao conjunto de significados que envolvem o ambiente, a situação socioeconômica, cultural, política, religiosa e histórica, e é neste universo de diversidades que surge a visão cultural no contexto da família, e a partir do Modelo *Sunrise* proposto por Leininger e Mcfarland (2006) mostra a importância da educação para a saúde das pessoas.

Dessa maneira, a educação, como prática na saúde da família, propõe uma reflexão sobre conhecimentos/cuidados empíricos, que alude à negação dos seus hábitos e costumes, como uma realidade no seu cotidiano, proporcionando uma mobilização para conscientização do cuidado como essência, numa nova percepção

de realidade do cuidar em que o saber profissional possa mostrar-se mais próxima ao saber popular.

O cuidado cultural é multidimensional e considera os diferentes contextos sociais em que estão inseridos os sujeitos, as influências intergeracionais, o que possibilita que o cuidar contemple significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais de cuidado cultural com diversidades e similaridades. Este entrelaçamento vai ao encontro das idéias de Leininger para o cuidar culturalmente congruente às famílias (LEININGER; MCFARLAND 2006).

3.2 A TRANSVERSALIDADE DO CUIDAR/SABER E “PODER” NA INTER-RELAÇÃO GERACIONAL FAMILIAR: UM OLHAR NA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA

Falar de empoderamento do sujeito, de escuta ampliada do outro, da necessidade de concebê-lo como sujeito potente e, portanto, com condições de definir o que é melhor para a sua vida, seus desejos, afetos, vontades e conflitos é garantir a promoção da cidadania, através da reafirmação da autonomia do sujeito, de sua liberdade de escolha, do seu entendimento sobre si próprio e sua vida. Compreender que o outro tem um saber sobre si, que é relevante e deve ser considerado a todo o momento, fugindo da tendência de considerar o profissional de saúde, bem como a avó e outros membros cuidadores de RN como detentores da “verdade” (DEBASTIANI; BELLINI, 2007).

Nos domínios das ciências humanas, o conceito de poder vinculado por estudiosos se dá por meio de um sistema disciplinar disperso, funcionando anonimamente através do controle de práticas discursivas para aplicar-se sobre os sujeitos, que encontram-se em toda parte e provém de todos os lugares (TORRANO, 2006-7). Destaca Foucault (1993) que o poder é estritamente relacional e cada relação social guarda em si uma possível relação de poder; razão pela qual é compreensível a aceitação do que dizem os autores a respeito das relações de cuidados familiares com puérperas e seus RNs, quanto a necessitarem tomar para si decisões na participação do cuidado ao coto umbilical, visto que pelo sistema relacional no qual está inserida, o cuidado ao RN enquanto “poder” é em grande parte realizado pela avó, irmãs, tias mais velhas, e vizinhos entendidos/experientes.

As avós são reconhecidas como pessoas referenciais no processo de cuidar dos netos, filhas e noras; elas integram elementos nas suas práticas de saúde que adotam em suas estratégias de promoção à saúde do coto umbilical de seus netos. No entanto, evidencia-se nos estudos que na relação puérpera-avó-cuidadores mais entendidos há uma posição de subalternidade por parte de algumas puérperas, acatando as determinações e sujeitando-se a um conhecimento autoritativo hierárquico dos mais velhos, com isto, parte do exercício de sua autonomia, capacidade do saber/fazer é escamoteada. A autonomia da avó-cuidadora acaba por se constituir numa forma de “poder” com características decisórias de extremo controle sobre seus familiares, em especial, as puérperas, netos e noras, no que tange ao cuidado do coto umbilical.

Portanto, dizem Svaldi e Lunardi Filho (2000) que é urgente e necessária à elaboração de novas propostas de compreensão de cuidado na tentativa de romper com este modelo centralizado de “poder”. Respalhando o pensar dos autores, Chiavanato (1998), apud Svaldi e Lunardi Filho (2000) diz que, os anos 90 caracterizaram-se por tentativas de encontrar meios de delegar autoridade, deslocar a responsabilidade para níveis mais baixos, ou seja, incentivando outros membros da família, em especial a puérpera, de maneira que ela participasse do cuidado ao coto umbilical e das responsabilidades e tomada de “poder”, de forma que este cuidado fosse dividido com outros pares no contexto de soluções de problemas. Isto implica dizer que as avós não só podiam como precisavam tornar-se mais flexíveis, por conseguinte, a relação intergeracional tomaria uma perspectiva de vir a ter uma funcionalidade no âmbito domiciliar mais conscienciosa.

Neste sentido, deve a puérpera, conseqüentemente, decidir como melhor realizar este cuidado, buscando entendê-lo, utilizando condições adequadas e materiais que sejam benéficos à saúde do seu RN, deixando de lado as dificuldades, o medo de tocar o coto umbilical, incorporando novas formas de agir, desenvolvendo este cuidado com segurança e prazer.

Para tanto, adotar essa postura de “poder”, tomada de decisão, orienta a puérpera em direção ao desenvolvimento de capacidades resilientes. Neste sentido, resiliência faz referência à aptidão do *ser* humano responder de forma positiva às situações adversas que enfrenta, mesmo quando estas comportam risco potencial para a saúde. Esta capacidade é considerada como uma competência individual que se constrói a partir das interações entre sujeito, família e o ambiente e para outros,

como uma competência não apenas do sujeito, mas também de algumas famílias e de certas coletividades. Trata-se, portanto, de um fenômeno complexo, atrelado à interdependência entre múltiplos contextos com os quais o sujeito interage, de forma direta ou indireta, e sobre o qual incide diferentes visões (SILVA; ELSEEN; LACHARITÉ, 2003).

Segundo Walsh (1998), apud Silva; Elsen; Lacharité (2003), as pessoas resilientes desenvolvem certas habilidades que lhes possibilitem assumir o cuidado e o compromisso com sua própria vida. As puérperas, apesar de encontrarem num conjunto de fatores de proteção, tais como: laços afetivos positivos, suporte emocional, cuidadores, a exemplo: pai, mãe, sogra, avó, irmão, irmã, tios, vizinhos que tenham experenciado a prática do cuidado ao coto umbilical, devem elas (as puérperas) buscar recursos para exercer sua capacidade de resiliência, ou seja, *poder* para vencer as dificuldades, o conflito interior que alimenta o medo, e que, por vezes, impede que algumas puérperas, desenvolvam o cuidar/cuidado do coto umbilical.

Essa observação vai ao encontro do pensamento de Foucault, que enfatiza a dupla acepção do 'sujeito', como desenvolvido por Torrano.

Ao enfatizar o caráter produtivo do poder, Foucault identifica no termo "sujeito" uma dupla acepção: por um lado, como o assujeitado, submetido, subjugado; e, por outro, como o fundamento mesmo de todas as ações, consciência. Esta proximidade entre ambas as concepções da palavra não deixa espaço para algo que se ponha como anterior ao processo de dominação, já que tal processo é idêntico ao de constituição da subjetividade: estritamente, não há nada para além do próprio resultado dos mecanismos positivos que produzem o sujeito, nada que exista antes deles para ser então moldado por eles; e, mais que isso, se o indivíduo social só surge como um efeito de processos de racionalização e socialização, falar em uma substância anterior que é então dominada, socializada - e, portanto, na possibilidade de um retorno a ela como possível resistência a esse poder que reprime - contribui para um exercício mais efetivo dos dispositivos de poder, na medida em que disfarça seu real funcionamento e ainda inculca uma falsa promessa de escape através desse recurso a uma suposta essência "verdadeira"; a própria descrição de um ser humano autônomo e livre já é em si mesma parte da sujeição (TORRANO, 2006-7, p, 6).

A partir disso, pode-se evidenciar a importância de considerar os saberes da puérpera para sua interlocução com outros saberes, ou seja, dos membros mais velhos e entendidos como experientes para o cuidar do coto umbilical, e assim ir ao encontro da compreensão da resiliência para o alcance do "poder" relacional (FOUCAULT, 1993).

Silva, Elsen e Lancharité (2003) são enfáticos em dizerem que a resiliência pode contribuir para maior compreensão acerca do processo de produção de saúde que se desenrola em meio à aparente desorganização provocada, muitas vezes, pelas diversidades (insegurança, medo, coerção, submissão) com as quais os seres humanos se deparam em situações no seu contexto sociocultural.

Contribui com esse pensar Cyrulnik (2004), por considerar que a resiliência inclui também as diferenças de saber/cuidar no contexto afetivo, social e cultural permeando as relações intergeracionais. Assim, a influência do “poder” nestas relações se reveste no saber em uma prática discursiva conforme Foucault (1993):

Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um status científico [...]; um saber é, também, o espaço em que sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso [...], um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam [...], finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso [...]. Há saberes que são independentes das ciências [...], mas não há saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática pode definir-se pelo saber que ela forma (FOUCAULT, 1997 apud DEBASTIANI; BELLINI, 2007 p. 206).

Com efeito, todo e qualquer conhecimento está sempre imbuído de poder, de tal forma que um não pode ser dissociado do outro, nada pode existir como um elemento do conhecimento se, por um lado, não se conforma a uma série de regras e características constrangedoras [...], e, por outro, se não possui os efeitos da coerção (FOUCAULT, 1993). De modo que, diz Torrano (2006-7) o conhecimento é um elemento definidor de operação de poder.

A transmissão de conhecimentos entre os familiares funciona como um elo de ligação do passado com o presente. A dificuldade de cuidar do coto umbilical, reconhecido pelas puérperas, recai sobre os demais cuidadores de RN, obedecendo todo um sistema social hierárquico, no qual as ‘pessoas mais velhas’ são aquelas com responsabilidades e incumbências. Percebe-se, assim, a existência de uma preservação da cultura para manutenção de identidade. Na cultura mantém preservado o pensamento da hierarquização em que o “poder” é percebido e tido como algo que emana de uma única pessoa: aquela a quem os demais membros de uma mesma família devem obedecer sem qualquer tipo de questionamento, que,

quando da sua ocorrência do cuidar do coto umbilical, é percebido como um ato de sujeição (FOUCAULT, 1993).

Por outro lado, Svaldi e Lunardi Filho (2000) consideram que todas as pessoas possuem igualmente importância nos processos, tanto nas tarefas de encontrar problemas como de encontrar soluções, e que o “poder” emana de todos, em todas as situações, e não apenas, de um ‘elemento’ do sistema familiar, porém, afirma Foucault (1993) que se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não, certamente, não seria obedecido, o que faz com que o “poder” se mantenha e seja aceito na relação intergeracional familiar, é que ele não pesa só com uma força que diz não, mas de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso.

Neste sentido, é salutar lançar luz sobre a pessoa da avó, na temática do estudo proposto, visto que ela coloca em seu território simbólico suas estratégias de cuidado familiar, mantendo assim sua identidade de cuidadora, ‘dominadora’, sabedora de conhecimentos populares, deixando prevalecer o seu discurso permeado de “poder”, que culmina com a utilização de substâncias não recomendadas na terapêutica do coto umbilical.

Segundo Silva-Fonseca (2007), o discurso é um conjunto de enunciados que tem seus princípios de regularidades em uma mesma formação discursiva. Os discursos devem ser analisados, portanto, à luz da cultura, no âmbito dos sistemas de relações que constituem o discurso como uma prática. Foucault (1993) complementa ao dizer que o discurso coloca além da questão do saber, a questão do poder na relação dos familiares, no âmbito domiciliar em que fazem parte. A figura da avó é, na maioria das vezes, valorizada; seus discursos são “verdades” que são ditas e que estão para dizer, tornando-se um jogo de uma identidade que tem a forma de repetição. Um jogo de um sentido que deve ser redescoberto e uma identidade que deve ser repetida. Assim, o novo está no acontecimento do retorno do que é dito. É ouvida por considerarem que com ela está a palavra da “verdade”, por ter experiência de longos anos, o “poder” da sabedoria que os demais membros familiares respeitam e obedecem.

Svaldi e Lunardi Filho (2000) dizem ainda que, parece que para os profissionais de saúde, os familiares se mantêm numa rígida hierarquia que, muitas vezes, torna ineficiente e ineficaz para eles implementarem o cuidado profissional, sendo necessário conhecer e entender o ambiente onde se desenvolvem as práticas

de cuidado familiar, as pessoas que executam o cuidado, suas possibilidades, seus costumes e seus comportamentos. No ambiente domiciliar, as relações interpessoais precisam contemplar maior entendimento e compreensão entre as pessoas. Elas necessitam de respeito, valorização, e que sejam considerados os elementos da construção dos seus saberes; tornando necessário ao profissional de saúde conhecer a realidade das pessoas assistidas por eles, no sentido de prestarem cuidados congruentes, entrelaçando ideias, comportamento e atitudes de “poder”, com objetivos determinados e em consonância entre as partes, com possibilidades do real encontro de soluções aos problemas vivenciados. Assim, seus saberes podem ser contestados pelos profissionais de saúde, mas também considerados se os mesmos forem benéficos à saúde do RN. Mas para que o discurso tenha êxito, é fundamental ouvir o outro e conhecer o contexto de suas relações.

O profissional de saúde deve refletir não somente para encontrar formas de organização de cuidados, mas para proporcionar aos sujeitos do seu cuidar, cuidados culturais congruentes, conforme descritos na Teoria de Madeleine Leininger, e também perceber que esse cuidado enlaça um saber que se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso, como afirma Foucault (1993).

A adoção deste referencial mostrou-se em possibilidades para a compreensão das relações intergeracionais no cuidar do RN. No entanto, o grande desafio, segundo Bohes (2002), encontra-se na aventura pelo caminho da Antropologia para cuidar do *ser* humano. Isto é, indo ao encontro da cultura e ver o sujeito do cuidado no seu mundo, compreender suas ações, seus papéis, valores e atitudes, mas, ao mesmo tempo, não deixar de *ser* sujeito de interação com o mundo nas relações discursivas com as pessoas.

CAPÍTULO 4

A compreensão não se dá no vazio. Para que ela se manifeste
é preciso que haja alguém ou alguma coisa
... fundada em uma compreensão orientada pelo sentimento
que o ser humano sente na presença das coisas
(Martins & Bicudo, 1989)

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

Para atingirmos os objetivos propostos, optamos por um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado no referencial teórico pertinente, pois possibilitou contemplar com mais propriedade o conjunto de elementos que envolveram a temática estudada, e, assim, a compreensão do cuidado na relação intergeracional entre familiares cuidadores e puérperas, no seu contexto sociocultural.

Para Gil (1999), as pesquisas exploratórias tem a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores; elas são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral de tipo aproximativo, acerca de determinado fato, reporta-se com exatidão aos fatos ou fenômenos de determinada realidade.

A fase exploratória desta pesquisa veio emergindo ao longo de uma história de trabalhos com a comunidade e com a docência no cuidado à saúde de RN com onfalites, assim, compreendi as inquietudes e a escolha da temática investigativa, ou poderia ousar dizer, ela me escolheu, pois fui sendo conduzida ao longo dos anos para esse universo de saberes o que possibilitou a delimitação do problema, definição do objeto, os objetivos e a construção do marco teórico-conceitual, orientando assim, a elaboração dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo nesta pesquisa o que foi ao encontro do proposto por Minayo, (2000).

A abordagem descritiva do estudo foi no direcionamento das ideias de Gil (1999) ao declarar que a pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população, neste sentido, o contexto dos munícipes de Jequié, àqueles envolvidos diretamente na saúde de seus membros familiares, especialmente, no cuidado do coto umbilical, uma vez que através dos anos de experiência e vivências nesta cidade fui identificando influencias marcantes na cultura do cuidado ao coto umbilical do RN.

Este estudo então privilegiou a abordagem qualitativa por trabalhar no ambiente natural, ou seja, as residências das famílias e em suas redes de relações, aproximando a pesquisadora do contexto de sua investigação, o que segundo Ludke e André (1986) é o seu principal instrumento de fonte direta dos dados, destacando que este tipo de pesquisa, supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, por meio do trabalho intensivo de campo, ainda o atributo da observação participante.

Segundo Minayo et al. (1994), a pesquisa qualitativa se preocupa com as ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos não sendo reduzidos à operacionalização de variáveis, assim, estudar as relações intergeracionais, a cultura de cuidado familiar, seus valores, papéis, hierarquia organizacional e relação de poder mostraram-se um campo de grande complexidade, que só o olhar o contexto favorecia compreender, para além da perspectiva do olhar fechado e pouco reflexivo que envolve variáveis operacionais redutoras. Assim, o estudo versou sobre as relações e interações geracionais enovelados pelos fatores culturais e de relação de poder no cuidado familiar ao coto umbilical do RN.

Ainda porque assentadas na compreensão de que as metodologias de pesquisa qualitativas são entendidas como capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. E como diz Minayo (2000) possibilitando potencialidades de aprender e analisar os acontecimentos, as relações, os momentos e o processo como parte de um todo, ou seja, o RN (coto umbilical) e o sistema familiar de relações de cuidados.

Reforçando este pensar, VÍctora, Knauth e Hassen (2000) afirmam que os métodos qualitativos de pesquisa são úteis para entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. Esta abordagem possibilitou um conhecimento aprofundado da temática estudada, propiciando a compreensão dos comportamentos de cuidados intergeracional.

Portanto, o enlace entre as abordagens qualitativa-exploratória e descritiva, permitiu explorar e descrever melhor a problemática que envolve a prática ao

cuidado do coto umbilical, desenvolvido por cuidadores familiares do RN, com a finalidade de contribuir para uma reflexão/ação dos cuidados diretos ao RN para uma práxis interventiva mais segura e valorativa para o crescer-desenvolver do RN nas demais fases do seu ciclo vital.

Tal abordagem possibilitou ainda descrever a complexidade que envolve o cuidado cultural familiar, analisar a interação e relação vivencial parental de cuidados, compreender e classificar os processos dinâmicos experimentados pelas famílias na perspectiva deste sistema na sua intergeracionalidade, e apresentar, através dos resultados obtidos do estudo, as contribuições que se fazem notar para o processo de mudança, criação ou formação de opiniões de profissionais de saúde, comunidade em geral, e outros, permitindo assim, um maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos e atitudes dos indivíduos cuidadores de RN no que concerne ao coto umbilical.

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo vinte e nove sujeitos, sendo dez puérperas e dezenove pessoas: familiares cuidadores com influência no cuidado do coto umbilical do RN. Este estudo considerou ainda a influência externa - à rede social que apóia a família nesta fase do cuidado ao RN -, este último emergiu no estudo, através da rede de vizinhança, com influências diretas e indiretas no viver humano familiar, estas construídas através dos laços de amizade proximais de respeito, confiabilidade e companheirismo, fundamentada na abordagem de valores culturais, aspecto que mostrou-se como fator de “poder” nas relações de cuidados ao coto umbilical do RN conferido pelas suas histórias de sucessos familiares intergeracional.

O Estudo seguiu os seguintes critérios de inclusão: 1) puérperas admitidas na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade de um hospital público e residentes no município de Jequié (BA) que aceitaram participar do estudo¹ e 2) familiares cuidadores diretos do RN com influência no cuidado do coto umbilical.

¹ As puérperas que fizeram parte deste estudo foram selecionadas aleatoriamente, independentes de já terem sido cadastradas ou não no Projeto de Extensão e Ação Continuada da UESB: “Programa educativo: saúde do coto umbilical”.

Estes foram identificados a *priori* na Unidade de Alojamento Conjunto da referida maternidade e *posteriori* através de visita domiciliar. Sendo considerada a informação da puérpera acerca das pessoas-membros familiares que tinham influência no processo de cuidar ao RN. No entanto, além da puérpera e seus familiares; outros a partir de observação participante, foram então, identificados como influentes no processo de cuidar ao coto umbilical e, então, incluídos na amostra do estudo, tendo em vista, suas interferências positivas e/ou negativas no cuidado ao RN, após sua anuência em participarem do estudo e disponibilidade para responderem as entrevistas.

Os sujeitos encontram-se caracterizados no quadro a seguir

QUADRO 1: Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa.

FAMÍLIA	SUJEITOS	RENDA FAMILIAR MENSAL	NOME FICTÍCIO	GRAU DE INSTRUÇÃO	RELIGIÃO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL DA PUÉRPERA
01	Puérpera	R\$ 700,00	Fofinha	Ensino Médio Completo	Evangélica	Jequié/BA	Coabita com o Pai do RN (1 filha)
	Pai do RN	R\$ 700,00	Cravo	Ensino Fundamental Incompleto	Evangélico	Itaibó/BA	
	Avó Paterna do RN	R\$ 460,00	Periquito	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Jequié/BA	
	Avó Materna do RN	R\$ 460,00	Rosa	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Itagi/BA	
	Cunhada da Puérpera.	R\$ 200,00	Beija Flor	Ensino Fundamental Incompleto	Evangélica	Jequié/BA	
02	Puérpera	R\$ 600,00	Margarida	Ensino Médio Incompleto	Católica	Itagi/BA	Coabita com o Pai das 2 Filhas
	Tia Materna da Puérpera	R\$ 475,00(salário do esposo)	Rosa	Analfabeto funcional	Evangélica	Acaraci/BA	
03	Puérpera	Trabalho não Remunerado	Orquídea	Ensino Fundamental Incompleto	Não tem Religião	Araçás/BA	Não coabita com o Pai do RN e sim com sua Genitora. tem 03 filhos
	Avó Materna do RN	R\$ 520,00	Hortência	Analfabeto funcional	Evangélica	Ituberá/BA	

04	Puérpera Avó Paterna do RN	R\$ 200,00	Angélica	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Jequié/BA	Coabita com o Pai das 2 Filhas
		R\$ 465,00	Fedegoso	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Brejões/BA	
	Tia Paterna do RN	R\$ 465,00	Aroeira	Ensino Fundamental Completo	Evangélica	Jequié/BA	
	Puérpera	R\$ 465,00	Lírio	Ensino Médio Completo	Católica	Jequié/BA	Coabita com o Pai dos 2 Filhos
	Avó Materna do RN	R\$ 465,00	Chapéu de Couro	Analfabeto funcional	Católica	Aiquara/BA	
	Avó Paterna do RN	R\$ 530,00	Avenca	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Ubaira/BA	
	Puérpera	R\$ 465,00	Cacto	Ensino Fundamental Completo	Simpatizante da Religião Evangélica	Jequié/BA	Casada com o Pai do RN
	Avó Materna do RN	R\$ 250,00	Samambaia	Ensino Fundamental Incompleto	Evangélica	São Mateus/ES	
	Cunhada da Puérpera	Trabalho não Remunerado	Mandacaru	Ensino Fundamental Completo	Simpatizante da Religião Evangélica	Jequié/BA	
	Puérpera	R\$ 266,00	Violeta	Ensino Fundamental Incompleto	Evangélica	Jequié/BA	Não Coabita com o Pai de seus 7 Filhos. O pai Reside com a sua Mãe Lírio da Paz
	Avó Materna do RN	R\$ 600,00	Girassol	Ensino Fundamental Incompleto	Adventista	Jequié/BA	
	Avó Paterna do RN	R\$ 465,00	Lírio da Paz	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Jequié/BA	

08	Puérpera Avó Materna do RN	R\$ 460,00 R\$ 460,00	Adália Azulão	Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Incompleto	Evangélica Católica	Brejões/BA Brejões/BA	Coabita com o Pai dos seus 4 Filhos
09	Puérpera	R\$ 150,00	Jasmim	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Jequié/BA	Coabita com o Pai de suas 2 Filhas
	Avó Materna do RN	R\$ 465,00	Majerição	Analfabeto funcional	Católica	Irajuba/BA	
	Parteira	R\$ 465,00	Canário	Analfabeto funcional	Católica	Jequié/BA	
	Filha da Parteira	R\$ 100,00	Estevão	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Jequié/BA	
10	Puérpera	R\$ 300,00	Andorinha	Ensino Médio Incompleto	Católica	Jequié/BA	Coabita com o Pai de suas 2 Filhas
	Avó Materna do RN	R\$ 160,00	Violeta	Ensino Médio Incompleto	Católica	Ipiau/BA	

A delimitação da amostra seguiu o critério de saturação dos dados, encerrando a coleta de dados com dez famílias num total de vinte e nove sujeitos de estudo. Segundo Fontanela, Ricas e Turato (2008, p. 17), a saturação “é usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação dos novos componentes”. Também Polit, Beck e Hungler (2004) já afirmavam que a saturação consiste em amostrar até o ponto em que não há mais informação nova, pois os dados se repetem de maneira redundante.

Neste estudo o número de famílias se mostrou suficiente para compreender o fenômeno e foi ao encontro do que estudiosos da abordagem qualitativa como VÍctora, Knauth e Hassen (2000, p.37-38) afirmam, “[...] o método qualitativo busca estudar sempre um grupo pequeno de pessoas, o qual é escolhido de acordo com os critérios previamente definidos conforme os objetivos do estudo”. Destarte, a amostra foi constituída segundo os critérios adotados, os quais tomaram o direcionamento dos objetivos na busca pela abrangência e compreensão do problema, ou seja, na compreensão das inter-relações do sistema familiar onde se desenvolve a prática de cuidado do coto umbilical e suas influências no processo de viver, adoecer e morrer do RN.

4.3 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em dois espaços, a Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade de um hospital público e em domicílios das puérperas, de seus familiares cuidadores e da vizinhança com influência na relação de cuidados familiares. Compondo duas etapas de entrada no campo: primeiro, através da identificação das puérperas na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade, e segundo, os domicílios, no município de Jequié/BA.

✓ **Sobre o campo aonde se localizava a maternidade**

O hospital, uma Instituição pública, fundada em 1947, localizada no interior da Bahia, na cidade de Jequié. É de referência regional no interior do Estado, com capacidade de aproximadamente 200 leitos, contempla diversas áreas de atuação,

como: direção, área de enfermagem, área administrativa, área clínica, e área técnica. Atende a pacientes de diversas patologias, com internamentos nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Psiquiatria, Neonatologia, Obstetrícia e Terapia Intensiva.

Porém, neste cenário, o meu olhar fora atraído à maternidade-unidade composta por Pré-parto e Alojamento Conjunto. O pré-parto constitui-se de um berçário; duas salas de partos; posto de enfermagem; sala para as mães amamentarem; sala de exame e admissão de clientes em trabalho de parto; abortamento ou outras situações de risco à saúde; duas enfermarias e um quarto para cliente em estado de toxemia gravídica; quartos para médicos e profissionais de enfermagem.

A Unidade de Alojamento Conjunto destina-se a receber puérperas e seus RNs e clientes apresentando patologias obstétricas, dentre outras situações. Possui sete enfermarias, cinco leitos para cada enfermaria, totalizando trinta e cinco leitos, além de posto de enfermagem, sala para banhos de RNs, banheiros e uma sala na qual se guarda os materiais e equipamentos utilizados por docentes e discentes da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sendo este hospital de maior campo para práticas e estágios dos Cursos de Graduação e Pós-graduação da área de saúde da referida Universidade.

O interesse por desenvolver a pesquisa neste Hospital, especificamente na Unidade de Alojamento Conjunto, deveu-se ao fato de ser esta a maior Instituição pública na cidade de Jequié, com alta demanda de atendimento em parto, de pessoas oriundas do referido município e de outros 25 municípios da 13ª Dires (Diretoria Regional de Saúde de Jequié, BA), e também pela experiência profissional adquirida nos 20 anos de trabalho em atuação docente na assistência às puérperas e RN na maternidade do referido Hospital.

✓ **Sobre os domicílios**

Estes se localizam nos mais diversos bairros do município de Jequié, em sua totalidade áreas periféricas, saneamento básico precário, lixo a céu aberto, sistema de água potável deficiente, rede elétrica pública precária, alto índice de vulnerabilidade social à violência.

A densidade demográfica varia de um bairro para o outro, sendo que os que apresentam melhores condições de moradia e assistência à saúde têm Unidade de Saúde da Família, Centro de Saúde, Centro de Referência em Saúde, Sexual de Jequié, Universidade Pública, escolas de ensino fundamental e médio, sistema de transporte público e um pequeno comércio de bairro.

A apresentação do bairro encontra-se neste estudo mais especificada na descrição da observação participante dos sujeitos que compõe a análise do estudo.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS, respeitando os aspectos éticos e legais dos participantes, mediante sua concordância.

O Projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa – CEP – da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB –, através do PROTOCOLO nº. 188/2009 sendo destacado os seguintes itens:

- Os participantes da pesquisa assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que lhes assegurou sigilo das informações, anonimato, segundo critérios da Resolução supracitada;
- Foram respeitados os referenciais básicos da bioética que regem a referida Resolução: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado;
- Foram atendidos os critérios para definição da amostra segundo saturação dos dados;
- Foram observados os aspectos: autorização institucional para iniciar coleta de dados;
- Seguiu-se os objetivos do estudo, técnicas, direitos e deveres do pesquisador e pesquisado;
- Foram assinados os Termos de Autorização de Imagem dos sujeitos para composição da análise do estudo (Apêndice B).

4.5 TÉCNICA PARA COLETA DAS INFORMAÇÕES

Utilizamos as seguintes técnicas para a coleta das informações: entrevista semi-estruturada, a observação participante e o recurso do diário de campo. Esse último para registro das minhas observações e impressões da pesquisadora advindas do campo sobre o contexto.

A entrevista semi-estruturada (Apêndice C e D) me possibilitou entrevistar com liberdade para melhor explorar a temática em estudo, a guisa de direcionar o olhar/atenção em direções adequadas ao estudo, tendo em vista os objetivos. Nesta, as perguntas foram abertas e respondidas numa conversação informal entre pesquisado-pesquisadora, propiciando um contato mais íntimo entre ambos o que favoreceu a exploração em profundidade dos saberes, crenças e valores das famílias e da rede social proximal familiar, conforme enuncia Lakatos (2007).

A entrevista propiciou oportunidades que motivaram os sujeitos explorarem suas vivências e experiências, e também momento de esclarecimento de dúvidas e crescimento conjunto, permitindo maior controle sobre a situação e a avaliação da validade das respostas mediante a observação do comportamento verbal e não-verbal, estes aspectos corroboram com o que diz Cassiani, Caliri e Pelá (1996).

Outro instrumento utilizado foi à observação participante, que permitiu perceber como interagem os membros da família e sua relação com o cuidar do coto umbilical do RN no seu domicílio. Seguiu-se um roteiro de observação para direcionar o olhar, sem, no entanto, ser fechado às questões postas, de modo a possibilitar amplitude de visão e compreensão do contexto (Apêndice E).

O olhar observador do pesquisador qualitativo exige fortalecimento da percepção do *ser*, enquanto sujeito para perscrutar outros sujeitos na teia relacional de sua vivência no campo. Trata-se de um momento de aprofundamento para enxergar o que por vezes encontra-se por detrás das cortinas, nos bastidores das relações humanas e por detrás das câmaras, buscando a ampliação do foco para alcançar a dimensionalidade do fenômeno em observação.

Este observar se encontra no ato de ser-fazer participando, para nós compreendido como 'observar-**ação**'. Esta foi uma das técnicas para coleta de dados neste estudo, a qual se reverteu numa mais valia para compreender as relações de cuidado ao RN e do coto umbilical no contexto intrafamiliar, geracional e

nas relações extrafamiliares de cultura e poder relacional. Seguiu a compreensão de Minayo et al. (1994) na qual ao ampliar o foco de observação buscou-se a multidimensionalidade do contexto vivencial familiar.

Para enxergar-perscrutar o cuidado ao coto umbilical pela família este olhar, seguiu-se de registro fotográfico; de cuidados participativos de orientação familiar para o tratamento do coto umbilical do RN e de anotações em diário de campo das observações da pesquisadora através do recurso da memória recente.

A observação participante deste estudo ocorreu com a finalidade de conhecer a forma como estava sendo realizado o cuidado do coto umbilical, o grau de relacionamento entre os membros da família e sua rede social e como se dava a transmissão dos saberes culturais intergeracionais das famílias, perceber a capacidade de resiliência das puérperas, e também as relações de “poder” no âmbito familiar.

Essa técnica buscou para além do enunciado no parágrafo antecedente manter um relacionamento amigo, de confiança mútua e de respeito entre pesquisadora e os sujeitos do estudo.

Na compreensão de Minayo et al. (1994) esta é uma excelente abordagem para ampliar o foco de visão do campo, assim, à luz de nossa compreensão proporcionou validação das informações oriundas das entrevistas, de modo que essa abordagem possibilitou perceber o cuidado ao coto umbilical, e também contribuiu no cuidado conjunto entre pesquisadora e família do RN.

Ainda, se utilizou do diário de campo para o registro das observações e inferências sobre o campo, para tanto, foi utilizado o recurso da memória recente. Assim, imediatamente a realização da entrevista e observação participante, ao sair das residências das famílias, assentava-me num local calmo ainda próximo destas e iniciava um processo de descrever o que a minha capacidade de perceber-enxergar havia me permitido alcançar. Neste enlace, as técnicas supracitadas se complementaram no auxílio à compreensão da temática estudada.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital Modelo Sony, na residência das famílias individualmente, buscando preservar a privacidade de cada sujeito envolvido no estudo, estas foram transcritas imediatamente após sua realização em programa WORD versão 2003-2007, arquivadas separadamente por família, neste processo buscou-se encontrar as redundâncias de modo a identificar a

saturação dos dados. Assim, a cada entrevista concluída iniciava-se sua transcrição, um processo prazeroso, mas também laborioso aonde os dados iam-se desvelando.

Neste processo de digitação, escuta sensível de idas e vindas no gravador, folheava o diário de campo, onde se encontram as minhas inferências do contexto relacional vivencial familiar, e assim, ia se deixando desenovelar o fenômeno de cuidado do coto umbilical como se mostra no item 4.6 a seguir.

4.6 TRABALHANDO OS DADOS – MOMENTOS DE ATENÇÃO, APREENSÃO, DESAFIO E SATISFAÇÃO

O tratamento dos dados envolveu um processo dinâmico e cíclico que perpassou por idas e vindas conforme enuncia Miles e Huberman (1984). Tratou-se de uma etapa exaustiva que não se esgotou no estudo, pois novas inquietações se apresentaram e mostram-se a cada momento de releitura deste.

Esta etapa consistiu em três passos ou componentes de atividades concorrentes: a redução dos dados, a sua apresentação e a interpretação/verificação das conclusões (HÉBERT-LESSARD; GOYETTE; BOUTIN, 2005).

✓ **Redução dos dados**

A redução dos dados se iniciou desde a formulação da questão problema e das minhas inquietações como discorridas na introdução deste estudo. Este processo seguiu a perspectiva dos autores que sustentaram este referencial metodológico (MILES; HUBERMAN, 1984).

Segundo Hebert-Lessard, Goyette e Boutin (2005, p.112) a redução dos dados pode ser realizada em três fases distintas segundo a proposta de Miles e Huberman:

a) antes da recolha dos dados: trata-se de uma redução antecipada, presente na formulação da problemática e no delinear do projeto de investigação. Assim, refere-se às fases da inquietação que direcionaram a questão deste estudo, e a elaboração deste relatório final sobre a temática do cuidado cultural ao coto umbilical do RN;

b) durante a coleta dos dados: uma redução concomitante (processo de análise que a investigação qualitativa permite a partir do conjunto dos dados já obtidos, elaborar estratégias quanto ao modo de recolher mais informação). Este momento traduziu-se num *continuum*, pois abraçou o estado da arte, o referencial teórico, a estratégia metodológica para alcançar/compreender o fenômeno em estudo;

c) seguiu-se então, a fase de recolha dos dados: a redução a *posteriori* que esteve, então diretamente ligada aos procedimentos utilizados para tratar, apresentar e interpretar/verificar os dados.

✓ **Organização e apresentação dos dados**

A organização e a apresentação dos dados giraram em torno do conceito atrelado à fase de tratamento dos dados, que é “a estruturação de um conjunto de informações que vai permitir tirar conclusões e tomar decisões” (MILES e HUBERMAN, 1984, p. 24). Neste sentido, a apresentação dos dados neste estudo apresenta um quadro com seis CATEGORIAS e onze SUBCATEGORIAS, uma imagem elaborada pelas pesquisadoras fazendo alusão ao Modelo *Sunrise* proposto no Referencial Teórico e a observação participante de cada família com o recurso de imagens fotográficas.

Segundo os autores a organização dos dados corresponde a uma fase determinante da análise, conforme enunciado abaixo:

- permite ao investigador uma representação dos dados num espaço visual reduzido;
- auxilia a planificação de outras análises;
- facilita a comparação entre diferentes conjuntos de dados;
- garante a utilização direta dos dados no relatório final.

Assim, convergindo para análise de categorias e subcategorias, num olhar atento respaldado no referencial teórico sobre o que as puérperas, familiares cuidadores e rede relacional falaram sobre suas ações cuidativas ao coto umbilical do RN.

✓ **Interpretação e a verificação das conclusões**

A interpretação e a verificação das conclusões é um componente de análise que consiste na atribuição de significado aos dados reduzidos e organizados por meio da formulação de relações ou de configurações expressas em proposições ou modelos, o que, neste estudo, requereu apresentação de imagens, a exemplo, fotos do coto umbilical infectado ou prática de cuidado com substâncias (não recomendadas, segundo o Ministério da Saúde, 2001) utilizadas no tratamento do coto umbilical pela puérpera, família e pessoas de sua rede social (circulo de vizinhança), registradas pela pesquisadora durante a fase de coleta de dados.

Essa etapa tratou de extrair significados a partir de uma apresentação-síntese dos dados, colocando em evidência ocorrências regulares, explicações, configurações possíveis, tendências causais e proposições.

No entanto, seguindo o direcionamento dos autores Miles e Huberman (1984), a interpretação foi acontecendo neste estudo desde o início da coleta de dados, pela formulação de conclusões provisórias que foram sendo testadas, e as quais foram acrescentadas outras interpretações até seu fechamento, as conclusões. Esta componente da análise integra, portanto, uma dimensão de verificação dos dados (HÉBERT-LESSARD; GOYETTE; BOUTIN, 2005). De modo que as interpretações dos dados foram alvo de verificação para a validade.

O alcance desta etapa no estudo permitiu verificar a validade das conclusões através da utilização de comparações/contrastos e de casos extremos; submetendo a conclusão a uma crítica rigorosa procurando entre os fatos observados aqueles que pudessem contradizer a validade do estudo (HÉBERT-LESSARD; GOYETTE; BOUTIN, 2005). Assim, assentou-se a preocupação sobre os aspectos éticos e o retorno social do que emergiu deste estudo para a comunidade científica e em geral.

CAPÍTULO 5

Além da percepção sensorial do objeto,
Quando ao se penetrar no mundo de sua propriedade pode-se
Aprender a sua essência e que se caminhe na direção do significado ...
(Martins & Bicudo, 1989)

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Segue conforme referido anteriormente apresentada em quadro e trabalho de imagens, num processo complementar e inter-racional com as categorias na análise dos dados.

Deste processo segue-se o quadro das categorias e subcategorias abaixo.

QUADRO 2: Delineamentos das Categorias e suas Dimensões.

CATEGORIAS	SUBCATEGORAS
Cuidados com o coto umbilical – “visões” das puérperas	Necessidades básicas de cuidado à saúde do RN (Des) cuidado do coto umbilical – falta de percepção para saber-cuidar
	O misto entre saber popular e o científico
A rede de apoio familiar no cuidado e na valorização/reconhecimento do cuidado da puérpera ao RN	A união da família na promoção dos cuidados ao RN
	Familiares valorizando o cuidado da puérpera ao RN
Mudança de atitude/comportamento como estratégia da família para o cuidado do coto umbilical do RN	Percepções dos cuidadores de RN acerca da utilização do álcool a 70% e absoluto no cuidado do coto umbilical do RN
	Mudando atitudes para promover a saúde do coto umbilical do RN
Formas de aquisição do saber para cuidar do coto umbilical	O conhecimento adquirido através dos profissionais de saúde para o cuidar – saberes científicos
	A família e a rede social como escola de aprendizagem para cuidar o RN
O saber popular como essência do cuidar domiciliar-familiar – <i>multiversas</i> formas de cuidar	Valores culturais intergeracionais no cuidado do RN
Formas de ser resiliente para cuidar - o enfrentamento para o cuidar do coto umbilical	Tomada de “poder” para decidir o cuidar saudável do RN

A apresentação das imagens que segue-se neste item do estudo está respaldada na Resolução 196/96, através do Termo de Autorização de Imagem com anuência dos sujeitos deste estudo. Segue-se a estas o registro observacional da

pesquisadora, na tentativa de narrar os fatos. As imagens têm como fonte o arquivo fotográfico da pesquisadora.

5.1 O CONTEXTO DO NOSSO OLHAR NO CENÁRIO DOMICILIAR – A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

✓ Apresentação das Famílias

FAMÍLIA 1



Esta família reside num bairro populoso na cidade de Jequié, este, com infraestrutura sanitário-organizacional, com três unidades de saúde, sendo um Centro de Saúde e duas Unidades de Saúde da Família, um Centro de Referência de Doenças Endêmicas, uma Universidade Pública com cursos na área de saúde. A família reside em casa própria com uma sala dividida com recurso de um lençol separando o espaço em dois ambientes; de um lado, a sala com uma pia para lavagem

das louças e do outro o quarto do casal com o berço do RN; um banheiro, uma pequena área de serviço lateralmente à sala, com pia para lavagem das roupas dos membros da família. Tratava-se de uma casa humilde, asseada, acolhedora, que embora pequena em espaço físico, encontrava-se sempre cheia de pessoas, membros da família e vizinhos. A parentela do casal residia na mesma rua deste, apenas a avó materna, numa rua paralela nas proximidades.

O cuidado do coto umbilical do RN era realizado apenas pela puérpera, com o uso de álcool a 70%, deixando-o descoberto para aceleração do processo de mumificação e queda no menor tempo. A puérpera demonstrava conhecimento sobre os cuidados com o coto umbilical, o que lhe permitia tomada de decisão frente aos cuidados. Por outro lado, pouco resiliente se mostrava quanto aos demais cuidados com o RN, a exemplo, o banho e uso de erva com finalidade fitoterápica.

O banho era realizado em água presa e sem enxágue, com auxílio de outros membros da família, expondo ao risco de infecção o coto umbilical do RN. No entanto, esta prática sofreu mudanças a partir da *observar-ação* da pesquisadora que capacitou a família para realização da prática correta, ou seja, o banho em água corrente e com enxágue. Não foi observado qualquer resistência familiar a repadronização do seu modo de cuidar. Por outro lado, ao tratar-se do uso da erva conhecida por Trusiso pela família, que na sua compreensão servia para cólica intestinal do RN, esse saber familiar encontrava-se na família desde sua quinta geração (SIC)² não cedia espaço para negociação de valores. No contexto relacional intergeracional deste cuidado, existia uma tomada de poder pela avó materna na manutenção desta prática. Sobre esta erva, buscamos conhecê-la através de estudo da flora brasileira, no HERBÁRIO da UESB/HUESB-Jequié. Trata-se da espécie do gênero *Helicteres*. Na sistemática da Angiosperm Phylogeny Groups (APG II, 2003), a *Helicteres isora* Vell. pertence à família Sterculiaceae. No sistema de Cronquist (1981), faz parte da família Malvaceae. Popularmente conhecida como umbigo de bezerro, trusiso ou rosquinha; se apresenta como um arbusto de mais ou menos 3 metros de altura, sendo originária da Índia. No Brasil, comumente cresce em Florestas Estacionais Deciduais até 1.500 metros. Sua folhas são ovadas, de margem serrilhadas, suas flores são vermelhas alaranjadas e pretas após a fecundação, antes da frutificação. Seus frutos são vagens alongadas, formando uma estrutura em forma de parafuso, esta erva foi identificada pela botânica como própria para a finalidade utilizada pela família, validando o saber popular no científico.

Por outro lado, a puérpera também buscava atendimento médico ao perceber que as prescrições de cuidados familiar-domiciliar não alcançavam a necessidade do RN quanto ao uso das ervas medicinais. Assim, fora observado no contexto domiciliar, o uso de medicamentos alopáticos, a exemplo, Flagyl, Flagass baby, Dimetiliv, medicações administradas pela família ao RN como indicação antiespasmódico.

Outro aspecto observado tratava-se da rede de vizinhança que apresentava vínculos proximais com a família, possibilitando-os desenvolverem formas de cuidar no contexto familiar, estas não direcionadas ao RN, mas às pessoas adultas do domicílio. Reforçava-se assim, a rede social de suporte familiar – os vizinhos.

² Informação adquirida a partir da avó materna

Nesta família, os valores culturais eram permeados por uma relação de cuidados, imersos numa teia relacional de significância, assentados no respeito aos mais velhos, quanto aos saberes adquiridos com experiências de sucessos anteriores, ou seja, deu certo comigo e meus filhos, porque não dará certo com meus netos? Essa observação encontra respaldo na própria evolução de desenvolvimento do ciclo familiar de sua história.

- Algumas fotos da família



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora dos registros de imagens da pesquisa. Período Nov/2009 – Jan/2010.

FAMÍLIA 2

Nos primeiros sete dias após alta hospitalar, a puérpera secundípara, cujo nome fictício era Margarida, permaneceu na residência de sua tia materna, que auxiliava nos cuidados ao RN. Sua tia residia no bairro Mandacaru, na cidade de Jequié.



Ao examinar o coto umbilical, durante a primeira visita, percebi que o coto não apresentava sinais de infecção, porém a fralda o cobria. Um dos membros familiares presentes, a tia da puérpera, informou estar usando álcool a 70% no coto umbilical uma vez ao dia após o banho do RN. Ambas foram orientadas (tia e puérpera) a dobrarem a fralda de forma que o coto umbilical ficasse livre, a fim de evitar umidade. Assim, procedeu-se tal cuidado

realizado pela tia sob a observação da puérpera, sendo intensificado a necessidade de a cada troca de fralda e banho, o uso do álcool a 70%, bem como a higiene adequada das mãos antes e após o desenvolvimento do cuidado ao coto umbilical do RN. A tia declarou que a primeira filha da puérpera, também fez uso do álcool a 70%, doado pelo Projeto Programa Educativo: saúde do coto umbilical da UESB.

Durante a primeira visita, fui informada pela tia materna que a puérpera é órfã, sendo criada e educada pelos tios maternos desde os seus três anos de idade. O esposo da tia da puérpera não aceitou ser entrevistado. A puérpera, ao referir-se a sua tia materna, a chamava de mãe. Na família fora observado não haver bom relacionamento entre o tio e o companheiro da puérpera Margarida, o que gerava certa insatisfação por parte do tio em aceitar a puérpera por um tempo maior em sua residência, justificando a falta de envolvimento/responsabilidade do seu companheiro com ela e os filhos. Este comportamento do tio de distanciamento relacional assenta-se a minha compreensão na narração da tia sobre a história de vida da adolescente e do seu comportamento, referindo que a puérpera não a obedecia, pois saía e passava a noite fora de casa, às vezes dormia nas calçadas da casa e em casas de vizinhos. Durante as falas da tia, os olhos da puérpera lacrimejaram, expressando sentimentos que identifiquei como de vergonha e dor. Percebi que o motivo por tal rejeição, diz respeito ao pai do RN, pois todos (tio e tia maternos) referiam que o companheiro da puérpera teria que ter responsabilidade com a família. Fato este, que abreviou o tempo de permanência da puérpera na residência de seus tios, previsto para 45 dias, mas permaneceu lá por apenas sete dias pós-parto.

O segundo encontro ocorreu em sua residência, que ficava situada no bairro Km3, em Jequié. Trata-se de um bairro periférico, com déficit sanitário, ruas sem calçamentos, vegetação alta, riscos de violência social, entre outros aspectos sócio-econômico. A residência da puérpera ficava situada em local deserto, de difícil acesso, sem identificação numérica, a última casa da Avenida. A casa estava em estado precário de conservação, com paredes apresentando rachaduras, cercada por matos; não existiam vizinhos próximos. A residência tinha apenas uma sala, cozinha e um quarto com cama de casal, não existia berço para o RN; não havia banheiro, e no quintal ficava um fogão a lenha. As condições de higiene eram satisfatórias. O acesso à residência só foi possível com a ajuda de uma pré-adolescente que auxiliou no encontro desta.

A residência da puérpera fica distante do hospital público de referência da cidade, mas no bairro existiam duas Equipes de Saúde da Família.

Ao chegar à residência da puérpera fui recebida por ela com alegria e quando procurado pelo seu companheiro, informou que ele acabara de sair para buscar água, pois este seria outro problema detectado naquela residência, a não existência de água potável encanada. No entanto, tive a impressão de que o companheiro da puérpera não queria participar do estudo.

A puérpera, em sua residência, prosseguiu o cuidado do coto umbilical com álcool a 70%. Ao observar a região umbilical do RN percebi que o coto já havia caído e a região estava discretamente aberta, porém sem sinais de infecção. A puérpera informou que ainda estava colocando na região umbilical o álcool a 70% e iria continuar até que a região cicatrizasse completamente, e assim foi reforçado seu uso. A puérpera aceitou desenvolver o cuidado sob o olhar da enfermeira-pesquisadora para que avaliasse os cuidados prestados.

A puérpera foi questionada mais uma vez sobre o banho do RN, como este estaria sendo dado, uma vez que a orientação já tinha sido socializada no hospital pelo membros do projeto/UESB e na residência de sua tia, por mim, enquanto pesquisadora. A puérpera informou que continuava dando banho no RN com água presa e sem enxague, e que nem ela e nem a sua tia haviam dado banho no RN com enxágue. A fralda do RN cobria o umbigo, tanto na primeira visita, como na segunda visita, mais uma vez foram reforçadas as orientações; e naquele momento, Margarida, dobrou a fralda de modo a impedir o atrito sobre a região umbilical, visto que ao examinar a região, esta se apresentava requerendo cuidados, pois não havia cicatrizado totalmente, oferecendo riscos para infecção, por se tratar de uma porta aberta, favorável a penetração de bactérias na corrente sanguínea, e conseqüentemente, comprometimento da saúde do RN.

A puérpera mostrou os frasquinhos de álcool a 70% doado pelo Projeto/UESB, no hospital, quando do seu internamento na Unidade de Alojamento Conjunto da maternidade, que estava sendo utilizado no cuidado do coto umbilical do RN. Observei que os dois frascos contendo álcool a 70% estavam identificados com rótulo que comprovava o que a puérpera afirmava.

Observei que a puérpera tinha pouca aproximação relacional com o RN, em casa de sua tia, pois cuidava em alimentá-lo com leite materno e deixava os demais cuidados sob a responsabilidade desta. Já na sua residência, os cuidados foram

ampliados para as demandas do RN, conferindo à puérpera o que a literatura nos mostra sobre o desenvolvimento dos vínculos relacionais afetivos entre mãe e filho.

Observei também, ausência de tomada de decisão por parte da Margarida, quando dizia que usaria no coto umbilical o que a sua tia quisesse; como a tia aceitou o álcool a 70% doado pelo projeto/UESB, convicta que o álcool a 70% é o indicado no cuidado do coto umbilical, a puérpera não se opôs, visto confiar no cuidado prestado pelo familiar. Deixando o banho, o cuidado do coto umbilical e troca de fraldas para que esta realizasse; somente assumindo os cuidados quando na sua residência, como visto anteriormente.

Evidenciou-se ainda, a existência de superstições por parte de tia quando esta informou por telefone que foi a residência da puérpera buscar o coto umbilical para enterrá-lo, justificando que se este fosse comido por um roedor (rato), a filha da puérpera futuramente se tornaria uma “ladra”. Declarou que o coto umbilical da primeira filha da puérpera foi enterrado em uma fazenda para que a criança na sua fase adulta se tornasse uma fazendeira.

Embora as orientações dadas pelo projeto/UESB e por mim, à puérpera e a sua tia, durante as visitas realizadas, percebi que não houve por parte de ambas uma adesão total aos cuidados orientados; vez que, durante as visitas, a puérpera, em uma de suas falas, afirmou que usaria no coto umbilical do RN a substância que sua tia quisesse, a exemplo, de pó de pena de galinha, óleo de amêndoa, demonstrando com isto, a falta de resiliência. A manutenção do cuidado ao coto umbilical com o uso de álcool a 70%, foi conferido com históricos anteriores de uso no coto umbilical da primeira filha da puérpera. O banho com água presa, sem enxágue, e fralda sobre o coto umbilical, demonstrou seus saberes culturais e pouca assimilação dos cuidados orientados pelo projeto/UESB e pesquisadora. Em relação à interação da puérpera com sua tia materna, destacou-se que esta a influenciou no cuidado do coto umbilical, exercendo uma relação de conhecimento autoritativo.

- Algumas fotos da família.



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora dos registros de imagens da pesquisa. Período Nov Dez/2009.

FAMÍLIA 3



Em dezembro de 2009 foram realizadas sete visitas à família. A puérpera, de nome fictício Orquídea, teve seu terceiro filho de parto cesáreo. Reside com sua mãe, seus três filhos, uma irmã solteira, e um irmão portador de necessidades especiais (paraplégico). O domicílio é pequeno, em precária condições higiênicas; possui um quarto, um banheiro, uma cozinha, uma sala e uma área de serviço. Na sala, uma cama

beliche, um sofá e uma televisão. Trata-se de residência própria pertencente à genitora da puérpera. A casa está situada no bairro Brasil Novo, região periférica, da cidade de Jequié. Neste bairro existe uma Equipe Saúde da família.

Na primeira visita realizada, enquanto entrevistava a puérpera, detectei a ansiedade da mesma que esperava pela avó materna do RN, que havia ido ao centro da cidade para “prendas” do lar. A família sobrevive com a renda de um salário mínimo recebido pelo filho com necessidades especiais, e da venda de temperos no mercado Municipal Vicente Grillo em Jequié; obviamente, vivenciam uma situação financeira difícil.

Nesta visita foi observado que a base do coto umbilical do RN apresentava odor fétido acentuado e secreção serossanguínea, a fralda que cobria a região com sujidade (secreção do coto). A avó materna informou que o tratamento do coto umbilical estava sendo realizado com água e sabão, mas a puérpera informava o uso de álcool iodado. Em momentos de conversa a avó dizia que não estava usando o álcool iodado, porque não tinha em sua residência, esta situação gerava mais questionamentos quanto à fidedignidade das informações, posto o desencontro das mesmas. Ao longo da conversa, foi possível identificar que a prática do uso de água e sabão encontra-se na família desde os primeiros filhos da puérpera.

Na relação familiar foi possível observar que a puérpera e sua irmã apresentavam um relacionamento pouco amistoso, pois durante a visita percebia-se olhares estranhos entre ambas e gestos configurativos de desprezo pela puérpera expresso por sua irmã. Esta irmã, segundo a puérpera, não cuidava do RN.

Quanto aos cuidados com o RN, a banheira possuía um orifício com tampa; então foi esclarecida a família a finalidade deste orifício, pois o banho do RN estava sendo dado em água presa, sendo esta orientação acolhida pela família, após orientação, que contou com a participação da avó materna, puérpera e de demais membros da família. Ao retornar, à visita, no dia posterior, entreguei à família seis frascos com álcool a 70%, pacotes fechados de gazes estéreis para serem utilizados no cuidado do coto umbilical, sabonetes e fraldas descartáveis para o RN, e também reforcei as orientações anteriores.

A avó materna desenvolveu o cuidado do coto umbilical com álcool a 70% utilizando gazes estéreis, lavou as mãos antes e após procedimento na minha presença – observação participante. Nesta visita, fui informada, que o banho do RN já estava sendo dado com água corrente e com enxágue. Aproveitando a oportunidade da observação participante foi explicado que o coto umbilical é uma porta de entrada para microorganismos que penetrando na corrente sanguínea por meio dos vasos umbilicais, poderão atingir órgãos nobres, tais como fígado, pulmões, e outros causando risco de morte ao RN.

Na terceira visita, que ocorreu vinte e quatro horas após a segunda, o coto já apresentava um aspecto de melhora, mais desidratado, embora ainda mantivesse discreto odor fétido. No entanto, a fralda encontrava-se a cobrir o coto. Reforçadas as orientações quanto à importância da fralda abaixo do coto umbilical; uso do álcool

a 70% após banho e a cada troca de fralda, e a higiene das mãos antes e após manipular o RN.

Na quarta visita, o coto umbilical já havia caído, a região umbilical estava quase que totalmente cicatrizada, e com discreta secreção, sem odor fétido. Nesta, observei que a avó materna seguiu parcialmente as orientações, utilizando álcool a 70% após banho e troca de fraldas, porém o RN estava usando faixa, conforme avó materna Hortência, disse que iria colocar; também a fralda cobria a faixa umbilical (potencialização do abafamento da região umbilical). Reforçadas as orientações mais uma vez sobre a não necessidade do uso da faixa Umbilical, considerando que esta, iria contribuir para o atraso na cicatrização da região umbilical, que deveria ser mantida livre e ventilada, e conseqüentemente evitar proliferação de bactérias, o que poderia causar risco, danos e agravos à saúde do RN.

O uso da faixa, segundo compreensão da avó materna, era para que o umbigo do RN não “ficasse grande”. A compreensão que obtive enquanto pesquisadora é de que o umbigo grande referia-se a hérnia umbilical. Assim, foram traçadas mais orientações para dirimir dúvidas da avó, no entanto, percebia-se a persistência do saber adquirido culturalmente pela avó sobre o uso de faixa e buscava nas orientações a negociação com a avó, para o abandono desta prática, porém, a todo momento tendo a perspicácia de respeitar a cultura do outro na tentativa de ir ao encontro do saber congruente.

Outro dado importante observado refere-se à fala da puérpera quando questionada acerca das orientações de cuidado ao coto umbilical recebidas de profissionais de saúde, esta afirmou, a princípio, que o profissional de saúde a orientou, mas em seguida negou, quando disse que sua genitora foi quem a ensinou.

A puérpera Orquídea, a exemplo da anterior, demonstrou distanciamento dos cuidados com o RN, deixando-o quase que totalmente sob os cuidados de sua genitora, responsável pelo banho, cuidado do coto umbilical e demais cuidados do RN. A puérpera, ao ser questionada sobre os cuidados desenvolvidos relativos ao RN informou que só dava mama. A puérpera ficava a maior parte do tempo deitada ao lado do RN, numa cama beliche, vendo televisão, juntamente com seus irmãos.

Esta puérpera não desenvolveu os cuidados ao coto umbilical de seus filhos; estes, sempre foram dados pela avó materna. Observa-se então, certa acomodação e falta de capacidade de resiliência.

Esta família foi visitada sete vezes, sempre sendo reforçadas as orientações de cuidado do RN. Também, outras orientações se fizeram necessárias, a exemplo, o tratamento da ferida cirúrgica da puérpera que encontrava-se infeccionado, de modo que esta buscasse sua rede de apoio social de saúde no hospital e/ou Unidade Saúde da Família para acompanhamento.

Na última visita realizada a esta família, a avó materna informou que a puérpera tinha ido ao Pronto Atendimento, Unidade de Urgência que fica anexo ao Centro de Saúde de Jequié, para atendimento médico, devido à complicação da ferida cirúrgica.

Nesta família foi possível observar a transmissão de saberes intergeracionais, onde a protagonista foi a avó materna do RN.

- Algumas fotos da família



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora dos registros de imagens da pesquisa. Período Nov Dez/2009.

FAMÍLIA 4



Puérpera secundípara de nome fictício Angélica, reside na casa de sua sogra com o companheiro e o RN, no bairro Cidade Nova. A residência possui dois quartos, duas salas, cozinha, banheiro com chuveiro, dois quartos e área de serviço. Nesta família há presença de uma rede de vizinhança proximal. Foi bem acolhida no domicílio pela puérpera e avó e tia

paternas do RN. A Puérpera informou que o coto umbilical do RN havia caído no sexto dia de vida, ocasião desta primeira visita, e que usava álcool absoluto dando continuidade ao tratamento da região do coto umbilical, mas a sogra mostrou o antisséptico, que estava em uso, tratando-se de álcool a 70%. A puérpera Angélica informou que no seu primeiro filho ela usou o mesmo álcool a 70% orientada pela enfermeira do pré-natal, mas que dessa segunda gravidez, o profissional de saúde do pré-natal, a orientou o uso do álcool absoluto, porém o balconista da farmácia vendeu para ela álcool a 70%, declarando ser este anti-séptico o mais indicado no cuidado do coto umbilical. Pude perceber na puérpera pouca tomada de decisão, ou seja, baixa capacidade de resiliência diante da sogra, pois a aceitação do uso de álcool a 70% no coto umbilical deveu-se aceitação por sua sogra, porém o uso da faixa umbilical foi aceito pela puérpera indicada pela sua sogra. Observei que o RN apresentava região umbilical discretamente aberta, pouca secreção serosa e odor fétido, usava faixa umbilical, e a fralda estava colocada de forma que cobria a faixa duplicando o abafamento do coto umbilical. Quanto ao banho do RN, nesta primeira visita, fui informada que este estaria sendo dado em água presa, na banheira e sem enxágue. Os membros da família e puérpera que se encontravam naquela residência foram orientados a dar banho no RN em água corrente com enxágue, e também esclarecido que a região umbilical se tratava de uma porta de entrada que favorecia a penetração de microorganismos os quais poderiam comprometer a saúde do RN, além disto, foi falado sobre a secagem adequada da base umbilical e do coto, necessidade de deixar o coto livre de fraldas e de faixa sobre o mesmo, mas usar o álcool a 70% várias vezes ao dia até a completa cicatrização da área de implantação do coto umbilical. Houve compreensão e boa aceitação por todos os membros familiares para as práticas de cuidado do coto umbilical do RN .

Foi solicitado que a puérpera ou avó materna desenvolvesse o cuidado a região umbilical; a avó paterna Fedegoso aceitou realizar o cuidado colocando o cotonete no interior do frasco de álcool a 70%, contaminando o antisséptico. Ambas foram orientadas, inclusive a tia paterna que estava presente, a utilizarem o antisséptico de forma correta. Houve reconhecimento de que realmente estavam desenvolvendo a prática do cuidado de forma não adequada. Diante de tal procedimento, reelaboramos as condutas de cuidados. Neste momento, foram oferecidos quatro frascos de álcool a 70%, sabonetes, fraldas descartáveis e saboneteira para o RN, e solicitei mais uma vez que a avó paterna desenvolvesse o

cuidado da região umbilical, sob os olhares dos demais membros ali presentes e sob as orientações num processo de observação participante. Assim foi solicitado que o álcool ora contaminado, fosse desprezado. Além disto, na primeira visita, foi solicitado que os membros presentes familiares cheirassem a região umbilical do RN, para que sentissem o odor fétido exalado pela região. A tia paterna prontificou-se a fazê-lo.

Quanto a avó materna, fui informada pela puérpera que esta não tinha influência no cuidado do coto umbilical do RN, pois freqüentava pouco seu domicílio.

A segunda visita ocorreu sete dias após a primeira, esta agendada para oito dias; a avó paterna disse: você não vinha na quarta? Diante deste questionamento, justifiquei o porquê da antecipação, a indisponibilidade de motorista para transportar a pesquisadora na data agendada, àquela residência. Tal situação levou-me a reflexão de que, é preciso atenção e cuidado em trabalhos comunitários, sobretudo, no respeito aos seus valores. Assim, pedi desculpa. Nesta visita, observei que o coto umbilical do RN havia caído e a região umbilical apresentava-se parcialmente cicatrizada. Segundo a puérpera a queda ocorreu ao sexto dia de vida do RN.

Nesta visita, a puérpera revelou que enrolou o coto umbilical do RN numa fralda e o guardou assim como fizera com o de sua primeira filha com idade aproximada de três anos. A razão para essa atitude comportamental encontrava-se na história familiar de valores culturais, porém não soube explicar o porque de guardar o coto umbilical, como observado noutras famílias destes estudos, a exemplo, de enterrar o coto para a criança não se tornar uma pessoa a margem da sociedade, na forma coloquial das famílias, tornar-se um ladrão/ladra caso o rato o comesse. Na oportunidade da visita, foram reforçadas as orientações de cuidado ao RN, a exemplo, a continuidade do álcool a 70% várias vezes ao dia até a completa cicatrização da região umbilical. E para o meu contentamento, fui informada pela avó paterna do RN que o banho estava sendo dado em água corrente e com enxágue. Observei que o RN não mais usava faixa umbilical e a fralda estava dobrada de forma a não causar atrito sobre a região umbilical, havendo uma adesão das orientações ocorridas na visita anterior.

Na terceira visita, encontrei a avó paterna Fedegoso com expressão facial de tensão, pouco receptiva e responsiva. Encontrei limitação para adentrar ao espaço domiciliar, não sendo permitido ver a puérpera e o RN. Fui informada que a puérpera estava ocupada, e, portanto, não poderia me atender. A senhora Fedegoso parecia

“aborrecida” e pouco susceptível à visita. A inferência que elaborei da situação é que, havia no domicílio conflitos relacionais e uma “tomada de poder” por parte da sogra da puérpera que impossibilitava relações proximais para o desenvolvimento do estudo. E também, certo descontentamento com as orientações anteriores sobre o cuidado ao coto umbilical, banho e uso de faixa no RN. Depreendeu-se daí, que a sogra sentiu seus valores culturais infligidos, embora tenha apresentado atitudes comportamentais que a conduziram a certa mudança nos cuidados.

Nas imagens abaixo podem ser observadas a fralda e faixa sobre o coto e região umbilical, e também essa região em processo de cicatrização. A terceira foto demonstra o resultado da observação participante e a melhora no processo cicatrizacional da região umbilical, validando desta forma, a importância de estudo da natureza do apresentado em cenários como domicílios de famílias com RN.

- *Algumas fotos da família*



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora dos registros de imagens da pesquisa. Período Dez/2009

FAMÍLIA 5



Puérpera secundípara de nome fictício Lírio, reside com seu companheiro e seus filhos em casa própria com duas salas, dois quartos, banheiro, cozinha e área de serviço que ficava localizada no bairro Km 3, um bairro periférico que dispunha de uma Unidade de Saúde, composta por uma Equipe da Estratégia Saúde da Família.

A família mostrou-se receptiva ao primeiro contato. Encontrei a puérpera em companhia de seus filhos e de sua genitora no seu domicílio, nesta visita fui informada da existência da avó paterna que residia nas vizinhanças da puérpera. Informação importante para o estudo visto seu objetivo tratar-se das influencias intergeracionais no cuidado do coto umbilical, de maneira que se fazia necessário ir ao encontro desta avó, pois também comporia a amostra do estudo, o que foi oportunizado ainda neste primeiro encontro com a família. A necessidade deste encontro, deveu-se às informações obtidas da puérpera e sua genitora de que a avó paterna auxiliava no cuidado do coto umbilical e do banho do RN. Neste enlace de cuidado, a avó materna do RN ficava responsável pelo cuidado ao primeiro filho da puérpera e dos afazeres domésticos.

A participação do companheiro da puérpera girava em torno de manter a residência e o sustento à família. Este, não foi encontrado durante o trabalho de campo neste estudo. Portanto, não houve sua participação no estudo.

Nesta entrevista, obtive como informação da puérpera, que esta estava usando no cuidado do coto umbilical de seu RN, óleo de amêndoa, segundo orientação de sua sogra. Observei que o coto umbilical estava infectado, apresentando odor fétido, coloração amarelada na base de implantação, estendendo-se às mediações do coto; faixa umbilical e fralda cobriam o coto do RN. A puérpera relatou o banho do RN com água presa e sem enxágue. Solicitado mais informações sobre o banho, a banheira me foi mostrada, e identifiquei haver orifício com tampa para escoamento da água do banho, no entanto, percebi que a família desconhecia sua finalidade. Na oportunidade, e com a possibilidade da observação participante busquei através da educação em saúde promover conhecimentos juntamente a família que a possibilitasse reavaliar suas práticas cuidativas de banho e do cuidado ao coto umbilical do RN. Assim, entreguei seis frascos pequenos com álcool a 70%, sabonetes, gases, fraldas descartáveis e saboneteira; orientando a maneira adequada de cuidar o coto umbilical, do ponto de vista profissional.

A puérpera e as avós do RN demonstraram assimilação e compreensão dos conhecimentos a respeito do cuidado do coto umbilical, não havendo resistência para os cuidados ao RN.

Durante a visita solicitei que uma das cuidadoras ali presentes (puérpera ou avó materna) desenvolvesse o cuidado ao coto umbilical com álcool a 70%. A puérpera aceitou desenvolver o cuidado, iniciando com a introdução do cotonete

num dos frascos de álcool a 70%. Neste momento, reconstruí conjuntamente com os presentes a maneira correta da realização do procedimento, pois havia com o ato de introduzir o cotonete no frasco, contaminado toda a solução, sendo necessário desprezá-lo. Então, as ensinei a manusear de forma correta o álcool a 70%, tendo o cuidado de despejá-lo sobre uma das extremidades do cotonete, devendo evitar pegar na parte do algodão e sim na haste para não contaminá-lo, permitindo a utilização da outra extremidade. Também a higienização das mãos antes e após o cuidado ao coto umbilical e ao RN. Na oportunidade solicitei aos presentes cheirassem o coto umbilical, de modo a perceberem a existência da infecção, e assim foi feito. Segundo Fontes (1991) cheirar o coto umbilical, faz parte do exame, esta estratégia foi viabilizada para que os membros familiares reavaliassem suas práticas cuidativas tendo em vista evitar danos e agravos à saúde do RN.

Na segunda visita, ocorrida seis dias após a primeira, encontrei o RN não usando mais a faixa, o coto já havia caído e o álcool a 70% estava sendo utilizado no cuidado à região umbilical, porém ainda com riscos à saúde do RN, pois a região estava discretamente aberta e drenando secreção mucóide em pouca quantidade de coloração esbranquiçada, entretanto, sem odor fétido, em processo de cicatrização. A família informou que o banho do RN estava sendo realizado em água corrente, com enxágue. A puérpera Lírio afirmou que não estava mais usando o óleo de amêndoa, seguindo as orientações da visita anterior.

A avó paterna Avenca, afirmou que o uso da faixa e do óleo de amêndoa foram indicados por ela no cuidado do coto umbilical do RN. Já a avó materna Chapéu de Couro, não admitia que a puérpera Lírio contestasse o uso de óleo de amêndoa no coto umbilical do RN, pois tratava-se de ensinamentos adquiridos ao longo de sua vida com sua mãe, bisavó do RN; demonstrando com isto uma certa autoridade em querer que a puérpera seguisse os saberes familiares.

Neste contexto relacional, percebia-se que apesar da puérpera querer ir de encontro a sua mãe, ela acabava por fazer o que esta lhe transmitia, reforçando os valores culturais familiares para evitar desentendimentos entre ambas na relação familiar. Este aspecto, de vínculo relacional com a expressão do poder da avó diminuía a possibilidade de tomada de decisões por parte da puérpera de modo a haver pouca resiliência em situações de confronto que envolvia o cuidado do RN, ou seja, os “saberes dos mais velhos” devem ser respeitados, no entanto,

quando estes não põem em riscos a integridade física e moral de outros, dizia a puerpera.

Na terceira visita encontrei a puérpera e sua genitora com expressão facial de alegria e satisfação com a cicatrização da região umbilical do RN; informaram reconhecer a eficácia do álcool a 70%, de modo que à luz da minha percepção, refletiram sobre os seus saberes culturais advindos de seus familiares quanto ao uso de outras substâncias, pois com o álcool a 70% não havia mais infecção e o coto despreendeu dois dias após o uso do anti-séptico. Registra-se, portanto, a mudança de atitudes comportamentais dos membros familiares no cuidado ao RN.

- Algumas fotos da família



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora dos registros de imagens da pesquisa. Período Nov-Dez/2009.

FAMÍLIA 6



Puérpera primípara de nome fictício Cacto, foi visitada na residência de sua genitora, no bairro Km 3. Nesta casa residiam os avós maternos do RN, um irmão da puérpera com sua companheira e filha. Tratava-se de uma residência pequena com uma sala, cozinha, banheiro e dois quartos; humilde e asseada. A região peridomiciliar em precárias condições de saneamento, sistema de abastecimento de água instalado e rede elétrica. A

puérpera Cacto, embora estivesse no domicílio de sua genitora com seu RN, tinha sua própria casa que ficava localizada no bairro km 4, bairro próximo ao de sua genitora, segundo informação da puérpera. No bairro de residência da família havia uma Unidade de Saúde da Família com duas equipes, para atendimento a comunidade daquela localidade.

A minha recepção nesta família se deu de forma amistosa, com acolhimento e expressão de satisfação familiar, fui recebida pela puérpera, sua cunhada e pela avó materna do RN. Os demais membros da família não se encontravam no domicílio. Daí, solicitei que uma das presentes mostrasse o que estava sendo usado no cuidado do coto umbilical do RN. A puérpera mostrou um frasco contendo álcool a 70%, identificado com um rótulo; então a meu pedido, a puérpera fez a leitura deste rótulo; neste, estava registrado o nome do projeto, da universidade, do antisséptico e da coordenadora do referido projeto. Então foi percebido que se tratava de alguém que já havia sido cadastrado no Projeto de Extensão Programa Educativo: saúde do coto umbilical da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Jequié. Sua cunhada também informou que recebeu além do álcool a 70% orientações do projeto/UESB, de como cuidar do coto umbilical de sua filha quando internada no hospital. Ao examinar o coto umbilical, este estava mumificado, sem odor fétido e sem secreção.

Percebi que a avó materna parecia não estar muito satisfeita com o uso de álcool a 70%, e também com o não uso de faixa sobre o coto umbilical. Sua percepção sobre o álcool era de que este contribuía para a demora da queda do coto umbilical e que a falta do uso de faixa, deixaria o RN com o umbigo grande, dizia: “Se eu fosse hoje ter filhos, eu não botava isso não, eu botava do meu jeito. [...] Até hoje, ele não caiu o imbigio, com dez dia. Se fosse no outro tempo, já tinha caído”.

Questionada sobre o banho do RN, a puérpera informou que este era dado em água presa na banheira. Diante desta informação, orientei a família quanto à forma correta do banho e seus benefícios em água corrente e com enxágue. A família concordou em rever este cuidado, dizendo que os próximos banhos seriam em água corrente com enxágue, e que faria da melhor forma que lhes fora ensinado para promover a saúde do RN.

Ao visitar a puérpera pela segunda vez (oito dias após a primeira visita), o coto umbilical ainda não havia caído, estava mumificado e sem sinais de infecção. A

puérpera Cacto parecia preocupada, considerando demorada a queda do coto umbilical do seu RN, visto que o RN contava-se com dezesseis dias de vida, e este fato era incomum aos seus conhecimentos, razão na qual residia sua preocupação. Diante do acontecimento, esclareci à puérpera e a sua cunhada, presente naquele local, que não havia motivos para tal preocupação, pois o coto não apresentava sinais de infecção, e que sua queda varia de RN a RN, dependendo diretamente dos cuidados e de substâncias utilizadas, e que o álcool a 70% é a substância recomendada, por estudiosos na área de obstetrícia, pediatria e de neonatologia, bastando para tanto usá-lo várias vezes ao dia, secar o coto umbilical de forma adequada, deixando-o exposto, livre de fralda, faixa e fluidos corporais, a fim de evitar umidade e proliferação de bactérias promovendo a queda e o processo de cicatrização. A preocupação da puérpera a aproximou da Unidade de Saúde, buscando apoio para o cuidado do RN, “a gente foi conversar com a enfermeira, [...] A gente levou, aí ela olhou e falou que tava sequinho, não tava com mau cheiro, não tinha nada [...] podia esperar pra cair mais tarde”.

Ao retornar àquela residência, na terceira visita, não encontrei a puérpera e o RN. Fui informada pela sua genitora e seu irmão de que esta havia retornado ao seu domicílio. O seu endereço não foi disponibilizado, impedindo assim, um novo encontro para o estudo. Nesta visita os membros familiares encontravam-se pouco disponíveis para o trabalho de campo, no entanto, compreendi que deveu-se ao horário ao qual estava realizando a visita - próximo ao horário de almoço.

Durante as três visitas realizadas nesta família a avó paterna não se fez presente. A informação dada pela família era de que esta avó visitou o RN apenas uma vez.

Nesta família observei que apesar da puérpera demonstrar ser resiliente no cuidado ao coto umbilical do seu RN, por vezes percebia contradição em sua fala, validada na observação participante, quando o assunto se referia ao banho do RN, sendo este realizado por sua cunhada ao invés da mãe. Esta não executava o banho, pois considerava o RN “molinho”, demonstrando com isto medo em desenvolver os cuidados em sua integralidade: “Ah, não, tenho medo. Tenho medo porque ele é muito molinho, Tenho medo de dar banho nele; não sei, não sei cuidar não [...]”.

Além disto, também foi percebido a existência da influência de saberes culturais na família, valorizados pela puérpera, quando se referia que a qualquer

momento podia buscar apoio dos saberes de sua mãe quanto ao cuidado do coto umbilical, visto que se o álcool não correspondesse as suas expectativas buscaria outros como o pó de fumo e a faixa que a avó materna, senhora Samambaia, usou nos seus filhos.



Nesta família os membros só permitiram a realização de duas fotografias, alegando não estarem adequadamente vestidos para terem suas imagens registradas.

Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora dos registros de imagens da pesquisa. Período Nov-Dez/2009.

FAMÍLIA 7



Puérpera de nome fictício Violeta, possui sete filhos, com os quais reside. Seu companheiro, pai de seus filhos, mora com sua mãe, sendo este, filho único. A residência da puérpera, uma casa simples, em estado precário de conservação, parede com rachadura na única sala, dois quartos, banheiro, cozinha com uma pia e área de serviço. Trata-se de imóvel próprio localizado no bairro Mandacaru. Ao chegar naquele domicílio, fui recebida gentilmente pela avó

materna Girassol. Sendo convidada a adentrar aquele espaço. Quando busquei saber se a puérpera estava presente, fui informada de que a mesma havia procurado atendimento médico com seu RN no hospital, por ter sentido um mal estar. Na oportunidade, iniciei a entrevista com a avó materna. Obtive como

informação que tanto a avó materna quanto a avó paterna residem no mesmo bairro em que a puérpera reside. Ambas frequentam a casa da puérpera cotidianamente.

Fui informada que o motivo do mal estar sentido pela puérpera assentava-se em aborrecimentos entre os membros da família. A segunda visita ocorreu no dia seguinte. A puérpera estava presente em sua casa e mostrou-se segura ao relatar os cuidados com seu RN. Relatou não ter realizado pré-natal, mas que ela mesma cuidava do coto umbilical de seu RN. A avó materna informou que a puérpera dava banho no RN, com a utilização de um caneco, deixando o orifício da banheira aberto, para a saída de água suja, evitando a reposição de água presa e suja no RN. Esta foi a única puérpera dentre os sujeitos do estudo que procedia o banho do RN em água corrente com enxague. A avó materna auxiliava no banho do RN e cuidava dos afazeres domésticos e dos demais filhos da puérpera. A observação da relação familiar mostrou-me o quão resiliente era a puérpera Violeta, diante de sua genitora e sogra, desenvolvendo os cuidados ao RN com segurança; no aprofundamento desta observação e dos relatos da família constatei, trata-se de uma pessoa cadastrada no projeto/UESB há dez anos, razão pela qual acreditamos que tal apreensão dos conhecimentos a possibilitou a resiliência. Destaque se faz a sua fala, aqui transcrita:

Eu já sei como cuidar, tem pessoas que manda colocar óleo, pó de um bocado de coisa aí, pó de pena, de couro sim, de sola, até couro de sola já me ensinaram, (risos) a minha sogra (risos), a minha sogra diz que tratou o umbigo dos filhos dela com couro de sola torrado, mas eu não vou fazer um absurdo desse. Eu não usaria, não usaria, porque isso é coisa de gente atrasado; porque é errado, é contra indicado, colocar qualquer coisa no umbigo da criança, que não seja o álcool a 70. Secar bem, e limpar direitinho, proteger, né?

Observei que o coto havia caído; a fralda do RN estava dobrada de forma que não cobria o coto umbilical; o RN não estava em uso de faixa. A puérpera informou que já usava álcool a 70% doado pelo Projeto/UESB há dez anos no cuidado do coto umbilical de seus filhos, desde que esta foi orientada pelos membros do referido Projeto.

Os valores culturais desta família vão ao encontro de outras já estudadas quanto ao destino final do coto umbilical após sua queda, a puérpera informou que o coto umbilical de seu primeiro filho foi enterrado numa fazenda de café na cidade de Itiruçu/BA para que seu filho se tornasse um fazendeiro, e que os demais cotos

umbilicais, estavam guardados numa caixa de porta óculos para serem mostrados aos seus primeiros netos quando os tiver.

A puérpera relatou que apesar de ter sido orientada pelo Projeto quanto ao uso de álcool a 70%, o médico do pré-natal a orientou usar no coto umbilical deste RN o álcool iodado, observa-se aqui uma orientação fora daquela preconizada pelo Ministério de Saúde do Brasil, e da literatura vigente.

A estratégia da técnica da observação participante possibilitou a aproximação de saberes de modo que reforcei as orientações quanto a manter o uso do álcool a 70% até a completa cicatrização da região umbilical do RN; valorizando ainda a realização do banho no domicílio, no entanto, ressaltando as orientações para o descarte da água não ocorrer na pia de uso doméstico, de modo a evitar contaminação dos utensílios de uso comum, assim, fosse desprezada em local apropriado, por exemplo, no banheiro. Essas orientações foram acatadas como um novo hábito familiar.

O cuidado dispensado pela puérpera ao RN era reconhecido pela avó materna do RN que dizia: ser sua filha uma pessoa extremamente cuidadosa com seu RN. Enunciava:

Quem cuida do umbigo, é a Violeta, cuida bem do RN ela é muito extremosa e, às vezes, eu reclamo [...], porque ela tem muito cuidado com este RN. Chega a extremo a exigência; meu filho eu não criei com tanta coisa, e eles estão vivos, (risos), mas ela faz questão de fazer tudo direitinho.

E é nesse contexto que emerge a fala da avó paterna, reforçando seus aprendizados de cuidados ao coto umbilical de seu filho:

Eu só digo pra ela assim: o meu filho, eu curei tudo com sola de sapato queimado, tirado o pó, que me ensinava. Então, eu não ensinei a ela eu falei pra ela. Ela achava que era coisa perdida, né? Eu fiz mais não servia, né? E que não era vantagem, mais só que naquele tempo que o povo me ensinava eu fazia. Bom só falei do pozinho de sapato. Ela disse que isso era bestage, ela não acreditou que isso servia de remédio. Ela achava que isso não curava, que isso é coisa de vei, de antiga. Ela não acreditou, e nem ta usano também.

Observa-se então, que apesar dos saberes populares culturais, existentes no universo de conhecimentos teórico-práticos das avós, que foram relatados para a puérpera, esta não se deixou envolver, manteve-se consciente e segura dos conhecimentos científicos teórico-práticos aprendidos e apreendidos, valorizando-os

na certeza de que estes foram para ela e seus filhos o que promoveu melhor qualidade de saúde, havendo desta forma a manutenção deste cuidado.

A avó materna, apesar dos seus conhecimentos adquiridos e praticados no cuidado do coto umbilical de seus filhos, e de alguns netos, declarou que colocou faixa umbilical nos seus netos, mas na observação feita por mim o RN da puérpera não estava em uso de faixa umbilical.

Na terceira visita, o companheiro da puérpera estava presente, porém não quis participar da entrevista; o casal mostrava-se distante, não havendo comunicação verbal entre ambos durante todo o período da visita. A avó paterna informou haver conflitos relacionais entre o casal.

Nesta família foram realizadas três visitas; o que possibilitou ampliar o olhar sobre os valores culturais, a resiliência e as relações da família para o cuidado do coto umbilical do RN. A oportunidade da técnica de observação participante contribuiu para o crescimento mútuo quanto aos objetivos da pesquisa e a promoção de orientações/cuidado à saúde do RN.

- Algumas fotos da família



Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora dos registros de imagens da pesquisa. Período Dez/2009

FAMÍLIA 8

Puérpera de nome fictício Adália tem quatro filhos, sendo uma gestação gemelar. Reside numa casa que pertencia a uma igreja, na qual a família congregava, e que foi cedida à família por empréstimo. Esta localizada no bairro Mandacaru. Residia em companhia dos filhos e companheiro, em casa espaçosa, com duas entradas lateral e frontal, duas salas, três quartos, cozinha, banheiro, área de serviço.



Nesta visita, a família foi encontrada em companhia da genitora da puérpera a qual a auxiliava nos cuidados domésticos e dos netos. Seu companheiro trabalhava na roça da família. Encontrei a família nos afazeres domésticos, mas estes não as impediram de me receberem com atenção e curiosidade sobre os objetivos do estudo, pois, a exemplo, das demais participantes deste estudo, o primeiro encontro se deu na maternidade do hospital. Neste encontro, solicitei que participassem da pesquisa e com anuência dessas iniciei o trabalho de campo. O RN estava deitado num carrinho, numa das salas da casa, sob os olhares atentos da puérpera.

Nesta primeira visita observei que o coto umbilical estava mumificado, o RN não usava faixa, porém a fralda cobria o coto umbilical. A puérpera informou desconhecer a faixa, dizendo que não usaria em seu RN. Neste momento, foi explicado o risco do uso da faixa que poderia comprometer à saúde do RN. Acerca do banho, a puérpera informou que este estava sendo dado com água presa na banheira. Diante desta informação, e das observações de campo orientei como deveria ser dado o banho no RN, esclarecendo o porque do dispositivo existente na banheira para escoamento de água durante o banho do RN para evitar a contaminação do coto umbilical, uma vez que a água presa o recontaminaria. A puérpera demonstrou compreender a importância deste cuidado e seguir às orientações. No decorrer da visita, foram reforçadas as orientações de lavagem das mãos antes e após procedimento de cuidado ao coto umbilical, manutenção de utilização do álcool a 70% várias vezes ao dia até a completa cicatrização da região umbilical e a forma de manuseio do material utilizado no cuidado, de modo a evitar contaminação do antisséptico, devendo o mesmo ser despejado sobre o cotonete, ao invés de introduzi-lo no frasco de álcool a 70%, como foi realizado por esta durante a primeira visita. O álcool absoluto utilizado anteriormente, no coto umbilical, foi substituído por álcool a 70%, sendo este doado juntamente com sabonetes e fraldas descartáveis para o cuidado ao RN.

Na visita subsequente, o RN estava no sétimo dia de vida, o coto umbilical já havia caído. A puérpera informou que o banho estava sendo dado em água corrente e com enxágue, conforme orientação anterior. Ao observar a região umbilical, esta

estava discretamente aberta, a puérpera mantinha o uso de álcool a 70%; no momento informou que usaria até a completa cicatrização; o RN usava fralda abaixo da região umbilical e o banho estava sendo dado na forma orientada. Como tratava-se do sétimo dia de vida do RN, a puérpera informou ter retirado a criança do quarto e levado para a área externa da casa, contrariando os saberes da avó materna, valor cultural, de que o RN não poderia ter saído do quarto no sétimo dia. A puérpera relatou que sua genitora e seu sogro não estiveram de acordo, com a retirada do RN, do quarto no sétimo dia de vida, pois seus conhecimentos diziam que faz mal – é o mal de sete dias.

Tratava-se de uma família de bom relacionamento interpessoal, havendo apenas discordâncias em valores culturais, no entanto, estes não promoviam distanciamento vincular, pois a família se reestruturava na busca da harmonia do bom convívio. Era respeitado o saber intergeracional, porém, na presença de cuidados populares de riscos à saúde do RN, a pesquisadora tentava-se a negociação/troca de cuidados êmicos por cuidados éticos, fundamentada nos ensinamentos da teórica Leininger.

Outro saber identificado diz respeito a indicação da avó para o uso de pó de pena de galinha no coto umbilical do RN, referindo que por falta de uma galinha no quintal da casa não tinha pena para torrar e colocar no coto umbilical do neto, dizia: “só ouço o cantar do galo, mas não vejo a galinha, e nem a pena”, quando busquei saber da puérpera se ela aceitaria usar no coto umbilical de seu RN pó de pena de galinha, esta respondeu: “não, este tipo de substância não é recomendada pela ciência”. Neste momento, a avó materna mudou seu semblante tomando uma conformação de tristeza e timidez, mudou de opinião após ouvir a resposta de sua filha que mostrou-se contrária ao saber de sua mãe.

Na terceira e última visita, a puérpera foi fotografada segurando penas de galinha que seu companheiro havia trazido da zona rural aonde trabalhava, e segundo a puérpera o seu companheiro estava disposto a colocar o pó de pena de galinha na região umbilical do RN, pois considerava que o umbigo estava inflamado. Ao examinar a região umbilical, constatei que não havia processo inflamatório. A puérpera informou que este tipo de cuidado, seu companheiro aprendeu com seus pais, que residem na zona rural, e a sua decisão em não usar o pó de pena assentava-se no que apreendeu a partir das orientações sobre a importância do uso de álcool a 70%, e também dos reforços obtidos nas visitas domiciliares desta

pesquisa. Donde se conclui a sua capacidade de resiliência, visto que não se deixou influenciar pela transmissão intergeracional de cuidado familiar, quando estes punham em risco a saúde do RN.

- *Algumas fotos da família.*



Fonte: Acervo pessoal da Pesquisadora dos registros de imagens da pesquisa. Período Dez/2009.

FAMÍLIA 9



A visita a esta puérpera, de nome fictício Jasmim, ocorreu em sua residência, casa simples, própria, sem reboco, contendo um quarto, uma sala, cozinha, área de serviço, situada no bairro Mandacaru, esta pertence a uma rede social extensa no bairro. Ao chegar ao domicílio fui bem recebida pela puérpera que encontrava-se em companhia de sua genitora. Esta última pouco participativa, mas vigilante à entrevista, atenta ao que a filha dizia em respostas a entrevista. Nesta primeira visita, o coto umbilical do RN já havia caído e havia a prática do uso da faixa umbilical. Foi solicitado à puérpera a retirada da faixa; a região umbilical encontrava-se cheia de pó de fumo, sendo relatado pela puérpera que o pó de fumo orientado pela parteira servia para cicatrizar a região umbilical.

Na oportunidade orientei sobre os riscos da referida substância, mas a puérpera e sua genitora mostraram-se resistentes e contrárias. Solicitei autorização para fotografar a região umbilical a fim de comprovar ainda nos dias atuais essa prática no saber popular, sendo permitido. Embora com o uso desta substância, a região umbilical estava aparentemente sem sinais de infecção, de modo que, foi possível compreender a atitude destas mulheres, quanto ao uso do pó de fumo.

Outro procedimento observado diz respeito ao uso da fralda cobrindo a região umbilical. A puérpera informou que o RN recebeu tratamento do coto umbilical com óleo de amêndoa no primeiro dia de retorno a sua residência, porque não tinha o óleo de rícino, recomendado pela parteira e pela sua filha também parteira, ou seja, aprendiz segundo a família, estas cuidaram do coto umbilical e deram os primeiros banhos no RN.

A puérpera informou que o óleo de rícino era usado pela parteira e sua filha que já utilizavam no cuidado do coto umbilical de RNs há bastante tempo, assumindo ser a eficácia do produto melhor que o óleo de amêndoa. No segundo dia de cuidado ao RN a família informou ter utilizado no coto umbilical o óleo de rícino, comprado na farmácia para que ocorresse a queda do coto. Após a queda deste, a filha da puérpera passou a usar na região umbilical o pó de fumo torrado, que segundo a puérpera servia para não “infeccionar e para microorganismos não morder” tal região; já a avó materna do RN, informou que o pó de “fumo servia para o umbigo secar mais rápido”. A puérpera só deu banho e cuidou da região umbilical do RN, no segundo dia após a queda do coto umbilical, porque no dia em que caiu o coto umbilical, a filha da parteira foi mais uma vez cuidar do RN, colocou o pó de fumo e passou as orientações para a puérpera. A puérpera informou ainda que só suspendeu o uso de faixa umbilical quando a região umbilical estava completamente cicatrizada; além disto, declarou que no sétimo dia de vida do RN foi utilizado uma tesoura debaixo do seu travesseiro para evitar que o mal de sete dias passasse para o RN, citou o nome de uma doença que denominou de “Malvada”, e que a tesoura servia para evitar que o mal de sete dias acometesse o RN, o que, no entendimento da puérpera e demais cuidadores, poderia levá-lo a óbito.

A avó materna concordava com o que sua filha falava, afirmando que também desenvolveu este cuidado com os seus filhos, e que no sétimo dia de vida estes não saiam do quarto e que seus utensílios também eram mantidos no quarto neste dia, para evitar o mal de sete dias.

A segunda visita me direcionei a residência da parteira, esta informou prestar cuidados ao RN juntamente com sua filha, que a auxiliou no banho do RN pós alta hospitalar, esta ensinou sua filha a desenvolver os cuidados ao RN transmitindo assim seus valores culturais para que essa desse continuidade, ao seu “ofício”, pois queixava-se de cansaço. E a idade, já a “presenteava” com alguns problemas de saúde.

Apesar da puérpera informar que no hospital recebeu orientação de que deveria usar no coto umbilical de seu filho o álcool a 70%, esta preferiu seguir as orientações da parteira e da filha da referida parteira e de sua genitora, que a apoiava nas tomadas de decisões, onde os valores culturais eram permeados de saberes populares místicos perpassados a várias gerações naquela família e rede social. O banho do RN estava sendo dado com água presa e sem enxágue, este foi o único cuidado orientado nas visitas, que ela e sua família permitiram a mudança.

Na terceira visita realizada, o RN não usava faixa umbilical, a região estava inteiramente cicatrizada. Ao buscar saber sobre o banho, a puérpera informou que o RN estava tomando banho em água corrente e com enxágue. Na oportunidade e diante dos poucos recursos da família, foram doados fraldas descartáveis e sabonetes para o RN, porém não lhe foi dado o álcool a 70%, respeitando seus valores culturais, e também por haver cicatrização da base de implantação do coto umbilical.

Nesta família, a puérpera sofre influencia direta do “poder” materno e da rede social, não sendo resiliente, pois esta confiava plenamente na parteira que chamava de comadre, na filha desta, e também na avó materna do seu RN. Estas com influência direta nos ensinamentos intergeracionalmente da parteira para sua filha e posteriormente para as pessoas da sua rede social, que se estendiam para outras puérperas, das quais a parteira realizava os partos. A puérpera declarou que a sua confiança estava assentada na larga experiência da parteira e na vivência das pessoas de sua rede de relações, os saberes e experiência de longas datas adquiridos por estas pessoas, uma vez que a parteira além de cuidar do coto umbilical de vários RN de bairros diversos da cidade de Jequié, era também responsável por muitos dos partos realizados nas mães dos referidos RNs. A puérpera foi fotografada segurando o óleo de amêndoa e o óleo de rícino que foram utilizados no coto umbilical de seu RN, além disto, também foi fotografada a avó materna segurando o pó de fumo utilizado na região umbilical do RN.

Na quarta visita a família, o RN foi encontrado na sala, ao colo de uma vizinha, era dia festivo, pois tratava-se de aniversário da filha mais velha da puérpera. A família estava alegre com os festejos. Foi um momento de despedida e satisfação no estudo.

- Algumas fotos da família.



Fonte: Acervo pessoal da Pesquisadora dos registros de imagens da pesquisa. Período Dez/2009.

FAMÍLIA 10



A Visita a esta puérpera secundípara de nome fictício Andorinha, só foi possível, com a ajuda de uma senhora que informou onde ficava localizada sua residência, uma vez que a puérpera informou o endereço incorreto. Disse residir no bairro km 4, mas a rua e número da casa não correspondiam ao real endereço desta (esta omissão de endereço é uma situação já vivenciada em nossa prática comunitária). Ao localizar a residência da puérpera, encontrei com seu companheiro, um senhor de meia idade, à porta de um bar. Este informou que a puérpera não se encontrava em sua residência e que eu fosse à casa de sua sogra localizada a poucos metros. Então fui até ao domicílio da avó materna e quando procurei pela puérpera, fui recebida por esta, informando-me que sua filha tinha ido à Unidade

Saúde da Família. A avó materna parecia estar preocupada com os afazeres da casa, fato observado por mim, pois esta senhora estava com os braços molhados, e também parte de sua roupa. Encontrava-se a lavar roupas. Em nenhum momento fui convidada para adentrar o domicílio. A avó materna foi entrevistada no passeio de sua residência. Antes do término da entrevista a puérpera chegara, sendo também entrevistada. O RN não foi visto, pois se encontrava dormindo.

Em relação aos cuidados com o coto umbilical do RN, a puérpera e sua genitora informaram que estavam colocando óleo de amêndoa no coto umbilical e que após a queda deste, elas iriam colocar o pó de pena de galinha e a faixa umbilical. A puérpera relatou ainda que sua primeira filha fez uso do álcool a 70% durante oito dias, doado pelo Projeto/UESB, quando do seu internamento na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do hospital, e que este não promoveu a queda rápida do coto umbilical, razão pela qual não tinha confiança na substância, passando a utilizar o óleo de amêndoa, o pó de pena de galinha e a faixa umbilical. Uma atitude que demonstrava a influência intergeracional familiar no cuidado ao coto umbilical incentivado pela avó materna do RN.

Diante desta situação senti a necessidade de retornar à residência da puérpera no dia seguinte para avaliar o coto umbilical do RN. A puérpera foi encontrada em frente à residência de sua genitora, com o RN nos seus braços. Convidou-me a entrar no seu domicílio, sendo possível observar a relação familiar, a estrutura da casa e, especialmente, o RN. Tratava-se de uma casa simples, com uma sala, um quarto, área de serviço, mas não foi percebido as demais dependências desta casa, pois o companheiro da puérpera apresentou comportamento agressivo com a puérpera, razão pela qual a visita foi encerrada e não houve retorno naquele domicílio. Tratava-se de conflito conjugal, mas apesar do ocorrido, foi possível avaliar o estado do coto umbilical do RN e orientar o cuidado e doar materiais (álcool a 70%, fraldas, gazes estéreis e sabonete). Durante a observação percebi que o coto umbilical do RN apresentava características de processo infeccioso, havia secreção mucopurulenta, com hiperemia discreta nas proximidades do coto umbilical, contudo não foi detectado odor fétido, mas um odor intenso de óleo de amêndoa. Mostrei para a puérpera o estado do coto umbilical do seu RN, esclarecendo para esta que tais sinais se tratava de uma anormalidade, e que seu filho, precisava de acompanhamento por profissional de saúde, médico ou enfermeiro para tratamento adequado, visto que os sinais apresentados,

caracterizava-se um quadro de infecção com risco sistêmico. A puérpera concordou e recebeu seis frascos de álcool a 70%; orientei como cuidar do coto umbilical, enfatizando a lavagem das mãos antes e após cada procedimento realizado ao coto umbilical; além disso, falei sobre o banho do RN em água corrente e enxágue, que esta seria a forma correta, uma vez que evitaria contaminar o coto umbilical com a água presa e sem enxágue. Ela demonstrou interesse e atenção às orientações de cuidados para o RN. Ao final da visita, foi expresso pelo companheiro que a razão do conflito familiar estava em sua esposa passar a maior parte do tempo em casa de sua sogra.



Essa puérpera não era resiliente ao cuidado do coto umbilical de seu RN, deixava-se influenciar por sua genitora, seus conhecimentos e valores culturais, permanecendo a maior parte do tempo na residência desta, distanciando-se de seu companheiro e de sua própria casa.

Fonte: Acervo pessoal da Pesquisadora dos registros de imagens da pesquisa. Período Dez/2009

CAPÍTULO 6

A complexidade recusa as generalizações,
Almeja a compreensão,
contrapõe a visão da simplicidade
Acentua a inquietude do pesquisador qualitativo
para aprofundar as suas muitas visões

6 ANÁLISE E COMPREENSÃO DOS DADOS

✓ O nosso olhar sobre a inter-relação da família para cuidar o coto umbilical do RN

Esta etapa do estudo se constituiu numa atividade intensiva, que exigiu criatividade, sensibilidade para o olhar atencioso no referencial teórico, o estado da arte, cruzando-os com o referencial metodológico, de modo a perscrutar os conceitos sem, no entanto, deixarmos-nos tomar por eles, antes, compreender os discursos dos sujeitos desta pesquisa. Foi assim, um trabalho árduo, mas prazeroso o *ser-fazer* a análise qualitativa que prossegue uma compreensão não linear, constitui-se sim numa análise complexa, portanto, difícil e desafiadora e que julgamos apesar de todo esforço envidado, ainda não tenhamos alcançado toda a sua essência, mas sabedores de que este tipo de análise se reveste na humildade de admitir que temos limitações.

Este processo teve início após a formulação das categorias que emergiram das informações dos participantes do estudo e da observação participante, a partir destas e de suas subcategorias, conforme registro em quadro demonstrativo no capítulo anterior, fez-se assim, a busca pela compreensão dos discursos.

O olhar atencioso sobre a inter-relação da família para cuidar o coto umbilical do RN se desvela num processo de imbricamento, no qual as categorias se atraíram como um *campo magnético* a atrair para si tudo com energia ao seu redor. Assim, as categorias se comportaram.

Neste processo de *magnetismo* das categorias e subcategorias fez emergir a apresentação do Modelo *Sunrise* proposto no Referencial Teórico, conduzindo a elaboração da figura 4, intitulada: **“O Mundo das Inter-relações do sistema familiar onde se desenvolve a prática de cuidado do coto umbilical dos RNs, na sua geracionalidade e interfaces com os cuidados profissionais”**

O MUNDO DAS INTER-RELAÇÕES



Figura 4: O Mundo das Inter-relações do sistema familiar onde se desenvolve a prática de cuidado do coto umbilical dos RNs, na sua geracionalidade e interfaces com os cuidados profissionais.

Nesta figura vê-se no centro uma família fictícia idealizada pela pesquisadora (fazendo uma analogia do campo de estudo observado), composta por um casal de adultos jovens com seu RN ao colo e o coto umbilical exposto, um casal de pessoas idosas representando membros da família, todos na sala de casa, portas e janelas abertas, a vizinhança que junto à janela da casa observa a família e uma criança compõe a rede de vizinhança. Aos arredores outras casas demonstrando a rede de vizinhança do bairro.

Outro círculo compõe a imagem e representa o mundo, ou seja, o planeta terra composto por pessoas numa diversidade cultural.

Segue-se a este outro círculo em cor branca que representa os cenários das categorias do estudo, como um sol a nascer com raios a expandir-se.

Por fim, estes raios dão luz às subcategorias do estudo que se mostram em grau de luminosidade diferente a depender de sua categoria.

Esta figura expressa o comportamento das categorias e subcategorias no estudo, as quais passaremos a discorrer, seguindo o direcionamento de Milles e Huberman (1984).

CATEGORIA I - *Cuidados com o coto umbilical - “visões das púerperas”*

Esta **categoria** consistiu da concepção das púerperas acerca do (des)cuidado do coto umbilical de seus RNs. Nesta as púerperas percebem o cuidado como ação, vínculo, presença, sentimentos e promoção da saúde de seus RNs, mas também ações de risco para a saúde. Desta categoria surgiram três **subcategorias**: **“Necessidades básicas de cuidado à saúde do RN”**; **“(Des)cuidado do coto umbilical - falta de percepção para saber cuidar”** e o **“Misto entre saber popular e científico”**.

O cuidado ao coto umbilical, pelas púerperas, é um ato que encontra respaldo na historicidade familiar, refletido na sua maneira de cuidar e envolve os saberes culturais adquiridos intergeracionalmente, com maior influência dos membros familiares mais proximais.

Este processo de proximidade relacional promove as formas como o cuidado se expressa na família. Cuidado que permeia a cultura vivencial familiar, esta compreendida como “um complexo formado por conhecimento, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade” (HELMAN, 1994, p.22). Assim, as visões das púerperas para o cuidado modelam-se pelo significado que atribuem ao coto umbilical, nas experiências e formas expressas adquiridas no meio intergeracional de pertença.

Este cuidado culturalmente adquirido no âmbito da gênese familiar, encontra, por vezes, também momentos de reavaliação de sua prática por influências culturais externas ao meio familiar, incorporando alguns outros valores da sociedade nas várias subculturas existentes, a exemplo, aquelas oriundas de saberes profissionais, de modo que neste estudo percebemos haver uma mixagem entre os saberes culturalmente adquiridos e executados. Assim, as subcategorias nesta dimensão se fizeram mostrar a partir dos sujeitos deste estudo.

✓ **Subcategoria 1.1** - Necessidades básicas de cuidado à saúde do RN

O RN é um ser único, frágil, dependente de cuidado e necessitado de que seja compreendido e respeitado em sua exigência implícita/explicita de cuidado para sua sobrevivência no processo de crescimento e desenvolvimento.

O nascer é um momento de grande instabilidade no desenvolvimento humano, pois marca a transição do desenvolvimento fetal para a vida extra-uterina. É uma fase de adaptações bioquímicas e fisiológicas necessárias à sobrevivência do RN. As adaptações ocorrem durante o período neonatal e serão mais importantes nas primeiras horas após o nascimento (LINARES; PINHO, 1985). Deste modo, após o nascimento, mãe e filho começam uma nova fase de vida. Não mais no seu habitat intra-uterino, o RN vive um novo ambiente, separado pelo elo cordão umbilical-placenta e útero materno; este ser que acabou de nascer encontra-se totalmente dependente de cuidados às suas necessidades. Desde então, “o contacto passa a ser de ‘pele’, e do imaginado passou-se ao sentido, olhado e ouvido, com tudo o que isso implica de mudanças emocionais e psicológicas para a mãe e para o filho” (COSTA, 2007, p.2). E, tão logo, o RN passa a necessitar de cuidados e a depender da puérpera e/ou outros membros vinculares desta, para atender suas necessidades básicas para o crescimento e desenvolvimento saudável. Dentre as necessidades, se destaca aquela de maior complexidade para o bebê vencer os primeiros dias de vida, por encontrar-se com uma ferida cirúrgica aberta, ou seja, o coto umbilical, antes cordão umbilical que o uniu a mãe no ventre materno sendo responsável por nutri-lo, oxigená-lo, e outros; agora precisa ser mumificado, cair e cicatrizar para garantir-lhe boa saúde.

No início da vida, este *ser* se comunica pelo choro – expressão que remete a várias conotações como: desconforto, fome, frio, calor, dor, e outros. O choro é importante indício para investigação dos pais/cuidadores para buscar entendê-lo, questionando: o que pode estar acontecendo? Os RNs são muito sensíveis e, desde o nascimento, são capazes de diferenciar um tom de voz carinhoso de um tom agressivo. Aos poucos, tanto os pais quanto os RNs vão se entendendo e se reconhecendo nas suas necessidades e jeitos de ser (BRASIL, 2009).

As necessidades básicas de cuidado à saúde do RN envolvem desde o momento da concepção e continua após o seu nascimento, esta, acentuada no coto

umbilical. Ferida cirúrgica enunciada com preocupação pela genitora, e também por demais membros familiares, e outros que fazem parte de sua rede vincular social proximal como uma necessidade básica de cuidado à saúde do RN a ser atendida, como observado nas falas:

Lavo bem, o bebê na hora do banho, dou dois banhos por dia, seco ele com a fraldinha fina que já tenho ela, troco sempre a roupa dele, a fralda dele, limpo sempre o imbiguinho dele, e pego o cotonete, o álcool absoluto, limpo direitinho o umbigo pra que não venha a ficar inflamado. Não uso mais nada, só secar. Sempre to cuidando dele na higiene, porque se a gente não cuidar da higiene do bebê, o bebê fica sujo, fica cheirando mal, e a gente tem que sempre ta cuidando do bebê. A enfermeira me pediu que não usasse mais nada. Durante o banho, eu não molhei o coto umbilical, porque ele ficava puxando e saia aquela tripinha fresca pra fora eu ficava com medo de molhar, o bebê puxava o umbigo dele mesmo e aquela tripinha fresca saia pra lado de fora, eu ficava com medo de dar banho nele e molhar o umbigo; aí não molhava o umbigo, mesmo assim ele fazia xixi em cima do umbigo. Eu tinha que secar o umbigo dele de xixi e depois passar o álcool [...] Eu fiquei com medo de molhar o umbigo e feder e infeccionar, e ficar fedendo, porque eu botava a fraldinha sobre o umbigo pra secar e não secava direito. (Família 08, puérpera-tercípára, Adalia).

Dou banho, troco, limpo o umbigo quando dou banho, enxugo bem enxutinho, depois passo o álcool à 70, aí depois eu vou troco à fralda, coloco a fralda não coloco em cima do umbigo, não deixo abafado, deixo livrezinho, só com a roupa por cima mais não abafado, para não pegar infecção. Por que abafa aí com aquilo as bactérias e os fungos, se deixar tiver molhado o local, aí vai começar a ficar com secreçãozinha, aí é arriscado pegar infecção (Família 1, puérpera-primipara, Fofinha).

Nestas falas observamos o quanto as genitoras expressam sua preocupação com a saúde de RN quando do cuidado do coto umbilical. Esta preocupação está alicerçada nos valores à vida, pois compreendem a importância deste cuidado como promotor da saúde e do processo de viver saudável de seu RN.

No discurso da puérpera Adália evidencia certa preocupação em não molhar o coto umbilical, durante o banho, devido sentir medo de que seu RN tivesse infecção umbilical. O coto umbilical, por sua natureza, possui umidade, mas que logo após o nascimento, inicia-se um processo de desidratação desta estrutura branco, azulada, brilhante e gelatinosa que, no decorrer dos dias se torna ressequida de aspecto escuro, ocorrendo sua queda posteriormente. De fato, durante o banho do RN deve-se ter o cuidado de secá-lo adequadamente, para evitar que por meio deste, microorganismos penetrem na sua circulação, causando consequências graves à saúde do RN, que podem culminar em óbito. Alguns estudiosos não recomendam molhar o coto umbilical com água durante o banho, até que a área umbilical esteja completamente cicatrizada, mas lavá-lo com álcool a 70%, até a sua

completa cicatrização. Outro problema observado na fala da referida puérpera diz respeito à fralda sobre o coto umbilical, que além de abafá-lo, causa atrito, e sangramento, dentre outros; problemas estes, que atemoriza e preocupa a puérpera no processo de cuidar o coto umbilical. Este amedrontamento se mostrou apenas na compreensão de Adália e noutro membro da família de Fofinha. As demais tinham o cuidado de ao lavar o coto umbilical, secá-lo para evitar infecção.

O medo que envolve a relação de cuidado, neste estudo, se mostrou por vezes no por que deste cuidado ser desenvolvido por membros da família – transferência de cuidados –, em destaque a figura da avó ou outro cuidador proximal à puérpera, com maior experiência no cuidado ao coto umbilical; tal experiência revela um saber enraizado na sua própria cultura familiar.

O discurso da puérpera Fofinha contém justificativas que evidenciam conhecimentos de cuidado adequado ao coto umbilical, visto que além da utilização do álcool a 70% recomendado por (LINHARES, 2000; BRASIL, 2001; RESENDE, 1987-2005), também é perceptível no seu discurso que abafar o coto umbilical dificulta a cicatrização rápida por impedir a circulação de ar na área de implantação/coto umbilical, assim, predispõe a proliferação de germes e a entrada destes na corrente sanguínea, uma vez que este constitui meio de cultura com risco para onfalite e/ou tétano neonatal, pois como afirma a Secretaria de Saúde (BAHIA, 2000, p.165) “a infecção umbilical, pode ser localizada ou sistêmica”.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) ainda diz que a assistência ao RN normal constitui de: enxugar, aquecer, avaliar e entregar à puérpera para obtenção de um contato íntimo e precoce; e que os demais procedimentos como pesar, administração de vitamina K, credeização, e outros ficam posterior a este contato.

Vale salientar que as necessidades básicas de cuidado à saúde ao RN não se restringe apenas ao ambiente hospitalar, mas também, se estendem no âmbito domiciliar, quando este é assistido pela puérpera, família e ou por outras pessoas da sua relação social com maior experiência na área do cuidado que atenda as necessidades básicas de cuidado de saúde do RN.

Dentre os cuidados, prestados ao RN no domicílio, o banho e o cuidado ao coto umbilical se constituem uma preocupação a mais para os sujeitos deste estudo, para além de alimentar o RN, pois acreditam neste risco para o que chamam de “mal de sete dias” e também, “a bruxa que chupa o umbigo do menino” a causadora

deste mal quando no sétimo dia de vida o RN não pode sair do quarto, pois será “pego pela bruxa e morrerá”.

Esta subcategoria imbrica-se com a do (des)cuidado do coto umbilical, pois neste a percepção do cuidado alicerça-se em valores de trocas múltiplas e de saberes constituídos e legitimados. O “des” entre aspas mostra como certas posturas tomadas conduzem a risco de infecção do coto umbilical, ferindo as necessidades básicas de cuidados.

Destaque se faz, no entanto, sobre os saberes culturais, naqueles em que há perspectiva coletiva e de organização social familiar vincular reconhecidos nos discursos dos sujeitos deste estudo sobre o cuidado ao coto umbilical.

✓ **Subcategoria 1.2** - (Des)cuidado do coto umbilical - falta de percepção para saber cuidar

O RN é um *ser* vulnerável, assim, caso não receba cuidados adequados, que assegure sua sobrevivência e bem-estar, não sobreviverá. A maioria das mortes de RNs pode ser totalmente prevenida, por medidas simples e de baixo custo que podem ser tomadas pelas puérperas, famílias, e outros cuidadores. No entanto, muitos destes cuidadores não sabem como proteger o RN (BECK et al 2004).

A concepção destas pessoas cuidadoras, a respeito dos cuidados que atendam às necessidades básicas, à saúde do RN no contexto domiciliar, está embasada na sua visão de mundo, valores, crenças e costumes, e nas experiências desenroladas ao longo de suas histórias de vida; fundamentando a sua maneira de cuidar na sua própria cultura, aprendida e apreendida pelas influências intergeracionais familiares ou do convívio com sua rede social. Assim podemos perceber nos discursos de algumas puérperas e de avó cuidadora, sua prática de (Des)cuidado do coto umbilical.

Ah! acho que eu prefiro usar no imbigio o meu remédio pó de pena de galinha, faixa, usar e o olio de almenda no imbigio porque eu acho que eu tenho mais fé, cura mais rápido, mais ligeiro do que o álcool à 70 do hospital (Família 10, avó materna, Violeta)

Aí eu não deixava, eu não deixava ela colocar não o álco 70, eu não deixava ela botar o álco a 70, não, porque podia dar ruim; não passava isso aí no bebê, não (Família 09, avó materna, Majericão)

Banho é dado na banheira. A água fica presa, depois tiro o negócio do fundo e a água sai. (Família 2, puerpera-secundípara, Margarida).

Dou banhe com a banheira fechada, o buraquinho, porque eu num levo ela no chuveiro, eu num boto debaixo do chuveiro porque tenho medo; porque sempre bebê, num se pode botar debaixo do chuveiro. E a aguinha ali parada, eu trago a água morna do chuveiro, boto ali dentro da banheira e dou o banhe nela e depois tiro a água e joga fora (Família 04, avó paterna, Fedegoso).

Ah! (risos) eu boto a neném na banheira na água quente, passo sabão na orelhinha, passo a mão molhada no cabelo com sabão pra não ficar com aquele cheiro que tem quando vem do hospital e lavo as partes dela e lavo bem e seco. Com a mesma água que dou banho nela, a aguinha dela tá limpinha, né? Não tem risco nenhum, assim de jogar no mato não precisa trocar. Ah! A mesma água que dou banho nela, enxugo ela, visto a roupa, e deixo o dia (Família 10, puérpera-secundípara, Andorinha).

Estes discursos de cuidadoras de RNs demonstram sua compreensão acerca destes cuidados, permeados de saberes populares, e medo do novo, ou seja, banho de chuveiro no RN. Estas práticas de cuidado ao coto umbilical, nos fazem refletir, sobre a cultura destas puérperas e avó participantes deste estudo, a visão de mundo, conhecimentos populares que enlaçam o processo de (des)cuidar.

O uso de óleo de amêndoa, banho em água presa, sem enxágue e faixa umbilical tem um significado terapêutico para estas cuidadoras no seu cotidiano, mas são práticas de cuidado ao coto umbilical, que podem produzir perigosos efeitos à saúde de RNs. Tais efeitos podem convergir para infecção do coto umbilical. Segundo Leininger e Mcfarland (2006) práticas populares de risco à saúde precisam ser rediscutidas para o alcance daquelas benéficas, sem, no entanto, desrespeitar os saberes e práticas populares, mas antes reconstruir/rediscutir a partir deles. Pois, como afirma Abreu (2003, p. 22) “A compreensão das representações etiológicas, a formulação dos juízos diagnósticos e mesmo o quadro global do pensamento em saúde não podem ser separados dos mapas cognitivos ou do patrimônio cultural das populações”, e continua dizendo que: “[...] cada região, cada cidade, cada bairro ou mesmo cada família pode desenvolver uma identidade cultural específica”.

Os saberes profissionais enfocam que o banho no RN logo após seu nascimento tem sido um procedimento normatizado, em muitas maternidades no Brasil, tendo em vista a preocupação no que diz respeito ao risco de transmissão de infecção aos profissionais de saúde, e também aos familiares de RNs, por meio do contato com sangue, líquido amniótico presentes na pele de RNs, incluindo, entre outros, os vírus HIV, hepatites B e C (PENNY-MACGILLIVRAY, 1996).

Corroborando com esta afirmação Hahn (2001); Behrman; Kliegman; Jenson (2005) dizem que o primeiro banho do RN nas primeiras horas de vida tem como

finalidade, além de fins estéticos e limpeza, evitar infecção, pois promove a remoção de sangue materno e redução da colonização microbiana na pele do RN. Procedimento importante, visto que organismos que causam sepsis podem originar uma infecção localizada no coto umbilical e se disseminar para todo o corpo do RN, tornando-se potencialmente grave e fatal (BECK et al., 2004). Hahn (2001) ainda enfatiza que durante o banho, devem ser utilizadas as precauções universais, a exemplo, luvas para prevenir a exposição dos cuidadores a patógenos dos fluidos corporais, compreensão que abrange o contexto hospitalar, mas que pode ser estendido para o contexto domiciliário ao considerarmos que em parto normal, 24 horas pós nascimento, o RN e puérpera recebem alta prescrita. Assim, o RN ainda apresenta resíduos de fluidos corporais. Neste sentido, se faz a observância ao risco de contaminação por cuidadores no contexto domiciliar.

Na Unidade de Alojamento Conjunto, que serviu como um dos cenários deste estudo, o banho do RN a termo, ocorre logo após o nascimento, sendo este procedimento, uma normatização do hospital realizado em chuveiro. O banho que na década de noventa era de imersão realizado em bacia, hoje tem outra modalidade, o banho por aspersão com a utilização de chuveiro elétrico; no qual o RN é colocado diretamente sob o chuveiro, e apoiado nas mãos de quem cuida, o profissional de saúde (Equipe de enfermagem). Geralmente, as puérperas admitidas na referida unidade, são convidadas a observarem e a participarem do banho de seus RNs, do modo a aproximá-las deste cuidado.

As puérperas que participaram deste estudo na sua maioria receberam dos membros do Projeto de Extensão Programa Educativo: saúde do coto umbilical da UESB, explicações de cuidados de temáticas variadas como: cuidado do coto umbilical, onfalite e suas complicações, tétano neonatal e banho do RN em água corrente, com enxágue, e escoamento da água com sujidade, durante o banho, e outras medidas preventivas como a lavagem das mãos antes e após o cuidado ao coto umbilical, visando aquisição de saberes para a prevenção de onfalite, e tétano neonatal, e outras informações à promoção de saúde do RN, puérpera e família.

Foi observado a partir dos relatos dos sujeitos deste estudo, durante a fase de visita domiciliar, que a realização do banho era em banheira na modalidade de imersão com água presa e sem enxágue do RN, isto comprova que estas puérperas embora tivessem sido expostas ao conhecimento científico, optaram por aquele apreendido no meio familiar e de sua rede relacional, assentados nos saberes

populares transmitidos intergeracionalmente, como declarado nas falas que se seguiram em parágrafo anterior e neste:

O banho do neném é na banheira; não troca a água não, não enxágua ele não (Família 05, puérpera-secundípara, Lírio).

Eu dou banho com a água presa, depois joga a água suja fora, seco o neném e visto a roupinha nele; Há, né, a água sempre morninha (Família 08, puérpera-tercípara, Adália)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) declara que “o banho do RN deve ser dado desde os seus primeiros dias de vida, numa banheira ou em uma bacia, com água morna e sabonete neutro para remover fluidos corporais e mecônio, seguido do enxágue rápido.

Por outro lado, em 2000, Linhares já afirmava que a água presa durante o banho, sem enxágue do RN, não confere a este, uma higiene adequada, visto que os resíduos de fezes e fluidos corporais são eliminados na água, o que possibilita a contaminação do coto umbilical, com a reposição destes sobre o coto do RN. Também afirma que se faz necessário secagem adequada do coto umbilical e utilização de álcool a 70% várias vezes ao dia após banho e cada troca de fralda, até a completa cicatrização da região, sem que seja necessário abafá-lo com fralda e faixa.

No cuidado com o banho do RN a banheira com orifício na parte inferior promove a remoção da água com sujidade, no entanto, embora se trate de um equipamento de custo baixo e acessível à comunidade, e que faz parte do leque de utensílios das puérperas para o cuidado do RN, o uso deste equipamento, ainda encontra dificuldade de aderência na higiene do RN, quando da retirada da tampa para escoamento da água contaminada. Parece que as puérperas, família e outros cuidadores desconhecem a finalidade deste orifício.

Ressalta-se, no entanto, que algumas puérperas deste estudo, participaram das atividades educativas desenvolvidas pelo Projeto de Extensão Programa Educativo: saúde do coto umbilical da UESB, quando de sua internação, na Unidade de Alojamento Conjunto citada neste estudo, sobre a finalidade deste orifício. Por outro lado, estas, na sua maioria, não optaram pelo enxágue do RN em água limpa, em banho de imersão, e também não aderiram à prática do banho de aspersão com utilização de chuveiro elétrico, dado observado nas visitas domiciliares, e nas falas a partir das entrevistas. Percebe-se aqui um reforço aos saberes culturais existentes

nas relações das puérperas, pois preservam seus saberes sobre as representações identitárias construídas nas tradições e comportamentos como elemento de uma estrutura de significados (ABREU, 2003).

Vale salientar que as puérperas deste estudo possuíam banheiras na modalidade citada, e que durante as visitas, apenas uma puérpera estava realizando o banho de aspersão em seu RN em água corrente, com escoamento de água e utilização de um caneco para o enxágue, auxiliada pela avó materna do RN, conforme orientação recebida pelo projeto citado.

Banho de RNs a termo, sob chuveiro elétrico após o nascimento é uma rotina em muitas maternidades e durante conversa informal com uma neonatologista da instituição que serviu de campo para este estudo, esta afirmou que em doze anos de exercício profissional na referida instituição, observou que após implantação de chuveiros elétricos para o banho de RNs ocorreu redução do índice de onfalite e piodermites em RNs na instituição.

Vale salientar que existem confrontos de estudiosos acerca deste conhecimento, pois enquanto uns sustentam o banho de imersão após o nascimento do RN, como procedimento que o torna mais calmo, tranqüilo e mais confortável e que, causa menos perda de calor e reduz a incidência de infecção e da colonização da pele e coto umbilical com bactérias patogênicas (HENNINGSSON; NYSTROM; TUNNELL, 1981), outros, defendem banho com a utilização de esponja, resguardando o coto umbilical de ser molhado em água de banho, considerando que o coto possui umidade, evitando com isto que ocorra a diluição do tampão de proteção natural, pois facilitará a entrada de germes podendo culminar num quadro de infecção e tétano neonatal (PIZZATO; DA POIAN, 1982). Por outro lado, Rezende (2005) é a favor do banho de imersão 24 horas após a queda do coto umbilical, já Ziegel e Cranley (1985) declaram que as mães devem ser instruídas a manter o coto e a área de implantação limpa não dando banho de banheira no RN, ou permitir que o coto umbilical e área subjacente sejam molhados até que o coto se desprenda e a área esteja completamente cicatrizada.

Outra preocupação destes autores diz respeito à temperatura corporal do RN, por ser considerada um dos fatores decisivos para o sucesso cardiocirculatório e respiratório do RN logo após o seu nascimento, devendo o banho ser adiado até que ocorra estabilização respiratória e a temperatura corporal esteja em torno de 36,7°C (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Contrapondo este pensar, os estudiosos Pugliesi et al. (2009) enfatizam que num estudo retrospectivo de grupo controle realizado por meio de levantamento de prontuários de RNs no período de janeiro a março de 2006, identificaram que o banho do RN a termo logo após o parto, não interfere nas condições cardiorespiratória e na temperatura de RNs, considerando o controle adequado do tempo de duração, da temperatura da água, e do local onde o banho ocorre. Estas autoras ainda declaram que o banho promove relaxamento, estimula a circulação do RN, e também a retirada de secreções e de sangue do corpo do RN. Além disto, favorece uma interação harmoniosa com o cuidador.

Sobre estes discursos divergentes, na maneira pela qual o banho do RN deve ser realizado no meio científico, observamos o quão conflituoso é para o profissional do cuidar, orientar a maneira mais acertada de cuidados. No entanto, cumpre destacar que as percepções de saberes são construídas no meio cultural, e das observações empíricas que são validadas na gênese familiar. Assim, é compreensível considerar os multivariados saberes, e neste sentido, considerar a diversidade cultural.

✓ **Subcategoria 1.3 - Misto entre saber popular e o científico**

Nesta subcategoria observa-se que o saber popular mescla-se com o saber científico nos discursos dos sujeitos deste estudo, evidenciando que o saber popular, tem sua origem na história de vida destas pessoas, adquirido no meio em que elas vivem, repassado de geração a geração, sobretudo embasado na cultura e nas crenças dos indivíduos; tal afirmação é observado nas falas dos sujeitos, nas quais os dois saberes não estão dissociados, mas dialogam entre si, interpenetram, dando sentido aos significados nas falas. Ressaltamos que a ciência não despreza o saber popular, mas utiliza-se dele para produzir o saber científico (SANTOS, 2003). Este saber popular evidenciado nas falas das participantes deste estudo, possui ações positivas e negativas que influenciam o processo de saúde e doença.

No arcabouço das falas entre o saber popular e o científico, as puérperas Lírio e Jasmim expressaram suas experiências nos saberes populares no cuidar o coto umbilical, através das suas concepções de saúde e doença, na preocupação em evitar a infecção umbilical. Estas puérperas utilizavam pó de café e óleo de amêndoa acreditando serem benéficos à saúde do RN, e que estas produziriam queda rápida

do coto umbilical bem como aceleração do processo de cicatrização. Este pensar respalda-se no saber de senso comum, ou seja, naquele aprendido no cotidiano das ações que dar sentido à vida (SANTOS, 2003). Ainda, segundo Santos (2003, p.56) “o senso comum [...] reproduz-se espontaneamente no suceder cotidiano da vida”, assim estas puérperas reproduzem os saberes adquiridos no meio de suas vivências, de forma a validá-los nos modos de cuidados.

Neste sentido, tais substâncias consideradas benéficas por elas não encontram respaldo no saber científico, em que evidencia-se a primazia do saber especializado em detrimento do saber popular. Diante do exposto, nossa compreensão nos leva a enunciar a necessidade de confluírem os saberes no sentido de constelações, e assim, construir um cuidado culturalmente congruente, quando este não confere riscos e danos à saúde do RN. Desta forma, conceber o uso de pó de fumo para o tratamento do coto umbilical torna-se arriscado, uma vez que, tal substância diminui a entrada de aeração na ferida cirúrgica por tamponamento propiciando o processo de infecção, já o óleo de amêndoa promove processo de putrefação do coto. No entendimento das puérperas este processo é benéfico, no entanto, refere-se a um quadro infeccioso.

A comade (parteira) ela, botou uma faixa pra o imbigio do bebê não ficar grande pra fora, igual ao da minha filha, da minha primeira filha. O bebê só deixou de usar faixa depois que o imbigio sarou. Ela botou um pozinho no imbigio do bebê pra não dar infecção e não entrar bicho pra morder. Acho que é chamado pozinho de fumo, pó de fumo; botou ontem, depois que caiu o coto umbilical. Tenho aqui, ta aqui, o pó de fumo (Família 09, puérpera-tercípára, Jasmin)

Dou banho na hora certa, após a mamada, boto pra rotar, lavo o coto umbilical bem lavadinho na hora do banho e estou colocando óleo de amêndoa só e enfaixo, depois do óleo de amêndoa; eu coloco a faixa. Eu coloco o óleo de amêndoa pra cicatrizar mais rápido, e a faixa pra proteger por causa de mosquito e de bactérias e pra ninguém puxar, e meu outro menino não mexer (Família 05, puérpera- secundípára, Lírio).

Observamos nas falas para além das substâncias utilizadas o uso de faixa como prevenção para “imbigio do bebê não ficar grande pra fora, para proteger de mosquito e bactérias, e meu outro menino não mexer”, estes destaques enunciam a preocupação com a saúde do RN, também trata-se de uma forma de cuidado, no entanto, através de estudos científicos esta forma de cuidar reverte-se em descuido, pois, expõe o RN à infecção.

A preocupação de que o uso da faixa evita o crescimento do umbigo, pode ser entendido como “crendice” popular, pois esta prática não impede o aparecimento de hérnia umbilical, mas poderá contribuir para a ocorrência de infecção umbilical, visto que ela impede que o ar natural circule normalmente na região umbilical/coto umbilical. A hérnia umbilical se deve a outras causas, raramente se rompe, e pode ser corrigida por meio de procedimento cirúrgico, após três anos de idade, quando esta, não reduz espontaneamente (REZENDE 2005). Sobre este aspecto, Fontes (1991) afirma que o tétano neonatal também conhecido popularmente como mal-dos-sete-dias, em realidade, é o trágico resultado da utilização de faixas e de substâncias deletérias como as citadas.

Neste estudo o cuidado cultural mostrou-se em todas as famílias denotando a importância deste saber, validando suas práticas, por vezes associado ao uso de substâncias, com o álcool a 70% reconhecido cientificamente. Este cuidado familiar reforça-se nas “relações de apoio e proteção que constitui uma importante dimensão da funcionalidade familiar [...]” (GIMENO, 2003, p.95).

Noutros discursos, a exemplo, da avó materna Violeta, evidencia-se uma concepção de cuidado ao coto umbilical diferente dos citados acima, esta refere que o coto umbilical deve ser higienizado durante o banho secando-o adequadamente, de forma que não fique úmido, pois no seu entendimento deixar o coto umbilical sem este cuidado poderá contribuir para a ocorrência de infecção umbilical.

Quando o bebê toma banho, molha o coto, molha, mas a gente enxuga direitinho, limpa direitinho pra que não venha a ter, a criar uma infecção depois (Família 07, avó materna, Violeta)

Este cuidado sustenta-se no saber científico. Assim observamos a congruência dos saberes, ou seja, diferentes formas de cuidado enovelam-se para o bem estar físico e ausência de doença. Destarte, a cultura não engessa o ser, possibilita fronteiras de intercâmbios culturais numa rede complexa de relações nas representações sobre a doença e os sistemas de cura entendidos como elementos de uma estrutura de significados. Estes foram aspectos evidenciados nesta subcategoria e ao constelar-se com as anteriores.

CATEGORIA II - A rede de apoio familiar no cuidado e na valorização/reconhecimento do cuidado da puérpera ao RN. A relação de apoio familiar constitui uma importante dimensão da funcionalidade familiar, visto que esta relação costuma ser acompanhada de um vínculo afetivo importante que envolve a puérpera, RN, e toda a família, no ambiente sócio cultural em que a puérpera está inserida, estendendo-se também a outras pessoas proximal de sua comunidade (GIMENO, 2001).

Nesta categoria observa-se a presença da família contribuindo não apenas no cuidado ao coto umbilical e banho do RN, mas também nos serviços domésticos em geral, além da preocupação com o estado de saúde da puérpera, que se encontra em fase de vulnerabilidade. Geralmente, as tarefas são atribuídas aos membros da família, muito embora a puérpera também participe, Havendo em alguns momentos, ajuda de outras pessoas da rede social. A rede de apoio a puérpera mostra-se como existência de proteção, compreensão, afeto, responsabilidade e coesão; aspectos fundamentais na relação familiar e de amizade que configuram a rede vincular social da puérpera.

Desta categoria, duas **subcategorias** se fizeram notar: “**A união da família na promoção dos cuidados ao RN**” e “**Familiares valorizando o cuidado da puérpera ao RN**”.

✓ **Subcategoria 2.1 - A união da família na promoção dos cuidados ao RN**

A análise desta subcategoria revela que as puérperas deste estudo puderam contar com o apoio de membros de sua família, em especial, a avó materna e avó paterna do RN, evidenciando um elo de pertencimento, unido de amor e cooperação, no qual a família é a fonte de cuidado primeira nesta relação entre seus membros; além disto, as puérperas contaram também com o apoio de outras pessoas próximas, a exemplo, cunhadas e vizinhas, nas atribuições das tarefas domésticas e no cuidado ao RN. Este cuidado, também foi estendido às puérperas, considerando seu estado psíquico e alteração física, em decorrência do processo parturitivo. Assim, desenvolviam serviços domésticos em auxílio a recuperação da sua saúde.

A família e a rede de apoio desempenhavam função de cuidadora, no intuito de prevenir doenças, favorecer equilíbrio emocional, sustentabilidade relacional,

solidariedade e reciprocidade quanto aos valores culturais, aspectos que também foram observados por Salci e Marcon (2008). Como aparecem nas falas a seguir:

Eu ajudo dar banho, é só o que faço, trocar roupa, essas coisas (Família 1, genitor Cravo)

A minha mãe e minha sogra me ajudam. Olhando o meu outro menino cuidando, dando banho no meu bebê novo agora. Quem dar banho é minha sogra; dar banho e troca a roupa. Eu troco a fralda e minha mãe cuida da casa e do meu outro menino. Minha sogra também cuida do umbigo quando dá banho, e eu também cuido, quando dou banho (Família 5, puérpera-secundípara, Lírio).

Minha cunhada mulher do meu irmão me ajuda a dar banho no bebê, a passar o álcool a 70% no imbigio do bebê, trocar ele, a olhar ele, a cuidar dele. Só de dentro de casa que ajuda [...] todo mundo ajuda a cuidar do bebê. Dia de sábado, domingo quando minha mãe, está em casa, ela também ajuda a cuidar dele; todo mundo ajuda aqui em casa. Quando minha mãe tá aqui ela dá banho nele também, cuida do imbigio, passa o álcool, mais quem mais cuida é minha cunhada (Família 06, puérpera-primípara, Cacto).

[...] amiga, a vizinha ajuda sempre a trocar fralda, a pegar, ajuda sempre a pegar o neném quando tá na cama chorando, ajuda a botar no colo (Família 3, puérpera-tercípara, Orquídea)

Minha mãe, durante o dia que eu cheguei do hospital, ela não me deixou fazer nada; lava os panos do bebê, e passa a ferro, e só cuida da casa, faz meu almoço na hora certa e pra fortificar o leite ela me dar bastante pirão, me dar chotão pro leite não enfraquecer o bebê (Família 09, puérpera-tercípara, Jasmin).

Antes de cair o coto minha sogra cuidava do neném, agora sou eu, a mãe (Família 06, puérpera-secundípara, Lírio) (Família 05, puérpera-secundípara, Lírio).

Nestes discursos identifica-se claramente a participação da família e de pessoas amigas nas atribuições dos serviços domésticos, e também no cuidado ao RN e puérpera.

Observou-se, maior incidência da presença de mulheres nos cuidados, reforçando os estudos quanto ser a mulher por natureza cuidadora. Trata-se assim de uma questão de gênero, evidenciada também neste estudo. Embora fosse identificada a presença do pai nos cuidados aos RN, este cuidado assentava em sua maioria em segurar no colo e dá banho, ser provedor dos recursos mantenedores o sustento alimentar e outras despesas, enquanto a puérpera e/ou outros membros familiares do sexo feminino realizavam os cuidados ao RN e do lar.

Segundo Salci e Marcon (2008), as mulheres são geradoras de cuidado, cuidam cotidianamente dos filhos, da casa, socializam seus saberes entre seus

membros familiares e demais pessoas de sua relação, solicitam ajuda de outras mulheres quando necessário, especialmente nos casos de doenças e cuidados com seus RNs, que lhes assegure segurança, tranquilidade, sobrevivência humana para manutenção e continuidade da vida. Assim, entende-se que o cuidado é a raiz que sustenta a vida, este, é a própria essência da história da mulher; compartilhado com seus familiares e com demais pessoas da sua rede, e assim se forma uma cadeia de transmissão de saberes na qual os mais velhos e experientes ensinam aos mais jovens e menos experientes.

O apoio que a puérpera recebe de seus familiares, fortalece os vínculos afetivos entre eles, dirimindo medo, insegurança, dificuldades, tornando-a capaz de prestar cuidados ao seu RN (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008). Estes achados também foram identificados neste estudo, validando o encontrado na literatura.

Assim, a família se conjuga nos valores, crenças, conhecimentos e práticas elaborando em seu sistema o modelo explicativo de cuidado promovendo assim, a funcionalidade na dinâmica de suas vivências para a promoção da saúde de seus membros (ELSEN, 2002; SILVA, 2007).

Esta configuração relacional familiar reforça os cuidados ao coto umbilical do RN, e também a saúde da puérpera. Emerge nestas, formas de cuidado entremeadas entre o saber popular e o científico, ou seja, entre o êmico e o ético no discurso de Laininger. Por outro lado, o ético dito profissional, também se constrói do saber êmico. De modo que, torna-se tênue as relações de cuidado valorativas ao saber do outro.

Neste sentido, a família valoriza os seus membros, potencializa seus saberes. Estes, no entanto, fortalecidos na manutenção dos laços afetivos existentes que promove o desdobrar dos saberes-fazeres culturalmente vivenciados. Para tanto, vale salientar o que diz Geertz (2008) quanto às formas simbólicas na análise cultural, para o conteúdo harmônico ou incongruente. Segundo o autor “a razão para isso é que o significado não é intrínseco nos objetos, atos, processos e assim por diante que o possuem, mas – como Durkheim, Weber e muitos outros já enfatizavam – lhes é imposto [...] os homens que vivem em sociedade” e continua na “[...] medida que, sobre a direção dos símbolos, eles percebem, sentem, raciocinam, julgam e agem” (p. 179).

Assim, esta subcategoria “A união da família na promoção dos cuidados ao RN” mostra-se nestes valores e amplia-se no alcance do reconhecimento social do cuidado da puérpera a gênese familiar, na subcategoria que se segue.

✓ **Subcategoria 2.2 - Familiares valorizando o cuidado da puérpera ao RN**

A mulher, desde cedo, adquire saberes que as pessoas mais velhas e experientes no seu contexto domiciliar transmitem, para que estas, ao chegarem na fase adulta, passem a desenvolver também, os ensinamentos adquiridos. Constrói as suas ações de cuidado alicerçadas cotidianamente na sua história de vida sócio-cultural; busca e utiliza deste saberes apreendidos intergeracionalmente. Mas, dentre estes discursos percebe-se aquele em que as ações de cuidados foram adquiridas por meio de profissional de saúde, estes com pouca interferência de familiares. Por outro lado, observa-se também a inaceitabilidade por parte de algumas famílias às orientações de profissionais no cuidado ao coto umbilical.

Nos discursos que se seguem percebe-se a valorização do cuidado desenvolvido pelas puérperas no desempenho de suas funções de mães, para garantir a sobrevivência de seu RN. Esta valorização que os familiares conferem as puérperas, tem sentido positivo quanto ao equilíbrio emocional, segurança e confiabilidade em si, possibilitado a operacionalização do saber-fazer, como destacados:

Hoje eu não to nem mais cuidando, né? Porque a Fofinha (puérpera) ganhou neném, já tava no poder dos médicos, as enfermeiras orientou ela, como ela podia cuidar (coto umbilical), agora só ela mesmo podia cuidar, né? (Família 1, avó paterna, Periquito).

A gente coloca a banheira ali em cima da pia, a pia de lavar prato já toda esterilizada, ela (puérpera) joga álcool na banheira, e coloca a banheira com aquela coisa aberta (tampa da banheira) e eu vou jogando a água; ela não deixa nem eu passar a mão no neném, né?. Ela lava de caneco, bem lavadinho, lava tudo bem direitinho, deixa tudo direitinho, precisa vê como ela é zelosa (Família 07, avó materna Girassol).

Eu acho que seja certo esse cuidado, porque eu acho que sara o imbigó mais ligeiro, porque agora que eles não tão usando mais esses negócios, né? Porque agora do jeito que vem do hospital aí fica, as crianças danam a chorar, através disso os bichinhos pode sentir alguma dor, com o imbigó as vez ressecado, né? E, às vezes a gente já vem com a tradição já da mãe da gente, né? E aí a gente vai procurar usar nas crianças. Eu ensinei como cuidar do imbigó do neném pra minha filha e ela tá fazendo direitinho, a mesma coisa (Família 10, avó materna, Violeta)

Podemos observar nas falas que a valorização do familiar, promove a independência da puérpera para cuidar do coto umbilical de seu RN, visto que propicia confiança e instiga a puérpera ao empoderamento para o saber-fazer, tomando decisões e possibilitando o seu crescimento pessoal, que se expressa na sua responsabilidade e preocupação na relação de dependência do filho para consigo (SILVA et al., 2009).

A capacidade de empoderamento demonstra potencial de resiliência, característica que denota poder de conduzir suas formas de cuidar, na escolha de como desenvolvê-lo no alcance de seus objetivos de mãe protetora.

Assim, quando a família é incentivadora do desenvolvimento dos potenciais de cuidado da puérpera, e respeita suas escolhas, esta conduz seu processo humano de cuidar a sua gênese com maior autonomia, confiança em si e valorização do seu cuidar, significados que foram observados neste estudo durante o trabalho de campo com maior ênfase, em relação a outros casos em que existiam influências familiares que não reconheciam a capacidade de cuidado da puérpera, e também casos em que as puérperas não manifestavam interesse no cuidado, este, sendo conferido a outros membros da família e a pessoas de sua rede social proximal.

CATEGORIA III - Mudança de atitude/comportamento como estratégia da família para cuidar do coto. Durante a maior parte da história humana, aproximadamente 40.000 anos- mudar era um processo lento. Com o passar dos tempos, a mudança tornou-se mais comum, porém ocorrendo lentamente. Agora, durante os últimos trezentos anos, a mudança tornou-se constante e incessante, e não pode ser evitada. Nesta perspectiva, cada nova geração deve agora viver um mundo muito diferente do que o anterior, e cada vez mais as pessoas mudam suas atitudes, seus comportamentos durante sua vida; adaptando-se a uma nova visão de mundo, a novas crenças, de forma que os direciona a utilizar a comunicação, impregnada de novos saberes, saberes estes, que proporcionam mudanças nas suas atitudes e formas de ver o cuidado do coto umbilical num contexto social científico; devendo se despir daquelas velhas roupagens, que não proporcionam vida saudável, mas riscos, danos e agravos à saúde do RN, família, vizinhos e amigos que compartilham práticas de cuidado ao coto e que fazem parte da rede social próxima a puérpera. A mudança e a transformação são partes da vida de cada

peessoa que deve entender com sensatez, esta contingência básica de uma ciência que não parou, mas evoluiu-se para propiciar novos conhecimentos, práticas de cuidado ao coto umbilical, um viver saudável, dentre outros. À medida que as pessoas enfrentam problemas e interesses, elas organizam novas atividades, alteram seus símbolos culturais e orientam as suas ações de cuidado (TURNER, 2000).

Percebeu-se, durante as visitas domiciliares, nas observações participantes, nos relatos de algumas puérperas e de familiares cuidadores de RNs que ocorreu mudança nas suas atitudes comportamentais de cuidado em especial, ao coto umbilical e tipo de banho. Familiares e puérperas que antes utilizavam substâncias deletérias no coto (pós de pena de galinha, sola de sapato, café, fumo, teia de aranha, estrumo de boi, óleos de amêndoa, rícino, e outros) no coto/região umbilical, passaram a aderir práticas de cuidado como álcool a 70%. Assim, os saberes populares transmitidos culturalmente, passaram aos conhecimentos científicos de cuidado ao coto umbilical e banho do RN. A mudança de comportamento deveu-se à abertura daqueles para novos saberes, de modo que apreenderam, aceitaram e estiveram praticando, sem, no entanto, desconsiderar os saberes familiares adquiridos.

Sobre a mudança comportamental foi identificado que esta ocorreu ao longo do desenvolvimento das práticas de cuidado/orientação do projeto de extensão Programa Educativo: saúde do coto umbilical da UESB, e por outros profissionais de saúde. Sendo tais cuidados, reforçados durante as visitas domiciliares, neste estudo. Vale ressaltar, que o cuidado ao coto umbilical de RN, com álcool a 70% e álcool absoluto, já estava sendo utilizado em domicílio por algumas puérperas, antes e durante as realizações das visitas a estes domicílios, e que em nenhum momento foi imposto às puérperas e demais cuidadores a utilização destes antissépticos, mas reforçado orientações de cuidado.

As ações de negociação, acomodação e a reestruturação ocorreram de acordo às necessidades de cuidados ao RN, de forma a respeitar os valores, modo de vida e as crenças dos sujeitos envolvidos neste estudo, proporcionando-os um aprendizado de cuidado cultural congruente à saúde do RN, puérpera, família e demais cuidadores envolvidos.

Nesta categoria, duas subcategorias envolvem a questão de mudanças de comportamento: **“Percepção dos cuidadores de RN acerca da utilização do**

álcool a 70% e absoluto no cuidado do coto umbilical do RN” e “Mudando atitudes para promover a saúde do coto umbilical do RN”.

- ✓ **Subcategoria 3.1** - “Percepção dos cuidadores de RN acerca da utilização do álcool a 70% e absoluto no cuidado do coto umbilical do RN”

O controle de transmissão de doenças infecciosas *é uma preocupação dos profissionais da área de saúde*, objetivando reduzir a frequência e a gravidade das infecções, com vistas à melhoria da qualidade de vida e saúde da população (FELDMAN; SHIFF, 1975). Acrescentamos que controle de infecção também é uma preocupação que envolve pessoas de modo geral, algumas destas assentadas em saberes empíricos sobre contaminações, a exemplo, alguns dos sujeitos deste estudo.

Sobre este tema, compreende-se que substâncias como os álcoois são compostos químicos, orgânicos, utilizados em vários procedimentos, nos estabelecimentos de saúde; reconhecidos como agentes antimicrobianos com função para remover, destruir e impedir a disseminação de microrganismos (ANDRADE et al., 2002). A autora ainda diz que os álcoois são considerados de amplo espectro com efeito bactericida, fungicida, virucida e tuberculocida, entretanto não são esporocidas.

Oliveira (2005) diz que o álcool etílico possui atividade contra bactérias na forma vegetativa, vírus da hepatite B e C, fungos e microbacterias, entretanto, não apresenta ação contra formas esporuladas e vírus da hepatite A. O autor continua dizendo que o efeito do álcool é a desnaturação protéica e interferência no metabolismo microbiano.

Completando esta afirmação, Venturelli et al. (2009) declara que o álcool possui como efeito além da desnaturação de proteína, a dissolução de gorduras, o que possibilita sua atividade antimicrobiana, destruindo a membrana do *Mycobacterium tuberculosis* e do vírus da herpes simples. A atividade antimicrobiana dos álcoois está condicionada a sua concentração em peso ou em volume em relação a água, que deve ser de 70% (P/P) ou 77% (V/V) concomitantemente. Nesta referida concentração, o álcool não desidrata a parede celular do microrganismo, e desta forma, penetra no interior deste, onde, irá ocorrer o processo de desnaturação de proteínas; fato este, que não ocorre quando se utiliza o álcool acima ou abaixo da

concentração referida (VENTURELLI et al., 2009). Por isso, Cardoso e Pereira (2006) declaram, que o álcool absoluto é um agente desidratante, com menos efetividade na sua ação microbicida, comparado ao álcool a 70%, pois a desnaturação requer água, e que na ausência desta, as proteínas não são desnaturadas tão rapidamente quanto na presença de água; razão pela qual o etanol absoluto, tem menos efetividades que as soluções aquosas. Brasil (1994) declara que o álcool a 70% tem propriedades germicidas, ação rápida e é eficaz para destruir germes.

Embora estudiosos recomendem o álcool a 70%, algumas puérperas, familiares e outros cuidadores utilizam o álcool absoluto no cuidado do coto, fato identificado neste estudo.

Nos discursos que se seguem, evidencia-se a aceitação do álcool absoluto, e também do álcool a 70% no cuidado ao coto umbilical; cuidadores expressam a sua satisfação, a respeito do álcool a 70%; estes abdicaram das suas práticas populares habituais de cuidados, acreditando nos benefícios destes antissépticos. No entanto, nem todos os cuidadores, utilizavam no cuidado ao coto, estas substâncias, valendo-se do conhecimento de seu cotidiano cultural.

Eu acredito que foi o álcool a 70% que matou as bactérias que tava se juntando no coto (Família 05, puérpera - secundípara, Lírio).

Eu lavo bem lavadinho (coto umbilical) com água e sabão e venho passando o álcool 70%. Eu seco bem sequinho, porque o problema tá no secar, porque num pode ficar molhado, aí eu aplico o álcool, com algodãozinho, com cotonetezinho. Pego molho no álcool, e passo, depois viro o outro lado do cotonete e passo, pra não enfiar o cotonete sujo. Toda vez que for trocar ela, nós usamos, toda vez. Não uso mais nada no umbigo dela porque, nos meus filhos eu usei o óleo de almendra, mais agora que tem o álcool próprio [...] (Família 4, avó paterna, Fedegoso).

Não, não precisa não (outra substância), não, só ele só, se precisasse eu já conhecia logo, que precisava; é bom, é bom, ta perfeito, não tem mal cheiro de nada, ta entendido? E, ela passou à noite em paz, com o remédio (álcool a 70%) que o médico passou, passou em paz, graças a DEUS, e não ta ruim não (Família 1, avó materna, Rosa).

No primeiro filho que eu tive, foi na SERVIR, eu usava álcool iodado ainda na época, o do primeiro a 16 anos atrás, daí pra cá, já foi o álcool a 70 (Família 07, puérpera-múltipara, Violeta).

Dentre as visitas nos domicílios, apenas quatro informantes não estavam utilizando álcool absoluto ou a 70% no cuidado ao coto. Porém, foi observado nas visitas domiciliares que três RNs destas informantes, apresentavam alguns sinais de

infecção no coto umbilical: odor fétido intenso, hiperemia discreta periumbilical, secreções serosanguínea e mucopurulenta e após explicação da pesquisadora em campo, passaram a refletir suas práticas de cuidado, reavaliando seus modos de cuidar e compreenderam a necessidade de mudança de atitude, visto que seus RNs apresentavam riscos à saúde.

Dou banho na hora certa, após a mamada, boto pra rotar, lavo o coto umbilical bem lavadinho na hora do banho e estou colocando óleo de amêndoa só e enfaixo, depois do óleo de amêndoa; eu coloco a faixa. Eu coloco o óleo de amêndoa pra cicatrizar mais rápido, e a faixa pra proteger por causa de mosquito e de bactérias e pra ninguém puxar, e meu outro menino não mexer (Família 5, puérpera- secundípara, Lírio).

Foi eu mesmo que cuidei, cuidei dos dois primeiros netos. Não colocava nada; só fazia lavar, secar e colocar faixa; do (filho anterior) eu que cuidei e desse agora também. Não teve nada. Fedia não. Eu ficava preocupada com o imbigio, porque ele tinha um imbigio grande. Aí o imbigio dele ta normal. Sei lá porque a tripa do imbigio era muito grossona, eu disse: olha o imbigio desse minino tem o imbigio fei, aí fui cuidando, cuidando, cuidando, aí murchou. Desse aí agora eu to cuidando, só faço lavar (Família 3, avó materna, Hortênsia).

[...] do cordão umbilical, eu lavo, enxugo e trato bem pra não dar infecção. Esquento o óleo e passo o óleo de almenda pra secar mais rápido. É quente o óleo de almenda pra não ter ressecamento, porque o óleo começa a secar e ficar ressecado o coto umbilical, tem que passar toda hora que trocar a fralda pra cair mais rápido também. Quando o imbigio cai, eu , é, risos, eu vou coloco a pena de galinha, que eu torro bem sequinha, e coloco, né? Que nem minha mãe falou no depoimento dela. Serve pra secar mais rápido o imbigio, e pra não ter infecção, pra ficar melhor o secamento. Coloco a faixa que é pro imbigio não crescer, pra não entrar vento, que não for assim, entra vento e pra não crescer e ficar grandão, porque as vezes fica grandão, fica fei o imbigio da criança. Hoje eu não botei a faixa não, porque eu trouxe pra minha mãe lavar a faixinha dela. Vou usar quando cair o imbigio. Vou começar a botar o pó da pena de galinha, quando cair, aí eu vou botar a faixa que é pra secar rápido e não ficar grande o imbigio A criança usa faixa depois que cai o imbigio , acho que é pra num ficar grudando na roupa, porque ali fica molhadinho, melado, começa a pegar na roupa, aí fica ruim, as vezes vai tirar a roupinha, puxa, fica doendo, às vezes a criança chora, aí é bom botar sempre a faixa. O imbigio também, gruda na faixa, mais às vezes é mais fácil tirar a faixa, às vezes é mais fácil tirar a faixa, porque a roupa a gente vai tirar e puxa sem saber que ta grudado e tando na faixa a gente vai tirar mais com cuidado, porque a gente sabe que ta fechando ali o imbigio (Família 10, puérpera-secundípara, Andorinha).

Observa-se, na fala da puérpera Andorinha, certa preocupação em evitar a infecção, o que explica na concepção desta e de alguns outros cuidadores que protagonizaram este estudo, que a prática de cuidado ao coto umbilical, com utilização de outros materiais, que não os recomendados pelos profissionais de saúde, fazem parte de um saber, transmitido ao longo dos anos, de geração a geração, arraigado no viver cotidianamente de pessoas, e que parece simbolizar

num mundo fechado, em que o saber científico lhes assusta, tornando-se enfadonho e utópico, na incompreensão de alguns cuidadores do coto umbilical de RNs, para o enfrentamento da compreensão de substituir/trocar conhecimentoêmico por conhecimento ético, em prol da saúde de RNs, puérpera e de cuidadores envolvidos no processo de cuidado ao coto umbilical. O fato do coto apresentar esta característica “melado” traduz-se num processo infeccioso, denotando com isto, a concepção de Andorinha do que compreende por saúde e doença.

O quarto caso refere-se a puérpera Jasmim, que permitiu que a parteira Canário e sua filha, Estevão, no coto umbilical de seu RN, óleos de amêndoa e rícino, e após queda deste, o pó de fumo, como cobertura na região umbilical.

[...] quando caiu o imbigio, a parteira disse: ta entregue. Usou o óleo de almêndoa no primeiro dia que chegou do hospital, mais depois comprou o óleo de rício para botar no imbigio do bebê (Família 9, puérpera-tercípára, Jasmin).

Outras falas que envolvem a filha da parteira, a parteira e a genitora de Jasmin, reforçam seu saber popular:

Elas (puérperas) acha bom, acha legal o que eu usei e eu passei pra elas que todos sejam assim: usar o óleo de riça no imbigio da criança. Eu cuidei sete dias do imbigio do minino dela, dei banhe e só entreguei depois que o imbigio caiu. Botei o pó de fumo quando caiu, e a faixa no imbigio. Botei o óleo de riça morno, esquentava e bota no imbigio; Botei óleo de almenda só um dia porque num tinha, enquanto o óleo de riça chegava, porque num gosto de trabalhar com óleo de almenda; gosto de trabalhar com óleo de riça, porque eu acho mais prático e nigeiro pa cair rapidinho o imbigio da criança. Eu esquentava na colherzinha e deixava esfriar e aí agora eu botava (Família 9, filha parteira, Estevão).

O óleo de almenda é pa cair o imbigio, mas eu nunca usei nos outros mininos não. Foi ela (puérpera) quem mandou botar, e o óleo de riça, é pá apodecer ligeiro e cair (Família 9, parteira, Canário).

Aí eu não deixava, eu não deixava ela colocar não o álco 70, eu não deixava ela botar o álco a 70, não, porque podia dar ruim; não passava isso aí no bebê, não (Família 9, avó materna, Majericão).

Vale ressaltar, que não fora percebido durante as visitas a esta puérpera, sinais de infecção umbilical, apesar da região umbilical encontrar-se impregnada de pó de fumo. Entretanto, a ausência de sinais de onfalite, não descarta o risco para tétano neonatal, pois o período de incubação do *Clostridium tetani*, bacilo gram-positivo esporulado e anaeróbico, é aproximadamente 7 dias, podendo ser entre 2 a 28 dias de vida (BRASIL, 2008). Outra situação de fundamental importância é a

vacinação da gestante, “medida essencial para a prevenção do tétano neonatal” (BRASIL, 2006, p.73). Ressaltamos, no entanto, desconhecer o estado vacinal de Jasmim.

Destaca-se que um dos RNs deste estudo apesar do cuidado ao coto ter sido desenvolvido com álcool a 70%, a região umbilical apresentava além de odor fétido, secreção serosa, evidenciando processo infeccioso, provavelmente causado pela secagem insuficiente da base inferior do coto; por isso, deve-se atentar para a importância da secagem adequada não somente do coto, mas também de sua base de implantação. Sobre isto, nas observações participantes durante as visitas domiciliares percebeu-se que um dos cuidadores deixou a base inferior molhada, devido o medo de suspender o coto para secar e colocar o álcool a 70%; isto, constituiu-se um grande impasse, para um tratamento eficaz, pois esta região, ficava totalmente desprotegida de cuidados. Daí, temos observado nas nossas práticas extensionistas, de que a infecção sempre começa na base inferior do coto umbilical.

Vale dizer, que a lavagem das mãos das cuidadoras em água corrente e sabão antes e após ministrar cuidado ao RN é de grande relevância, constituindo-se em medidas profiláticas simples para prevenir infecção umbilical, tétano neonatal, e outras doenças.

Nos discursos das informantes, relacionadas abaixo, observa-se que houve mudança nas suas práticas de cuidado ao coto umbilical, e que estas mudanças deveu-se ao fato do acesso ao conhecimento científico, que elas adquiriram, por meio de ações educativas desenvolvidas por profissionais da saúde, comprometidos em construir conhecimentos na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como houve uma receptividade por parte destas informantes que quiseram aprender novos saberes para cuidar do coto umbilical; num processo de desvelamento e reflexão de sua realidade, que as fizeram reconhecer a necessidade de abstrair do seu contexto cultural práticas danosas à saúde de RN.

Estes novos saberes representaram para estas informantes uma realidade em processo de transformação, diferente da até então vivenciada. Na medida em que o indivíduo reflete sobre si e sua visão de mundo, aumenta a sua percepção, aprendizagem e o percebido destacado, passa a ser objeto de sua ação, de seu conhecimento como afirma Freire (2002).

Caiu o coto com oito dias; no outro dia que você me deu o álcool à 70, e eu comecei a usar mesmo, o umbigo caiu, sequinho, sequinho. Não ta mais com mau cheiro, melhorou, ele ta bem sequinho já (Família 05, puerpera - secundípara, Lírio).

Álcool absoluto à 70, que foi dado lá no hospital; Foi uma estagiaria (Projeto UESB), foi uma enfermeira que me deu. Ela tava fazendo assim, ela deu palestra sobre o coto umbilical, e deu também uns vidrinhos de álcool à 70 (Família 1, puerpera-primipara, Fofinha).

[...] Ela (tia materna) tá usando no imbigão do neném o álcool (70%) que as meninas da UESB, deu (Família 2, puerpera-secundípara, Margarida).

Hoje eu uso o álcool absoluto, né? A lavagem com água, dar o banho, e colocar o álcool e pronto. E a faixa, não usa a faixa mais não. Olha eu acho que com esse método demora mais de cair o umbigo. Mais em compensação a cicatrização é mais rápida; e não corre o risco de infectar. Na época que eu usava o óleo de amêndas, e essas coisas, caia mais ligeiro, com três dias caia o umbigo, mais demorava de cicatrizar. Eu suponho que seja por causa do método, do óleo que dava infecção Hoje eu uso o álcool absoluto, né? A lavagem com água, dar o banho, e colocar o álcool e pronto. E não usa a faixa mais não (Família 07, avó materna Girassol).

Nestas falas, podemos observar a importância de ações educativas esclarecedoras voltadas para o cuidado à saúde do RN, enfatizando a prática de cuidado ao coto umbilical e banho, como suporte de apoio aos cuidadores de RNs, fato observado, quando as informantes dirigem seus cuidados ao aprendizado adquirido através das ações extensionistas do projeto supracitado em falas.

O profissional de saúde deve assegurar a estas cuidadoras, informações e orientações de cuidado necessárias que se adaptem as necessidades de bem - estar e saúde do RN e destas, para o enfrentamento de mudanças de hábitos e costumes relacionados ao cuidado do coto umbilical, tipo de banho, que podem contribuir para a morbimortalidade do RN, sem que com isto desconsidere os seus valores, crenças e conhecimento de cuidado, que servirão para subsidiar a construção de novos saberes.

✓ **Subcategoria 3.2 - “Mudando atitudes para promover a saúde do coto umbilical do RN”**

Os discursos abaixo revelam que estes cuidadores do coto umbilical de RN, que fizeram parte deste estudo, e após reflexão de suas práticas, optaram por mudar atitudes de cuidado de risco à saúde, de forma responsiva, indo assim, na direção de práticas de cuidado congruentes, ciência e saber popular, deixando práticas lesivas ao coto umbilical, e adotando aquelas compreendidas como mais assertivas

para a saúde do RN, o que ampliam as demais práticas de cuidado que envolvem a puérpera e demais cuidadores. Assim, depreendemos que ao mudarem suas atitudes, avaliando suas experiências habituais, seus papéis específicos de cuidado cultural, passaram a considerar outros saberes, aqueles aqui, considerados científicos; para assim, enxergar além de sua cultura, valores, crenças, hábitos e costumes, acionando uma nova visão de mundo, objetivando um viver saudável.

Neste sentido, Bohes et al. (2007) enfatizam que o indivíduo é um ser que percebe e age, e que a cultura continuamente se modifica como resultado das interações simbólicas que os indivíduos fazem entre si e com seu ambiente, e que apesar de carregarem consigo um saber popular, transmitido pelos seus antepassados, estes indivíduos estão impregnados pela recriação da realidade presente.

Porém outros valores que cercam o cuidado ao coto umbilical, não foram extintos do universo cultural no qual estes cuidadores estão inseridos. Pois, a mudança não ocorre na totalidade, sabemos que como seres humanos, temos “tatuados em nós” modos de ser que permeia gerações e gerações. Embora, o ser humano seja responsável por sua realidade, suas necessidades de saúde são solucionadas a partir de ações conscientes, participativas e organizadas com elementos específicos de sua história, sua cultura, e seu modo de vida, para promover mudanças nas suas atitudes, nos seus atos de saúde, e principalmente na própria pessoa (LOPES et al., 2007). Assim, como podemos observar nas falas que se seguem:

As pessoas até ensinava a colocar sola, pena de galinha queimada, mas não usei não; nos meus netos não, nenhum. Nos meus filhos só os primeiros, os cinco primeiros filhos, ainda usei a pena de galinha queimada e óleo de amêndoa. Nos meus netos nenhum usou. Usou primeiro álcool iodado, é, depois o absoluto. Olha eu usava faixa nos netos. Nos meus últimos filhos até usei óleo também, mais nos meus netos nenhum [...] A faixa a gente achava que servia pro o imbigio não ficar estufado, entendeu? Que às vezes crescia o imbigio, né? A criança ficava com aquele imbigio crescido, e agente usava a faixa pra que apertasse direitinho, pra não ficar com imbigio grande. Ó, durante usava e antes também, de cair o imbigio. Usava com aquele pedacinho de gaze em cima, depois que caia, usava a faixa só, até sarar (Família 07, avó materna Girassol)

De primeiro a gente usava o mercure, álco odado, né? Usava nele o mercure, álco odado também; já suspendeu não tá usando mais, né? [...]. Os meus, tudo eu cuidava assim com alço odado e a pena de galinha e os menino tudo curou, todos quatro; os meus quatro fios, mais três sobrinhos. De primeiro agente queimava pena de galinha, botava em cima o pozinho e secava o imbigio, mais hoje eu não faço mais isso não (Família 05, avó paterna, Avenca).

[...] não tinha ninguém pra cuidar só era eu mesmo. Ah, quando o imbigão caía eu passava um remediozinho, e colocava uma faixa, até sarar né. Fazia remédio ali, quando o imbigão ficava grande eu colocava um bocado de remédio assim pra ficar menorzinho, aí pronto. [...]. Ah, eu botava assim era uma moedinha daquela bem miudinha, colocava no imbigão, pertava e deixava ali e aí dava resultado né. Mais hoje quando a gente faz essas coisas... diz que não presta, não dá certo, sei lá (Família 3, avó materna, Hortência).

Nesta última fala, a avó materna Hortência, registra certo descontentamento com os novos saberes adquiridos com alguém de sua rede social; parece existir um conflito entre esta e o novo conhecimento/aprendizado, mas que apesar disto, ela acabou por aceitar e praticar os novos conhecimentos de cuidar o coto umbilical. Neste sentido, diz Leininger e Mcfarland (2006) que é preciso deixar o velho que influencia de forma negativa na saúde, para alcançar os objetivos de um cuidar culturalmente congruente, considerando as ações de tomadas de decisão entre o profissional e o sujeito do cuidar para o alcance da saúde.

Nesta subcategoria, podemos perceber que a mudança de atitude se mostrou como algo de interesse dos participantes, assim, buscaram formas de promover o cuidado entremeando suas histórias, saberes e novos saberes, de modo que temos uma visualização de um saber construído sempre em movimento dinâmico espiralado, ou seja, crescente e não circular.

CATEGORIA IV – Formas de aquisição do saber para cuidar o coto umbilical. O conhecimento é um instrumento utilizado pelo ser humano, necessário a vida, afim de que este possa interagir e socializar seus saberes, suas experiências e com isto sentir-se como sujeito ativo no meio sociocultural, onde ele vive.

Assim, esta categoria sinaliza duas subcategorias **“O conhecimento adquirido através de profissionais de saúde para o cuidar – saberes científicos”** e **“A família e a rede social como ‘escola de aprendizado’ para cuidar ao RN”**

✓ **Subcategoria 4.1** - O conhecimento adquirido através de profissionais de saúde para o cuidar – saberes científicos

Uma atenção pré-natal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e para que exista um atendimento de qualidade e humanizado é fundamental que seja estabelecido ações de educação em saúde com vistas a construção de um novo olhar sobre o processo saúde-doença, que compreenda o ser humano em sua real totalidade corpo e mente, considerando o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual ele vive (BRASIL, 2006); e assim, promover uma aprendizagem que contribua para a produção de saúde, esclarecendo dúvidas e dissipando o medo, de puérperas e de familiares cuidadores para melhor cuidar o coto umbilical de RNs, uma vez que a educação em saúde é uma prática compartilhada de trocas de saberes a ser desenvolvida no cotidiano do trabalho do profissional da saúde, e desta forma, estas ações educativas devem estar direcionadas às necessidades de cuidado e saúde das puérperas, RN e familiares, respeitando as crenças, modo de vida e seus valores (SANTOS; PENNA, 2009).

Neste sentido, observa-se nos depoimentos destes sujeitos, significados que dão sentido a valorização de ações educativas.

A enfermeira falou que eu fosse todo mês fazer o pré-natal, tomar o remédio pro o bebê nascer forte, e pra mim também, pro sangue, no pré-natal, a enfermeira disse que era pra fazer os exames de sangue pra prevenir doenças como anemia, HIV e diabetes. Lá no pré-natal não me ensinaram a usar nada não sobre o imbigio do bebê (Família 09, puérpera-secundípara, Jasmin).

Hoje, eu cuido do jeito que o pessoal da UESB me ensinou com o álcool a 70, limpar direitinho, e não botar mais nada, deixar livre. [...] Porque [...] da primeira teve problema, inflamou, deu mal cheiro. Na primeira filha não tive orientação por isso foi que eu usei o óleo de amêndoa doce; por que eu não tive muito orientação do povo do pré-natal, e só tive orientação da minha mãe e da minha sogra. (Família 1, cunhada, Beija flor).

[...] agora é moda nova, [...], agente tem que segui a nova moda; o que passou pá traz passou agora é novo modelo. Se vocês tabalha com a gente (profissionais de saúde), já é orientano agente, aí tem que andar naquele caminho certinho, não pode disviar. Mais eu concordo que vocês orientou, a pessoa aprender, eu também quero aprender também; cada dia mais tô com novidade, e quero aprender também. Quanto mais agente aprender, melhor (cuidar do coto umbilical). (Família 1, avó materna, Rosa).

Eu acho hoje melhor, porque hoje tem a medicina que já ensina tudo e antigamente agente vivia orientada pela mãe, as vó, essas pessoa mais velho. [...] há 30, 40 anos atrás, 30 anos, não tinha essas coisas que ta tem hoje; tinha mais diferente, né? Às vezes a gente ganhava menino lá pelas beira onça, lá mesmo ficava pelas parteira, e tinha que cuidar, como tinha que cuidar (Família 1, avó paterna, Periquito).

Não to dano mais (banho no RN) com água presa, e também eu tô fazendo do jeito que me ensinaram né? Pegar o balde, colocar água limpa e ir jogano com o buraquinho aberto da banheira pra ir escorrendo. To dano banho com canequinho, então eu coloco no balde a água limpa, e vou jogando água limpa, a suja vai escorrendo, pelo buraquinho da banheira. Eu to colocando a banheira em cima da cama um pouco pá fora com o buraquinho em direção do balde (Família 1, puerpera-primipara, Fofinha).

[...] a dez anos atrás, no terceiro filho, eu recebi lá no hospital, orientação do estagiário da UESB(projeto/UESB) que me deu, me orientou, me dando dois frasquinhos de álcool absoluto e o panfleto e me ensinando como cuidar do coto umbilical da criança. Levaram o boneco, orientando como dar o banho e como cuidar do coto umbilical da criança (Família 07, puérpera-multipara, Violeta).

Observa-se nestes relatos diferentes formas de saberes para o cuidado do coto umbilical e do banho de RNs, e também o desejo de mudança de hábitos de cuidado e a satisfação de caminhar com o saber científico.

Nos discursos das puérparas Fofinha e Violeta, evidencia-se a aquisição de conhecimentos com profissionais da saúde para melhor cuidar do seu RN; visto que a educação em saúde é uma prática de grande importância, pois utiliza-se de linguagem clara e objetiva com recursos de ensino-aprendizagem para facilitar a compreensão materna, e de familiares, além de promover trocas de saberes entre estes e o profissional de saúde, mobiliza a autonomia da puérpera para melhor cuidar o seu RN; com destaque o banho e cuidado do coto umbilical, com maior confiabilidade e segurança (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

Enquanto que nos discursos de Beija-Flor e Jasmim evidencia-se uma lacuna no diálogo/interação entre profissional do serviço e estas informantes, visto que estas puérperas, não tiveram acesso às informações de cuidado ao coto umbilical, assim como o banho de RNs, procedimentos estes preconizados pelo Ministério da saúde, de modo que pedem um olhar mais atencioso dos profissionais de saúde, no sentido de que façam parte do leque das ações educativas no serviço de saúde, para melhor cuidar do RN.

Estas puérperas relatam que adquiriram conhecimentos por meio de familiares e demais pessoas de sua proximidade para cuidar o coto umbilical de seus RNs. Assim, diz Brasil (2006) que é necessário que o setor saúde esteja aberto

às mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde, e que as ações educativas atendam às mães de RNs e aos seus familiares de forma integral.

É necessário que os profissionais de saúde dêem uma atenção especial aos cuidadores do coto umbilical de RNs, pois desta forma, poderá contribuir para a prevenção de onfalite e suas complicações, bem como o tétano neonatal, na medida em que estes forem esclarecidos acerca dos riscos, danos e agravos que tais substâncias relatadas neste estudo, utilizadas no coto umbilical, podem até mesmo levar o RN a óbito.

É mister destacar que deve existir na relação entre o profissional do serviço e as usuárias, articulação e compartilhamento de saberes para que possa viabilizar o planejamento e construção de novos cuidados, mas que considere, o estilo de vida, crenças, valores, hábitos e costumes de puérperas, e de familiares, devendo enfatizar também ações educativas no cuidado ao coto umbilical e banho do RN em água corrente, e com enxágue. Para que ocorra o cuidado cultural congruente é necessário que o profissional de saúde conheça o contexto cultural da puérpera e de seus familiares cuidadores de RN, e desta forma o profissional de saúde saberá discernir de fato, o seu papel no processo de cuidar/orientar.

✓ **Subcategoria 4.2** - A família e a rede social como “escola de aprendizado” para cuidar ao RN

A rede social de puérperas envolve a família, e as pessoas do seu convívio cotidiano. Esta rede sustenta seu mundo de relações pessoais e culturais, sua identidade e o meio onde vivem. É na esfera domiciliar que existem abundantes e diversos saberes populares, oriundos de um padrão cultural que cada família possui e que foram transmitidos a outras pessoas intergeracionalmente, fazendo parte desta rede de forma a se tornar um círculo em movimento, contagiando a todos que estão envolvidos nela e que fazem parte do universo relacional das puérperas.

Os padrões culturais por vezes, anulam o saber profissional, de forma a apoiar-se nos saberes populares. Assim, a rede do contexto domiciliar de puérperas constitui-se de facilitadora de saberes populares no cuidado ao coto umbilical e banho, como observado nos discursos abaixo:

Eu não fiz o pré natal não; os cuidados do imbigio, quem me ensinou foi a minha mãe. No hospital deu um dois vasilhinhos de álcool 70% (projeto/UESB); só que demorou pra cair, aí minha mãe foi e começou a usar do jeito dela, que a mãe dela passou pra ela. Ela começou usar o óleo de almenda, caiu rapidinho e secou (Família 10, puérpera-secundípara, Andorinha).

Ó minha fia de DEUS, eu fiz muito parto, mas aí agora, eu num sei lhe responder quanto. É minina aí no fosco, é minina na beira ri, é minina na torta, é minina em tudo quanto é canto; Peguei neto, bisneto e na redondeza do mandacaru. Eu só entregava os minino com sete dia depois que caísse o imbigio. Usava óleo de riça e a faixa. De primeiro eu prendia o imbigio era com a linhazinha. Agora é com aquele pau; porque agora as mulher ta teno neném no hospital né? Eu cortava o imbigio dos mininos com a tisoura. Eu nunca fervei a tisoura, não passava nada [...] Fiz parto sem luva, soprava na garrafa, quando a placenta ficava presa metia dois dedos dentro do útero divagazim pa não ofender a mulher, para tirar a placenta (risos). Eu num to pegano minino mais não. Parei (Família 09, parteira, Canária).

Eu cuidei também dos meus filho, com óleo de almenda, faixa, essas coisa assim, né? Somente quem me ensinou foi minhas amiga, eu não tinha mais mãe; minha mãe já tinha falecido, então minhas vizinha me recomendava essas coisa assim e com isso eu to até hoje. Eu to ensinando ela também, porque é minha filha, né? eu tenho que ensinar, né? O que eu aprendi, né fia? E aí é isso aí. O que eu aprendi, eu passei pra ela, né? É, o mesmo que eu aprendi, eu passo pra ela. Eu falei pra ela cuidar direitinho, mamentar na hora certa, dar comida na hora certa, botar a faixa no imbigio, e não deixar molhadinha de xixi, nem obrada, porque isso prejudica a criança. É, pra poder não deixar o imbigio molhado, quando der banho secar, colocar o óleo de almenda e a faixa (Família 05, avó materna, Chapéu de couro).

A experiência, adquiri com a minha família mesmo; com minha mãe, com minha vó, com a família de dentro de casa mesmo. Me ensinou a cuidar do coto umbilical, a zelar, limpar, colocar uma faixazinha para apertar o imbigio, né? Vem da família, né? E do trabalho também, que eu trabalhava de monitora em creche e aprendi muito com isso; a cuidar de criança, de zelar, ter cuidado mode infecção, Aprendi com minha mãe, no tempo que ela cuidava do imbigio , ela colocava pó secante, pra secar rápido, né? E às vezes cuidava também com a pena de galinha, que queimava pena de galinha e colocava pra cicatrizar rápido. O pó de fumo também; o pó de fumo de primeiro o povo usava muito também. Mãe usava mais mesmo o pó secante e a pena de galinha (Família 05, avó paterna, Avenca).

No discurso da puérpera Andorinha percebe-se que o saber popular enlaça o seu cuidado, apoiada nas orientações de cuidado popular transmitido por sua genitora, teve o coto umbilical de sua segunda filha infectado pelo uso do óleo de amêndoa, diagnosticado, quando da realização da visita domiciliar, porém a puérpera e sua genitora não tinham a percepção do que estava ocorrendo com seu RN, e naquele momento de esclarecimento e orientação, a puérpera compreendeu a extensão de risco para seu RN e aceitou cuidar do coto umbilical com álcool a 70%

No discurso da parteira Canário observa-se claramente a falta de utilização de equipamentos de proteção individual, de assepsia e anti-sepsia nas suas práticas de

cuidado desenvolvidas, constituindo-se em risco, a sua saúde, a saúde do RN, puérpera, e de demais pessoas envolvidas na rede social de Canário; evidenciando que se trata de uma parteira leiga, tradicional, sem capacitação básica e orientação de medidas profiláticas, distante dos conhecimentos científicos que conferem prevenção de doenças e promoção de saúde, que a instrumentalize para um cuidar saudável.

Vale ressaltar que considera-se parteira tradicional, a mulher experiente, conselheira, respeitada pelas pessoas de sua rede social, com grande poder influenciador de cuidados, que faz desta, um marco de confiabilidade nas suas relações de convivência. Esta assiste o parto natural em domicílio, utilizando de suas práticas de cuidado sempre recheadas de rituais, rezas, símbolos, simpatias, crendices populares - o saber que detém, lhe foi transmitido por outras parteiras da família, sendo este, também repassado às novas gerações, que irão constituir na mesma família, uma outra parteira, perpetuando a espécie. Geralmente, a parteira tradicional, cuida sem retorno financeiro, mas por amor, solidariedade, coragem, e pela satisfação de assegurar a vida, daquele que está para nascer, bem como da mulher em trabalho de parto, num desabrochar da gênese natural da vida.

Nestas falas, é factível a importância do saber construído na rede de suporte social, validado pela cultura, a qual sustenta os modos de ser para o cuidado. Indubitavelmente, a cultura precisa ser perspectivada para as ações de cuidados profissionais numa negociação respeitosa no encontro dos saberes, para os fazeres, na condução da promoção de saúde das pessoas. Assim, esta subcategoria se mostrou à luz de nossa compreensão nos instrumentos de coleta de dados e nesta análise.

CATEGORIA V - O saber popular como essência do cuidar – domiciliar – familiar – multiversas formas de cuidar. Como visto na categoria precedente, toda família está envolvida no processo de cuidar dos seus membros de acordo a sua concepção de saúde e doença apreendida no meio sócio cultural onde vive e se relaciona. Do mesmo modo, esta categoria que ora passamos a analisar, vai ao encontro destas percepções de cuidado, que atende as necessidades de cuidado à saúde familiar no ambiente domiciliar.

O cuidado, então, consiste em variadas formas de viver, de pensar, de se expressar frente ao mundo. Segundo Waldow (2004) é um compromisso que o ser humano tem de promover o bem-estar do outro, frente às diversidades que a vida impõe. Este cuidado humano, é a essência de valores ético e moral que permeia o *ser* família em seus papéis, gratidão, valorização, construção de saberes e valorização destes na sua intergeracionalidade.

✓ **Subcategoria 5.1** - Valores culturais intergeracionais no cuidado ao RN

O ser humano desenvolve e percebe o cuidado de acordo com seus valores culturais, e sua concepção do que significa a saúde e a doença. O cuidado é universal; as formas de cuidado é que divergem, pois nos cuidados estão presentes os fatores culturais, ou seja, valores que foram transmitidos intergeracionalmente. A cultura, no entanto, envolve valores, crenças, modos de vida de pessoas, aprendidos, compartilhados e transmitidos, que por sua vez orientam pensamentos e decisões nas práticas de cuidado (LEININGER, 2006). Os relatos a seguir elucidam a influência da cultura nas *multiversas* formas de cuidar dos sujeitos deste estudo. Com a licença do leitor, nos permitimos trazer nesta categoria muitas falas, as quais pela sua profundidade cultural exigiram-nos que as apresentassem, pois com toda humildade, não conseguiríamos tecer análise na riqueza que estas falas nos trazem de valor e poder cultural.

Eu só dei banhe só no seis dia, no sete dia eu vesti a roupinha que vei do hospital, que foi a primeira roupa que ele vestiu aí pa ficar dento do quarto preso, só deu banhe, no outo dia com oito dia. Porque num pode dar por causa do mal do sete dia. O mal de sete dia é uma doença que dar, fica se bateno, dar tremedeira, aí pronto, é isso mesmo, o mal de sete dias, aí a criança morre. Foi a minha mãe que me ensinou esse cuidado e eu passei pa (puerpera). No sexto dia eu fui lá, vesti a roupinha de noite, cuidei do imbigo, botei o olio de riça e de manhã eu só fui lá, botei o olio no imbigo, e cuidei, vesti a roupinha e deixei lá; ela não tomou banhe, nem lavou roupa nem fez nada. Com sete dia eu fui lá vê a mininha e botar o olio no imbigo. Só fiz botar o olio e vim embora. Agora banhe não tomou e nem saiu do lado de fora (Família 9, filha parteira, Estevão).

Elas (puérperas) acha bom, acha legal o que eu usei e eu passei pra elas que todos sejam assim: usar o olio de riça no imbigo da criança. Eu cuidei sete dias do imbigo do minino dela, dei banhe e só entreguei depois que o imbigo caiu. Botei o pó de fumo quando caiu, e a faixa no imbigo. Botei o olio de riça morno, esquentava e bota no imbigo; Botei olio de almenda só um dia porque num tinha, enquanto o olio de riça chegava, porque num gosto de trabalhar com olio de almenda; gosto de trabalhar com olio de riça, porque eu acho mais prático e nigeiro pa cair rapidinho o imbigo da criança.

Eu esquentava na colherzinha e deixava esfriar e aí agora eu botava (Família 9, filha parteira, Estevão).

Oh, eu curei, tratei dos imbigos dos meus fi, e peguei os minino, e agora eu tratava nesse tempo era com óleo de riça. E, quando os imbigos cai com três dia, eu botava pó de fumo. Nos meus fi que eu cuidava também.[...] Agora eu não to fazeno mais não. Agora nessa da (peurpera), eu botei pó de fumo e óleo de riça. O óleo de almenda só usou uma vez. Das outra vez, usou o óleo de rica, pa cair ligeiro e o pó de fumo, pa secar, sim, pa enxugar ligeiro. O fumo é bom pa criança, pa num dar aquelas doença: o mal de sete dia; Aí eu num sei que modo é o mal de sete dia. O neném fica temeno, e tem deles que morre, e o pó de fumo, ataia. Eu fazia a mesma coisa com meus fi e com todos que eu peguei e nunca eles teve nada (Família 9, parteira, Canário).

Ontem meu bebê completou sete dias, comade falou que não tirasse o bebê pra fora, e não desse o banho, não jogasse nada fora, não botasse ela pra fora, e botasse uma tesourinha debaixo do travesseiro durante sete dia, por causa do mal do sete dia. Às vezes a criança pega uma dor chamada cólica, pega muito maus fluidos que tem, né? Ou ali, um olhado, ou senão, dar aquela dor, a espremedeira, pega através disso; a criança pode não agüentar e morrer. Eu botei a tesoura debaixo do travesseiro, pra não passar mal de sete dia, principalmente a malvada. É uma doença que vem através do vento e pega na criança, a criança fica toda torta. Com a tesoura debaixo do travesseiro não. Ali o mal de sete dia passa, quando vê, a tesoura aberta debaixo do travesseiro corta (Família 9, puérpera-secundípara, Jasmin).

Em primeiro lugar os meus fi, os imbigos deles, eu cuidei com sola de sapato, couro de sapato velho queimado, tirado o pó. Eu curei com, o que meu Deus? Curei com, é, pegava o pano virgem, queimava e fazia o pozim e botava no imbigos, é, usei vários remédio que me ensinava então não me deu problema o imbigos deles. Dos netos, não chegou eu cuidar de nenhum não. Mais dos meus fi, dos dois eu cuidei assim[...]O povo diz que é bom, me ensinava, e eu fazia. E aí dizia que o pó de sola e o paninho virgem torrado era pra curar o imbigos [...]O fia eu acho que na época curou, os imbigos, né? Eu senti que eles não teve problema nenhum no imbigos, meus dois filhos; eu senti que eles não sentiu problema nenhum, eu não sei se era coincidência ou se era o remédio certo, né? Mais eu acho que tudo que me ensinava eu fazia. Mais só que não chegou o ponto de eu fazer mais do que isso (Família 7, avó paterna Lírio da paz).

[...] Agora eu tenho um sobrinho que já teve um problema no imbigos que deixaram entrar vento, nós tava fora daqui, já não cuidou, e o imbigos da criança ficou grande. Mais quando o minino chegou, eu fiz um remédio pu minino; aí eu chegava, colocava o dedo na boca, colocava em cima do imbigos, e colocava o lado só, aí o que acontece, peguei o buitoezim coloquei em cima do imbigos da criança, apertei três vezes e plantei dentro da goteira, quando cai aquela água da goteira, da telha, coloca e cai(umbigo), aí você pegou aquele imbigos que coloquei, quando a goteira caiu, o imbigozim foi e entrou chão adentro, aí agora já curou,ta são o imbigos do minino[...]parece que o imbigos do minino ficou tão são, que chegou a desaparecer o imbigos da crianinha (Família 1, avó materna, Rosa).

Nestes discursos observa-se a influencia dos valores, crenças que foram transmitidos por familiares e por outras pessoas na convivência social dos sujeitos e refletem as práticas de cuidado à saúde.

Algumas “crendices”, em nada prejudicam à saúde do RN, mas existem aquelas que colocam o RN sob risco de contrair infecção localizada no coto umbilical, que poderá levar a sépsis, considerando-se que, infecções pequenas, não tratadas podem se espalhar e tornar-se infecções graves (BECK et al., 2004).

Sobre este aspecto de cuidado Leininger e Mcfarland (2006) revela que para a repadronização de cuidado cultural, deve-se incluir ações e decisões de profissionais assistenciais apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras que ajudem a puérpera, família e rede de vizinhança a (re) avaliar-organizar-refletir suas práticas de cuidado, de modo que trocá-las ou modificá-las possa ser uma tomada de decisão consensual entre os envolvidos no cuidado.

Neste contexto, a autora supracitada informa que o padrão de atendimento de saúde, novo, diferente e benéfico que diverge do anterior, deve respeitar os valores culturais e as crenças das pessoas, proporcionando um modo de vida benéfico e mais saudável do que o anterior, e que as mudanças sejam coestabelecidas em conjunto, ou seja, profissionais-indivíduo/família/comunidade, de modo, a sua aceitação.

Nos casos relatados nas falas acima, podemos observar saberes que em nada trazem riscos ou promovem danos, mas há outros que solicitam estratégias de aproximação e confiança entre o sujeito do cuidado e os profissionais de saúde para que possa ser substituído integralmente, como visto no uso da sola de sapato, e outros de igual gravidade ao processo de viver humano.

CATEGORIA VI - *Formas de ser resiliente para cuidar – o enfrentamento para o cuidado correto do coto umbilical.* Silva et al. (2005) definem resiliência, como a capacidade que o ser humano, ou seja, o indivíduo, família ou comunidade possui de construir uma trajetória de vida positiva e saudável, apesar de viver em situações adversas no seu contexto sócio cultural.

O termo resiliência foi criado pelas ciências exatas, em especial a física, e a engenharia que, segundo essas ciências, refere-se a propriedade que certos corpos têm de absorver trabalho ou energia elasticamente, ou seja, a capacidade de voltar

à forma anterior depois de sofrerem uma deformação (CYRULNIK, 2004; ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006). Tal termo, trazido para o contexto das relações humano-sociais por estudiosos de família da área sistêmica, na consideração de que as pessoas no enfrentamento do viver cotidiano adquirem habilidades para ultrapassar as adversidades de modo a um viver melhor e mais fortalecido.

Neste direcionamento, esta categoria se mostra, à luz do viver humano dos participantes deste estudo, que a partir de suas falas, fizeram emergir a subcategoria **“Tomada de poder para decidir o cuidar saudável do RN”**. Esta, embora única, tomou uma dimensão grandiosa no estudo. Segundo Motta assinalou (2007) as relações entre as gerações não se circunscreve unicamente ao âmbito das relações das famílias, embora esta tenha relação de poder forte sobre sua gênese, mas nestas, também existem outras articulações, que particularmente contribuem, como as relações sociais, no sentido de renovação (cultura-saber) de sua continuidade.

Assim, entre as puérperas deste estudo, encontram-se aquelas que a tomada de decisão por si, se fez mostrar no âmbito relacional familiar no seu cuidado ao RN, de modo que tornaram-se resilientes. Em outras palavras, empoderaram-se frente aos membros familiares mais idosos, aqueles que ditavam o cuidar a sua moda, através dos saberes adquiridos e que desejavam perpetuar; ultrapassando respeitosamente tal saber, construindo novos saberes, a partir de suas vivências e experiências observacionais no cotidiano no seu meio de inserção e no meio dos profissionais de saúde.

✓ **Subcategoria 6.1** - Tomada de “poder” para decidir o cuidar saudável do RN

A resiliência representou possíveis caminhos para que as puérperas pudessem verdadeiramente deslocar a negatividade e dar ênfase as suas potencialidades, priorizando-as de forma que as possibilitassem criar condições de responderem positivamente aos seus conflitos culturais no meio de pertença.

As puérperas resilientes foram capazes de enfrentar as influências adversas de um contexto de cuidado ao coto umbilical, com vistas a promover a melhoria da qualidade de saúde do seu RN, ao assumirem o controle de sua própria vida, para tomadas de decisões, aspecto também identificado nos estudos de Silva et al. (2005).

Nas falas abaixo, podemos observar tal tomada de decisão:

[...] eu não ia aceitar não. Eu ia correr nos postos aí, ou então eu ia nas farmácias comprar, pá mim passar o álcool a 70%. Porque antigamente cada um tinha um modo de passar os remédio, hoje em dia não [...] (Família 1, puerpera-primipara, Fofinha).

Tem pessoas que manda colocar óleo, pó de um bocado de coisa aí, pó de pena, de couro sim, de sola, até couro de sola já me ensinaram, risos, a minha sogra, risos, a minha sogra, risos diz que tratou o umbigo dos filhos dela com couro de sola torrado, mais eu não vou fazer um absurdo desse, risos, eu não usaria, não usaria, porque isso é coisa de gente atrasado; porque é errado, é contra indicado, colocar qualquer coisa no umbigo da criança, que não seja o álcool a 70. Secar bem, e limpar direitinho, proteger, né? (Família 07, puérpera-múltipara, Violeta).

Meu esposo trouxe as penas de galinha da roça. Ele perguntou para mim, se o imbigão do neném tinha sarado, porque estava inchado, ele ia usar pó de pena de galinha pra desinflamar e secar rápido. Quem ensinou ele a botar esse tal de pó foi a mãe dele e o pai dele. Os pais dele vivem na roça e sempre usou essas coisas pó de pena de galinha, mas eu não usei não (Família 08, puérpera-tercípára, Adalia).

[...] Na primeira (filha) botei um monte de coisa, óleo de amêndoa doce que acabou inflamando, aí levou um monte de tempo pra cair, deu mal cheiro; foi a primeira filha né? Não tinha orientação quase nenhuma; aí da segunda não, na segunda filha com três dias caiu porque eu segui direitinho como é que devia usar. Botei faixa pra apertar. Minha mãe mais minha sogra falava que era pra não ficar com o imbigão grande porque chorava demais. Aí eu pegava e botava. Aí da segunda não, a segunda deixei livre. Óleo de amêndoa doce pra o imbigão do neném; na linguagem deles, porque não era pra ter botado o álcool, era pra usar o óleo de amêndoa que caia do mesmo jeito só que não caiu, levou mais de sete dias pra cair; deu mal cheiro e tudo [...] (Família 1, cunhada, Beija Flor).

É importante destacar nos discursos das puérperas Adalia, Violeta e Fofinha que estas, possuíam capacidade de resiliência, pois manifestaram a sua capacidade de superação humana no enfrentamento dos saberes culturais conflituosos, exercendo suas funções de mães cuidadoras, ao dizer não aos saberes populares com potencial de risco à saúde de RNs; saberes estes, que lhes foram transmitidos; pois estas puérperas, apesar de viverem cercadas de pessoas de sua rede sócio cultural, não se deixaram influenciar pelas orientações de cuidado popular de risco, uma vez que evidencia-se nas falas destas, diferente conceito de saúde e doença, possibilitando uma história de vida positiva, apesar de viverem rodeadas por condições adversas a sua visão de mundo.

Porém no discurso da Beija Flor que apesar de ter justificado sua pouca experiência, observa-se que ocorreu certa adaptação de sua pessoa, a modalidade de cuidado popular, sem que tenha exteriorizado seu potencial para desenvolver

estratégias que lhe assegurasse condições para lidar com situações adversas no seu contexto cultural. E, esta não tomada de decisão, *a priori*, culminou em infecção do coto umbilical de seu RN.

Desta forma, observa-se que Beija flor aceitou e se adequou na modalidade de cuidar o coto umbilical que lhe foi transmitido, e a falta de outros saberes, a exemplo, o científico a privou de manifestar a sua capacidade de resiliência, para mudança de comportamento e tomada de decisão. Porém, *a posteriori*, adquiriu autonomia, de modo a enfrentar a situação e sair fortalecida, enxergando uma nova realidade de mudança na sua história de vida, quando do seu segundo filho. Neste sentido, depreende-se que o ser humano é dotado de capacidade para reagir às adversidades no meio onde vive, mas para isto se faz necessário que permita aflorar o seu potencial de decisão e operação do ser-fazer-cuidar, sem que com isto afaste-se do grupo de pertença, dos valores moral e ético, que envolvem as relações familiares, da conviabilidade entre os saberes, mesmo que estes sejam “saberes polêmicos”, ou seja, aqueles que desafiam o processo de viver saudável.

Por fim, o grande desafio que enlaça as relações de poder no âmbito familiar, assentam-se no olhar para as puérperas deste estudo, e mais, especificamente, as desta subcategoria é, portanto, a pluralidade de lógicas que mantém a diferenciação quanto assimetrias e subordinação aos saberes dos mais velhos da família, transmitidos a sua gênese. Refletir acerca disso, não é tarefa fácil, pois envolve vínculos afetivos, gratidão, respeito, solidariedade familiar.

Assim, percorrer por estes meandros é “andar por labirintos”, nomeadamente, no *lócus* privilegiado das relações entre os seres humanos, o plural familiar. Ou seja, seu espaço de identificação, subordinação, empoderamento, subjetividade, diferenciação, hierarquia, entre outros.

Ainda, na tentativa de dar um ponto conclusivo nesta subcategoria, cumpre destacar o que Ausloos (2003, p. 52) afirma que “nas famílias de transações rígidas, a não-definição da relação, o encerramento do sistema e a rigidificação das regras impedem uma boa circulação de informação”. E, continua dizendo, que o tempo para porque as informações não circulam e não circulam, porque o tempo está parado. Assim, ressalta “o poder está no jogo do sistema e, portanto, cada elemento participa na sua distribuição, na sua gestão, na sua utilização; ele está também ligado ao tempo” (AUSLOOS, 2003, p. 53).

O poder então, na perspectiva do olhar de Bateson (1972) converge a complementariedade e simetria, ou seja, interação e reciprocidade entre as pessoas em que os comportamentos de um são simultaneamente respostas do outro. Por outro lado, ação/estímulo pode determinar uma resposta, mais não a sua natureza, direção e força. Daí, termos que ponderar os acontecimentos relacionais familiar, sua cultura, seu meio, os valores existentes neste meio de modo a considerar resiliência, empoderamento, neutralidade e impossibilidade de interação instrutiva meio-ambiente-cultura. Nestes meandros, não concluímos esta interpretação, antes porém, deixamos a “porta” entreaberta diante da complexidade do viver relacional familiar no cuidado ao coto umbilical do RN.

CAPÍTULO 7

Um ponto de seguimento
Na abertura de novos. A seguir, então, reticências...

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo significou para mim, parte de minha trajetória percorrida nas sinuosidades de um traçado que parece não ter fim, pois todos os dias pessoas nascem, crescem, morrem, e assim sucessivamente, mas os valores culturais continuam existindo; assim como, ocorre as mudanças de pensamento, de atitudes, mas não na sua completude, como visto neste estudo, por que na profundidade do saber-fazer os fatores culturais não foram de tudo esquecidos, e/ou deixados para trás. Neste estudo, foi visto que alguns hábitos foram deixados, acreditando no novo, com o experimentar, como se este novo de fato substituiria o velho hábito arraigado nas diversas formas de pensar, do agir, do fazer. A cientificidade caminha lado a lado com o considerado saber popular, dialogando-se, pois não se pode desvinculá-los. Para que o cientificismo exista, ele parte do que não é formal, para produzir saberes respaldados nos experimentos, nas comprovações das hipóteses, para a construção dos fatos.

A mudança de pensar, de agir, saber-fazer só é possível, se houver interação entre estes dois saberes: o ético e o êmico; deve existir a paridade entre estes, nos quais o diálogo é de fundamental importância; o saber ético, deve permear o saber êmico promovendo assim, à comunidade carente, o conhecimento do novo, atendendo as necessidades de aprendizagem de cada ser, articulada nas ações provedoras de saúde ao RN, puérpera, família e a rede de vizinhança envolvida no processo de cuidar o coto umbilical, e banho de RNs. O acesso ao conhecimento científico, acerca do cuidado do coto umbilical e banho do RN, se faz necessário a estes sujeitos participantes deste estudo, de modo que o acesso a estas informações de saúde, não ocorra de forma fragmentada, o que faz com que as pessoas estejam engessadas numa visão de mundo retrógrada e estática, de uma única direção, pelo fato de não terem tido a oportunidade de conhecer e lidar com outro universo de saberes que não fazem parte de seu cotidiano, vivendo na persistência de fatores negativos, prejudiciais a saúde de RNs, puérpera e de demais cuidadores, envolvidos no processo de cuidar o coto umbilical, cuja cadeia de transmissibilidade de saberes populares, cercam a todos no seu contexto histórico, em sua rede sócio cultural, impregnando-os intergeracionalmente.

O conhecimento do novo propicia a reflexão, ainda que este, não seja emergente, mas certamente trará mudanças, na vida daqueles que estão abertos ao crescimento, a aquisição de saberes científicos, com vistas ao bem estar, a um viver saudável. As pessoas não querem viver longe da realidade que lhe confere melhorias da sua saúde, pois o indivíduo pensa, se comunica com o outro, e neste processo de comunicação/interação, haverá socialização de saberes benéficos ou não a sua saúde.

A educação em saúde é um processo contínuo, de aprendizagem, de socialização de saberes fundamental ao ser pensante; para que ocorra efeitos desejáveis e saudáveis à vida daquele que cuida e que também é cuidado, faz-se necessário que as ações educativas sejam dialogadas, entre as partes, e que os usuários do serviço de saúde, tenham uma participação ativa, e que sejam coparticipantes na elaboração de cuidados, expressando seus problemas, suas dúvidas, e seus conhecimentos de cuidado cultural, para um planejamento de cuidado baseado na concepção daqueles que necessitam mudar a sua prática de cuidado prejudicial a sua saúde e a saúde do ser cuidado.

Por meio de ações educativas o conhecimento científico produzido no campo da saúde, é utilizado pelos profissionais de saúde, como recurso para atingir a vida cotidiana das pessoas, no intuito de que puérperas, familiares e demais pessoas envolvidas no cuidado do coto umbilical, obtenha novos hábitos e condutas de saúde, que envolvam um cuidado saudável de prevenção de doenças e promoção da saúde de todos os envolvidos no processo de cuidar (ALVES, 2004-2005). Mas para que estas ações sejam efetivadas de forma positiva não basta informar, é preciso conhecer as crenças, hábitos, modos de vida, valores e todo o contexto cultural de vida das puérperas e de demais cuidadores do coto umbilical de RNs, para que a partir destes conhecimentos, e reconhecimentos de que estes, são seres que possuem saberes, ainda que diferentes dos saberes instituídos científicos, devem-se proporcionar a estes, ações educativas significativas, dialógicas e eficazes considerando seus valores, contexto de saúde, doença e cuidado, proporcionando aos envolvidos nas ações educativas, autonomia, para que estes expressem seus saberes teóricos e práticos populares, que vão fundamentar na escolha de ações e decisões de cuidados de modo a favorecer um atendimento de cuidado cultural congruente (LAININGER; MCFARLAND, 2006).

Observou-se neste estudo, diferentes formas de cuidar; pessoas de uma mesma família, mas com saberes diferentes, de cuidado ao coto umbilical. Pessoas estas que tiveram orientações de cuidado ético, acabaram por refletir as suas práticas que lhes foram transmitidas por familiares e por pessoas de sua rede social, e reverteram estas práticas de forma conscienciosa, deixando gerar em si, um novo olhar à saúde, constituindo um comportamento coerente que transita pelo caminho do conhecimento científico, “deixando para trás” práticas prejudiciais de cuidado ao coto umbilical.

Neste contexto, é salutar destacar que cabe ao profissional de saúde informar e cuidar do indivíduo responsável pelo auto cuidado e cuidado, velando pela saúde e bem-estar deste, e do RN, de forma que o instrumentalize, para lidar com situações adversas, no meio onde ele vive, capacitando-o a ser um facilitador de saberes científicos na comunidade de sua convivência e no seu domicílio, porém sem menosprezar ou desprezar os valores culturais, que possibilitam a elaboração de cuidados saudáveis.

A despeito dos resultados encontrados neste estudo, para que as ações de educação em saúde sejam bem sucedidas, faz-se necessário considerar o contexto cultural dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, levando em conta suas representações a respeito dos aspectos relacionados à saúde, pois as ações que visam a melhoria na qualidade de vida e saúde dos sujeitos estão entrelaçadas com os valores, crenças e modo de vida dos indivíduos, assim também, identificados por Santos e Penna (2009).

Nesta compreensão, pode-se afirmar na possibilidade das puérperas, manifestarem a sua resiliência, a partir do momento em que ocorra a interação entre estas e os profissionais, de forma horizontal, por meio do diálogo, das atividades educativas, da valorização de ambos os saberes, reconhecendo sua real necessidade e de seu contexto relacional, de forma a promover a auto estima destas mães, para que elas se sintam fortalecidas, e expressem suas habilidades, e potencialidades do saber-fazer, incitando-as a refletirem suas práticas de cuidado prejudiciais à saúde destas, do RN e de demais cuidadores, de forma a se conscientizarem da necessidade de mudança, como promoção da saúde do RN, puérpera e de demais cuidadores envolvidos no processo de cuidado ao coto umbilical; e assim, as ações educativas servirão como suporte para a tomada de decisões visando a melhoria da qualidade de vida e de saúde.

Neste momento, faço um parêntese, pra recordar um fato que muito me chamou a atenção durante as caminhadas às residências que serviram de campo para este estudo, no domicílio da parteira e de sua filha, refere-se a figura de uma agente comunitária de saúde, que passo a contar: uma agente comunitária de saúde, que ouviu parte da entrevista, e que não era uma pessoa desconhecida do meu relacionamento comunitário, além desta residir na mesma área em que residia a parteira, esta agente, havia sido treinada para o cuidado ao coto umbilical, pelo Projeto Programa Educativo Saúde do Coto Umbilical da UESB no ano de 2001, tal foi a surpresa ao perceber que naquela área de atuação da referida agente, esta, parecia estar de acordo com o uso de óleo de rícino, óleo de amêndoa, faixa e pó de fumo no cuidado ao coto umbilical.

Fechando o parêntese do parágrafo anterior, abre-se outro, a partir das idas e vindas na análise das categorias e subcategorias desveladas neste estudo, foi possível por meio do caminhar metodológico reconhecer que apesar do tempo de atuação na área do cuidado ao coto umbilical, ainda existiam pessoas mergulhadas numa visão de mundo centrada em práticas populares de risco à saúde, que acreditavam em superstições ao afirmar que existe a “malvada” que tem um significado de bruxa capaz de matar o RN no sétimo dia de vida, e que por este motivo, o RN é mantido no quarto, sem tomar banho, neste referido dia. Porém, algumas puérperas entrevistadas neste estudo, cadastradas no Projeto/ UESB referido, seguiram as orientações recebidas neste projeto, embora existissem aquelas que estavam desenvolvendo o cuidado, mesclando os dois saberes, o científico e o popular, contudo, havendo alguma mudança em direção de um cuidado mais saudável. Dentro deste universo de puérperas, apenas duas mantiveram o comportamento de risco quanto ao cuidado do banho e do coto umbilical. Aqui então, fecha-se os parênteses abertos, ampliando o foco do olhar para o referencial teórico adotado.

Ressalto que o referencial teórico, como se espera, sustentou o estudo. Transitar nos meandros da cultura, não é uma tarefa fácil, estar diante da complexidade de valores e papéis reconhecidos e sustentados nas relações que envolvem laços de respeito, gratidão, solicitude, entre outros. E, assim, “habitando” no emaranhado de visões de mundo. Neste sentido, as idéias de Leininger, por certo trouxe muita contribuição à compreensão deste estudo e ao alcance dos objetivos em resposta a questão norteadora que subsidiou nosso caminhar. Por

outro lado, cumpre destacar que o estudo revelou nuances que em alguns momentos deram um salto sobre a compreensão da Diversidade Cultural proposta por Leininger. Neste sentido, temos que, contrapor o dito sobre repadronização, de forma que possamos pensar esta palavra, com maior observância e sensibilidade, atentando para a construção de saberes conjuntos respeitosos, aos valores culturais, de forma que estes possam ser mediados pela primazia do direito à vida com dignidade, e sem risco de morte por imperícia, imprudência e negligência.

Assim, mostra-se um universo com labirintos de difícil acesso à saída. Percorrê-lo exige iluminar o caminho para enxergar possibilidades de cuidados que sejam aceitos e satisfatórios para todos.

Os parágrafos precedentes emergiram do que foi compreendido como um equívoco quando Leininger (2006) diz que no atendimento de enfermagem, as práticas de cuidado a saúde devem ser desenvolvidas de acordo o contexto cultural e o contexto de saúde e doença do cliente; por outro lado, a teórica afirma que se o cuidado é prejudicial a saúde do indivíduo, este deve ser repadronizado, mas que os valores culturais devem ser respeitados, enquanto são usados o conhecimento genérico e o profissional; constituindo desta forma um cuidado culturalmente congruente, que se ajuste e seja útil aos modos de vida das pessoas; ou seja, coerente com a cultura do cliente. Contudo, nem sempre é possível repadronizar sem causar descontentamento, quando se trata de cuidado no qual a probabilidade de riscos, danos e agravos a saúde do RN é uma realidade evidenciada. Benéfico sim, mas culturalmente congruente nem sempre é possível esta conciliação. Porém, apesar de existirem de alguma forma constrangimentos, ainda assim, esta teoria é válida, a exemplo, de sustentar o estudo que ora se apresenta. Assim, poderá ser utilizada pelo profissional de saúde, na atenção básica, e também na área hospitalar (unidade de alojamento conjunto) como um instrumento básico, valorativo nas ações educativas, pois esta possibilita a este profissional, conhecer os modos de vida, crenças e valores de cada **ser**, que influenciam o cuidado ao coto umbilical, saúde do RN, e que são necessários ao planejamento de cuidado benéfico, de forma que instigue a puérpera e demais cuidadores de RNs, a uma reflexão de seus conhecimentos teóricos e práticas de cuidado ao coto umbilical, e vise a instrumentalizá-los com base em conhecimentos de cuidados salutarres à saúde de RNs, e de demais envolvidos na práticas de cuidado ao coto umbilical.

Na ocorrência de desagrado para mudança de práticas de cuidado, devemos acreditar que a semente de novos conhecimentos foi semeada e que dará frutos, mesmo que seja a longo prazo, um dia esta semente irá germinar e conduzirá cuidadores de RNs, a refletirem sobre a sua saúde e almejem sua melhoria.

Acreditamos que este estudo contribuirá para os profissionais de saúde, repensarem as suas práticas, na construção de estratégias educativas de saúde que possibilitem sua maior aproximação com os sujeitos do seu cuidar, no sentido de que estes, não sofram penalidades impostas pela falta de conhecimentos, pelo distanciamento da cientificidade.

Também, ressalta-se a falta de registros das infecções umbilicais, nas unidades básicas de saúde e hospitalares, estas, constitui-se em outro problema, que dificulta o estudo epidemiológico, com vistas ao acompanhamento do profissional para um tratamento eficaz das infecções umbilicais, muitos dos casos de onfalite não chegam ao conhecimento destes, e às vezes é considerado como algo sem importância por alguns profissionais de saúde, mesmo sabendo que se trata de uma porta de entrada para bactérias que poderão comprometer a vida do RN, com conseqüente óbito.

Geralmente, a onfalite é tratada em casa, por puérperas, familiares e por outros cuidadores da sua rede de relações, fundamentados nos conhecimentos populares, que lhes conferem o uso das substâncias como relatadas neste estudo, e também de outras, estas identificadas no contexto local do município de Jequié, Bahia, através de ações extensionistas do projeto referido no transcurso deste estudo.

O conhecimento popular traz sim, grande contribuição para o desenvolvimento da ciência, auxilia na tomada de decisão e ações de cuidados. No entanto, saliento que o profissional de saúde, deve ter um olhar mais acurado e responsável sobre as questões de saúde do RN, que envolvem o cuidado ao coto umbilical e banho.

Assim, visitas as residências de puérperas, e demais cuidadores do coto umbilical, devem ser inseridas em programas de assistência aos usuários dos serviços de saúde, como uma ação estratégica necessária, afim de averiguar se houve adesão das orientações de cuidado, e principalmente, avaliar o estado de saúde do RN, em especial, o coto umbilical. Objetivando a produção de saúde, construção de novos saberes na perspectiva do cuidado cultural benéfico,

proporcionando autonomia às puérperas, e participação de todos os cuidadores do coto umbilical, nas relações de comunicação de forma efetiva e humanizada. Contudo, trabalhar os saberes quanto aos riscos de substâncias prejudiciais à saúde do RN, de forma que passe por reavaliação e apreensão de saberes no direcionamento de mudanças, pois do contrário, esta assistência deixará de ser humanizada, uma vez que o profissional de saúde passa a ser co-responsável pela utilização de substâncias que comprometem a saúde do RN, e de demais cuidadores. Para evitar ser considerado negligente, precisa saber chegar, se aproximar para cuidar, mesmo que isso gere insatisfação naqueles que têm a sua prática de cuidado alicerçada no saber cultural intergeracional, porém prejudicial, precisa ser reavaliada. Este pensar vai ao encontro de Pires (2007) que reforça a visita domiciliar como estratégia ímpar no processo de cuidar o coto umbilical de RNs.

O desnovelamento deste estudo, a nosso ver, não se encerra com o ponto final nestas reflexões conclusivas, mas antes, entendemos haver aqui um ponto de prosseguimento, por estarmos diante de uma temática de complexificação como a cultura, o cuidado, a família, a intergeracionalidade, e mais delicadamente à saúde de RNs, seres tão dependentes da solicitude humana para sua continuidade da vida. Assim, para nós seguem-se também reticências, pois o caminho não está concluso aqui, ao contrário, nos instiga a caminhada, num universo ainda com espaços a serem alcançados, assim, mostra-se a frente, o desejo de prosseguir galgando degraus ainda mais altos.

REFERÊNCIAS

ABREU, W. C. **Saúde, doença e diversidade cultural**. Pensar a complexidade dos cuidados a partir das memórias culturais. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

ALVAREZ, A. M. **Tenho que cuidar**: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis: Edusfc, 2001.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Salvador, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

AMEH, E. A.; NMADU P. T. Major complications of omphalitis. In: Neonates and infants. **Pediatric Surgery International**, New York, v.18, n.5-6, p.413-416, set. 2002. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12415368. Acesso em: 10 jun. 2009.

ANDRADE, D. et al. Álcoois: A produção do conhecimento com ênfase na sua atividade antimicrobiana. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v.35, n.1, p.7-13, jan./mar. 2002.

APG (Angiosperm Phylogeny Group II). An update of the Angiosperm Phylogeny Group classification for the orders and families of flowering plants: APG II. **Botanical Journal of the Linnean Society**, London, 141, p.399-436, 2003.

ASSIS, S. G. de; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. **Resiliência**: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AUSLOOS, G. **La Compétence des Familles**: temps, chãos, processus. 2. ed. Lisboa: Editions Éres, 2003.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Superintendência de Regulação da Assistência à Saúde. Diretoria de Assistência à Saúde. **Manual de Atenção ao Recém-Nascido**. Salvador: Secretaria de Saúde, 2000.

BARBOSA, M. A. R. S.; TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Consulta de enfermagem - um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.20, n.2, p.226-229, abr./jun. 2007.

BATESON, G. **Natureza e espírito: uma unidade necessária.** Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1987.

_____. **Steps to an ecology of mind.** 6. ed. Nova York: Ballantine Books, 1972.

BECK, D. et al. **Manual de Consultas para Cuidados ao Recém-Nascido.** Washington: Save the children Federation, 2004.

BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSON, H. B. N. **Tratado de Pediatria.** 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

BERGAMASCHI, S. F. F.; PRACA, N. S. Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v.42, n.3, p.454-460, set. 2008.

BETHEA, D. C. **Enfermagem obstétrica básica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.

BLAKISTON. **Dicionário Médico.** 2. ed. São Paulo: Andrei, s/d.

BOEHS, A. E. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.1, p.90-96, jan./fev. 2002.

_____. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de família em expansão. In: BUB, Lydia Igenes Rossi e (orgs.) **Marcos para a prática de enfermagem com família.** Florianópolis: UFSC, 1994.

BOEHS, A. E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, p.307-314, abr./jun. 2007.

BRANDAO, L. et al. Narrativas intergeracionais. **Psicologia: Reflexão & Crítica**, Porto Alegre: v.19, n.1, p.98-105, jan./abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Aspectos clínicos, vigilância epidemiológica e medidas de controle. Guia de Bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n. 5 Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**: guia de bolso. 7. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de saúde da criança**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CANO, M. A. T.; VINHA, V. H. P. Estudos da prevalência e incidência de granuloma umbilical em recém-nascidos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Fortaleza, v.32, n.3, p. 338-345, jul./set. 1979.

CARDOSO, S. R. et al. Anti-sepsia para administração de medicamentos por via endovenosa e intramuscular. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.8, n.1, p.75-82, 2006.

CASSIANI, S. H. D. B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N., T. R. A Teoria Fundamentada nos dados com Abordagem da Pesquisa Interpretativa. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.3, p.75-88, dez. 1999.

CASTRO, O. P. de; RUSCHEL, Â. E. **A Intergeracionalidade na Dinâmica das Relações de Poder Familiar**. Porto Alegre: Editora Síntese Ltda., 1998.

CECAGNO, S.; SOUZA, M. I. D.; JARDIM, V. M. R. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v.26, n.1 p.107-112, jan/jun. 2004.

YRULNIK, B. **Os Patinhos Feios**. Tradução de Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2004. (Coleção psicologia e pedagogia).

CLOHERTY, J. P.; STARK, A. R. **Manual de assistência ao recém-nascido**. São Paulo: Manole, 1982.

COSTA, M. J. Necessidades básicas do bebê. **Revista Pais & Filhos**. Editorial 236. set./2007. Disponível em <<http://www.paisefilhos.pt/index.php/gravidez/parto-menu-gravidez-69/186-necessidades-bcas-do-beb?showall=1>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

CRONQUIST, A. **Brittonia**. An integrated system of classification of flowering plants. New York: Columbia University Press, 1981.

CUSHING, A. H. Omphalitis: a review. **Pediatr Infect Dis**, New York, v.4, n.3, p.282-285, may./jun. 1985. Disponível em: <<http://www.medscape.com/medline/medredirect?pmidParam=4000990>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

DEBASTIANI, C.; BELLINI, M. I. B. Fortalecimento da Rede e Empoderamento Familiar. Pesquisa da Escola de Saúde Pública – RS. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre: v. 21, n. 1. p.77-87, jan./jun. 2007.

DEI, S. J. S.; LUNARDI FILHO, W. D. Poder e Gerenciamento na Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.3 p.22-41, ago./dez. 2000.

DELGADO, V. S. S. et al. Colonização bacteriana em recém-nascidos ao nascimento e com 48 horas de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.58, n.6, p.357-360, jun. 1985.

ELSEN, I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sônia. S.; SILVA, Mara. R. S. (orgs). **O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

_____. Desafios de enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. et al. **Marcos para a prática de Enfermagem com família**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

ERDTMANN, B. K. **Enfermagem domiciliar em correspondência**: o desafio para um cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

FELDMAN, R. E.; SHIFF, E. R. Hepatitis in dental professionals. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.232, n.12, p.1228-1230, Jun. 1975. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/232/12/1228>. Acesso em: 15 jul. 2009.

FONTANELA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

FONTES, J. A. S. **Perinatologia, ciência e arte**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1991.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 32. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2002.

GALLAGHER, P. G.; SHAH, S. S. Omphalitis. *Medicine Pediatrics: Cardiac Disease e Critical Care Medicine Neonatologia*. Jan. 2009. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/975422-overview>. Acesso em: 15 jun. 2009.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

GIMENO, A. C. **A família: o desafio da diversidade**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

GONÇALVES, L. H. T. Dilemas éticos em pesquisas com família cuidadora de idoso doente e/ou fragilizado no âmbito domiciliar. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PESQUISA COM FAMÍLIA. **Anais**. Florianópolis: GEPEFA, 2002.

GUARDIOLA, A. et al. Tétano Neonatal, infecção neonatal. **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, v.76, n.5, p.391-394, 2000.

HAHN, L. P. **Pele do recém-nascido prematuro**. Monografia (Especialização). Departamento de Pediatria, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução de Eliane Mussmich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HENNINGSSON, A.; NYSTRÖM, B.; TUNNELL, R. Bathing or washing babies after birth? **The Lancet**, London, v. 2, n.8260/8261. p.1401-1403. Dec. 19-26, 1981. Disponível em: http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/6118769/abstract/Bathing_or_washing_babies_after_birth. Acesso em: 10 ago. 2010.

HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES. **Nossos serviços**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/hgpv/instituicao.htm>. Acesso em: 10 abr. 2009.

ISERHARD, A. R. M. et al. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.116-122, jan./mar. 2009.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. A Família e a Enfermagem no Contexto Domiciliar: dois lados de uma realidade. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.12, n.3, p.307-313, jul./set. 2003.

LARAIA, R. B. **Cultura: um conceito Antropológico**. 14. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M., R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2. ed. Sudbury. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers, 2006.

LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G. I.; BOUTIN, G. **Investigação qualitativa: fundamentos e prática**. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

LINARES, J. C.; PINHO, J. R. O recém-nascido. In: LIMA, A. J. **Pediatria Essencial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Sarvier, 1985.

LINHARES, E. F. **A saúde do coto umbilical**. Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2000.

LINHARES, E. F.; OLIVEIRA, Z. M. O cuidado educativo para a saúde de recém-nato no domicílio de puérperas. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v.48, n.1, p.18-20, nov./dez. 2008.

LISBOA, A. V.; FERES-CARNEIRO, T.; JABLONSKI, B. Transmissão intergeracional da cultura: um estudo sobre uma família mineira. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.12, n.1, p.51-59, jan./abr. 2007.

LOPES, E. F. S. et al. Educação em Saúde: um desafio para a transformação da práxis no cuidado em enfermagem. **Revista 26 HCPA**, Porto Alegre, v.27 n.2, p. 25-27, 2007. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/viewFile/2063/1178>. Acesso em: 22 de julho de 2009.

LOPEZ, F. A.; CAMPOS JUNIOR, D. **Tratado de Pediatria**: sociedade brasileira de pediatria. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Epu, 1986.

MAGNANI, J. G. R. Discurso e representação, ou de como os Balonas de Kiriwina podem reencarnar-se nas atuais pesquisas. In: DURHAN, E. et al. **A aventura antropológica**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991, 1v.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes/EDUC, 1989.

MATOS, J. C. et al. Fasceíte Necrotizante em Pacientes Obstétricas. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.20, n.10, p.557-561, nov./dez. 1998.

MILES, M. B; HUBERMAN, M. **Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craft**. London: Educational researcher, 1984.

_____. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. 2. ed. London: SAGE, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S. et al (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento & tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MODESTO, A. P. **O Cuidado Cultural de Enfermagem “com” o idoso renal crônico em tratamento hemodialítico**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Centro de Ciências da Saúde, Curitiba, 2006.

MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

MONTICELLI, M.; ELSEN, I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.1, p.26-34, jan./mar. 2006.

MOREIRA, J. et al. Educação popular em saúde: a educação libertadora mediando à promoção da saúde e o empoderamento. **Contrapontos**, v.7, n. 3 p.507-521-Itajaí set./dez. 2007. Disponível em: <http://siaiweb06.univali.br/seer/index.php/rc/article/viewFile/920/775>. Acesso em: 03 mar. 2009.

MOTTA, A. B. Família e Gerações: atuação dos idosos hoje. In: BORGES, A.; CASTRO, M. G. (Orgs.). **Família, gênero e gerações**: desafios para as políticas sociais. São Paulo: Paulinas, 2007. (Coleção família na sociedade contemporânea).

NAZIR, Z. Fasciite necrotizante em neonatos. **Pediatr surg Int.**, New York, v.21, n.8, p.641-644, ago. 2005.

NEVES, P. N.; RAVELLI, A. P. X.; LEMOS, J. R. D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.1, p.48-54, mar. 2010.

OLIVEIRA, A. C. **Infecções Hospitalares**: epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

OLIVEIRA, A. T. S. A. et al. Crençices e Práticas Populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.19, n.1, p.11-18, nov. 2006.

PATRÍCIO, Z. M. **Cenas e cenários de uma família**: a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

_____. Cenas e cenários de uma família: a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In BUB, L. I. R. (Org.) **Marcos para a prática de enfermagem com família**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.

PENNY-MACGILLIVRAY, T. A newborn's first bath. When? **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v.25, n. 6, p. 481-487, jul./ago. 1996. Disponível em: http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/related/8835807/A_newborn%27s_first_bath:_when. Acesso em: 07 ago. 2010.

PEREIRA, J. C.; RUFFINO NETTO, A. Saúde-doença e sociedade: a tuberculose - o tuberculoso. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p.5-11, 1982.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1982.

PIRES, Vilara Maria Mesquita Mendes. **Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família**: desafios na construção de uma prática de relações. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Feira de Santana: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, – Universidade Estadual de Feira de Santana, 2007.

PIZZATO, M. G.; DA POIAN, V. R. L. **Enfermagem neonatológica**. Porto Alegre: UFRGS, 1982.

POLIT, D. F.; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PUGLIESI, V. E. M. et al. Efeitos do banho logo após o nascimento sobre as adaptações térmica e cardiorrespiratória do recém-nascido a termo. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.27, n.4, p.410-415, dez. 2009.

RANGEL, S. L. et al. A Prática do Cuidado Prestado pelas Mulheres aos Filhos no Domicílio. **Enfermería Global**, Murcia, n.10. p.1-9, mai. 2007. Disponível em: <http://revistas.um.es/global/article/view/207/244>. Acesso em: 10 abr. 2009.

REZENDE, A. L. **Modelo de saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

_____. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ROUQUAYROL, Z. M.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SALCI, A. M.; MARCON, S. S. De Cuidadora a cuidada quando mulher vivencia o câncer. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.3, p.544-551, jul./set. 2008.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as Ciências**. 14. ed. Coimbra: Edições Afrontamento, 2003.

SANTOS, I. S. C. **Relatos orais de idosos com doença de Parkinson: concepções sobre a doença e o cuidado familiar.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto & Contexto Enfermagem** Florianópolis, v.18, n 4, p. 652-660, out./dez. 2009 .

SANTOS, V. P. **Refletindo sobre o cuidado de puérperas a seus recém-nascidos.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SARAYVA, A. M. **Os saberes populares praticados no cuidado ao recém-nascido.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade do Estado do Pará, Belém, 2003.

SEGRE, Conceição Aparecida de Mattos; ARMELLINI, Pedro Antônio. **RN.** 2. ed. São Paulo: Savier, 1985. 416p.

SILVA-FONSECA, M. C. **Poder-Saber-Ética nos Discursos do Cuidado de Si e da Sexualidade.** Vitória da Conquista: Edições Uesb, 2007.

SILVA, L. A. et al. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v.18, n.1, p.48-56, jan./mar. 2009.

SILVA, L. F. et al. Família e redes sociais: O uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. (Orgs.). **Saúde e Doença: uma abordagem cultural da enfermagem.** Florianópolis: Papa-Livro,1996.

SILVA, L. W. S. **A dinâmica de relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2.** 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SILVA, L. W. S.; GONÇALVES, L. H. T.; COSTA, M A. S. M. C. Abordagem Sistêmica de Enfermagem à Família: considerações reflexivas. **Servir,** Lisboa, v. 54, n.5, p.214-223, set/out. 2006.

SILVA, M. R. S. et al. Resiliência e Promoção da Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n. esp., p.95-102, nov. 2005.

SILVA, M. R. S.; ELSEN, I.; LACHARITÉ, C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. **Paideia**. Ribeirão Preto, v.13, n.26, dez. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103. Acesso em: 15 jul. 2010.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SVALDI, J. S. D.; FILHO, W. D. L. Poder e Gerenciamento na Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.3, p.22-41, ago./dez. 2000.

TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. **Convergências e Divergências entre os Conceitos de Leininger e Freire**: uma contribuição ao debate do campo teórico do cuidado de enfermagem. EEAN/UFRJ. Disponível em: <http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=145&cf=1>. Acesso em: 10 jul. 2009.

TORRANO, L. H.; FOUCAULT, M. Tecnologias do Poder: A Psicanálise. FFLCH/USP. Dossiê Foucault. Organização de Margareth Rago & Adilton Luís Martins. **Revista aulas**, n.3. Disponível em: <http://www.unicamp.br/~aulas/numero3.htm>. Acesso em: 15 abr. 2010.

TURNER, J. H. **Sociologia**: conceitos e aplicações. São Paulo: Makron Books, 2000.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA. Departamento de Saúde. **Projeto de Extensão Programa Educativo**: saúde do coto umbilical. Linhares, Eliane F. (Coord.). Jequié, BA. 1998-2011.

VENTURELLI, A. C. et al. Avaliação microbiológica da contaminação residual em diferentes tipos de alicates ortodônticos após desinfecção com álcool 70%. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v.14, n.4, p.43-52, jul./ago. 2009.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, L. J.; OLIVEIRA, M. H. P.; LEFEVRE, F. O uso da expressão "mal-de-sete-dias" por mães de crianças que morreram de tétano neonatal em Minas Gerais (1997-2002). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.1, p.51-59, jan./mar. 2006.

WAECHTER, E. H.; BLAKE, F. G. **Enfermagem pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

WALDOW, V. R. Cuidar/Cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R. & col. (Org.) **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Arte Médicas, 1995.

_____. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WEBER, L. N. D. et al. Continuidade dos Estilos Parentais Através das Gerações - transmissão intergeracional de estilos parentais. **Paideia**, v.16, n.35, p.407-414, 2006.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB****DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS DE JEQUIÉ**

CREDENCIADO PELO DECRETO ESTADUAL Nº 7.344 DE 27.05.1998

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Eliane Fonseca Linhares, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Nível Mestrado da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, venho convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada: “**Influência Intergeracional Familiar no Cuidado do Coto Umbilical do Recém-Nato**”. A pesquisa pretende contribuir para a redução da morbimortalidade do recém-nato (RN) por tétano neonatal, onfalites e outras complicações, visa a promover a qualidade de saúde do RN e família, e também subsidiar o ensino-pesquisa-extensão, por meio da socialização dos conhecimentos teórico-práticos que poderão advir dos seus resultados, de modo a nortear a prática do cuidado familiar ao RN e ao seu coto umbilical, proporcionando, desta forma, novos olhares/conhecimentos aos profissionais da área de Enfermagem e afins. Outro desejo assenta-se em possibilitar mais inquietações para a elaboração de novos estudos, pesquisas e ações extensionistas à comunidade mais necessitada de informações para sua prática de cuidar.

► **Objetivo Geral:** compreender as inter-relações do sistema familiar onde se desenvolve a prática de cuidado do coto umbilical do RN na perspectiva deste sistema na sua geracionalidade em municípios da cidade de Jequié, Bahia.

Específicos:

► Conhecer como as inter-relações geracionais interferem no cuidado do coto umbilical do RN

► Identificar as influências geradoras de poder nas inter-relações geracionais familiares no cuidado do coto umbilical que contribuem para riscos e agravos à saúde do RN

► Identificar a capacidade de resiliência das puérperas que as possibilitem usar as medidas promotoras de saúde ao recém-nato, adquiridas durante o pré-natal, pós-parto ou com a experiência de outras pessoas de seu convívio social

► Conhecer a rede social da família que tem influência positiva e/ou negativa no sistema de cuidado familiar-domiciliar ao coto umbilical do recém-nato.

Confidencialidade do estudo: os registros de sua participação neste serão mantidos sob sigilo, a cuidado da pesquisadora responsável, resguardando todas as suas informações para uso exclusivo desta pesquisa que ora solicita por sua autorização. Assim, estar-se-á respeitando a Resolução 196/96. Toda e qualquer produção científica que resultar deste estudo, a identificação de sua pessoa não será revelada, ou seja, será preservado o anonimato de sua pessoa.

Benefícios: este estudo não trará benefícios financeiros para sua pessoa, sendo sua participação voluntária. No entanto, muitos poderão ser os benefícios oriundos dos resultados do estudo o que, na nossa compreensão, contribuirá para o senhor (a) e a coletividade das pessoas, profissionais de saúde, acadêmicos de Enfermagem, e outras pessoas a desenvolverem um cuidado melhor direcionado à saúde das crianças recém-nascidas em seu coto umbilical, buscando assim evitar infecções pelo uso de substâncias que possam causar onfalites e até o tétano. Neste contexto, esperamos a partir dos resultados deste estudo, socializar os conhecimentos teórico-práticos que poderão advir dos seus resultados, de modo a nortear a prática do cuidado familiar ao recém-nascido.

Dano advindo da pesquisa: se houver algum dano decorrente deste estudo, o tratamento será providenciado pelos pesquisadores responsáveis, sem qualquer ônus a sua pessoa. No entanto, destaco que este é um tipo de estudo que não tem dentro dos aspectos metodológicos quaisquer indícios de dano a sua pessoa ou a qualquer outra envolvida.

Participação voluntária: Toda participação é voluntária, assim, o senhor (a) terá o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa em que ela se encontre sem qualquer penalidade para sua pessoa, sem correr riscos e sem prejuízo pessoal, conforme rege a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996.

O (A) Senhor (a) receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, para as quais solicito a sua assinatura, caso concorde em participar. Destas duas vias o (a) Senhor (a) ficará com o original e nós com a cópia.

Afirmo que o (a) Senhor (a) não será submetido à coação, indução ou intimidação neste estudo.

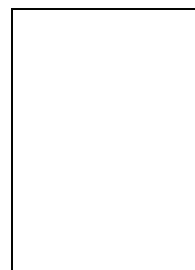
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ declaro que recebi esclarecimento sobre a pesquisa intitulada: "**Influência Intergeracional Familiar no Cuidado do Coto Umbilical do Recém-Nato**", e estou devidamente informado e esclarecido sobre os itens acima citados, referentes ao estudo e entendi as informações relacionadas a minha participação nesta pesquisa. As pesquisadoras responsáveis me garantiram disponibilizar quaisquer esclarecimentos adicionais que eu venha solicitar durante o curso desta pesquisa e que posso me retirar do estudo, sem penalidades, prejuízo, ou perda. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetido (a) à coação, indução ou intimidação.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ___/___/___



Impressão dactiloscópica

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação nesta pesquisa.

_____ Jequié, ___/___/2010

Assinatura da Pesquisadora

Para maiores informações, pode entrar em contato com a mestranda: Eliane Fonseca Linhares – **(73) 8832-5676**
Orientadora : Prof^a. Dr^a. Luzia Wilma Santana da Silva – **(73) 8129-2118**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - Campus de Jequié.
Avenida José Moreira sobrinho S/N, Jequiezinho, Jequié-Bahia
Telefone: 73-3526-9600 e 73- 3528-9623

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____,
RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores (Prof^a. Dr^a. Luzia Wilma Santana da Silva e mestranda Eliane Fonseca Linhares) do projeto de pesquisa intitulado “**Influência Intergeracional Familiar no Cuidado do Coto Umbilical do Recém-Nato**” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das parte

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Jequié - BA, ____ de novembro de 2009

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável pelo projeto

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA 1



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS DE JEQUIÉ
CREDENCIADO PELO DECRETO ESTADUAL N.º 7.344 DE 27.05.1998

INSTRUMENTO DE COLETA**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA 1
(PUÉRPERAS)****1. IDENTIFICAÇÃO**

Família n.º. _____

Nome fictício: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Naturalidade: _____

Estado civil: _____

Número de Filhos: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Ocupação: _____

Renda Familiar Mensal: _____

Religião ou Crença: _____

2. QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA

1. Fale sobre os cuidados que a senhora realiza com o seu bebê, e também do tratamento do coto umbilical que faz no domicílio até que ele caia.
2. A senhora recebeu orientações de profissionais de saúde durante o pré-natal para cuidar de seu bebê? Poderia nos contar quais foram?
3. As pessoas da família ajudam a senhora no cuidado do bebê? Poderia nos contar como é esta ajuda?
4. Existem outras pessoas que não sejam da família que ajudam neste cuidado? Poderia nos contar como é esta ajuda?
5. A ajuda que recebe de pessoas da família e de outras, tem desenvolvido na senhora capacidades para cuidar de seu bebê?
6. Como se dá essa relação de ajuda no seu domicílio?

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA 2



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS DE JEQUIÉ
CREDENCIADO PELO DECRETO ESTADUAL N.º 7.344 DE 27.05.1998

INSTRUMENTO DE COLETA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 2
(MEMBRO FAMILIAR E OU PESSOAS DA REDE SOCIAL DA PUÉRPERA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Família n.º. _____

Nome fictício: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Naturalidade: _____

Estado civil: _____

Número de Filhos: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Ocupação: _____

Renda familiar Mensal: _____

Religião ou crença: _____

Grau de Parentesco ou vínculo relacional familiar com a puérpera:

2. QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA

1. Quais experiências adquiriu ao longo de sua história de vida que a ajudassem a cuidar do coto umbilical em seus entes familiares?
2. Quais são as suas práticas de cuidado ao coto umbilical?
3. Como avalia a sua prática do cuidado, no processo de cicatrização e queda do coto umbilical?
4. Quais as orientações que o senhor (a) dá para a puérpera e membros familiares, de modo que eles possam cuidar do coto umbilical do recém-nascido?
5. Como é no seu entendimento que sua família e a mãe do bebê vêem a sua prática de cuidado ao coto umbilical do recém-nascido?

APÊNDICE E – GUIA DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB****DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS DE JEQUIÉ**

CREDENCIADO PELO DECRETO ESTADUAL N.º 7.344 DE 27.05.1998

GUIA PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DA PESQUISA

1. Como é o comportamento da mãe/cuidadora diante do filho no seu domicílio?
2. A mãe participa do cuidado ao coto umbilical de seu filho de forma espontânea?
Tem iniciativa?
3. Quais os tipos de cuidado que ela presta ao filho?
4. Como é a interação mãe-filho durante a realização do cuidado ao coto umbilical?
5. Como é a interação da mãe-familiar durante a realização do cuidado ao coto umbilical?
6. Durante o processo de cuidado ao RN, a mãe demonstra estar compreendendo as orientações repassadas pela pesquisadora?
7. Como a família expressa seus sentimentos e cuidados entre si?
8. Quem no sistema familiar demonstra comportamento de autoridade?
9. Como a família se organiza para o cuidar da puérpera e RN?
10. Outros aspectos a observar, aberto ao que emergir do campo.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UESB



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo Nº 188/2009

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: INFLUÊNCIAS INTERGERACIONAL FAMILIAR NO CUIDADO DO COTO UMBILICAL DO RECÉM-NATO

Pesquisador Responsável: Prof^a. Luzia Wilma Santana da Silva

Professora Colaboradora: Prof^a. Eliane Fonseca Linhares

Instituição onde se realizará: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde / Enfermagem

II – Objetivos:

Geral: Compreender as inter-relações do sistema familiar onde se desenvolve a prática de cuidado do coto umbilical do RN na perspectiva deste sistema na sua intergeracionalidade em municípios da cidade de Jequié, Bahia.

Específicos:

- Conhecer como as inter-relações intergeracionais interferem no cuidado do coto umbilical do RN;
- Identificar as influências geradoras de poder nas inter-relações intergeracionais familiares no cuidado do coto umbilical que contribuem para riscos e agravos à saúde do RN;
- Identificar a capacidade de resiliência das puérperas que as possibilitem usar as medidas promotoras de saúde ao recém-nato, adquiridas durante o Pré-Natal, pós-parto ou com a experiência de outras pessoas de seu convívio social;
- Conhecer a rede social da família que tem influencia positiva e ou negativa no sistema de cuidado familiar-domiciliar ao coto umbilical do recém-nato.

III – Sumário do projeto:

O presente projeto tem como título, Influências Intergeracional Familiar no Cuidado do Coto Umbilical do Recém-Nato. Os sujeitos da pesquisa são 10 famílias (puérperas e familiares cuidadores) onde o critério de saturação dos dados será adotado. Trata-se uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. A coleta de dados se processará por meio das entrevistas semi-estruturadas, e observação participante. A pesquisa adotará os princípios éticos estabelecido na resolução 196/96. A Técnica de análise de dados será utilizado o modelo interativo proposto por Miles e Huberman(1984).

V – Comentários do relator

O projeto apresenta toda a documentação necessária à análise do CEP/UESB, está dentro das normas do trabalho científico, apresentando bem elaborado e estruturado. Além disso, possui relevância social e preenche todos os requisitos necessários para sua aprovação.

V – Adequação do TCLE e forma de obtê-lo:

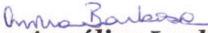
O TCLE encontra-se de acordo com a Resolução 196/96.

VI – Parecer do relator:

Somos de parecer favorável à aprovação do Projeto

Situação do projeto: Aprovado

Jequié, 17 de novembro de 2009


Prof. Ana Angélica Leal Barbosa
 Presidente do CEP/UESB

ANEXO B – OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UESB

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 24 de janeiro de 2011

Of. CEP/UESB 018/2010

Ilma. Sra.

Profa. Luzia Wilma Santana da Silva

Mestrado em Enfermagem e Saúde – PPGES/UESB

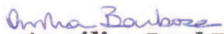
Departamento de Saúde - UESB

A/C: Profa. Eliane Fonseca Linhares

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que aprovamos a mudança do da questão norteadora, do objetivo geral e do título do projeto de pesquisa “*INFLUÊNCIA INTERGERACIONAL FAMILIAR NO CUIDADO DO COTO UMBILICAL DO RECÉM-NATO*”, **protocolo 188/2009**, aprovado por este CEP, que passa a ser intitulado “*Influência Intergeracional Familiar no Cuidado do Coto Umbilical do Recém-Nascido e Interfaces com os cuidados profissionais*”.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB