

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE

ELIANE FONSECA LINHARES

**TENHO GUARDADO OS “IMBIGO” DE TODOS OS MEUS NETOS:
MEMÓRIA DE AVÓS NO CUIDADO COM O COTO UMBILICAL**

VITÓRIA DA CONQUISTA - BA
FEVEREIRO DE 2018

ELIANE FONSECA LINHARES

**TENHO GUARDADO OS “IMBIGO” DE TODOS OS MEUS NETOS:
MEMÓRIA DE AVÓS NO CUIDADO COM O COTO UMBILICAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de pesquisa: Memória, Cultura e Educação.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Eduardo Ferreira Marta.

VITÓRIA DA CONQUISTA - BA

FEVEREIRO DE 2018

Linhares, Eliane Fonseca.

L728t Tenho guardado os “imbigo” de todos os meus netos: memória de avós no cuidado com o coto umbilical. / Eliane Fonseca Linhares – Vitória da Conquista, 2018.
171 f.

Orientador: Felipe Eduardo Ferreira Marta.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2018.

Inclui referência F. 146 - 162.

1. Coto umbilical - Memória e saúde. 2. Avó cuidadora - Uso da medicina popular. 3. Memória da infância. I. Marta, Felipe Eduardo Ferreira. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. T.

CDD: 615.88

Catálogo na fonte: Juliana Teixeira de Assunção – CRB 5/1890

UESB – Campus Vitória da Conquista – BA

Título em inglês: I have kept the “imbigo” of all my grandchildren: memory of grandparents in the care of the umbilical stump.

Palavras-chaves em inglês: Memory. Caution. Belly button. Housing.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Titulação: Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Prof. Dr. Felipe Eduardo Ferreira Marta (presidente); Profa. Dra. Ana Elizabeth Santos Alves (titular); Profa. Dra. Lívia Diana Rocha Magalhães (titular); Profa. Dra. Fabiana Brito Silva (titular); Profa. Dra. Daniela Arruda Soares (titular).

Data da Defesa: 28 de fevereiro de 2018.

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

ELIANE FONSECA LINHARES

**TENHO GUARDADO OS “IMBIGO” DE TODOS OS MEUS NETOS:
MEMÓRIA DE AVÓS NO CUIDADO COM O COTO UMBILICAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 28 de fevereiro de 2018.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Felipe Eduardo Ferreira Marta (Presidente)
Instituição: UESB

Ass.: 

Profª. Dra. Ana Elizabeth Santos Alves
Instituição: UESB

Ass.: 

Profª. Dra. Livia Diana Rocha Magalhães
Instituição: UESB

Ass.: 

Profª. Dra. Fabiana Brito Silva
Instituição: UNMC

Ass.: 

Profª. Dra. Daniela Arruda Soares
Instituição: UFBA

Ass.: Daniela Arruda Soares

Ao nosso maravilhoso Deus, autor e consumidor da minha fé, A Ti, Senhor, são dadas toda honra e toda glória. Obrigada, Senhor, pois sei que esta porta foi aberta por Ti. Grata por ter me conduzido, no decorrer desta árdua caminhada, por onde, em cada passo, tive a certeza de Tua presença em todos os momentos de minha vida. Tu, somente Tu, és o meu Refúgio e a minha Fortaleza. Sem Ti, sei que não teria conseguido finalizar esta caminhada. A Ti, ó Deus, somente a Ti, ó Rei, dedico este estudo.
Eu Sou, És Fiel!
Posso todas as coisas em Jesus que me fortalece.

Filipenses 4:13

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e ao Programa de Pós-Graduação em Memória, e Sociedade por oferecer as condições necessárias para crescimento profissional e pessoal de seus discentes. Agradeço a oportunidade.

A Coordenação do Programa de Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPMLS/UESB).

A todos os professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, pelo apoio e pelas contribuições em ensinamentos para o meu crescimento, em especial a Dra. Maria Aparecida, "Cida", nesta minha caminhada e, a Dra. Livia Diana Rocha Magalhães, pelas contribuições na construção desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Felipe Eduardo Marta, pela orientação, apoio, incentivo, compreensão, contribuições e, pela firmeza na condução deste trabalho, tornando-o realidade. Obrigada!

Aos funcionários da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS/UESB), pela atenção e disponibilidade.

A minha mãe Maria Lídia, que, mesmo com o estado de saúde fragilizado, esteve comigo, me incentivando a prosseguir firme na caminhada. Confiante em DEUS, ela sempre dizia: estou orando por você. Apoio de mãe é incondicional.

Aos meus filhos, Mirella, Thiago e Catarina, bênçãos de DEUS, pela compreensão nos momentos de ausência, durante todo o processo deste caminhar. Principalmente a você Catarina, que requeria maior atenção de minha parte.

A minha netinha Joana que preencheu minha vida, me trouxe muitas alegrias e a certeza de que Deus ainda acredita nos seres humanos.

Ao meu irmão Nilton, pelo apoio, pela força e pelo exemplo de ser humano que é.

A Odete Quito dos Santos Gusmão, coordenadora do grupo Descobrimos a Felicidade, que, com sua compreensão e apoio, aceitou que as idosas pesquisadas, sob sua coordenação, participassem do estudo, tornando possível a realização desta pesquisa.

Às mulheres que participaram deste estudo, a quem tive o prazer de conhecer e com as quais pude conviver durante esta pesquisa. Com vocês está a longevidade e a riqueza de sabedoria. Muitíssimo obrigada, por terem confiado a mim os seus saberes, suas experiências e suas memórias. Suas contribuições valiosas proporcionaram sobremaneira o alcance dos objetivos desta pesquisa;

À Prof.^a Dra. Ninalva de Andrade Santos, minha eterna gratidão, pelo apoio, pelas palavras de incentivo, pela paciência e compreensão. Em um momento de dificuldade e de dor, ela me acolheu em sua residência, colocando à minha disposição seu precioso tempo, e, de forma valorosa, contribuindo com este estudo. Não tenho dúvida de que DEUS é o Responsável pela nossa aproximação.

Aos colegas do Departamento de Saúde II, que me apoiaram, torceram por mim e me demonstraram carinho, em especial Professora Dra. Rita Boery, Professora Mestre Joana Angélica e a Professora Dra. Rosália Teixeira. Muitíssimo obrigada pelas contribuições.

À Prof.^a Dra. Rita Batista Santos, por ter conduzido os meus primeiros passos no universo da pesquisa.

À Prof.^a Lausimary Araújo São Mateus, pela contribuição dada, nos meus primeiros passos no universo da pesquisa.

À Prof.^a Dra. Edite Lago, pelas palavras de incentivo, pelas contribuições no início desta caminhada.

Às colegas Tatiane Casimiro, Luciana Canário e Juciara "Sara" pela convivência harmoniosa, pelas contribuições e pela força nos momentos de dificuldade. Obrigada!

À pastora Conceição Pereira, por tantas palavras de incentivo, suas orações foram atendidas por DEUS, nos momentos mais tenebrosos desta caminhada, ELE que sempre me dá forças, me fez lembrar de Sua Santa Palavra: o choro dura uma noite, mas a alegria vem pela manhã;

Ao Prof. Dr. Jorge Miranda de Almeida, pelas palavras de incentivo no início desta caminhada.

Aos membros do Grupo de Oração Eulália, Bethania, Neguinha, Beca, Senhora Nide, por todo apoio e orações.

A todos aqueles, que, de uma forma ou de outra, torceram pelo meu crescimento, o meu muito obrigado.

Sou muitíssimo grata a todos aqueles que contribuíram, de forma indireta, pontual e significativa para a concretização deste estudo.

Deus os abençoe!

RESUMO

Os cuidados domiciliares com o coto umbilical, fundamentados no saber popular, comumente rememorados e repassados entre as gerações, podem ser benéficos ou não, a depender da forma como são efetivados, pois existem práticas de cuidado baseadas em crenças, não recomendadas pela ciência, que necessitam ser ressignificadas, dada a possibilidade de colocar a saúde e a vida do recém-nascido em risco. Essas crenças são memórias cristalizadas, que se perpetuam entre as gerações. Esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar a relação entre o saber científico e o popular, em especial relativo à memória das avós no cuidado com o coto umbilical. E como objetivo específico: identificar os saberes e as práticas utilizados no cuidado com o coto umbilical do Recém-Nascido, presentes na memória das avós cuidadoras. Trata-se de uma abordagem qualitativa, tendo como aporte teórico - metodológico a História Oral e os Estudos da Memória. Realizada no município de Jequié/BA, com treze mulheres avós, na faixa etária entre 62 e 91 anos de idade, cadastradas na Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta, com a Terceira Idade, que serviu de cenário para este estudo. Foram utilizados como instrumentos para obtenção das informações, um roteiro e a entrevista temática e atendidos os critérios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. O perfil das participantes evidenciou: faixa etária entre 62 e 91 anos, maioria viúva e adepta do catolicismo, com experiência em cuidar de cotos umbilicais dos netos, baixa escolaridade, exercendo atividades no lar. Sob a ótica da Teoria da Memória Coletiva, de Maurice Halbwachs e outros estudiosos da memória elaborou-se os eixos temáticos: Memória e Saúde no Cuidado do Coto Umbilical: Caminhos da Pesquisa; Memória da Infância das avós cuidadoras; Memória, Sistema de Saúde e o Cuidado do Coto Umbilical. Os resultados evidenciaram insatisfação das participantes com a assistência na rede SUS; que o cuidado do coto umbilical se mostra inadequado, quando analisado do ponto de vista do saber científico; que as participantes utilizam com frequência diversas plantas, de reconhecido valor terapêutico, de acordo com o saber popular e que simpatias e rezas/benzimentos são utilizados cotidianamente como métodos alternativos de tratamento. Evidenciou-se que as memórias das participantes guardam lembranças da infância/adolescência onde o labor ocupava o lugar das brincadeiras, desnudando o direito de viver, no sentido explícito, o ser criança. Ratificou-se que a tradição, que direciona modos de ser e agir no cuidado com o coto umbilical é transmitida geracionalmente. Ademais, identificou-se, fragilidade nas ações de educação em

saúde relacionadas ao cuidado com o coto. Conclui-se que, sendo a cultura popular diversificada e disseminada geracionalmente, tem-se que as pessoas idosas são percebidas pela comunidade como detentoras de experiências diversas e importantes para as ações cuidadoras. Ainda que, existe uma significativa lacuna na orientação educativa em saúde em relação ao cuidado com o coto umbilical. Destarte, ratifica-se a tese que evidencia o efeito de heranças sociais recebidas e vivenciadas pelo grupo de avós o qual, por sua vez, atua a longo prazo como uma mensagem persuasiva que interfere na atitude e conduta dessas mulheres no cuidado com o coto umbilical incidindo, fortemente, sobre o tratamento desta estrutura no âmbito domiciliar.

Palavras-chave: Memória. Cuidado. Umbigo. Habitação.

ABSTRACT

Home care with the umbilical stump, based on popular knowledge, commonly remembered and passed on to the generations, may be beneficial or not, depending on how they are performed, because there are care practices based on beliefs, not recommended by science, that need to be redefined given the possibility of putting the health and life of the newborn at risk. These beliefs are crystallized memories, perpetuated between generations. This research has the general objective of analyzing the relationship between scientific and popular knowledge, especially regarding the memory of the grandparents in care with the umbilical stump. And as a specific objective: to identify the knowledge and practices used in care with the umbilical stump of the Newborn, present in the memory of grandparents caregivers. This is a qualitative approach, having as a theoretical and methodological contribution the Oral History and the Studies of Memory. Held in the municipality of Jequié / BA, with thirteen women grandparents, in the age group between 62 and 91 years old, registered in the Association of Friends, Groups of Living and Open University, with the Third Age, which served as the scenario for this study. A script and thematic interview were used as tools to obtain information, and the criteria of Resolution 466/12 of the National Health Council, which regulates research involving human beings, were met. The profile of the participants evidenced: age group between 62 and 91 years old, majority widow and adept of Catholicism, with experience in taking care of umbilical stumps of the grandchildren, low level of schooling, exercising activities in the home. From the point of view of the Theory of Collective Memory, Maurice Halbwachs and other memory researchers, the following themes were elaborated: Memory and Health in Umbilical Care: Pathways to Research; Memory of the Childhood of the grandparents caregivers; Memory, Health System and Umbilical Care. The results showed participants' dissatisfaction with SUS assistance; that care of the umbilical stump is inadequate, when analyzed from the point of view of scientific knowledge; that the participants frequently use several plants of recognized therapeutic value according to popular knowledge and that sympathies and prayers / blessings are used daily as alternative methods of treatment. It was evidenced that the memories of the participants keep memories of the childhood / adolescence where the work occupied the place of the games, denuding the right to live, in the explicit sense, being a child. It was ratified that tradition, which directs modes of being and acting in care with the umbilical stump is transmitted generationally. In addition, it was identified, fragility in the actions of health education related to care with the stump. It is

concluded that, since the popular culture is diversified and disseminated generationally, it is observed that the elderly are perceived by the community as having diverse experiences and important for the caregiving actions. Although there is a significant gap in the health education orientation regarding umbilical stump care. Thus, the thesis that shows the effect of social inheritance received and experienced by the grandparent group, which, in turn, acts in the long term as a persuasive message that interferes with the attitude and conduct of these women in the care of the umbilical stump focusing heavily on the treatment of this structure at home.

Keywords: Memory. Caution. Belly button. Housing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Onfalite	39
Figura 2 - Onfalite	39
Figura 3 - Granuloma em coto umbilical	40
Figura 4 - Granuloma em coto umbilical.	40
Figura 5 - Uso de objeto metálico (moeda) no cuidado ao coto umbilical	40
Figura 6 - Plantas com efeito medicinal cultivadas na residência de uma das participantes	92
Figura 7 - Cotos umbilicais guardados há anos/décadas	125
Figura 8 - Cotos umbilicais guardados há anos/décadas	126
Quadro 1 - Perfil das mulheres avós participantes do estudo cadastradas na AAGRUTI. Jequié, 2016	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAGRUTI	Associação de Amigos Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade
BA	Bahia
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
dT	Dupla adulto
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MRSA	<i>Methicillin resistant Staphylococcus aureo</i>
MS	Ministério da Saúde
MSSA	<i>Methicillin sensitive Staphylococcus aureo</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-Nascido
s/d	Sem data
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNN	Tétano Neonatal
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. MEMÓRIA E SAÚDE NO CUIDADO DO COTO UMBILICAL: CAMINHOS DA PESQUISA	31
2.1. O CUIDADO COM O COTO UMBILICAL	31
2.2. COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA PRÁTICA DE CUIDADO INADEQUADO DO COTO UMBILICAL DE RECÉM-NASCIDO	41
2.3. MEMÓRIA COLETIVA NA ÓTICA DE MAURICE HALBWACHS	50
3. A HISTÓRIA ORAL E OS ESTUDOS DA MEMÓRIA: PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	55
4. AMEMÓRIA DA INFÂNCIA DAS AVÓS CUIDADORAS	72
4.1. “DIFICE, FOI DIFÍCE...” O TRABALHO DURANTE A INFÂNCIA: A (DES)CONSTRUÇÃO DO IMAGINÁRIO DE UMA INFÂNCIA FELIZ	72
4.2. HISTÓRIAS DE VIDAS E MEMÓRIAS DAS AVÓS CUIDADORAS	84
4.3. “NO MEU QUINTAL EU TENHO ALGUDÃO, TENHO CIDEIRA, TENHO UM BUCADO DE FOIA DE REMÉDIO AÍ”: O USO DA MEDICINA POPULAR COMO TRADIÇÃO NO COTIDIANO DAS PESSOAS QUANDO RESIDIAM NA ZONA RURAL	92
5. MEMÓRIA, SISTEMA DE SAÚDE E O CUIDADO DO COTO UMBILICAL	102
5.1. “PÉSSIMO, PÉSSIMO, PÉSSIMO O SISTEMA DE SAÚDE HOJE EM DIA É MUITO RUIM...” - INSATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA NAS INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE	102
5.2. VOU INTERRAR O IMBIGO DE MEU FILHO NUMA FAZENDA, PA MEU FIO SER UM FAZENDEIRO...”: MEMÓRIA DE AVÓS NO CUIDADO DO COTO UMBILICAL	111
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICES	163
ANEXOS	168

1. INTRODUÇÃO

A busca do passado nunca foi privilégio dos historiadores. A melhor prova disto é a força que tem a memória na vida cotidiana das pessoas.

Adrin Moura de Figueiredo, 2012.

O interesse por esta temática emergiu da minha experiência profissional como docente da disciplina, previamente denominada 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. No I semestre do ano de 1990, foram iniciadas minhas atividades acadêmicas na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Geral Prado Valadares, instituição utilizada como campo de aulas práticas e de estágio curricular dos cursos da área de saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e demais instituições de ensino superior e médio do município de Jequié, Bahia, através de convênio firmado entre as Secretarias de Saúde e de Educação do Estado da Bahia.

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 (RN). Chamou-me a atenção a forma rotineira como o coto umbilical era cuidado, pelos profissionais de saúde (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) que utilizavam faixas umbilicais compressivas, álcool iodado e gazes. Esse cuidado prestado pelos profissionais, coadunava com o conhecimento das puérperas. Notei que havia resistência, tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto das puérperas, que não concordavam com a orientação de que esse tipo de cuidado em nada preveniam problemas relatados por elas como a hérnia umbilical, demora no tempo de cicatrização e, conseqüente retardo no período da queda do coto umbilical. Práticas que não consideravam o princípio ativo do álcool etílico a 70%. Dado, que existe respaldo científico para o uso deste antisséptico no cuidado do coto, para a prevenção de infecção umbilical.

A minha afirmação vai ao encontro de Ziegel e Cranley (1985), Rezende (1987, 2005) e Bethea (1982), quando asseguram que a antisepsia do coto umbilical, usando álcool a 60% e a 70°, deixando o coto umbilical livre de compressão com gaze e faixa umbilical, favorece a

mumificação e a queda do coto umbilical em menor tempo, com cicatrização da região umbilical mais rápida.

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 identificar e compreender os fatores que contribuíam para a efetivação da conduta utilizada, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelas puérperas. Assim procurei aprofundar meus conhecimentos durante a realização do Curso de Especialização em Atenção à Saúde da Mulher, com Área de Concentração em Enfermagem Obstétrica e Enfermagem Perinatólogica, ofertado pela UESB, em 1995, o qual possibilitou a elaboração da pesquisa intitulada “Representação Social de Puérperas Frente ao Cuidado do Coto Umbilical – Maternidade do Hospital Público da Cidade de Jequié”, que objetivou identificar o conhecimento das puérperas sobre o cuidado do coto umbilical e analisar os fatores que interferem na aceitação de novas orientações sobre a maneira adequada de promover tal cuidado. Os resultados demonstraram que os aspectos culturais possuem influência no direcionamento de práticas de cuidado com o coto umbilical e outras ações cuidativas, que podem interferir no processo saúde-doença dos RN.

Neste estudo, identifiquei, por meio das informantes genitoras, o uso de materiais tais como: pós (de pena de galinha, de sola de sapato, de fumo e de goiaba), obtidos após serem torrados e, posteriormente, macerados. Percebi, também, a utilização de café moído, pó secante (sulfa), óleos (amêndoas, soja e rícino), mercúrio cromo, faixas compressivas, gazes e algodão, dentre outros, no tratamento domiciliar do coto umbilical. É necessário salientar que o uso dessas substâncias constitui fatores de vulnerabilidade dos RN às infecções, dentre estas, as onfalites e o tétano neonatal, importante causa de morbimortalidade neonatal.

Essas constatações aguçaram mais ainda minhas inquietações, e fez-se necessário a continuidade de prosseguir com estudos e ações cuidativas continuadas na comunidade, fato que levou à implantação, do Projeto de Extensão de Ação Continuada da UESB, intitulado “*Programa Educativo: Saúde do Coto Umbilical*”, em dezembro de 1998, e, em execução desde o ano de 1999. Dentre as atividades do projeto, destacam-se as ações de Educação em Saúde¹,

¹A Educação em Saúde constitui meio de promover a saúde e prevenir o adoecimento. Essa prática, usada como ferramenta de troca entre o saber científico e o popular, possibilita a transformação dos modos de vida individual e coletiva, bem como a reconstrução de novos significados de atitudes e de cuidado. As ações educativas promovem qualidade de vida e saúde, na medida em que for possível haver uma aproximação entre a comunidade cuidadora e os profissionais da saúde, de modo a permitir uma comunicação dialógica horizontal. Desse modo, a participação de cuidadores no desenvolvimento de atividades educativas permitirá a redução de riscos à saúde do RN (GOMES et al., 2015). Entretanto, para que isso aconteça, é fundamental conhecer as características culturais da comunidade envolvida no cuidado com o coto umbilical.

relacionadas ao cuidado do coto umbilical, para puérperas e familiares, realizadas em Unidades Básicas de Saúde, no Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) e nos domicílios de puérperas localizados em Jequié/BA, cuja finalidade é evitar riscos e agravos à saúde do RN. No domicílio, os quadros infecciosos identificados são tratados pelos membros do projeto, até que o processo não represente mais riscos para o RN, e, a região umbilical esteja cicatrizada. No decorrer desses acompanhamentos reforçam-se as orientações acerca do cuidado adequado com o coto umbilical.

A partir do ano de 2013, com a extinção da maternidade do HGPV, as atividades extensionistas do projeto citado em parágrafo precedente foram redirecionadas para uma instituição filantrópica, em funcionamento a partir deste ano, constituindo referência para o atendimento às mulheres no ciclo gravídico - puerperal. Convém esclarecer que a localização dessa instituição filantrópica (periferia da cidade) tem dificultado a integração das pessoas ao projeto. Por outro lado, o desconhecimento das atividades desenvolvidas pelo projeto de extensão, por parte da maioria dos profissionais de saúde que compõe o novo quadro de recursos humanos e, as diferenças nos protocolos assistenciais passaram a interferir de forma negativa nas realizações das ações de educação em saúde do projeto.

O projeto proporcionou um olhar para as novas abordagens, que emergiram, enlaçando as influências geracionais dos familiares no cuidado do coto umbilical, sendo destacada a figura das avós, as quais contribuem, transmitindo seus valores culturais às gerações futuras, direcionados para a continuidade do uso de práticas populares. Tal percepção ratificou a importância de se prosseguir na busca de informações para maior aprofundamento sobre os saberes das avós praticados no cuidado com o coto umbilical dos RN. Assim, durante o mestrado acadêmico, ofertado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB, no Campus de Jequié, em 2009 e concluído em 2010, foi foco da pesquisa a “Influência Intergeracional Familiar no Cuidado do Coto Umbilical do RN e Interfaces com os Cuidados Profissionais” (LINHARES, 2010).

Os resultados desse estudo demonstraram ser comum o uso de práticas e substâncias, cientificamente contra-indicadas, no cuidado com o coto umbilical. Ficou evidente ser esse tipo de comportamento mais comum entre as mulheres que não participam das atividades desenvolvidas pelo projeto de extensão, sobre a saúde do coto umbilical. Ademais, observei considerável influência geracional no cuidado com o coto umbilical, com a utilização das substâncias mencionadas. As puérperas sinalizaram que os profissionais que atuam no serviço

de pré-natal disponibilizavam orientações (consideradas por mim, fragmentadas), sobre cuidados gerais ao RN. Notou-se que as orientações relacionadas com o cuidado do coto umbilical eram pouco contempladas, dado que os profissionais se limitavam a indicar a utilização do álcool etílico a 70%, menosprezando as demais orientações sobre cuidados importantes na prevenção de onfalites. Desse modo, vale inferir que a má qualidade da ação educativa influencia na vulnerabilidade dos RN às infecções umbilicais.

Evidencia-se ser mais frequente o acometimento de onfalites² em RN, quando o tratamento do coto é realizado no domicílio, na maioria das vezes pelos familiares (especialmente as avós) e com menor frequência pelas puérperas e por outros cuidadores da rede de relacionamentos da puérpera, fundamentados nos saberes populares. Tal tratamento, possui forte cristalização no cotidiano dessas pessoas. Essa realidade também foi constatada durante a execução do projeto “*Programa Educativo: Saúde do Coto Umbilical*”. Outro achado da pesquisa diz respeito à realização do banho de imersão, que não é recomendado, dada a possibilidade de contaminar a ferida umbilical com fezes, urina, e outros fluidos corporais, considerando-se que o banho do Recém-Nascido deve ser com enxágue e em água corrente (LINHARES, 2000, 2010).

Essas considerações evidenciam a relevância de estudos sobre a temática, dada a necessidade de que a enfermagem ressignifique sua *práxis* cuidativa.

Estes achados reiteram o valor da memória transmitida, para a identificação dos diversos saberes que circulam na sociedade e a importância da influência dos saberes e prática populares no processo saúde-doença dos RN e da comunidade em geral. Há que se ponderar sobre a interface que existe entre o saber popular e o saber científico, buscando-se alternativas de valorização e de respeito aos hábitos culturais da população, não deixando, contudo, de considerar o que assertivamente advém do conhecimento de cunho científico, de modo a assegurar o direcionamento de cuidados adequados com o coto umbilical que diminuam a vulnerabilidade dos RN ao adoecimento.

Despertou-me a atenção as narrativas das puérperas e avós de RN, acerca do tétano neonatal, ao relacioná-lo à existência de uma “bruxa”³ denominada “malvada”, pelas

²A onfalite (infecção da ferida umbilical) é de alto risco para o Recém-Nascido. Geralmente ocorre em consequência da laqueação e secção do cordão umbilical com instrumentos contaminados e uso de substâncias não recomendadas pela ciência, sendo diretamente provocada por cocos piogênicos e coolibacilos. Constitui importante causa de mortalidade neonatal nos países menos desenvolvidos ao contrário das estatísticas dos países desenvolvidos (BRASIL, 2012).

³Século XVI, época em que as pessoas passam a crer irracionalmente nas forças sobrenaturais e a admitirem a presença de bruxas. Praticamente todas as pessoas acreditavam na magia e nas bruxas. A crença meio cega dos renascentistas permitiu-lhes demonstrar a autenticidade das práticas sobrenaturais, que teve como consequência a condenação dos acusados por realizarem tais práticas, pelas autoridades civis e religiosas, que justificaram a

maldades realizadas, ao visitar o RN, no sétimo dia do nascimento, fato que, na concepção dessas mulheres, resultaria no Mal de Sete Dias, que pode causar sua morte. Assim, como uma forma de proteger o RN, nesse dia, ele é mantido no quarto, sem tomar banho, sem receber visitas e, geralmente, vestindo a mesma roupa usada no dia do nascimento. Saliento que a maioria das puérperas entrevistadas no estudo e cadastradas no Projeto/UESB referido, seguiram as orientações recebidas pelos membros do projeto, embora existissem aquelas (duas puérperas) que estavam desenvolvendo o cuidado, mesclando os dois saberes, o científico e o popular, mantendo assim um comportamento de risco nos cuidados referentes ao banho e ao coto umbilical.

Assim, frente a estas constatações, ao adentrar no curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação Memória, Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Vitória da Conquista/BA, logo pensei em ter, como objeto de estudo desta tese, o cuidado de avós com o coto umbilical investigado a partir da memória, dada a sua importância na elucidação dos significados das recordações trazidas para o presente, de modo que tal elucidação pudesse contribuir para a identificação de um saber de cuidado com o coto umbilical persistente/antigo/recente e, com isto, se chegasse à compreensão de o quanto é forte a influência da memória na construção deste saber/fazer e na identificação de grupos sociais unidos por laços afetivos e na relação entre eles, ou seja, entre os cuidadores de RN, que compartilham suas experiências, ancoradas na memória e permeadas de valores e costumes.

Para recompor essa memória, que investigou o cuidado de avós com o coto umbilical de netos Recém-Nascidos foi preciso exercitar a escuta sensível de suas narrativas, valorizando, assim, os saberes populares: crenças, valores culturais, hábitos, costumes, o que resultou no estabelecimento de confiança, na criação de vínculos e parcerias para o planejamento e a implementação de estratégias de cuidado, fomentando a relação dialógica entre o saber científico e o saber popular. Os saberes populares são comumente transmitidos entre os descendentes familiares, sendo as avós pessoas importantes na manutenção da tradição que molda o comportamento dos membros de determinado grupo.

aplicação de pena de morte aos mesmos. Nesse contexto, a bruxa é uma pessoa de qualquer sexo, capaz de ferir ou de causar mal a outrem por meios misteriosos (JAPIASSU, 2013). Nos registros do Programa Educativo: saúde do coto umbilical, a bruxa é representada por um cordão/barbante, que, quando vista por alguém da família do RN, se desencanta e se transforma em uma linda mulher (LINHARES, 1998-2013).

Nesse contexto, segundo Carvalho (2015), a família é considerada um espaço de intimidade, nincho afetivo de afinidades e apoio, onde seus membros exteriorizam suas emoções, suas incertezas, além de compartilharem seus saberes, valores e suas crenças. A autora ainda diz que é nesse espaço que se iniciam as relações de orientação e de educação aos membros e onde se desenvolve o sentimento de pertença familiar. Assim, o apoio é importante, tanto para o aspecto emocional quanto para a socialização dos saberes populares, que contribuirão para direcionar o autocuidado durante o período gravídico. A boa convivência entre os membros do grupo de pertencimento, bem como a qualidade da atenção prestada à mulher durante essa fase, no ambiente domiciliar repercutem na qualidade de vida e saúde do binômio mãe-filho⁴ (MARQUES et al, 2011). Desse modo, é importante que os cuidadores percebam que a essência do cuidado é inerente ao ser humano buscando implementar ações cuidativas nos diversos ambientes de convivência, dada sua importância no fortalecimento das relações interpessoais, o que contribuirá, de alguma forma, para o bem estar das pessoas (WALDOW, 1998).

Nesse sentido, corrobora-se a ideia de Teixeira, Nitschke e Silva (2011, p. 206-207) ao discorrerem que

A família tem um papel fundamental nos cuidados a serem dispensados aos seus membros, pois ela é o agente socializador primário. É por intermédio dela que o ser humano aprende a viver, a amar, a sentir, a se cuidar e a cuidar do outro. O ambiente familiar pode proporcionar à pessoa entendimento do mundo em sua volta, o que é muito importante para o desenvolvimento biopsicossocial e cultural de seus membros. No cotidiano deste contexto, as mulheres-avós são consideradas as cuidadoras principais, e também são responsáveis pela transmissão de conhecimentos sobre como cuidar de sua gênese, assumindo a responsabilidade de difusão de seus saberes, repassando-os para filhas-noras.

Entende-se que, no contexto do cuidado, a interação entre os membros da família, contribui para o fortalecimento de laços afetivos, a construção de história de vida e outras propriedades coletivas. Assim, a família é um lugar onde se aprende a elaborar e a pronunciar as primeiras palavras, fundamentais no processo de comunicação para consolidação da

⁴Expressão utilizada na área obstétrica, para se referir a dupla: mãe e filho. Após o nascimento da criança, estando o mesmo com suas condições de vitalidade estabelecidas, este irá para o Sistema de Alojamento Conjunto, para permanecer ao lado de sua mãe, durante 24 horas por dia, até que tenham alta hospitalar. O Sistema de Alojamento Conjunto oferece um universo de vantagens para o binômio mãe-filho; dentre elas, fortalece os laços afetivos entre ambos, através do relacionamento precoce e possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais. Ademais, esse espaço também é destinado ao desenvolvimento de atividades educativas que orientem a mãe sobre os cuidados adequados que o RN deve receber, para que cresça e se desenvolva de forma saudável (BRASIL, 2012b).

memória. Com suas ações protetivas e de cuidado cultural, ela transmite também, aos seus descendentes, atitudes, costumes, ritos e visão de mundo.

Neste entendimento, concordamos com Laraia (2001) ao afirmar 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.

Nessa linha de pensamento, destacam-se as considerações de Monticelli, de que o nascimento é um rito de passagem e de cuidado, que envolve familiares e demais membros do grupo de pertença, sendo visto como "um momento de muita consequência para qualquer ser vivo, respeitadas as devidas percepções e interpretações, dentro da perspectiva da diversidade cultural". No período pós-parto, ocorrem mudanças que marcam a vida das pessoas que as vivenciaram, levando as puérperas a relacionarem o período puerperal a uma fase de vulnerabilidade para sua morbimortalidade e a do RN. As puérperas e seus familiares acreditam que os espíritos poderão agir, pelo fato de elas (puérperas) terem enfraquecido, em função do sangramento causado pelo parto. Assim, essas pessoas iniciam seus ritos de proteção à vida, tais como alimentar-se de maneira considerada adequada, não lavar os cabelos durante o "resguardo"⁵, fazer repouso, dentre outros. O benzimento é um exemplo de rito, usado nesse período, com a finalidade de se prevenirem doenças (mal do espírito) no RN, e com o intuito de se evitar que o espírito se manifeste no corpo da criança, causando adoecimento e morte, segundo Monticelli (1997, p.161-163).

Monticelli (1997) explica que o evento de nascimento aproxima as famílias de sua origem e permite que outras pessoas do seu meio social adentrem o espaço domiciliar, principalmente as vizinhas, que compartilham desse episódio biológico e contribuem para o cuidado com o novo ser, bem como com a genitora. Desse modo, o parentesco simbólico se amplia em consonância com o contexto cultural em que o nascimento ocorre. Neste sentido, há de se considerar que a "ajuda, o apoio, e a experiência (casa ou vizinhas) são valores extremamente considerados durante o processo do nascimento". Dessa forma, em consequência desse saber construído e modelado, as pessoas envolvidas no cuidado são mais influenciadas pelo saber popular do que pelo saber profissional (MONTICELLI, 1997, p.162-163). Tal realidade, segundo Santos (1998), resulta do fato de as pessoas viverem, desde o nascimento, em diversos grupos, estando sujeitas as influências recíprocas, que resultam na

⁵Denominação atribuída ao período ou fase pós-parto, pelo saber popular. Também conhecida por quarentena, puerpério. Nessa fase, as puérperas se sentem vulneráveis às enfermidades e tendem a obedecer algumas exigências dos seus familiares, concernetes ao seu estado de saúde, que poderá ser comprometido, com consequente óbito, caso não sejam cumpridos os cuidados necessários, como a alimentação, higiene e outros.

formação de vínculos com significados subjetivos, que fortalecem a relação entre quem cuida e quem é objeto do cuidado.

Nesse processo relacional de cuidar, está vinculada a memória, que se destaca por sua importância na composição do desempenho do cuidador, de modo que permite trazer para o presente as recordações de aprendizados, das suas experiências vivenciadas, relacionadas às práticas de cuidado de si e de outrem, que foram recebidas, vivenciadas e transmitidas no espaço domiciliar. Assim, nas relações de cuidado, os fatores culturais ligados ao passado permanecem presentes na memória daquele que cuida, influenciando no seu comportamento, nas suas decisões, nas suas maneiras de pensar, de agir e de cuidar (NERY, 2017). Daí a importância de conhecer a memória, pois os saberes praticados, experimentados e vivenciados por cuidadores do coto umbilical de Recém-Nascidos, se amparam na memória coletiva de grupos familiares, compartilhados entre as suas gerações.

A referência ao cuidado com o coto umbilical remete à propriedade desse cuidado, a de ser realizado de forma qualificada e de atender às necessidades do RN. No período puerperal, é comum que a puérpera necessite de atenção e auxílio para cuidar do seu filho. Essa ação benfeitora é, a princípio, comumente desenvolvida por familiares próximos principalmente pelas avós - pessoas que se constituem como fonte de amor e compreensão, possuidoras de diversas funções, que cuidam de seus netos de maneira singular. Sua forma de cuidar decorre de suas vivências e experiências de vida, adquiridas de geração a geração e condiz com a realidade do contexto sociocultural no qual estão inseridas. O apoio de familiares próximos na garantia do bem-estar emocional e até no desempenho das tarefas diárias com o RN constituem base segura para a puérpera, nos momentos de dificuldade e fadiga. Tal forma de cuidar se firma na tradição, evidenciando, dentre outras razões, o desejo das avós de que suas filhas, netas e noras as tenham como exemplo e de que acatem as suas orientações. E que, ao se tornarem mães, tenham capacidade para desenvolver comportamentos de responsabilidade, compromisso, proteção, conforto, envolvimento e habilidades que assegurem a sua sobrevivência e a do RN (MARQUES, et al 2011; ANGELO, 2014; DEUS; DIAS, 2016).

Corroborando esses autores, Elsen (2002) lembra que, na interação entre os membros do grupo familiar e a rede de apoio social (vizinhos, parentes e amigos), existem interesses e responsabilidades mútuos, dado que essas pessoas buscam alcançar e manter o bem-estar de seus membros, cuidando dos mesmos de forma processual, multidimensional, inter e intrageracional, no seu ambiente sócio-cultural.

É importante ressaltar que, embora existam diversas definições sobre família, este estudo refere-se à família nuclear⁶, formada pela união estável entre pessoas do sexo feminino e masculino. Neste sentido, as narrativas registradas nos resultados desta pesquisa são de mulheres cuidadoras, que pertencem a este modelo de família, ou seja, composta de pai, mãe e filhos.

Dentre as responsabilidades dos membros que integram a família, neste estudo, foi enfatizado o cuidado com o coto umbilical. Entender a complexidade da dinâmica que envolve essa *práxis* requer considerações acerca da anatomia e da fisiologia dessa estrutura. O cordão umbilical, via de nutrição do feto, está ligado à placenta e constitui anexo fetal, com funções diversas e importantes para a manutenção da gestação e a sobrevivência do conceito. Seu metabolismo é mediado pela ação hormonal, a qual é neutralizada no momento em que o cordão é clampeado e seccionado, fato que ocorre logo após o nascimento do feto. Após realização desses procedimentos ficará temporariamente no abdômen do RN uma pequena parte dele, conhecido como coto umbilical, que é revestido por membrana âmnic e que possui vasos sanguíneos, geleia de Wharton e outros elementos. O coto umbilical é porta de entrada para diversos agentes patogênicos. Após a mumificação, essa estrutura se desprende do corpo (queda) e forma-se a ferida umbilical, caracterizada por solução de continuidade da pele, primeira linha de defesa do organismo, a qual também torna o RN vulnerável a infecções (REZENDE, 2005).

Assim entende-se que o Recém-Nascido requer atenção especial por parte dos profissionais de saúde, para avaliação de suas condições de vitalidade e manutenção de sua saúde, de modo que garantam a sua adaptação ao ambiente e à vida extra-uterina, visto que o período neonatal, que vai do nascimento até o 28º dia de vida, torna o RN vulnerável aos riscos do meio ambiente, em geral, tornando essa fase uma das mais difíceis no ciclo da vida humana.

Nessa perspectiva, a prática do cuidado no domicílio, por ser exercida por pessoas leigas, traz consigo um saber oriundo do senso-comum. Desse modo, o cuidado do profissional deve ser elaborado e integrado aos aspectos sócio-culturais da família e da comunidade (MARTINS, 2014). Todavia, os cuidados com base tão somente no saber popular podem não assegurar condições básicas de sobrevivência, como segurança, conforto, nutrição, higiene, amor, entre outros, para que o RN possa crescer e se desenvolver de forma saudável (RIBEIRO; BRANDÃO, 2011). Por conseguinte, as práticas de cuidados domiciliares

⁶ É importante frisar que não se está defendendo nesta pesquisa, modelo de família, contudo as participantes declararam pertencer ao modelo de família nuclear.

fundamentadas em crenças, não recomendadas pelo saber científico, necessitam ser ressignificadas, dada a possibilidade de colocar a vida e a saúde do RN em risco (LINHARES, 2010). Essas crenças são memórias cristalizadas, que se perpetuam entre as gerações.

Um exemplo de memória herdada entre os membros de grupos familiares é a crença frequentemente narrada pelas avós, sobre a existência de uma bruxa (já citada anteriormente neste estudo), que suga, através do coto ou da ferida umbilical, o sangue do RN no sétimo dia de vida. Assim, no intuito de salvaguardar o RN, dentre outras práticas de medidas protetoras, também já citadas em parágrafos precedentes, é comum, em algumas famílias, a colocação de uma tesoura aberta sob o travesseiro do RN, medida que teria a finalidade de “cortar” o mal pela raiz. Essas crenças foram evidenciadas no decorrer das visitas domiciliares às puérperas, realizadas pelo projeto “Programa Educativo: Saúde do Coto Umbilical” (LINHARES, 2013).

Esse comportamento evidencia que não há relação entre o saber popular e o saber científico. O saber popular é repassado de geração a geração, direcionando, de forma consistente, atitudes habituais. Muitas vezes, esta realidade resulta de experiências comuns na vida cotidiana do grupo, que vêm sendo compartilhadas no interior de uma relação entre as pessoas idosas e as mais novas, evidenciando-se, assim, uma memória coletiva de grupo familiar, herdada/transmitida, que exerce uma função importante na formação de seus membros, com perspectiva de manutenção de um saber sobre o cuidado do coto umbilical, valorizado pela memória de grupos de pertença.

Assim este saber que nasce das tradições e costumes, e, que integra a cultura popular, possui várias definições, de acordo com os teóricos que militam no campo do saber popular. Neste estudo, adotamos o conceito de Domingues (2011, p. 403-404) o qual refere que

Na visão tradicional, cultura popular consiste em todos os valores materiais e simbólicos (música, dança, festas, literatura, arte, moda, culinária, religião, lendas, superstições etc.) produzidos pelos estratos inferiores, pelas camadas iletradas e mais baixas da sociedade, ao passo que cultura erudita (ou de elite) é aquela produzida pelos estratos superiores ou pelas camadas letradas, cultas e dotadas de saberes ilustrados. No entanto, esta visão rigorosa não se confirma empiricamente, pelo menos é o que as pesquisas no terreno da história cultural, antropologia, sociologia e teoria literária vêm demonstrando ultimamente.

Neste sentido, O uso de práticas resultantes dos saberes populares pode trazer benefícios ou prejuízos à população. Assim, se faz necessário que sua aplicação seja mediada pelo conhecimento científico, de modo a prover seu uso com segurança. Nesse sentido, é

profícuo que seja estabelecido um diálogo entre o saber popular e o conhecimento científico dado que o conhecimento científico nem sempre é "tão seguro e verdadeiro assim, nem o conhecimento popular é necessariamente errôneo" (SCHWARTZMAN, 1997, p.1). Nesta interface, ciência e saber popular, apesar de terem papéis distintos, podem se complementar e nada impede que haja uma aproximação entre o saber popular e o conhecimento científico (SILVA, 2011). É imprescindível que haja diálogo entre esses dois saberes, visando a beneficiar o objeto de cuidado, neste caso, o RN.

O conhecimento, de forma geral, constitui a possessão de ordem prática ou teórica de um determinado assunto, uma arte, uma técnica ou até mesmo uma ciência. Conhecer significa trazer uma nova consideração sobre um fenômeno ou fato qualquer. De forma genérica, conhecimento científico pode ser entendido como apreensão intelectual de uma ocorrência ou de um fato verídico com propriedade de ordem teórica ou prática (BETIM, 2013). Todavia, "não é simples estabelecer com precisão o momento em que aparece um recorte entre conhecimentos de senso comum e conhecimentos de bases filosóficas e científicas" (GERMANO, 2011, p.243). O autor segue afirmando que

Todo conhecimento científico visa a constituir-se em *senso comum*. Se a ciência moderna nasceu e cresceu contra o senso comum que considerou superficial, ilusório e falso, a nova ciência procura reabilitar o senso comum, reconhecendo nesta forma de conhecer algumas virtualidades fundamentais ao enriquecimento de nossa relação com o mundo (GERMANO, 2011, p.261).

Um fato a ser considerado, nesse contexto, é a importância da imunização materna, pois, segundo Linhares (2010), se percebe que a vacina antitetânica, também denominada dupla adulto (dT), parece não ter valor, na concepção de muitas cuidadoras, por desconhecerem sua eficácia, cientificamente comprovada, na prevenção do tétano neonatal e acidental. Nota-se, que muitas gestantes aceitam a vacina contra o tétano para satisfazer às exigências do serviço de pré-natal e não porque estão sensibilizadas para sua ação de promoção da sua saúde e a do conceito, prova disso, quando elas expressam suas preocupações com as crenças sobre a existência da "bruxa" (LINHARES, 2010).

Acreditar na existência de algo inusitado faz parte da memória de pessoas que vivenciam e sustentam um saber que trabalha com a crença como um "artefato" sustentado nas relações. Assim, pensar em memória é pensar em identidade, pois ambas estão amalgamadas. Por conseguinte, a identidade é construída processualmente na interação contínua com o outro, desde a infância, até os últimos dias de vida do indivíduo. Por certo,

essa construção não ocorre de maneira individual, mas coletivamente, posto que a identidade não nasce com o indivíduo. Nesse contexto, a forma como o indivíduo se percebe, como se mostra aos demais e como se deixa perceber pelos outros, são características da identidade, influenciadas pela memória (SOUZA, 2014).

A esse respeito, Santos (1998, p.1), chama a atenção para o fato de que, para se sustentar essa identidade construída pelos indivíduos, é necessário manter-se a interação entre eles, no "processo de compreensão de si próprios e de suas intervenções na realidade". Assim,

A noção de identidade, que rompe com as dicotomias entre indivíduo e sociedade, passado e presente, bem como entre ciência e prática social, está tão associada à idéia de memória como esta última à primeira. O sentido de continuidade e permanência presente em um indivíduo ou grupo social ao longo do tempo depende tanto do que é lembrado, quanto o que é lembrado depende da identidade de quem lembra [...] (SANTOS, 1998, p.1).

Nessa compreensão, à luz da teoria Halbwachiana, a memória coletiva é o *locus* definidor da identidade do grupo, considerada como um processo social de reconstrução do passado vivenciado no âmbito da família, dos grupos religiosos, da comunidade ou da sociedade. Por se tratar de uma representação coletiva, essa memória é compreendida a partir da inserção do indivíduo em grupo, visto o homem ser uma criatura social que utiliza sinais e símbolos, para dialogar e para interagir com os demais indivíduos dos diferentes estratos sociais, o que permite correlacionar memória com linguagem. Assim entende-se que, nas relações entre os membros de grupos familiares, as práticas de cuidado, cujo saber popular exprime uma memória construída no processo geracional, correspondem a vivências comuns, que são compartilhadas no contexto intrafamiliar, fato que permite, às pessoas que os integram, manter a identidade do grupo no tempo e no espaço. Desse modo, por meio da linguagem, instrumento utilizado pela memória, às recordações de eventos adquiridos, ao serem rememorados e expressos nos espaços sociais das relações de vínculos entre os grupos, esclarecem realidade de modos de pensar/agir/fazer, modos de vida de uma dada comunidade.

Rodríguez (2008, p.24) esclarece que "a linguagem é um dos elementos mais importantes, que afirma o caráter social da memória, ou seja, lembrar e narrar são elementos constitutivos da linguagem". Nessa direção, Sampaio (2015) enfatiza que a linguagem e a memória são constituídas de conhecimentos/saberes e, portanto, o indivíduo expressa, por meio da linguagem e de suas práticas sociais e interativas, as recordações grupais. Para Halbwachs (2003), as lembranças que o indivíduo carrega são construídas no convívio e nas interações sociais que ele mantém com seu grupo de "pertença", constituído pelos membros da

família e outros grupos, sem os quais as lembranças não seriam facilmente rememoradas. Assim, a afetividade manifestada pela avó, conservadora do passado da família, por certo, dá consistência a essas lembranças, dado que para se recordar, é necessário o auxílio de outras memórias, visto que memória individual se apoia na memória coletiva, sendo ambas inseparáveis, pois que a memória individual representa apenas uma intercessão, que é constitutiva da identidade do grupo.

As pesquisas são ferramentas úteis, no preenchimento de lacunas existentes na literatura sobre um determinado assunto. Desta forma, a relevância deste estudo encontra-se na possibilidade de se contribuir para a ressignificação do cuidado do coto umbilical de RN, que guarda relação com as memórias das avós cuidadoras, que trazem para o presente às recordações revelativas de suas vivências e experiências, de histórias de vida, de aspectos importantes. É essencial conhecer o saber das avós cuidadoras de RN, vinculado às práticas de cuidado, manifestadas pela memória herdada e, assim, compreender de que maneira ocorre e porque ocorre ainda, nos dias atuais, a transmissão desse saber, e, porque este saber ainda permanece vivo na memória e nas práticas de cuidadoras de RN.

Discussões neste sentido são polêmicas, mas necessárias, visto a necessidade que algumas práticas populares, ou seja, aquelas que possam interferir no processo saúde-doença, necessitam ser adequadas de modo que a cultura seja preservada, mas que o cuidado seja sinônimo de proteção a vida como um todo. Este diálogo profícuo entre os saberes científico e o popular, necessita ser ressignificado na academia, na *práxis* dos profissionais de saúde e entre os membros da comunidade em geral, de modo que esta transversalidade possa contribuir nas ações de promoção da saúde e prevenção da doença, não somente dos RN, mas, de toda a sociedade.

Neste sentido, refletir sobre as questões relacionadas com a saúde, principalmente em relação ao cuidado do coto umbilical, requer considerar que existe uma cultura embutida, no ato de cuidar, por parte das mulheres que receberam, vivenciaram, e transmitiram tal cultura e que participam desse processo de cuidado de maneira efetiva.

A intenção da pesquisa foi instigar a comunidade acadêmica e a sociedade a refletirem suas práticas em prol da vida, considerando a relação que existe entre memória e cuidado. Acredita-se que esta pesquisa poderá ser útil para a elaboração de novos estudos e proposições de projetos de pesquisa e de extensão, posto que o conhecimento das práticas populares, de avós cuidadoras do coto umbilical de RN, poderá servir para a produção de saberes e para a implementação de ações de educação em saúde, na área de neonatologia, sobretudo no cuidado com o coto umbilical.

Elege-se para embasar este estudo, a *Teoria da Memória Coletiva* e nos *Quadros Sociais da Memória*, na ótica de Maurice Halbwachs, por se considerarmos que o cuidado do coto umbilical sofre influência de uma memória coletiva geracional de grupos familiares, adquirida, vivenciada, transmitida e, valorizada no âmbito domiciliar. Acredita-se ser o saber das avós cristalizado em uma cultura que se mantém viva, através de seus descendentes e que se transmite através da oralidade e de suas práticas, pois, entende-se que a memória "é uma corrente de pensamento contínuo [...]" capaz de reter do passado somente o que está vivo ou é capaz de viver na consciência do grupo que a mantém (HALBWACHS, 2003, p.102). Nesta perspectiva, é fundamental a compreensão que, "na memória, presente e passado não se alijam tal como dois períodos históricos distintos" (NASCIMENTO; RAMOS, 2011, p.455). Assim, acredita-se existir um enovelamento entre memória e cuidado, no processo do viver humano, visto que a memória exerce um papel fundamental na vida das pessoas unidas por laços afetivos, por contribuir para a perpetuação de uma tradição. Neste estudo, tal tradição se apresenta através dos saberes e das experiências das avós, no cuidado com o coto, conforme narrado durante as entrevistas.

Partindo-se do pressuposto de que essa tradição é diversificada e se dissemina geracionalmente entre os grupos relacionais, sendo as pessoas idosas percebidas pela comunidade como detentoras de experiências diversas e importantes para as ações cuidativas, esta pesquisa defende a tese que o efeito de heranças sociais recebidas e vivenciadas pelo grupo de avós, atua a longo prazo como uma mensagem persuasiva que interfere na atitude e conduta dessas mulheres no que se refere a criação dos filhos em seu aspecto amplo.

Nesse sentido, para esta pesquisa, enfoca-se os efeitos das heranças sociais recebidas e vivenciadas no cuidado com o coto umbilical que incidem, fortemente sobre o tratamento desta estrutura no âmbito domiciliar predispondo o recém-nascido as onfalites. Em outras palavras, defende-se a hipótese de que as avós continuam se amparando em práticas tradicionais que contrariam, em muitos aspectos, o saber científico sendo esta condição fortalecida pela dificuldade de acesso aos serviços que integram a rede de atendimento em saúde pública gratuita.

Esta tese se sustenta nos estudos de autores que fundamentaram a revisão de literatura desta pesquisa, bem como, no acervo documental do Projeto de Extensão Universitária Continuado, denominado Programa Educativo: Saúde do Coto Umbilical. Este amplo material evidencia que, em geral, as infecções umbilicais, são oriundas do uso de substâncias não recomendadas pela ciência, utilizadas durante o cuidado do coto, realizado pelas avós, pessoas respeitadas, confiáveis e dotadas de um saber popular reconhecido e aceito no interior da

família. Reconhecido e aceito, não do ponto de vista da ciência, mas do ponto de vista do poder que essas mulheres têm dentro da família, da identidade que elas assumem, do local de destaque que elas têm, porque elas são as guardiãs da continuidade da família. Essas mulheres guardam a memória do que foi passado e trazem essa memória enquanto conhecimento, que em suas concepções, é importante para garantir o futuro da família. É fundamental fazer com que essas mulheres se afastem de práticas que são reconhecidamente nocivas à saúde do RN e passem a incorporar questões que são preconizadas pela ciência, mas não no sentido de impor o conhecimento científico, mas sim no de fazer com que essas mulheres, sem tirar delas o lugar de destaque na família, ao incorporarem esse conhecimento, sejam propagadoras da prática adequada.

A esse respeito, Nascimento e Ramos (2011, p. 456), elucidam que

Em outros casos, temos no oriente um exemplo de sociedade antiga, porém não concebida como primitiva, na qual se observa este tipo de transmissão de conhecimentos dos mais-velhos aos mais novos. Podemos lembrar o respeito que os japoneses dispensam a seus velhos, sinônimo de elo entre o passado e o presente, tanto que, não raro, as crianças são confiadas aos avós para receberem os conhecimentos do passado, assim como seus pais receberam de seus avós na infância. Tal ligação é garantia de manutenção das tradições mesmo em uma das sociedades mais modernas da atualidade. O lugar de honra e privilégio do mais-velho desvela aí a beleza daquele que tem o poder de iniciar uma obra a que, certamente, será continuada por seus descendentes.

Cabe destacar o pensamento dessas autoras, acerca da pessoa idosa guardiã “do tesouro espiritual e das tradições da comunidade, pelo velho uma diversidade de conhecimentos chega aos mais novos, corroborando a força de sua experiência e de sua memória” (NASCIMENTO; RAMOS, 2011, p. 456). Nesse sentido, considerando-se que o coto é uma estrutura de risco, com possibilidades de contaminação, é motivo de preocupação que o cuidado dele esteja atrelado às crendices-práticas nocivas, evidenciando-se, assim, a necessidade de cuidados especiais ao RN, como meio de prevenção de adoecimentos e de proteção à sua saúde.

Diante desta realidade, dada a importância da memória na construção de concepções e práticas de cuidado buscamos, na memória de avós com experiência no cuidado com o coto umbilical, os saberes referentes às suas práticas de cuidado com o coto de seus netos RN, uma vez que se acredita ser esta busca de fundamental importância, pois se trata de ser um cuidado arraigado na tradição daqueles que cuidam e que vem permeando os membros de um grupo, de uma família ou da comunidade em geral. Este pensamento se respalda não somente em experiências, mas nos discursos de estudiosos do cuidado e da memória, o que pode ser

constatado na escrita de Bosi (1979, p.31), ao afirmar que a pessoa, quando criança, recebe do "passado não só os dados da história escrita", mas que ela também "mergulha suas raízes na história vivida, ou melhor, sobrevivida, das pessoas de idade que tomaram parte na sua socialização". Esta autora continua dizendo que, sem tais pessoas existiria somente "uma competência abstrata para lidar com os dados do passado, mas não a memória" (BOSI, 1979, p. 31).

Esse dito da autora sustenta o paradigma da geracionalidade no seio familiar. Ademais, de alguma forma, corrobora/confirma/reforça/sustenta a tese proposta neste estudo.

Neste contexto, a tese teve como questões de pesquisa: qual a relação entre o saber científico e o popular em especial relativo às avós no cuidado com o coto umbilical? Qual a influência deste saber popular transmitido e praticado pelas avós no cuidado do coto umbilical?

Desse modo, o objetivo geral do estudo consistiu em analisar a relação entre o saber científico e o popular, em especial relativo a memória das avós no cuidado com o coto umbilical. Constituiu objetivo específico: identificar os saberes e as práticas utilizados no cuidado com o coto umbilical do Recém-Nascido, presentes na memória das avós cuidadoras.

Esta pesquisa está estruturada em seis seções. A primeira contempla a introdução. A segunda apresenta a revisão de literatura e o referencial teórico, que abarca a Memória Coletiva e Quadros Sociais da Memória na ótica do teórico Maurice Halbwachs.

A terceira seção traz o percurso metodológico, no qual se aborda a temática Memória, em uma perspectiva epistemológica e a importância da História Oral para o recobrimento das memórias de avós cuidadoras do coto umbilical. Salienta-se que, além do teórico Maurice Halbwachs (2003), outros estudiosos da Memória também subsidiaram a fundamentação desta pesquisa, a exemplo de Bloch (1925); Bosi (1979); Barros (1989); Namer (2004).

A quarta seção, apresenta as narrativas das avós idosas e as discussões que fundamentaram as análises, realizadas a partir dos estudos da Memória e da História Oral, acerca dos saberes das avós cuidadoras do coto umbilical. Esta seção se inicia correlacionando-se a história de vida das avós à sua relação com o labor na infância, e, o cuidado propriamente dito.

Na continuidade, a quinta seção elucida a insatisfação das participantes em relação ao atendimento e à assistência prestada pela rede do SUS. As discussões sobre memória e a relação com o cuidado do coto umbilical constituem o último item da seção.

A sexta seção embasa as considerações finais. Nestas, propõe-se uma reflexão acerca da memória e de sua importância na construção de saberes populares que embasam o cuidado

com o coto umbilical. Propõe-se, também, a identificação de grupos sociais, formados pelas avós cuidadoras domiciliares, as quais influenciam e orientam o caminho, as tomadas de decisões embasadas nos costumes e nas tradições que direcionam a práxis cuidadora, necessárias para ressignificar o olhar dos profissionais de saúde acerca da importância da implementação de ações de educação em saúde, direcionadas a tais grupos.

2. MEMÓRIA E SAÚDE NO CUIDADO DO COTO UMBILICAL: CAMINHOS DA PESQUISA

Esta seção abarca a revisão de literatura e o referencial teórico que serviram de subsídio para as argumentações sobre o cuidado domiciliar com o coto umbilical realizado por avós idosos. Para tanto, foi considerado como ponto fundamental para as discussões, as memórias das avós cuidadoras, cujas recordações reportam ações de cuidado inadequado. Essa forma de cuidar encontra respaldo no saber popular, o qual é transmitido e reafirmado através das várias gerações de uma mesma família.

A revisão de literatura está constituída em dois eixos temáticos, o cuidado com o coto umbilical e as complicações decorrentes da prática de cuidado inadequado do coto umbilical de recém-nascidos.

2.1. O CUIDADO COM O COTO UMBILICAL

O RN, durante um período de 6 a 8 horas ou limite superior a 24 horas após o parto, possui maior vulnerabilidade ao adoecimento, até que suas condições fisiológicas se estabilizem. Portanto, a preocupação com a educação em saúde para o cuidado com o RN é vista como uma das mais relevantes direções a serem seguidas na área neonatológica (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Ziegel e Cranley (1985) e Brasil (2011), referem que o cuidado com a saúde do Recém-Nascido tem importância fundamental para a redução da elevada mortalidade infantil no Brasil, assim como para a promoção de melhor qualidade de vida e a redução das desigualdades em saúde. No período neonatal, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Frente a estas evidências, um fato chama atenção dos estudiosos em neonatologia. Trata-se do risco de infecção do coto umbilical do recém-nascido, 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).

A experiência no Projeto de Extensão relacionado ao cuidado do coto umbilical permitiu se observar que a desidratação, a mumificação e a queda do coto umbilical, por serem resultado de um processo fisiológico, muitas vezes, inviabilizam a percepção do profissional de saúde acerca dos riscos resultantes de práticas nocivas à saúde do RN pelos cuidadores que utilizam os seus saberes populares adquiridos geracionalmente, dado que esta pesquisa entende ser a Memória um processo coletivo. A frequência com que se identificaram, nas visitas domiciliares realizadas pelo referido projeto, casos de onfalites decorrentes dessas práticas, evidenciou outra faceta da realidade que permeia a atuação desses profissionais.

Estas considerações reafirmam a necessidade da ressignificação dos cuidados ao RN em relação à saúde do coto umbilical, fato que envolve, dentre outros aspectos, ações de educação em saúde e percepção da incidência de ocorrência dos danos advindos dos cuidados inadequados por parte das cuidadoras domiciliares.

Sobre este aspecto, destaca Fontes (1991) que a visão simplificadora sobre o coto umbilical não condiz com a vulnerabilidade do RN, pela alta probabilidade de infecção do coto umbilical e da ferida umbilical por bactérias que podem se instalar nessas regiões; ressalta ainda as crenças populares no cuidado com o coto.

Este pensar de Fontes (1991) encontra-se apoiado em outros pesquisadores, a exemplo de Pizzato e Da Poian (1982), Zieguel e Cranley (1985), que embasaram os trabalhos de Whaley e Wong (1989), Marcondes (1991), Rezende (1987, 2005), Brasil (2001, 2006a, 2008, 2011), que constituem 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, recomendando que fique descoberto, por ser esta uma medida eficaz para impedir a multiplicação de patógenos nessa estrutura e na base de sua implantação.

Desse modo, Linhares (2000-2010) destaca que o cuidado do coto umbilical deve ser precedida pela lavagem das mãos, seguida do uso de antisséptico (álcool a 70°C), devendo-se, para isto, pincelar o coto umbilical e a área em torno dessa estrutura, várias vezes ao dia, após o banho e as trocas de fraldas, para prevenir infecção; manter a região seca e arejada até que a ferida esteja cicatrizada, não sendo recomendado o uso de curativos e faixas oclusivas na região umbilical, assim como o uso de fraldas sobre ele, de forma a impedir o atrito e a irritação nesta estrutura. O coto deve ser mantido livre da umidade ocasionada pela água,

urina e outros fluidos corporais que poderão proporcionar a ocorrência de infecção. Entretanto, 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 (LINHARES, 2000-2010).

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

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).

Outro aspecto, nessa perspectiva, refere-se aos dados encontrados no projeto Programa Educativo: saúde do coto umbilical - UESB (LINHARES, 2013), 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 resultantes das ações extensionistas do referido Projeto permitiram constatar que a desidratação, a mumificação e, conseqüentemente, a queda do coto umbilical ocorriam em menor tempo, quando precedidas de orientações em educação para a saúde, as quais contribuíram, também, para minimização dos riscos de onfalite dos RN, causas comuns de óbito neonatal.

Outro fato considerável 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 ao risco de infecção do coto e de resfriamento do recém-nato”. Continua o autor dizendo ainda que “devem-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 por 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, no banho, devem ser considerados a idade da criança e os recursos disponíveis na área hospitalar e na família.

A preocupação sobre o banho do RN expressa pelos estudiosos deve-se à aceitação da ideia/conceito 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 RN, 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, estudiosos do assunto orientam a supressão do banho por imersão no RN, até que ocorra a queda do coto umbilical e a 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, os mesmos autores já apresentam uma orientação contrária à referida anteriormente, rechaçando a ideia do banho de imersão no RN antes da queda do coto umbilical (WHALEY; WONG, 1999). 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 o dito pelos estudiosos, na prática do Programa Educativo: saúde do coto umbilical, no âmbito domiciliar, 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 que possibilita o surgimento de infecção (LINHARES, 1998-2013).

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, em um período compreendido entre 1990-1998, através da disciplina Enfermagem Materno Infantil I e pelo *Programa Educativo: saúde do coto umbilical* (1998) constatou-se que havia uma demanda significativa de puérperas que procuravam tais serviços com seus RN, 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, dessa 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, em um 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 RN.

Enlaçando esta ideia, na perspectiva de Rouquayrol e Almeida Filho (2003), compreende-se o quanto a falta de registros de tais dados obstou 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 RN levados aos centros de saúde no município de Jequié/BA. Por outro lado, na vivência prática, defronta-se quotidianamente com tais situações, as quais têm direcionado o 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 de tal problemática, estudiosos no campo da neonatologia e da obstetrícia reforçam que se faz necessária a existência de estudos que possam subsidiar os cuidados a essa 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*.

Nesse sentido, dizem Cloherty e Stark (1982, p.1) que “[...] o tétano do recém-nascido constitui importante causamortis 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 (MS), 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% (BRASIL, 2006b, p.73).

A imunização contra o tétano neonatal (TNN), que é disponibilizada para todas as mulheres em idade fértil (12 a 49 anos de idade) faz parte do protocolo de assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2010). No entanto, há de se ponderar, que o cuidado adequado ao coto umbilical, possui várias interfaces. Assim, fatores culturais, que possam oferecer riscos a saúde necessitam ser revistos, a exemplo da manipulação do coto sem a lavagem adequada das mãos, assim como o uso de moeda, botão, faixa, e outras substâncias contaminadas (arruda, fumo, banha de galinha) fazem parte de um cuidado, que, por ser inadequado, acaba constituindo um "descuido". Este des(cuidado) pode trazer sérias consequências à saúde do RN, visto ser o coto umbilical um tecido desvitalizado, favorável à proliferação de microorganismos patogênicos, fator predisponente para infecção sistêmica no Recém-Nascido, dado que os vasos umbilicais trombosados permitem, às bactérias, acesso direto à circulação sanguínea (NADER; PEREIRA, 2004).

Reitera-se que a literatura chama atenção para o fato de que a vacinação constitui uma das ferramentas na prevenção do Tétano Neonatal. Entretanto, além da imunização, é necessária a execução de cuidados de higiene adequados ao coto umbilical. “A relevância das ações preventivas se justifica pela alta letalidade associada a esse agravo.”(GUARDIOLA et al., 2000).

A Secretaria de Vigilância em Saúde complementa a informação supracitada, declarando que

[...] 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 (BRASIL, 2008, p. 331).

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 às 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. (2000), 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 de esse Recém-Nascido 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 deveria 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 com alta mortalidade, constituindo-se em um sério problema de saúde pública.

Também Marcondes (1991, p.1023) reafirma 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 deste estudo mais incisiva, considerando que existem ainda, nos tempos atuais, divergências de conhecimentos entre as classes profissionais da área de saúde, refletindo-se na prática de cuidados com o coto umbilical do RN no âmbito domiciliar.

Corroborando o autor supracitado Vieira, Oliveira e Lefèvre (2006, p.52) reforçam 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 [...]”. Destacam que, em pleno século XXI, depois da erradicação da varíola, do controle do sarampo e da poliomielite, bem como, de outras doenças imunopreveníveis, “é uma contradição ainda deparar com a ocorrência de tétano neonatal no Brasil, na atualidade.”(VIEIRA; OLIVEIRA; LEFÉVRE, 2006).

O tétano neonatal resulta da contaminação do coto umbilical pelo *Clostridium tetani*, bacilo esporulado e anaeróbio (BRASIL, 2006-2008). Pós de teia de aranha, de sola de sapato,

café, fumo, esterco e outras substâncias utilizadas no cuidado do coto umbilical e região umbilical, podem conter além do *Clostridium Tetani*, outros tipos de bactérias causadoras de onfalites. Assim, esta prática cultural desenvolvida pode se configurar em danos para a saúde do RN (SARAYVA, 2003).

O uso dessas 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 ela é passada geracionalmente, e sua influência pode se caracterizar em determinadas situações e contextos danosos nas inter-relações no âmbito domiciliar.

Nesse sentido, esta pesquisa coaduna-se com Ribeiro e Brandão (2011), ao referir que os cuidados com o coto umbilical estão cercados de crenças, mitos e medos, que perduram até os dias de hoje. A maior parte das genitoras, principalmente as primíparas, tem receio em lidar com essa estrutura. Práticas que não possuem fundamentação científica, como enfaixar o coto umbilical, passar banha de galinha, colocar moeda, arruda e folha de fumo, são crenças difundidas entre as gerações, passadas de mãe para filha. A faixa umbilical é prejudicial à saúde do Recém-Nascido, visto que seu uso interfere na circulação do ar, nessa região (coto umbilical), facilitando a proliferação de germes anaeróbicos e lentificando o processo de mumificação (LINHARES, 2010).

Rosa (2009), lembra que, nas instituições hospitalares, por ocasião da alta hospitalar, normalmente as puérperas recebem orientações dos profissionais de saúde sobre como cuidar do coto umbilical. Porém, por não se sentirem seguras para assumir essa responsabilidade, o cuidado do coto no domicílio nem sempre é realizado por elas. Dessa forma, solicitam auxílio de pessoas consideradas de referência para o cuidado com o Recém-Nascido. Via de regra, esses cuidadores são pessoas próximas às puerperas, como membros da família ou da comunidade. Todavia, existem puérperas que resistem em aceitar e seguir as orientações dos profissionais, optando por aderir a condutas e atitudes apreendidas no convívio com seu grupo de pertença e a mantê-las, o que provoca infecções e, na maioria das vezes, requer hospitalizações e cuidados especializados (ZANATTA, 2006).

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.

Tal realidade também foi evidenciada por Boehs et al. (2011, p. 1010), ao realizarem estudo em Florianópolis, Santa Catarina, no qual buscaram identificar as percepções que têm os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sobre os cuidados que as mães dispensam aos seus filhos com idade entre 0 a 6 anos; assim como identificar o uso de recursos provenientes do saber popular, familiar e profissional. Nesse estudo, os dados foram levantados junto à população residente em dois bairros periféricos. Os resultados evidenciaram que as puérperas e demais cuidadores na família recorrem a práticas populares no cuidado, como pode-se observar na fala de um dos profissionais (médico) entrevistados "Quando chega uma mãe com uma prática nova é complicado, tem que ter jogo de cintura, não adianta a gente se opor... o melhor é aceitar e estudar, ver se faz mal, voltar a conversar com a pessoa" (BOEHS et al., 2011, p. 1010).

O estudo de Boehs et al. (2011) evidenciou também que os profissionais de enfermagem entrevistados demonstraram maior preocupação que os demais profissionais de outras categorias da ESF com as consequências das crenças e práticas populares para com a saúde das crianças, conforme referido no discurso abaixo, proferido por uma técnica de enfermagem

O que a benzedeira dá para passar no machucadinho, aí é que mora o perigo, né? [...] Ainda existem casos de botar moeda no umbigo. Ainda existem casos de a mãe colocar pó de café no umbigo, acredita? [...] Vão passando de mãe pra filha, e elas acreditam... Mas como que eu não vou enfaixar? Isso já vem da avó, da bisavó, como é que isso vai ser tirado assim? (BOEHS et al., 2011, p. 1011).

Na percepção dos profissionais pesquisados, nos resultados da pesquisa foi identificado que a separação de muitas famílias nos dois bairros, de suas comunidades e de sua parentela, contribuiu para a interrupção da transmissão dos cuidados do sistema familiar e popular, dado que tais saberes, em sua maioria, se mantêm através da oralidade e da convivência entre os membros familiares e a comunidade de convívio do grupo. Por outro lado, há de se ponderar que, na visão dos profissionais da saúde, o maior acesso aos serviços de saúde tem contribuído para a adoção de práticas de cuidado orientadas pelos serviços de saúde, o que inclui a medicalização do cuidado. Nessa perspectiva, foi identificado, ainda, que a população nativa do município de Florianópolis, está perdendo costumes tradicionais, referentes ao consumo de alguns alimentos, como pirão de peixe, pirão de feijão, o feijão e o

ovo e sopa de bolacha, alimentos que, quando consumidos em excesso, prejudicam a saúde da criança (BOEHS et al., 2011).

Sobre o cuidado com o coto umbilical, as informações referidas pela técnica de enfermagem, evidenciam que, de alguma forma, ainda se nota a influência cultural no cuidado domiciliar, em geral, com os Recém-Nascidos, fato que pode ser explicado pelo processo de compartilhamento de saberes, experiências e vivências, que ocorrem no interior do grupo familiar e na rede de sociabilidade afetiva em que o indivíduo está inserido. O saber popular, por possuir raízes sólidas que se afirmam em forte base cultural, é passível de modificação, através de um processo lento, não podendo, dessa forma, desaparecer de uma hora para outra. Em relação ao cuidado, Arroyo (2013), refere que os valores culturais envolvem uma espécie de reconstrução de saberes e de valores que são transmitidos de uma geração a outra, em um processo de aprendizagem e de ensinamento constante, de modo que tais valores acabam prevalecendo no círculo familiar e na comunidade de pertencimento.

O uso da faixa umbilical compressiva e da moeda, no cuidado com o coto umbilical se justifica, no saber popular, como sendo uma medida de prevenção da hernia umbilical, a qual, segundo Gomes et al. (2015, p.5), “é um achado frequente no lactente. Geralmente está ausente ao nascer, vindo a aparecer somente entre o primeiro e o segundo mês de vida. Costuma aumentar de tamanho, antes de desaparecer espontaneamente [...]”.

Estudo realizado pelas autoras, no Rio de Janeiro em 2013, com 27 participantes (puérperas, avós e tias), constatou que o uso de artefatos como, cinteiros, faixas, moedas e botões, utilizados por estes cuidadores, não tem indicação para erradicação da hérnia umbilical. As autoras, sensibilizadas para as consequências dessas práticas à saúde dos Recém-Nascidos, salientam a importância da implementação das ações de educação em saúde, por parte dos profissionais, no sentido de que os cuidadores incorporem novas formas de cuidar, de modo a assegurar a minimização de danos diversos, a exemplo das infecções umbilicais. A eficácia dessas ações pressupõe a firmamento de um vínculo entre os profissionais de saúde que atuam na unidade de referência e a população adscrita (GOMES et al., 2015).

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 esses autores, se não forem trabalhadas as condições sociais de existência da população afetada, os profissionais que lidam com essa população mantêm intocada a estrutura social determinante da doença. Portanto, é necessário que as relações que determinam ou condicionam a presença do indivíduo em um determinado ciclo de desenvolvimento sejam incluídas no estudo do processo saúde-doença. Além disso, os autores comentam que, para se conceituar o processo saúde-doença, em uma perspectiva mais crítica, deve-se levar em consideração tanto valores objetivos (nível educacional, situação socioeconômica, dentre outros) quanto subjetivos (expectativas, desejos, atitudes, sentimentos, emoções, e outros). Acrescentem-se, 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 com seus membros na assistência à saúde em qualquer sociedade (ELSEN, 2002; SILVA, 2007), de modo que o conhecimento dos profissionais de saúde se amplie para o ambiente domiciliar, comumente permeado por relações sustentadas em sentimentos afetivos e cuidados desvelados, em sua maioria por mulheres, geralmente mães ou avós, que identificam as doenças, em primeira instância, e direcionam sua prática cuidativa a partir dos valores culturais construídos e mantidos cotidianamente (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Nesse universo, destacam-se as avós, por serem consideradas membros 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 com o RN, desempenhando, assim, o papel de cuidadoras, na prática de cuidados com o coto umbilical. Elas são responsáveis “pela transmissão de um saber e experiência permeados de valores culturais sobre o processo saúde-doença.”(LINHARES, 2010).

2.2. COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA PRÁTICA DE CUIDADO INADEQUADO DO COTO UMBILICAL DE RECÉM-NASCIDOS

O RN é um novo ser, que acabou de nascer, que irá crescer e se desenvolver em ambiente diferente daquele em que 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 RN 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 RN.

Assim, será feita uma breve revisão sobre os estudos encontrados. O assunto encontra controvérsias na literatura sobre a definição da alteração da ferida umbilical, dado que alguns a denominam granuloma e outros onfalites. As figuras 1 e 2 apresentam onfalites na região umbilical de RN com cerca de sete dias de vida, que residem em dois bairros periféricos da cidade de Jequié.

Figura 1 - Onfalite



Fonte: Programa Educativo: saúde do coto umbilical 2007/2008(LINHARES, 2013).

Figura 2 - Onfalite



Fonte: Programa Educativo: saúde do coto umbilical 2007/2008(LINHARES, 2013).

Identificou-se que, em ambos os casos, foi utilizado óleo de amêndoas no cuidado com o coto. Na figura 1, essa substância foi indicada pela avó materna, cuidadora. Na figura 2, a indicação da utilização do óleo foi dada pela avó cuidadora, sendo reforçada por uma vizinha.

Na figura 3, visualiza-se um granuloma em desenvolvimento, na região umbilical, cujo coto umbilical estava sendo cuidado pela avó materna, com a utilização de óleo de amêndoas aquecido, e, pó de pena de galinha (torrado e triturado, após queda do coto). A figura 4 apresenta alteração semelhante, sendo que a avó cuidadora utilizou no cuidado com o coto apenas óleo de amêndoas previamente aquecido. Destaca-se que ambos os RN estavam com

aproximadamente sete dias de vida. O fato chama a atenção para o rápido processo de formação do granuloma.

Figura 3 - Granuloma em região umbilical



Fonte: Programa Educativo: saúde do coto umbilical (LINHARES, 2014).

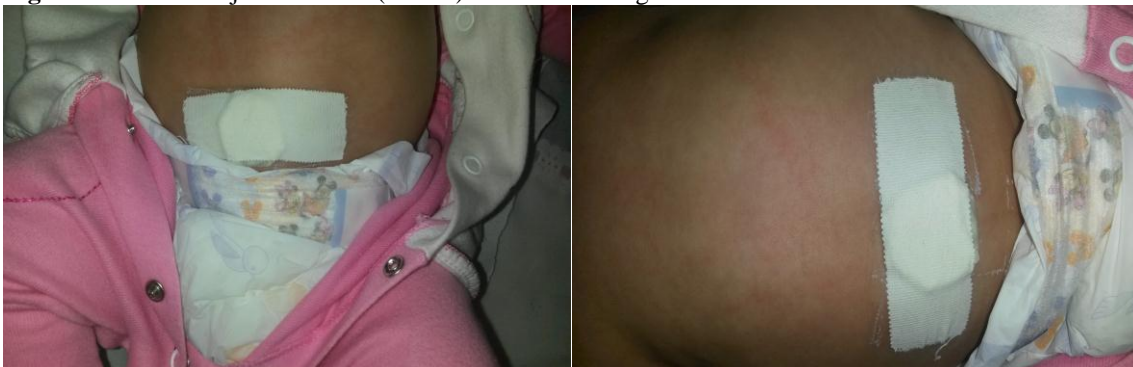
Figura 4 - Granuloma em região umbilical



Fonte: Programa Educativo: saúde do coto umbilical (LINHARES, 2014).

Na figura 5 (RN com dez dias de vida), se evidencia o uso de objeto metálico (moeda), envolvida em chumaço de algodão, no cuidado com região umbilical, após queda do coto, a qual foi fixada com esparadrapo. O uso deste artefato foi justificado pela avó cuidadora pelo fato do RN chorar com frequência, o que, no seu entendimento, iria "forçar a barriga" levando à formação de um caroço (hérnia umbilical). Neste caso, também, foi utilizado óleo de amêndoas morno, antes da queda do coto umbilical, visto que o mesmo, segundo a cuidadora, seria útil para acelerar o processo de queda do coto.

Figura 5 - Uso de objeto metálico (moeda) no cuidado à região umbilical



Fonte: Programa Educativo: saúde do coto umbilical (LINHARES, 2014).

Segundo Marcondes (1991), granuloma umbilical é uma lesão de tecido de granulação que possui coloração avermelhada e 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).

Em estudo realizado por Cano e Vinha (1979) foi relatado 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 são tomadas por elas, que imediatamente procuram 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 ou óleo. Observaram também o uso de éter, mercúrio e outras substâncias que atribuíram ser causas de risco à saúde dos RN. Estas autoras chamam atenção para o fato de a literatura científica relacionar o granuloma umbilical a uma possível origem bacteriana. Estas considerações encontram respaldo nos resultados de culturas de amostras colhidas, tanto do granuloma quanto das narinas das mães, que evidenciaram a presença de bactérias do tipo *Staphylococcus aureus* (patogênico) e *Staphylococcus epidermidis* (destituído de patogenicidade). Assim, chegaram à conclusão de que as narinas dos indivíduos podem estar colonizadas por *Staphylococcus* e que outras bactérias que colonizam os umbigos dos RN são originárias de várias fontes (CANO; VINHA, 1979).

Outro aspecto considerado no estudo acima refere ser o granuloma umbilical um problema grave. Todavia, os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, encontram dificuldades na assistência aos RN pelo fato das mães não comparecerem a unidade ambulatorial para a consulta pré-agendada importante para avaliação do estado de saúde do RN, na qual seria ministrado cuidados de enfermagem relacionados com ações de educação em saúde e curativas, se necessário. Desta forma, o déficit de profissional da área de saúde 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 foram entraves que interferem no diagnóstico e tratamento dos granulomas umbilicais. As autoras supracitadas ressaltam, ainda, que apesar da escassez de bibliografia que apresente resultados de análise microbiológica dos granulomas umbilicais, os poucos estudos encontrados indicam o umbigo como um dos primeiros locais da pele a serem colonizados por bactérias patogênicas, devido as suas características que predispõem o crescimento bacteriano constituindo 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 *Staphylococcus epidermidis* na pele dos RN 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 RN 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 RN não foram isentos de colonização ao nascimento, sendo encontrados como agentes bacterianos predominantes nas amostras *Staphylococcus epidermidis* (70,9%), *Escherichia coli* (12,5%) e *Pseudomonas aeruginosa* (7,5%).

No estudo desenvolvido por Cursino (2012), após três coletas, em dias consecutivos, de cultura de vigilância para infecção hospitalar, realizadas com 382 Recém-Nascidos, internados em uma maternidade de um Hospital Terciário Universitário, na cidade de São Paulo, foram identificados *Staphylococcus aureus*, da espécie *Methicillin resistant Staphylococcus aureus* (MRSA) e *Methicillin sensitive Staphylococcus aureus* (MSSA), em 181 amostras, o que corresponde a 47% do universo. As amostras foram obtidas de diversos sítios (narina anterior, orofaringe, perineal, perianal e coto umbilical). Destaca-se que as oriundas do coto umbilical apresentaram maior colonização por *Staphylococcus aureus* (64% para MSSA e 68% para MRSA).

A análise destes dados denota uma preocupação quanto ao possível prognóstico desfavorável nos casos em que os RN estão colonizados por *Staphylococcus* do tipo MRSA ou MSSA visto que a virulência destas cepas são comumente associadas a mortalidade entre pessoas deste grupo etário. Para tanto, há de se considerar a relevância da vigilância constante no sentido de que antibioticoterapia específica possa ser, imediatamente iniciado, quando na percepção dos primeiros sinais e sintomas de infecção (CURSINO, 2012).

Neste contexto, corrobora-se Klevens (2007), ao referir que os *Staphylococcus* são patógenos oportunistas, com capacidade de causar diversas infecções de pele, tecidos moles, bem como intoxicação alimentar pela produção de enterotoxinas.

Lopez e Campos Júnior (2007, p.608) salientam que muitos estudos não são claros em mostrar que não existe qualquer relação entre as bactérias encontradas na pele dos RN e o canal de nascimento, ou seja, com a flora vaginal da genitora, mas que a colonização bacteriana pelo *Staphylococcus aureus*, nas fossas nasais das pessoas que cuidam diretamente dos RN, é um fator de risco para a gravidade de infecção. Afirmam que se deve considerar

também que o meio ambiente tem importante influência na patogênese ou na exacerbação de certas doenças cutâneas em todas as faixas etárias. 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”.

Estes autores 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 RN, 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 RN e a limpeza das mãos das pessoas que trabalham nos berçários e da sala de parto diminuem drasticamente as infecções por *Staphylococcus aureus* em 80% (LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2007).

Segundo Segre e Armellini (1985), 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 onfalites 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. Para estes, o granuloma se caracteriza por ser uma tumoração avermelhada, com superfície levemente granulosa e úmida. No tratamento convencional, se usa o nitrato de prata, substância que tem a finalidade de cauterizar o tumor. Outra alternativa de tratamento é sua ressecção com a utilização do bisturi elétrico. As infecções, classificadas como onfalites profundas são as que causam abscessos umbilicais. Nas situações consideradas graves, por haver a possibilidade de propagação para outros órgãos através da via linfática, o tratamento requer intervenção cirúrgica com drenagem do abscesso (SEGRE; ARMELLINI, 1985). Todavia, existem outras alternativas de tratamento para o agravo, conforme estudo apresentado a seguir.

Na pesquisa realizada por Câmara et al(2007), com sete RN de uma unidade neonatal da rede pública, localizada em Fortaleza, entre 2005 e 2006, que apresentavam exsudato umbilical e granuloma de extensão variada, foi introduzida, como critério para mensurações dos granulomas, a seguinte classificação: pequeno (até 0,2cm); médio (entre 0,2 a 0,5cm) e grande (acima de 0,5cm). O estudo objetivou avaliar a ação terapêutica do uso de gel hipertônico de cloreto de sódio a 20%, com posterior aplicação de uma película transparente estéril, que permita a troca de vapor com o meio e a visualização do local em tratamento, bem

como o tempo de ação necessário para o desbridamento do granuloma e a presença de reações dérmicas. No experimento, observou-se que o desbridamento do granuloma ocorreu entre três e seis dias. Os RN não apresentaram alterações dérmicas. O gel conserva o meio úmido, ao promover o desbridamento autolítico, mantendo íntegro o leito da ferida, sem maceração das bordas. A relevância do estudo se justifica pela utilização do gel para tratamento do granuloma umbilical, dado que existe uma lacuna no seu uso para esta finalidade.

A infecção do coto umbilical tipicamente se apresenta como uma celulite superficial, cuja evolução poderá envolver a parede abdominal e progredir para uma fascíte necrotizante, que, ao se desenvolver, poderá comprometer o tecido muscular, causando consequentemente mionecrose e septicemia. A onfalite, apesar de ser pouco frequente nos países industrializados, constitui causa comum de morbidade e mortalidade neonatal em áreas menos desenvolvidas (CUSHING, 1985).

Corroborando 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.

Os autores afirmam que os tratamentos consistiram na reparação da cicatriz umbilical para evisceração (ressecção 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 (AMEH; NMADU, 2002). 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, 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 e ou região 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 Recém-Nascidos 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) 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, podem ser observados 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 à realização de exames laboratoriais, como hemograma, hemocultura, cultura da secreção do coto umbilical e exame bacterioscópico. Considera que o tratamento de onfalite consiste na 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 fáscia afetada. O reconhecimento precoce da onfalite é necessário para salvar esse grupo de risco do qual faz parte o RN. Os fatores de riscos que podem prever o desenvolvimento de fascíte necrotizante, e também a sua detecção precoce, são discutidos pela comunidade científica (GALLAGHER; SHAH, 2009).

Assim, a resultante da complicação onfalite é a fascíte necrotizante que, segundo Matos et al(1998), é uma síndrome clínica rara, grave e potencialmente fatal, com envolvimento da fáscia 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 fascíte 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 fáscia superficial e profunda, tecido subcutâneo e pele sobrejacente. A mionecrose ocorre quando há participação do músculo. Nos RN de sexo masculino a patologia pode envolver a região escrotal ou o pênis. A fascíte necrotizante é rara em RN, mas cerca de 50% dessa 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).

As ações de promoção, prevenção e assistência secundária à saúde direcionadas à gestante e ao RN são fundamentais, por influenciarem na condição de saúde dos indivíduos em todo seu ciclo de vida. Notadamente, existe relação entre vida intrauterina, condições de saúde no nascimento e, no período neonatal, com os problemas crônico-degenerativos na vida adulta, a exemplo da obesidade, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e saúde mental, entre outros. No entanto, a qualidade da assistência à saúde do binômio mãe e filho constitui um grande desafio para a redução da morbidade e da mortalidade infantil e materna, bem como, na promoção de uma melhor qualidade de vida e de saúde em geral. Para tanto, nota-se a emergência da implementação de ações que assegurem cuidar no contexto da integralidade da assistência (BRASIL, 2011).

Em relação ao cuidado do coto umbilical, é preciso se questionar como a memória pode auxiliar no processo de entendimento de questões relativas aos cuidados dos RN, desenvolvidos pelas avós. Em razão disso, serão apresentadas, na subseção seguinte, reflexões que intentam uma aproximação teórica entre a *Memória Coletiva* e os *Quadros Sociais de Memória*, na perspectiva de Maurice Halbwachs, relacionando-os com o cuidado de avós com o coto umbilical, objeto de estudo desta tese.

2.3. A MEMÓRIA COLETIVA E QUADROS SOCIAIS DA MEMÓRIA NA ÓTICA DE MAURICE HALBWACHS

A memória é imprescindível para a preservação dos fatos vivenciados. Quando se faz uso das lembranças, preservam-se as vivências do grupo social, fato que possibilita transmitir às novas gerações as experiências acumuladas ao longo da história de vida. Assim, tem-se que a memória possibilita evocar acontecimentos relacionados geracionalmente, sendo que tal conceito significa “não uma sucessão cronológica de eventos e datas, mas tudo o que faz com que um período se distinga dos outros” (HALBWACHS, 2006, p. 79). Entende-se que a cronologia de eventos não é garantidora da rememoração, senão quando os grupos sociais de memória se articulam em forma de resistência, na perpetuação de saberes populares, como os que garantem o cuidado com o coto umbilical. Tais saberes são socializados nas famílias, pelas avós, e servem de baliza para orientar as práticas e as relações sociais, que permanecem vivas e, em muitos casos, se opõem aos saberes científicos preconizados pela ciência da saúde.

Halbwachs faz distinção entre a memória coletiva e a memória individual, com base em uma concepção sociológica. A partir dos estudos halbwachianos, é possível se pensarem uma dimensão da memória que ultrapasse o plano individual. Para Halbwachs (2003), as memórias de um indivíduo nunca são só suas e nenhuma lembrança pode existir apartada da sociedade. Em outras palavras, admite-se que as memórias são construções dos grupos sociais e que são eles que determinam o que é memorável e os lugares onde essa memória será preservada (HALBWACHS, 2006).

Embora a memória coletiva seja uma memória de grupo, que tenha como fundamento um conjunto de pessoas, na realidade “são os indivíduos que se lembram, enquanto integrantes do grupo”. Assim, entendemos “que cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva, este ponto de vista muda, segundo o lugar que ali ocupo e este mesmo lugar também muda, segundo as relações que mantenho com outros ambientes” (HALBWACHS, 2003, p.69).

Nesse sentido, a memória individual está integrada a diferentes coletividades, que dão sustentação à existência humana. Assim, o ser humano, por ser social, produz lembranças coletivas, porque o indivíduo não lembra sozinho. Para discutir memória coletiva, portanto, Halbwachs se fundamenta nos pressupostos da escola durkheiminiana, em que o indivíduo é compreendido como um ser construído socialmente desde a infância, passando por vários grupos, com os quais compartilha experiências, convívio e lembranças. Fiel à ideia de representação coletiva durkheiminiana, Halbwachs não pensa a memória coletiva como

somatário de representações individuais. Apesar da concreticidade atribuída ao conceito de memória coletiva, interessa a esta pesquisa enfatizar que a memória coletiva de grupos familiares nunca parte do vazio. No que diz respeito ao cuidado com o coto umbilical, parece correto afirmar que ela responde a um processo geracional de integração entre práticas constituídas coletivamente no decorrer de um determinado tempo.

Nesse contexto, sabe-se que a memória individual, “não está inteiramente fechada e isolada” porém, o indivíduo somente poderá evocar seu passado, ao se transportar a pontos de referência externos a ele e que são estabelecidos pela sociedade, visto que é na sociedade que o homem adquire suas recordações e encontra meios que possibilitem rememorar-las, reconhecê-las e localizá-las. Para tanto, será necessário que o indivíduo tome emprestado do seu meio relacional palavras e ideias que não foram inventadas por ele, instrumentos imprescindíveis ao funcionamento da memória individual. Há de se considerar ser impossível destituir memória individual das memórias coletivas, dado que isoladamente o indivíduo não pode ter controle sobre a rememoração dos eventos passados (HALBWACHS, 2003, p. 72; 2004).

No que diz respeito à memória das avós no cuidado com o coto umbilical, prática perpetuada pelas avós, ampara-se em Halbwachs, ao se enfatizar ser mais difícil lembrar fatos isolados que apenas nos pertencem, já que as mediações coletivas interferem nas relações dos grupos, colocando a recordação como limítrofe entre as interseções de várias correntes do pensamento coletivo. Halbwachs afirma ainda que a maioria das recordações se manifestam quando os parentes, amigos e demais pessoas as evocam. Isto evidencia que as recordações são mantidas na memória do grupo ou de grupos, nos objetos que nos cercam e nos lugares onde os fatos foram originados (HALBWACHS, 2004).

Entretanto, para tratar de recordação coletiva, Halbwachs (2003, p. 42) não abdica a probabilidade de haver recordação individual, ao declarar que, alicerçando qualquer tipo de lembrança, existiria uma forma de consciência legitimamente individual, que ele denomina intuição sensível. Todavia, bastaria se confirmarem alguns acontecimentos, para se estabelecer o fato de que a memória coletiva não guarda e não retém todas as nossas recordações e talvez não esclareça, por si, a evocação dessas recordações.

Neste sentido, pode-se salientar que

A memória individual existe, mas ela está enraizada dentro dos quadros diversos que a simultaneidade ou a contingência reaproxima momentaneamente. A rememoração pessoal situa-se na encruzilhada das malhas de solidariedades múltiplas dentro das quais estamos engajados. Nada escapa à trama sincrônica da existência social *atual*, e é da combinação

destes diversos elementos que pode emergir esta forma que chamamos de lembrança, porque a traduzimos em uma linguagem (HALBWACHS, 2003, p.12).

O sociólogo correlaciona a valorização da memória individual com a inserção do indivíduo em um ou mais grupos de uma mesma sociedade. Dessa forma, tem-se que mesmo que uma pessoa tenha participado sozinha de um evento, não será necessário testemunhos e nem a presença de outras pessoas para confirmação e rememoração das lembranças, visto que estas, “permanecem coletivas e nos são lembradas por outros”, porque, na realidade, jamais o indivíduo estará totalmente sozinho, seu pensamento sempre sofrerá influência de outras pessoas presentes ou não no local do acontecimento (HALBWACHS, 2003, p. 30).

Entretanto, para que a memória de uma pessoa possa interagir com as memórias de outros indivíduos, será necessária uma conexão que perpassa as declarações apresentadas, chegando ao ponto em que a anuência entre ambas se estabeleça, promovendo, assim, recordações reconstruídas com base em uma fundamentação comum entre as partes envolvidas neste processo de lembrar e relembrar (HALBWACHS, 2003, p.39).

Por essa perspectiva, o autor ainda discorre que

Não basta reconstruir pedaço a pedaço, a imagem de um acontecimento passado para obter uma lembrança. É preciso que esta reconstrução funcione a partir de dados ou de noções comuns que estejam em nosso espírito e também no dos outros, [...] o que será possível, somente se tiverem feito parte e continuarem fazendo parte de uma mesma sociedade, de um mesmo grupo. Somente assim podemos compreender que uma lembrança seja ao mesmo tempo reconhecida e reconstruída (HALBWACHS, 2003, p. 39).

A lembrança, para Halbwachs (2003, p.91), é entendida como

uma reconstrução do passado, com a ajuda de dados emprestados do presente e preparados por outras reconstruções, feitas em épocas anteriores e de onde a imagem de outrora apareceu bastante alterada.

Assim, há de se considerar que essas lembranças, ao serem evocadas, podem apresentar alterações diversas, em relação ao fato acontecido, dado que elas se consolidam e se apresentam com base nos valores e/ou nas percepções, as quais também comumente sofreram transformações durante o ciclo vital, o que age para que a memória somente atue de forma fragmentada, e, ao mesmo tempo, seletiva. Assim, supõe-se que a memória de avós participantes desta pesquisa tende a recordar acontecimentos considerados importantes pelo grupo.

Respalhando-se no pensamento Halbwachiano, esta tese procura reiterar que os indivíduos vivem em constante interação, ao longo de suas vidas. Tais interações sociais são mediadas, também, por relações sociais que se consolidam, dentro das redes familiares. Não se excluem, ainda, as possibilidades de essas interações ocorrerem também, nas diversas classes sociais, na escola, na igreja, no trabalho, ou seja, nos diversos grupos de pertencimento, referenciais que lhes são peculiares. Assim, compreende-se, a partir da concepção de Halbwachs, que a memória do indivíduo é constituída a partir de suas relações com os quadros sociais, que correspondem ao “sistema de convenções sociais que nos permitem a cada instante reconstruir o passado” (HALBWACHS, 1994, p. 279). Nesse sentido, tanto a memória coletiva, quanto a individual, fazem parte dos quadros sociais, sem os quais não haveria interação entre essas memórias (HALBWACHS, 2003). Corroborando Halbwachs (2004), Barros (1989) destaca que os quadros sociais da memória são constituídos por duas categorias que se interrelacionam: tempo e espaço. O tempo organizando objetos, personagens e acontecimentos, é fundamental para a constituição das lembranças. O espaço ajuda a entender a questão da localização das memórias por parte dos grupos sociais. O ato de lembrar, portanto, serve-se do campo de significados, ou seja, dos quadros sociais, que atuam como pontos de referência na reconstrução da memória. As noções de tempo e de espaço, estruturantes dos quadros sociais da memória, são fundamentais para a rememoração do passado, na medida em que as localizações espacial e temporal das lembranças são a essência da memória. Assim, toda memória é influenciada pelo contexto temporal e espacial no qual ela foi desenvolvida. Silva (2009, p. 4) reforça que “a memória é então o passado se encontrando no presente, e o espaço é fundamental para isto, pois as recordações serão sempre vivas ao deparar-se com ele”. Contudo, sobre o tempo, Sinsom (2003) ressalta que, Halbwachs (2004) não se refere necessariamente ao tempo cronológico, mas a um tempo coletivo, em que a memória funciona por meio de associação livre entre as vivências e os fatos do passado.

Nesse contexto, Halbwachs (2004), ainda assegura que os quadros sociais da memória não se concretizam nas combinações aleatórias de lembranças individuais, nas quais as recordações se acomodariam como se fossem um quebra-cabeça, em que a adequação de cada peça não possuísse uma interligação mais profunda. Sua importância se firma na possibilidade de constituírem instrumentos indispensáveis utilizados pela memória coletiva, com o intuito de reconstruir uma imagem do passado, de acordo com cada época, e em harmonia com os pensamentos dominantes da sociedade. Halbwachs (1994, p.79) considera que "não existe memória possível fora dos quadros, dos quais os homens que vivem em sociedade se servem

para fixar e reencontrar suas lembranças". Assim, pessoas podem pertencer, ao mesmo tempo, a numerosos grupos diferentes, sendo que a recordação de um mesmo fato, também pode apresentar-se em vários quadros, que dependem de memórias coletivas diferentes.

O sociólogo, ao utilizar o conceito de quadros sociais, elegível dentro dos grupos sociais, em seus estudos no ano de 1925, definiu-os como sendo uma estrutura unificadora de pensamento de um grupo ou de uma classe social. Os quadros sociais da memória remetem ao passado e são utilizados como suporte e organizador da hierarquia da representação geral da sociedade, caracterizada por necessidades e valores (NAMER, 2004). Halbwachs (2003) considera quadros sociais da memória a soma e a combinação das recordações individuais de muitos membros de uma mesma sociedade. Esses quadros ajudam a classificar e a ordenar as recordações de uns em relação às dos outros. Dentre os quadros sociais de que Halbwachs fala, destacam-se a família, a religião, a crença, a escola, a linguagem, a vizinhança e é nesses quadros que este estudo se ampara, para facilitar a compreensão de que essas mulheres ancoram a sua memória nesses referenciais e vão inclusive se utilizar da linguagem para explicitar o que viveram, como viveram e como esse saber foi construído na compreensão de sua participação no processo de cuidado do coto umbilical. Dentro dos quadros sociais de memória, esta tese trata de grupos familiares, tomando, como referência da memória, as práticas de cuidado do coto umbilical, desenvolvidas pelas avós cuidadoras de netos RN.

Considerando-se as contribuições da História Oral, que produz narrações orais importantes para o conhecimento da memória coletiva, esta pesquisa apresenta a seguir, uma explanação a respeito da relação entre estas e o percurso metodológico deste estudo.

3. A HISTÓRIA ORAL E OS ESTUDOS DA MEMÓRIA: PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

A história oral tem um poder único de nos dar acesso às experiências daqueles que vivem às margens do poder, e cujas vozes estão ocultas porque suas vidas são menos prováveis de serem documentadas nos arquivos.

Paul Thompson, 1979.

Nesta seção, descreve-se o percurso metodológico desta pesquisa, que investigou a memória de avós no cuidado do coto umbilical. Nesse sentido, foi feita uma análise da relação entre os estudos da memória e, da metodologia da história oral e de como essas questões se articularam na realização deste estudo. Visando a uma discussão mais profunda na análise das narrativas, é fundamental dialogar-se com diversos autores estudiosos da temática Memória.

A História Oral é compreendida de diversas formas. Alguns estudiosos advogam que a História Oral é uma disciplina. Aqueles que a professam como disciplina a reconhecem possuidora de seu próprio objeto e capacidade de gerar no seu interior soluções teóricas para as questões que surgem na prática, como fazem todas as disciplinas (FERREIRA, 2006). Outros defensores a entendem como uma metodologia, posto que a história remete a uma dimensão técnica e a uma dimensão teórica. Na concepção de Delgado (2003, p.23), "a história oral é uma metodologia primorosa voltada à produção de narrativas como fontes do conhecimento, mas principalmente do saber". Sob outras óticas, a história oral é postulada como uma dimensão técnica, quando existe a compreensão de que a mesma seja um conjunto de procedimentos que envolvem as experiências com gravações, transcrições e conservação de entrevistas (FERREIRA, 2006).

Desse modo, a História Oral é utilizada como método que produz fonte especial para a pesquisa, constitui-se um instrumento valioso, que possibilita uma "melhor compreensão da construção das estratégias de ação e das representações de grupos ou indivíduos nas diferentes sociedades." (FERREIRA, 2002, p.330).

Nesse sentido, Meihy contribui salientando ser

Desprezível discutir se a História Oral se compraz ou não de ser uma técnica, um método ou uma disciplina. Dado seu perfil multidisciplinar, sem constituir um objeto específico de pesquisa, mais vale pensar a História Oral como a ela se referiu Louis Starr, um dos seus fundadores: 'mais que uma

ferramenta, e menos que uma disciplina', também mais apta a motivar reflexões do que a esgotar-se em debates inócuos sobre o seu sentido epistemológico (MEIHY, 1996, p.14).

Corroborando o autor supracitado, Alberti (1990) declara que os limites da História Oral tropeçam em categorias de diferentes disciplinas das ciências humanas (biografia, tradição oral, memória, linguagem falada, métodos qualitativos e outros), e que, portanto, sua definição não se estabelece facilmente, vez que esta apresenta várias modalidades de abordagem, visto constituir-se fonte de pesquisa, método de investigação científica, técnica de produção e tratamento de depoimentos gravados (ALBERTI, 1990).

Neste contexto, a história oral remete à

Percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado. É isso que a marca como história viva. A presença do passado no presente imediato das pessoas é a razão de ser da história oral. Nessa medida [...] ela garante sentido social à vida de depoentes e leitores, que passam a entender a seqüência histórica e se sentem parte do contexto em que vivem (MEIHY, 2002, p.15).

Assim, a narrativa de um fato traz consigo a

Memória e a trabalha para dar inteligibilidade à experiência e para ressignificar o vivido, conferindo-lhe uma logicidade que constrói, organiza e justifica seu ponto de vista. Ao relatar sua história de vida, o narrador concatena parte dos fatos e eventos que a constituíram de acordo com a situação e com as relações que ocorrem durante a própria narrativa. No entanto, nem sempre tal processo é consciente, ele contém continuamente dimensões que escapam ao próprio narrador. A memória é processual e situada, ela vai construindo-se e desenhando sentidos (sempre parcelares) na relação que estabelece entre experiência passada, presente e projeção de futuro (desejo) e, igualmente, com a subjetividade daquele que escuta, num processo dialético entre a subjetividade do ouvinte e a do narrador (SILVA; BARROS, 2010, p.69).

A História Oral compreende três gêneros distintos, que podem ser utilizados nas diversas áreas de investigação do conhecimento científico: História Oral de Vida, a Tradição Oral e a História Oral Temática.

A História Oral de Vida constitui método útil nos estudos de abordagem qualitativa e atualmente é usada por historiadores, sociólogos, antropólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros. Para tanto, como "expressão polissêmica, a história de vida pode conotar metodologia de estudo na pesquisa social, procedimento clínico, registro estrito de biografias e de depoimentos pessoais – sejam eles escritos ou orais" (SILVA; BARROS, 2010, p. 69). Em tais casos, o levantamento de informações poderá ocorrer através de "estudo

documental, depoimentos e entrevistas (gravadas em áudio e/ou vídeo), os quais podem ser trabalhados por meio de diversos procedimentos e técnicas" (SILVA; BARROS, 2010, p.69).

Os estudos que utilizam a História Oral de Vida como metodologia denotam a "arte de apreender narrativas, a fim de obter material para conhecimento e análise de um determinado processo social do presente, favorecendo não apenas os estudos de identidade, mas também de toda a memória de uma cultura" (MOTA; REGINATO; GALLIAN, 2013, p. 1682).

A Tradição Oral se identifica pelo depoimento característico de uma cultura, transmitida oralmente de uma geração para outra, entre os membros de uma mesma comunidade, retratando seus mitos, visões de mundo, seus valores assegurados em referências de um passado longínquo (MEIHY; HOLANDA, 2015). Nesse direcionamento, a tradição oral não está diretamente relacionada à memória pessoal do (a) depoente mas "àquilo que lhe foi transmitido" (JOUTARD, 2000, p.37).

A História Oral Temática constitui evento específico, vivido por um grupo de indivíduos que compartilham uma mesma situação. Dessa forma, a História Oral Temática, constitui um recorte da história de vida do narrador, acerca de um assunto ou tema específico e previamente estabelecido, para capturar uma versão do tema elaborada pelo narrador, com vistas ao conhecimento de sua atuação e de suas práticas na vida cotidiana vinculada especialmente ao tema abordado (MEIHY, 2002). Segundo Alberti (2004a, p.23), essa técnica proporciona a "recuperação do vivido, concebido por quem viveu".

Nessa perspectiva, a História Oral temática se diferencia da história Oral de Vida, por ser mais objetiva e restrita, posto que sua utilização possibilita a investigação do processo de trabalho, a convivência, uma determinada experiência e também a dinâmica que envolve a vivência dos membros de uma família (MARTA et al, 2012). Assim,

O uso da História oral no contexto da investigação científica, na área de saúde, é capaz de extravasar as barreiras da construção do ser em sociedade na medida em que torna possível o desvelar da complexidade das relações construídas e (re) constituídas, tendo como mote principal o olhar mais humanizado para os processos inerentes ao trinômio saúde-doença-cuidado (MARTA et al., 2012, p.128).

A apropriação da história Oral se mostra relevante, dada sua contribuição no esclarecimento de um determinado fenômeno em estudo. Sua utilização permite "[...] compreender a construção de processos de cuidado, de formação, de vida e comunidade assistida pela enfermagem" (MACEDO et al., 2014, p.389).

Alberti (2004) discorre sobre a narrativa como um dos principais fundamentos da História Oral. Para este autor, através dessa técnica, a pessoa entrevistada expõe suas

experiências, transformando o que foi vivenciado em linguagem, ao tempo em que seleciona e organiza os fatos, em sintonia com determinado sentido. Nessa perspectiva, a "história oral permite não apenas compreender como o passado é concebido pelas memórias, mas principalmente como essas memórias se constituíram" (ALBERTI, 1996, p.8). Partindo deste pressuposto, admite-se que a História Oral é uma ferramenta valiosa, que se fundamenta na memória, posto que a memória, por sua vez, assegura aos indivíduos o direito de possuir sua identidade (FERREIRA, 2000).

Frank (1992) reitera que

[...] o conhecimento do passado dito “objetivo” não basta para explicar o presente, sendo preciso acrescentar-lhe o conhecimento da percepção presente do passado. Esse “presente do passado” é precisamente a memória, e o estudo acadêmico dessa última permite melhor compreender a identidade que ela tem por função estruturar (apud ALBERTI, 1996, p. 8).

Desse modo, pode-se afirmar que a História Oral oferece possibilidades de se trilhar nas pistas de um passado presente, em que, através da opinião de participantes, foi possível a apreensão das memórias de avós no cuidado do coto umbilical de seus netos RN. Todavia, "os detalhes da história pessoal dos entrevistados, somente interessam ao pesquisador, quando desvendam aspectos considerados proveitosos à informação temática central" (MEIHY; HOLANDA, 2015, p. 40). É importante se reforçar que este estudo atendeu aos preceitos da história oral temática, dado que seu objeto trata de um tema específico, previamente estabelecido, capaz de desvendar a realidade de um cuidado praticado com o coto umbilical de RN, desenvolvido por avós, oriundo de um saber popular. Desse modo, foi solicitado às participantes que narrassem feitos e concepções de suas vidas, pautadas nos temas que constituíram o roteiro (Apêndice D) elaborado e utilizado na entrevista.

A apropriação da História Oral, neste estudo, foi profícua, dado que a mesma constitui um método de pesquisa que se aproxima de várias áreas do conhecimento, valorizando a entrevista com indivíduos que participaram de algum evento ou mesmo testemunharam determinados acontecimentos, a exemplo do cuidado que as avós têm com o coto umbilical. Nesse sentido, a História Oral foi estudada a luz das narrativas que contribuíram para novos olhares acerca da memória de avós no cuidado do coto umbilical.

Aprofundar a contextualização na análise das informações que foram levantadas corroborou para um olhar mais detalhado para a História Oral e, por consequência, para a memória, por se compreender que sua abordagem respalda as proposições desta pesquisa, ou seja, desnuda as experiências de avós no cuidado do coto umbilical de seus netos RN. Estas

mulheres, ricas em sabedoria emanada do saber popular, contribuíram sobremaneira, com suas narrativas, fato que tornou possível o estudo.

Nesse direcionamento, o aporte deste referencial metodológico foi relevante para o resgate da memória das avós no cuidado do coto umbilical. Esse processo de comunicação contribuiu sobremaneira para o inter-relacionamento entre História Oral e Memória. Há de se considerar que os relatos contidos na memória "trazem como valor a subjetividade própria de uma construção de significados em torno dos fatos a que se referem" (MARTA et al., 2012, p.127).

De acordo com Meihy (1990), a identificação da comunidade de destino, da colônia e da rede, possibilita a configuração de um grupo que compartilha uma trajetória comum. Esta identificação se desnuda, por meio das narrativas que irão fluir, através de um estímulo indutor, fundamentado em uma pergunta pré-formulada, de modo que possa assegurar a identificação de sentimentos e ou vivências diversas de pertencimento do grupo.

Na História Oral, segundo Meihy e Holanda

Colônia é definida pelos padrões gerais de parcelas de pessoas de uma mesma "comunidade de destino". Se "comunidade de destino" é o todo, "colônia" é sua primeira divisão, ainda que em bloco grande. Deve existir um critério explícito para se proceder à divisão do todo pois a finalidade da "colônia" é facilitar o entendimento do coletivo que se perderia na abrangência (MEIHY; HOLANDA, 2015, p. 52-53).

Para esses autores, a "'colônia' é parte dividida para possibilitar o entendimento do todo pretendido" enquanto a rede é compreendida como subdivisão da colônia, ou seja, a menor parcela de uma comunidade de destino, que busca evidenciar estratégias para definir quem serão as entrevistadas. A rede tem sua origem no ponto zero, que dará direcionamento à formação das demais redes (MEIHY; HOLANDA, 2015, p.53).

Neste contexto, a Comunidade de Destino, que marca a identidade do grupo a ser pesquisado, neste estudo, foi composta por mulheres avós da terceira idade, que constituem a Associação de Amigos e Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade (AAGRUTI). A colônia, que evidencia características gerais da Comunidade de Destino, foi formada por mulheres com faixa etária a partir de 60 anos de idade. Por sua vez, a Colônia foi subdividida em redes, e, neste estudo, constituídas por pessoas que atenderam aos seguintes critérios: avós idosas (maternas e ou paternas), com idade a partir de 60 anos, que aceitaram voluntariamente, participar da pesquisa, independentemente de compartilharem o lar com as genitoras. Inclui-se, ainda como critério de participação, o fato de já terem vivenciado ou

estarem vivenciando a experiência de cuidar do coto umbilical de seus netos e de terem sido cadastradas na AAGRUTI.

As informações iniciais foram obtidas na AAGRUTI, que serviu de ponto de partida para se chegar à coordenação local e, por meio desta, conhecer o grupo de mulheres sob a referida coordenação, para posterior seleção das participantes. Reitera-se que a entidade foi criada em 2001, por empreendimento de líderes dos grupos de convivência de terceira idade, docentes lotadas em uma Universidade pública da Rede Estadual da Bahia, advogados e representantes da comunidade local, os quais tinham como objetivo comum a melhoria na qualidade de vida e saúde das pessoas idosas que residem em Jequié. Embora a AAGRUTI, tenha reconhecimento municipal e estadual, atendendo à pessoa idosa, a associação não recebe contribuição significativa dos governos municipal e estadual, fato que interfere na realização de muitas das atividades propostas (SANTANA, 2010). Constituem como principais objetivos da associação, reconhecida como de utilidade pública, municipal e estadual: socializar o conhecimento das leis de proteção ao idoso, promovendo o exercício da cidadania e incentivar a valorização pessoal através de encontros geracionais, de modo a contribuir para melhoria da qualidade da vida da pessoa idosa, através da autonomia e da independência (SANTANA, 2010). A Associação é formada por vários grupos de pessoas da terceira idade. Cada grupo, além de se reunir em um bairro diferente e possuir uma coordenadora local, realizam suas atividades de forma independente.

A escolha por essa Associação justifica-se pelo fato de possuir um quantitativo grande de pessoas idosas, com experiência no cuidado do coto umbilical e por ser de fácil acesso, visto que fica localizada em Jequié, campo desta pesquisa.

Desse modo, participaram do estudo 15 mulheres idosas (avós), residentes no bairro Jequezinho, com experiência no cuidado do coto umbilical de seus netos, cadastradas na AAGRUTI, localizada no município de Jequié-Bahia, que conta com um universo de 600 idosas associadas. Com a participação dessas quinze idosas avós, constatou-se o alcance dos objetivos, sendo desnecessária a inclusão de outras participantes.

Considerada uma cidade longeva, visto que apresenta acelerado processo de envelhecimento, Jequié possui um contingente de população idosa acima da média nacional (IBGE, 2010), fato que possibilitou a escolha por este município, como campo de investigação desta pesquisa.

A área total do município é 3.035 km² com uma população estimada de 151.895 habitantes, sendo que 10,9% da população são representadas por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2010). Distante 365 km de Salvador, capital do Estado. Localiza-se

na região sudoeste da Bahia, na zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata, sendo conhecida por possuir clima tropical, onde as altas temperaturas podem chegar, no verão, a 45°C. O relevo se apresenta cercado por montanhas, fato que, juntamente com a baixa altitude, contribui para a predominância de clima quente durante o ano. A cidade se desenvolveu a partir da movimentada feira que atraía comerciantes de todos os cantos da região, no final do século XIX. Pertencente ao município de Maracás de 1860 a 1897, Jequié abastecia as regiões Sudeste e Sudoeste da Bahia, assim como a bacia do Rio das Contas. Com sua crescente importância como centro de comércio, a cidade cresceu então linearmente às margens do Rio das Contas que, na época, era mais volumoso e estreito, e cercado por uma extensa mata (IBGE, 2010).

Jequié tem mais de 3.000 km², possuindo os seguintes distritos: Fazenda Velha, Florestal, Itaibó, Boaçu, Itajuru, Monte Branco, Baixão, Oriente Novo, Tamarindo e Barra Avenida. A pecuária e a agricultura foram a base de todo desenvolvimento de Jequié. O município tem uma diversidade produtiva, no que refere à agricultura, destacando-se o cacau, o café, a cana-de-açúcar, o maracujá, a melancia, entre outros (IBGE, 2010).

Em adequação à História Oral Temática, considera-se ponto zero a entrevista inicial com uma das participantes, tida como a colaboradora central, haja vista que, na ótica de Meihy e Holanda (2015, p.49), a "entrevista básica, ou as entrevistas iniciais são chamadas de ponto zero e são elas que animam a sequência pretendida" de uma pesquisa. Para estes autores o "ponto zero deve fornecer elementos capazes de se aprofundar os pontos indicados na problemática e que devem ser perseguidos na investigação". Na identificação sobre qual seria a informante inicial para a coleta de informações, considerou-se o fato de a pessoa conhecer a história do grupo composto pelas demais entrevistadas. Por meio do contato com a colaboradora central, foi possível a localização das demais depoentes, que constituíram as redes deste estudo. Assim, as participantes foram selecionadas, a partir da colônia e da formação de rede, o que contribuiu sobremaneira para o acesso às narrativas de cuidado com o coto e para a compreensão de como esse cuidado é elaborado pela Memória Coletiva de grupo social familiar.

Há várias maneiras de se fazer uma entrevista. Nela a realidade do entrevistado é explorada, e, por meio da linguagem, a pessoa expressa os acontecimentos, práticas, crenças, episódios do passado, entre outros (BARDIN, 2011). Segundo Alberti (1990, p.45) "é na realização de entrevistas que se situa efetivamente o fazer história oral". Por considerar que a entrevista é de fundamental importância, posto que além de ser fonte primária de documentação, extrai do entrevistado informações orais relevantes, que asseguram ao

pesquisador o conhecimento de suas experiências de vida inerentes a determinado tema, a entrevista proporciona ainda a aproximação entre entrevistado e pesquisador, ao tempo em que colocará o entrevistado frente ao objeto investigado.

Portelli (2010, p.33), colabora dizendo que "a entrevista é um momento no qual se encontram experiências de vida diferentes"; pois se assim não o fosse, não existiria a história oral, pois enquanto uma pessoa narra a sua história, a outra que escuta, a reconstrói (PORTELLI, 2010). Este autor, ainda contribui dizendo que, "se nós fazemos uma entrevista é porque o entrevistado sabe de coisas que nós não sabemos" (PORTELLI, 2010, p.32).

Esta técnica traz consigo uma riqueza de informações, permitindo ao entrevistador imergir em profundidade, no intuito de conhecer os modos como cada pessoa percebe e significa sua realidade. Permite ainda descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior de um grupo de pessoas (DUARTE, 2004).

Na entrevista, a subjetividade é respeitada na História Oral; dado que a entrevista é fonte de compreensão do passado. Há de se considerar que ela contribui na construção de textos originais, na organização dos dados, na interpretação de uma dada realidade, sem que se tenha que privilegiar as proposições que o pesquisador tem em sua mente. É imprescindível, na entrevista, que entrevistador e entrevistado tenham uma relação de confiança e que o diálogo entre ambos flua de forma horizontal, em um espaço em que não exista rei e nem servo, mas parceiros com o mesmo interesse por determinado tema, "de modo que entrevistado e entrevistadores se tornem cúmplices na proposta de recuperar, problematizar e interpretar o passado" (ALBERTI, 1990, p.69). Com o aperfeiçoamento da relação entre ambos, é possível obter depoimentos de qualidade de uma dada realidade subjetiva (ALBERTI, 1990). Para Portelli (1997), o depoimento, é antes de tudo, um documento do presente, cuja responsabilidade é compartilhada entre depoente e entrevistador, no momento de sua produção.

Neste contexto, Portelli (1997, p.16) elucida que a história oral diz respeito a "versões do passado, ou seja, à memória". O autor acrescenta que, mesmo que a memória "seja sempre moldada pelo meio social, em última análise, o ato e a arte de lembrar jamais deixam de ser profundamente pessoais" sendo assim, a memória por sua vez, só é "concretizada, quando mentalizada ou verbalizada pelas pessoas". Nesse sentido, compreendemos à luz da concepção de Portelli, quando diz que é exclusividade dos seres humanos a capacidade de guardarem e rememorarem acontecimentos de um passado presente, que podem vir à tona por meio da oralidade, gerando depoimentos importantes e compartilhados, durante o percurso da entrevista, e, neste estudo, com as avós, que formaram as redes desta pesquisa. Ademais,

como diz Portelli (2010), é na fonte oral que estão presentes a subjetividade, tanto do entrevistador como do entrevistado, e também a memória, a linguagem e o diálogo.

Nesse entendimento, Marta et al (2012) elucidam que

A História Oral faz parte de um conjunto de documentos de tipo biográfico, ao lado de memórias e autobiografias, que permitem compreender como indivíduos experimentaram e interpretaram acontecimentos, situações e modos de vida de um grupo ou da sociedade em geral". E isso pode tornar os estudos, na área da saúde e família, mais concretos e próximos, facilitando a apreensão das experiências vividas por outros (p. 141).

Destarte, "a História Oral se estabelece, em meio à ampliação dos métodos qualitativos de investigação" (MARTA et al.,2012, p.141).

Nessa perspectiva, Meihy e Holanda (2015) afirmam que, na História Oral Temática, a entrevista, de forma dialógica, promove discussões em torno de um assunto central definido. Nesse sentido, este estudo se valeu dessa modalidade de História Oral. Utiliza-se, na pesquisa, a entrevista temática, por se compreender a concepção de Alberti (2013, p.48), que se refere às entrevistas temáticas, como sendo "aquelas que versam prioritariamente sobre a participação do entrevistado no tema escolhido".

Meihy e Holanda (2015) afirmam que, em geral, a História Oral Temática é usada como metodologia ou como técnica de coleta de dados. Tal método possibilita a articulação do diálogo com outras fontes. No entanto, esses autores esclarecem que "as fontes principais e em torno das quais a pesquisa gira, são as narrações dos colaboradores" (MEIHY; HOLANDA, 2015, p.48). Portanto, diz Portelli (2001), a História Oral se inicia com o depoimento do entrevistado e caminha por um processo de transcrição, para ser transformada em texto escrito do pesquisador.

O instrumento (Apêndice D) utilizado na coleta das informações deste estudo constituiu-se de um roteiro, organizado em duas partes buscando o alcance dos objetivos propostos. Na primeira, foram levantadas as informações sociodemográficas (idade, estado civil, número de filhos, número de netos, escolaridade, profissão, renda familiar, religião e zona de procedência). A segunda parte, direcionada para o objeto de estudo, incluiu, na entrevista temática, os seguintes temas: 1. Infância e saúde; 2. Vida adulta e saúde; 3. Relação com o sistema de saúde; e 4. Cuidado do coto umbilical, que serviram como uma bússola, de modo a conduzir a pesquisadora e participantes, no diálogo, durante as entrevistas.

Assim, corrobora-se Santos (2008), no sentido de que essa técnica tem como benefício ser flexível e possibilitar adaptação momentânea, podendo ser adaptada, tanto ao

participante quanto às circunstâncias. Por outro lado, o uso de um roteiro de temas colaborou para o ajuntamento sistematizado das informações coletadas.

Ressalte-se que, nesse estudo, foram seguidas criteriosamente todas as etapas da entrevista, estabelecidas por Meihy (1996): a pré-entrevista, fase que diz respeito à preparação do encontro entre colaborador e pesquisador; a entrevista propriamente dita, fase na qual ocorre a realização de gravações e a pós-entrevista, que corresponde à realização das conferências dos dados pelo pesquisador por meio de leituras e os agradecimentos aos colaboradores pela sua participação na pesquisa. Assim, acredita-se que o uso da História Oral Temática, por meio da entrevista, possibilitou resgatar as memórias de avós com experiência no cuidado ao coto umbilical de seus netos RN.

Contudo, sobre essa técnica, Alberti (2013) afirma que as entrevistas realizadas em uma pesquisa de História Oral, ao se tornarem recorrentes, prosseguir o trabalho significa acrescer o investimento, enquanto o retorno é abreviado, posto que é produzida pouca informação. Complementa seu pensamento ao dizer que este é o momento de saturação a que o pesquisador chega, quando percebe que não existe nova informação para apreender sobre o objeto de estudo, caso ele prossiga com as entrevistas. Dito isso, ainda assim, é conveniente ultrapassar o critério de saturação, realizando algumas entrevistas para se certificar da validade de impressão, para que possa ser construída uma interpretação dos depoimentos bem fundamentada (ALBERTI, 2013).

As narrativas das avós foram analisadas e discutidas, à luz da História Oral, uma história desenvolvida no presente, que toma como fonte de memória as representações do passado. (ALBERTI, 1990). Para Thompson (1992, p.18) a História Oral tem grande valor, pois contribui para identificar a memória, tornando possível o registro das lembranças. O objetivo da História Oral é "dar voz a múltiplos e diferentes narradores", a expressarem sua subjetividade. Nesse contexto, o autor ainda afirma que "[...] é preciso preservar a memória física e espacial, como também descobrir e valorizar a memória do homem. A memória de um pode ser a memória de muitos, possibilitando a evidência dos fatos coletivos" (THOMPSON, 1992, p. 17).

Através da memória, o indivíduo é capaz de rememorar o passado no presente. A História Oral está focada na memória humana, visto ser a oralidade uma de suas ferramentas, utilizadas pela memória para expressar a sua reminiscência (MATOS; SENA, 2011).

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em abril

de 2016. Em junho deste mesmo ano, o referido Comitê emitiu parecer favorável à realização da pesquisa, através do protocolo de número 1.593.016 e CAAE 55757116.0.0000.0055.

No primeiro contato entre a entrevistadora e as participantes, informou-se sobre a existência da carta de cessão de direitos sobre a entrevista (Apêndice B). Na ocasião, ficou claro que se tratava de um documento necessário, para que a colaboradora desse seu consentimento para que programa de pós-graduação pudesse utilizar as narrativas das entrevistas nas atividades acadêmicas em geral (ALBERTI, 2013).

Sobre tal carta, Meihy e Holanda (2015, p.148) a definem como "um documento fundamental para definir a legalidade do uso da entrevista. Ela pode remeter tanto à gravação quanto ao texto final". Além desse documento, outro poderá ser necessário para garantir a obtenção de imagens; assim, foi solicitado, aos entrevistados, assinarem o termo de autorização de imagem (Apêndice C), para uso das fotografias registradas durante a realização de algumas entrevistas.

Assim, as informações foram colhidas após a aceitação das participantes do estudo, mediante assinaturas do termo de consentimento (Apêndice A), carta de cessão (Apêndice B), documento específico da História Oral, que garante a legalidade do uso da entrevista, remetendo tanto à gravação quanto ao texto final (MEIHY; HOLANDA, 2015, p.148) e o termo de autorização de imagem (Apêndice C). Esses documentos, de certo modo, quando assinados, beneficiam os entrevistados e o entrevistador, no sentido de garantir a ambos, proteção contra quaisquer problemas de natureza legal que possa ocorrer.

Com a finalidade de assegurar o anonimato da identidade das participantes, suas identificações foram feitas através de nomes fictícios de pedras preciosas, considerando-se que cada história se constituiu em uma pedra preciosa cuidadosamente lapidada pela memória de cada idosa. Buscando maior aproximação com o sentido figurado destes elementos, optou-se por colorir cada identificação com a cor que mais se aproximava da tonalidade de cada pedra.

Na ocasião do início das entrevistas, após apresentação à coordenação geral, a pesquisadora foi direcionada à equipe que atua no bairro Jequeizinho, cujas reuniões acontecem semanalmente, nos dias de terça-feira, entre 14 e 17 horas, nas dependências de um Convento de Padres Passionistas. O contato com a coordenação local foi profícuo, dado que todos se sentiram acolhidos e motivados pelo interesse em contribuir com o estudo.

Desta forma, agendou-se uma reunião, em que foi exposta a forma como seria realizada a entrevista para obtenção das informações empíricas, bem como os objetivos da pesquisa, a carta de cessão e as determinações da Resolução 466/12. O grupo denominado

Descobrir a Felicidade, que aceitou participar do estudo, é constituído por oitenta pessoas, sendo a maioria mulheres.

Buscando proporcionar um ambiente favorável, de modo que as participantes se sentissem à vontade, optou-se por realizar as entrevistas em suas residências. O processo seletivo foi realizado, observando-se os critérios de inclusão e exclusão, inicialmente propostos. Porém, nem todas as pessoas selecionadas participaram do estudo, por não atenderem, parcialmente, os critérios preestabelecidos. Então, outras participantes foram indicadas por demais pessoas do grupo selecionado, formando-se a rede.

O primeiro contato com as informantes se deu através de uma reunião do grupo, em que ocorreu a apresentação da pesquisadora, a qual teve a oportunidade de conhecer quase todos os membros do grupo, bem como apresentar os principais objetivos do estudo. Naquele momento, deu-se a identificação das possíveis informantes, aquelas que apresentavam características condizentes com os critérios propostos, para participarem do estudo. Na oportunidade, solicitaram-se os endereços e os números dos telefones, para agendamento das entrevistas, que foram realizadas posteriormente, nas datas e horários, de acordo a conveniência de cada colaboradora. Em substituição as pessoas que faltaram à reunião, dois nomes foram indicados pelos membros do grupo participante; posteriormente, essas pessoas foram contatadas e convidadas a participarem do estudo e confirmaram sua participação. Assim, 20 visitas foram realizadas (sendo que cinco foram retornos), seguidas de entrevistas. Desse modo, as entrevistas transcorreram no mês de Julho de 2016 e, com auxílio de um gravador digital, as narrativas foram gravadas, porém as suas transcrições ocorreram no mês de agosto do ano referido. Cada entrevista durou, em média, sessenta minutos.

O comportamento, inicial de timidez, de certa forma esperado, não prejudicou a riqueza das informações oriundas das narrativas, visto que esse bloqueio, foi superado com o desenvolvimento do diálogo. Esta pesquisa concorda com David, ao referir que "neste caso, o pesquisador deve tentar amenizar essa relação e buscar atingir uma posição de igualdade na entrevista, evitando a violência simbólica, tanto de pesquisador para entrevistado quanto de entrevistado para pesquisador". A autora ainda diz que, na aproximação entre pesquisador e entrevistado, o pesquisador, para tanto, deve evitar expressar sentimento de superioridade e compartilhar a igualdade e a compreensão da situação que envolve a pessoa entrevistada (DAVID, 2013, p.164).

Por outro lado, Portelli (1997, p. 19) chama a atenção para o fato de que não se deve visualizar o caráter dialógico das narrativas orais como um encontro homogêneo, uma vez que "nas sociedades essencialmente desiguais em que vivemos e trabalhamos, a maioria das

entrevistas não é feita com indivíduos que, de fato, estão em pé de igualdade conosco”. Porém, essas diferenças não podem ser percebidas como um viés incontornável, capaz de desviar o foco do processo comunicativo. Para o autor, estas divergências constituem a base da comunicação.

Durante a realização das entrevistas, ficou evidente a diversidade cultural, no que tange a forma de expressar o vocabulário entre a pesquisadora e as participantes. Frente a essa percepção, comum em todas as entrevistas realizadas, primou-se pela não utilização de termos científicos, de modo a evitar qualquer tipo de constrangimento que pudesse prejudicar a qualidade das informações narradas. Nesse sentido, manteve-se os termos populares referidos por elas, a exemplo de imbigó⁷, tripinha⁸, umbigo⁹, mal de sete dias¹⁰.

As informações adquiridas foram gravadas e ouvidas diversas vezes, antes de sua transcrição, a qual foi realizada de forma fidedigna, visando a assegurar a riqueza e a especificidade da História Oral, para posterior organização e construção do texto e para a validação das narrativas orais da memória, como fonte documental.

Ao término das entrevistas, após os agradecimentos, acordava-se com as participantes a possibilidade de retorno, caso necessário, para a complementação de informações que permitissem uma melhor compreensão e análise das narrativas. Sendo assim, posteriormente, a pesquisadora retornou às residências de Opala, Diamante e Topázio¹¹, no intuito de buscar informações que permitiram analisar o cotidiano das entrevistadas, incluindo aspectos da subjetividade, o que possibilitou trazer elementos importantes relacionados a essa temática ainda pouco estudada, destacando que as participantes asseguraram ser esta a primeira vez que participavam de uma pesquisa dessa natureza.

Após as entrevistas temáticas, seguiu-se a sequência referente à ordem de transcrição, conferência, uso e arquivamento do relato verbal coletado, para análise da História Oral, como apontado por Meihy e Holanda (2015). As narrativas coletadas foram construídas em textos e validadas pelas participantes pesquisadas, que assinaram a carta de cessão. E assim, a partir das narrativas das participantes com experiência no cuidado do coto umbilical de seu neto RN, emergiram os temas: "Difíce, foi difíce... o trabalho durante a infância: a (des)construção do imaginário de uma infância feliz"; "Histórias de Vidas e Memórias das

⁷Expressão de uso popular, quando as participantes se referem ao coto umbilical.

⁸Expressão popular utilizada pelas participantes ao se referirem ao coto umbilical.

⁹Nome referido ao coto umbilical, pelas participantes, porém cientificamente, diz respeito a cicatriz umbilical.

¹⁰Expressão popular referida ao tétano neonatal, mas que, na concepção das participantes deste estudo, tem significado sobrenatural.

¹¹Neste estudo, levando-se em consideração as determinações do Comitê de Ética em Pesquisa, as entrevistadas são apresentadas com nomes fictícios. Esta opção foi apresentada na página 24.

Avós Cuidadoras"; e, "No meu quintal eu tenho algodão, tenho cideira, tenho um bucado de foia de remédio aí...": uso da medicina popular como tradição no cotidiano das pessoas quando residiam na zona rural"; "Péssimo, péssimo, péssimo o sistema de saúde hoje em dia é muito ruim...: insatisfação com a qualidade do atendimento e assistência nas instituições de atenção à saúde"; e "Vou interrar o imbigo de meu filho numa fazenda, pá meu fio ser um fazendeiro...: memória de avós no cuidado do coto umbilical".

Através dessa técnica, acredita-se que foi possível também acessar e analisar, por meio das narrativas, as memórias das avós que cuidam ou cuidaram do coto umbilical de seus netos, evidenciando-se, assim, os sentidos produzidos por elas e as informações de acontecimentos vividos e experienciados no passado, bem como a forma como o saber popular circula na sociedade, visto que a memória, além de armazenar as suas informações, faz aflorar, no pensamento delas, recordações de cuidado, compartilhadas no grupo social familiar.

Vale destacar que a restituição dos resultados da pesquisa às pessoas que contribuíram na produção do conhecimento, constitui-se na concepção de Portelli (1997, p.30-31), um momento de grande responsabilidade e ética. Essa ação constitui "uma oportunidade para as pessoas com quem conversamos organizarem seus conhecimentos com maior clareza" [...], a "restituição não é neutra, sempre constitui uma intervenção, uma interferência na história cultural da comunidade". Não se deve limitar a restituição apenas dos saberes de que a comunidade já dispõe, mas, sim, acrescentar os nossos conhecimentos, devendo os mesmos ser socializados universalmente, para ampla difusão da grandeza do conhecimento produzido, expresso pela vivência, experiência de vida e pelos desdobramentos nas várias áreas nas quais o ser humano vive. A restituição dos resultados de uma pesquisa permite divulgar o diagnóstico situacional do local de onde as informações emergiram, bem como contribuir com subsídios para a elaboração de plano de ação viável, que possa prover mudança de comportamento e, conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida e saúde da população.

Uma cópia do resultado final deste estudo será entregue à coordenação geral da AAGRUTI, ocasião em que a pesquisa deverá se colocar à disposição para agendamento de data, para a apresentação dos resultados a todas as pessoas que participaram, direta ou indiretamente, do estudo.

Com o objetivo de melhorar a compreensão do perfil sociodemográfico das mulheres avós participantes deste estudo, são apresentadas, no quadro 1, as informações referentes a nome fictício, idade, estado civil, número de filhos, número de netos, escolaridade, profissão, religião e zona de procedência.

Quadro 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres avós participantes do estudo cadastradas na AGRUTI. Jequié, 2016.

Nome Fictício	Idade	Estado Civil	Número de Filhos	Número de Netos	Escolaridade	Profissão	Religião	Religião	Zona de Procedencia
Jade	62 Anos	Casada	05 Filhos	09 Netos	Ens. Fund. I Incompl.	Func. Pública	Católica	Católica	Jitaúna
Jaspe	63 Anos	Viúva	05 Filhos	05 Netos	Ens. Fund. I Incompl.	Autônoma	Católica	Católica	Jequié
Topázio	66 Anos	Viúva	08 Filhos	11 Netos	Ens. Fund. I Incompl.	Do lar	Católica	Católica	Jequié
Esmeralda	69 Anos	Viúva	02 Filhos	02 Netos	Ens. Fund. I Compl.	Func. Pública	Católica	Católica	Amargosa
Ardósia	72 anos	Viúva	06 Filhos	09 Netos	Ens. Fund. I Incompl.	Do lar	Católica	Católica	Itagi
Quartzo	74 Anos	Solteira	10 Filhos	04 Netos	Ens. Fund. I Compl.	Do lar	Católica	Católica	Jequié
Ágata	74 Anos	Viúva	08 Filhos	09 Netos	Ens. Fund. I Incompl.	Do lar	Evangélica	Evangélica	Jequié
Turmalina	74 Anos	Viúva	09 Filhos	11 Netos	Ens. Fund. I Incompl.	Do lar	Católica	Católica	Cravolândia
Zircônia	74 Anos	Divorciada	07 Filhos	09 Netos	Analfabeta Funcional	Do lar	Católica	Católica	Morro Verde
Opala	76 Anos	Casada	05 Filhos	09 Netos	Ens. Fund. I Incompl.	Do lar	Católica	Católica	Jequié
Safira	77 Anos	Viúva	07 Filhos	11 Netos	Ens. Fund. I Incompl.	Do lar	Católica	Católica	Maracás
Rubi	79 Anos	Viúva	08 Filhos	14 Netos	Ens. Fund. Compl.	Do lar	Católica	Católica	Limoeiro
Turquesa	80 Anos	Viúva	05 Filhos	15 Netos	Ens. Fund. I Incompl.	Autônoma	católica	católica	Jequié
Ametista	80 Anos	Solteira	05 Filhos	11 Netos	Ens. Fund. I Incompl.	Do lar	Evangélica	Evangélica	Gongoji
Diamante	91 Anos	Viúva	13 Filhos	35 Netos	Analfabeta Funcional	Do lar	Católica	Católica	Jequié

Fonte: dados da pesquisa.

Antes de se mencionarem os temas que foram apresentados na seção seguinte, é necessário se discorrer, brevemente, sobre o perfil sociodemográfico das participantes, para que os leitores, deste estudo, tenham uma visão mais ampliada da realidade relacionada com o modo de vida dessas mulheres. Isso poderá favorecer a aproximação com a memória dessas pessoas, no âmbito da História Oral, veiculada pela entrevista temática, que possibilitou a obtenção das narrativas das participantes deste estudo, em um momento de interação entre a pesquisadora e as mulheres entrevistadas, em que prevaleceram os elementos éticos, que, na visão de Portelli (2010), são constituídos pelo respeito, paciência, flexibilidade, paixão autêntica de conhecer os outros e de estar com eles em uma história compartilhada.

No que concerne aos dados sociodemográficos das participantes, conforme apresentado anteriormente (quadro 1), nota-se que a faixa etária abrangeu entre 62 e 91 anos de idade, configurando-se um dos critérios estabelecidos por este estudo. Saliente-se que não houve dificuldade na escolha por essa faixa etária, visto que, no Brasil, as pessoas são consideradas idosas a partir da idade de sessenta anos (IBGE, 2000). Quanto ao estado civil das participantes, foi observado que dez são viúvas; duas são casadas, duas são solteiras e uma é divorciada. O número de filhos oscilou entre dois e treze filhos. Foi declarado um quantitativo entre dois e trinta e cinco netos; sendo o número de netos bastante significativo; fato positivo, visto que o alcance dos objetivos do estudo depende da experiência delas, quanto ao cuidado domiciliar com o coto umbilical.

O baixo nível de escolaridade constitui um índice que homogeniza o grupo, dado que quase todas as participantes possuem ensino fundamental I incompleto, com exceção de três participante que informaram ter concluído o ensino fundamental I. Apenas duas das participantes só sabem assinar o nome; outra declarou não saber assinar o nome. Quanto às atividades laborais, identificou-se que a maioria exerce atividades do lar, ou seja, sem remuneração; três são funcionárias públicas, sendo que duas estão aposentadas; somente quatro tinham outras ocupações. Em se tratando de renda familiar mensal, três participantes informaram ter renda de um salário mínimo, apenas uma das participantes relatou que recebe um valor superior a de um salário mínimo. Reitera-se que onze participantes não informaram renda familiar¹². Quanto à religião, a maioria das participantes se declarou adepta do catolicismo. Somente duas informaram ser evangélicas.

¹²As informações referentes à renda familiar, propostas inicialmente, foram suprimidas, ao se perceber que esta indagação causava constrangimento para as participantes. Portanto, não consta no quadro do perfil sociodemográfico. Ressalte-se que essa omissão não interferiu nos resultados do estudo.

Diante deste contexto, entende-se que a metodologia constitui etapa de relevância nos estudos de cunho científico, notadamente por suas contribuições na apreensão e na compreensão dos fatos que evidenciam uma dada realidade. Assim, o estudo possibilitou captar as memórias de avós, cadastradas na AAGRUTI, residentes no município de Jequié/BA, com experiências no cuidado do coto umbilical. Essas evidências são importantes para a valorização da memória e das narrativas, que permitiram o conhecimento de experiências importantes para a compreensão do modo como essas recordações de saberes populares que se concretizam nas práticas de cuidado de grupo social familiar direcionadas a si, a outrem, ao RN, perpassam as várias gerações, sobrevivendo ao tempo atual.

4. A MEMÓRIA DA INFÂNCIA DAS AVÓS CUIDADORAS

A narração da própria vida é o testemunho mais eloquente dos modos que a pessoa tem de lembrar. É a sua memória (BOSI, 1979, p.29).

Esta seção dedica-se à apresentação das participantes deste estudo e de suas narrativas acerca de suas vivências na infância, confiadas à pesquisadora durante as entrevistas.

O conhecimento das histórias de vida das avós cuidadoras do coto umbilical dos netos evidencia que elas possuem baixo poder aquisitivo e pouca escolaridade. Através das narrativas, foi possível identificar importantes fases vividas pelas participantes, suas crenças, costumes, valores, condição social, modos de cuidado, que emergiram dos fragmentos da memória, quando rememoravam e narravam. Há de se considerar a não totalidade do que foi rememorado, pois seriam necessários dias e horas incontáveis para se obterem, dessas participantes, maiores informações acerca de sua história de vida, posto que a "memória é um cabedal infinito do qual só registramos um fragmento [...]" e, nessa compreensão, quando o pesquisador investiga lembrança, ele tem o cuidado de direcionar seus questionamentos, de modo a não se dispersar, sobre o que se propõe a saber, pois é perceptível que "a lembrança puxa lembrança e seria preciso um escutador infinito" (BOSI, 1979, p.3). Desse modo, de acordo com os temas utilizados, elas narraram parte de suas vidas, suas experiências e vivências, em conformidade com o tempo estabelecido para cada colaboradora entrevistada.

As narrativas aqui registradas constituíram ferramentas imprescindíveis para a apreensão da história contada por cada participante do estudo. Ademais, o diálogo possibilitou identificar o dito e o não dito, sendo que a percepção dessa subjetividade guarda relação com a sensibilidade da pesquisadora.

4.1. “DIFICE, FOI DIFÍCE...” - O TRABALHO DURANTE A INFÂNCIA: A (DES)CONSTRUÇÃO DO IMAGINÁRIO DE UMA INFÂNCIA FELIZ

A vivência da infância varia de acordo com o tempo e/ou o lugar. Nota-se que alguns relatos foram carregados de nostalgia.

A maior parte das participantes deste estudo evocaram recordações que evidenciam a vivência em zona rural, expressando a forma como as atividades laborais marcaram suas

vidas. Quase todas residiam em fazendas, sendo que posteriormente migraram para a zona urbana. Essa migração para a cidade, se deu devido ao casamento ou pela necessidade de buscarem melhores condições de vida. A zona urbana, então, se apresentava como perspectiva positiva, dadas as maiores chances de ingressar no mercado de trabalho, além da possibilidade de novas aprendizagens. Nesse sentido, compreende-se que “[...] a ética da responsabilidade pode tornar-se uma âncora escolhida por vontade própria da integridade pessoal e da força” (GILLIGAN, 1993, p. 183).

O fragmento da narrativa a seguir evidencia esta realidade:

Só que num fiquei muito tempo na roça; aí depois eu vim pá cidade, eu sozinha, né, trabalhar de doméstica; trabalhei muito tempo de doméstica Eu tinha mais ou menos uns onze anos quando saí da roça, ficava aqui na casa do povo, pá ajudar olhar minino, e, aí fui trabalhano e aí fui aprendeno outras coisa de limpar casa, de conzinhar, conzinho muito bem, [...] (Jade, 62 anos de idade).

Os eventos relatados pelas participantes constituem parte significativa de suas histórias de vida. Nesse sentido, esta pesquisa coaduna-se com Cappelle, Borges e Miranda (2010, p.4), quando afirmam que "a história não é uma ficção, mas uma possibilidade de reconstruir fatos que aconteceram no passado e que estão vinculados a um determinado contexto e realidade". Assim, Halbwachs (2003), contribui, dizendo que a memória não se apoia na história aprendida, mas sim na história vivida, posto que esta se firma nas experiências vivenciadas pelas pessoas interessadas em manterem a imagem do seu passado.

Desse modo, as dificuldades vivenciadas no cotidiano das participantes evidenciam que, durante a infância, pouco desfrutaram do prazer de brincar, visto que muitas tiveram que trabalhar para contribuir com a renda familiar, fato que as impedia de frequentarem a escola. Nota-se ser esta uma prática comum na história de vida dessas mulheres.

Os fragmentos das narrativas abaixo mostram como a infância foi vivenciada e como é lembrada.

Difíce, a gente é pobre, [...]. Foi difíce, roça, trabalhava ni roça, já cresceno trabalhano, como esse minino aí com dez ano tá, com onze ano, doze, cabeí de me criar assim. Trabalhava ni cacau, café, cuano café. Bincava muito pouco, muito pouco porque quase num tinha tempo, o tempo era bem curto, neste tempo. O tempo da gente era bem curto, num tinha tempo pa bincar não. Só era tabalhano, era tabalhano [...] (Safira, 77 anos de idade).

Ah!minha infância foi muito, vamos dizer assim, que desde criança comecei a trabalhar né, e não deu pá estudar, trabalhando [...] (Turmalina, 74 anos de idade).

Minha infância só era trabalhar na roça porque meu pai morreu, eu fiquei com seis anos de idade; aí eu fui crescendo já no trabalho, trabalho de roça, desde essa idade; culheno momona, era trabalho mais leve né, culheno momona, rancava feijão, ajudava bater feijão até a gente rancar os pé e, os pé, bota no terreiro no lugar seco e bate com a vara pá ele disbuiar e assim... eu não ganhava dinheiro não, eu ajudava minha mãe. Ela trabalhava muito na lavoura, muito, muito. Não tinha escola, lá (zona rural) não existia escola [...] Eu, já comecei fazer esse trabalho, porque meu pai morreu, eu tava com seis anos; aí trabalho mais leve eu já fazia de roça, como por exemplo rancar feijão; eu era pequena, bem pequena mesmo, mais eu já trabalhava. (Zircônia, 74 anos).

Essas lembranças refletem parte da vida das avós, marcadas pela dura realidade, em que as participantes narraram que o "ser criança" se confunde com o "ser adulto", dado que as brincadeiras que seriam comuns, naquela faixa etária, foram substituídas pelas atividades laborais. Assim, evidencia-se que essas mulheres carregam consigo marcas sociais, que as impediram de viver em plenitude o momento da infância, ou seja, o desejo de que tudo tivesse sido diferente. Esses acontecimentos são importantes de serem expressos, pois as trilhas desta pesquisa ajudaram a testificar que passado, presente e futuro se entrelaçam. As experiências expostas aqui permitiram afirmar que as avós idosas são guardiãs de "imagens antigas sepultadas no inconsciente desde sua infância," denotando assim serem carregadas de recordações que, quando evocadas, ascendem à consciência (BOSI, 1979, p.23), pois como diz Thompson (1992), as recordações do passado estão vivas e guardadas na memória das pessoas idosas.

No pensamento Halbwachiano, as experiências vivenciadas na infância antecipam uma preparação para a vida adulta, na qual a criança assume, desde cedo, responsabilidades que a afasta das brincadeiras da infância, da vida escolar, da convivência com outras crianças, do aconchego do lar. Ao se refletir sobre as narrativas da infância dessas avós idosas, se faz necessário concordar com os ditos do teórico, quando afirma que existem pessoas que não tiveram o privilégio de viver a infância propriamente dita, tendo seus direitos de criança negados por seus familiares, visto que, desde muito cedo, devido à busca por melhores condições de vida, imposta pela família, e em consequência de outros problemas, tiveram que forçosamente entrar nos domínios da sociedade, em que o homem luta pela sua sobrevivência. Apesar de essas pessoas, quando crianças, não conhecerem essas regiões que exigem do trabalhador a produtividade, tiveram que experimentar o sofrimento destinado aos adultos e enfrentá-lo no mesmo plano que os adultos o enfrentam (HALBWACHS, 2003).

Assim, se reconhece que as histórias de vida narradas pelas avós idosas evidenciam as dificuldades financeiras vivenciadas por elas, quando crianças, distanciando-as dos estudos e levando-as a assumirem precocemente tarefas de adulto. Nas narrativas, se nota que essas mulheres foram privadas de instrução escolar básica, o que pode sustentar a hipótese de que o cuidado com o coto umbilical, embasado em saberes populares, tenha emergido também como resposta da ausência do Estado no combate à pobreza e no atendimento à educação, atrelada à formação escolar da criança, sobretudo na zona rural, onde as dificuldades diversas são maiores em comparação à zona urbana. Pressupõe-se que tais problemas contribuíram para o agravamento das condições de vida dessas mulheres e suas famílias, que viram, como alternativa de solução para os problemas, a necessidade de inserir suas filhas, ainda crianças, no trabalho da lavoura. Provavelmente, se essas mulheres tivessem recebido uma educação escolar, seu nível de conhecimento e compreensão, no que diz respeito ao cuidado do coto umbilical, seria alcançado por outro saber, a partir do momento em que elas tivessem acesso às informações, a exemplo de leituras diversas, ao invés de um saber restrito, adquirido apenas no grupo social familiar, em que conviviam unicamente com pessoas do mesmo nível sociocultural, pautado em uma tradição que emergiu como uma alternativa acessível aquelas mulheres, intrinsecamente ligada a uma cultura transmitida geracionalmente.

Portanto, destaca-se que a tradição, se sustentando no uso de instrumentos/símbolos valorativos, tem como base a linguagem e as palavras utilizadas nas comunicações, para a consolidação de transmissão de recordações de saberes, práticas populares, valores, vivências, experiências, culturas, credences, crenças, possibilitando assim, a interação entre os membros de diversos grupos sociais e o ambiente. Concernente à linguagem, há de se considerar que ela, além de permear as relações sociais, é fundamental na constituição das narrativas, nas quais a realidade social, ou seja, a realidade cotidiana das pessoas, é interpretada através da palavra, daí reportarmo-nos a Halbwachs (2003), quando diz que memória e linguagem são insuperáveis. Neste sentido, Morigi, Rocha e Semensatto (2012) declaram que a linguagem está intrinsecamente ligada a estruturação e a organização do pensamento, mantendo e materializando a memória, o que remete à reflexão de que a apropriação da história oral, neste estudo, possibilitou a narrativa, por parte das avós idosas, de suas memórias, de modo a permitir uma aproximação com suas vivências, tal qual foram rememoradas.

Há de se ressaltar, que estas recordações da infância, são contadas para as gerações mais jovens, pelas pessoas mais velhas vinculadas ao mesmo grupo de pertença. Assim, de tanto ouvi-las, as pessoas mais novas as incorporam e as reconhecem como se fossem somente suas, tomando para si, a responsabilidade da conservação da memória do grupo

(INÁCIO, 1989). Dito isto, reitera-se que a inspiração para esta análise parte de concepção halbwachiana, de que “[...] as lembranças da infância só são conservadas pela memória coletiva [...]”, dado que a criança não tem ainda um meio estendido de socialização, então o que fica na memória dela é a vivência e experiência com os pais, avós, familiares e demais indivíduos próximos que com ela interagem. (HALBWACHS, 2003, p. 93). Neste entendimento, percebe-se que a narrativa de Jade, revela, que a sua aprendizagem ocorreu por meio do ouvir e do ver as pessoas mais velhas, que se utilizavam da palavra como instrumento de orientação e prática de algo de interesse coletivo. E, assim, incorporando os saberes que ela aprendeu, jamais os esqueceu.

A gente vai veno, vai ouvino, aprendendo, a gente vê um falar e a gente vai levano a serio; já vem da minha mãe também, do pessoal antigamente [...] É com a geração mesmo, é com a vó, é com os avô, era lá mesmo que aprendia. Então eu aprendi quando era criança, nisso eu to até hoje (Jade, 62 anos de idade).

Esta pesquisa acredita que a socialização dessa aprendizagem está vinculada a uma memória coletiva de grupo familiar geracional. Assim, segundo Morigi, Rocha e Semensatto (2012) a transmissão da aprendizagem como prática cultural, que comunica saberes, permite compreender como a tradição da cultura dos grupos relacionais depende de seus valores e da troca de saberes socializados entre os membros, para se manter vivas as recordações de sentido coletivo sustentadas pela memória.

Assim, tem-se que, na infância, a família constitui o quadro de referência fundamental do qual a criança faz parte, estando ela intimamente ligada por laços biológicos e afetivos. Nesse contexto, é comum as avós idosas, pessoas sábias, experientes e conservadoras do passado, serem as principais responsáveis pela transmissão de fatos ocorridos durante a infância dos netos. Assim, não somente a guarda da criança é confiada aos “velhos”, mas também o legado de costumes e tradições diversas, que eles transmitem à criança (BLOCH, 1925).

Na opinião de Ferro (1990, p. 9), “os fatos como nos foram contados quando “éramos crianças deixam sua marca em nós por toda a vida”. No cerne desta questão, Halbwachs, afirma que, caso os traços de acontecimentos passados não existam em nossa memória, por certo seremos incapazes de reconstruir recordações. Há de se ponderar que até mesmo a memória particular do indivíduo constitui ponto de convergência de diferentes influências sociais, pois toda memória resulta de um processo coletivo (HALBWACHS, 2003).

Nesse entendimento, corrobora-se Halbwachs, que a memória coletiva é compreendida como uma sucessão de acontecimentos marcantes. A memória de um indivíduo ou de um grupo está na base da formulação de uma identidade, cuja continuidade é vista como característica marcante (HALBWACHS, 2003). Assim, dado que a memória constitui a identidade, é certo que esta identidade, possui um legado com significados culturais que legitima as pessoas a se reconhecerem como são e como integrantes de determinado(s) grupo (s), num contexto mais amplo de quadros sociais. Neste sentido, a identidade é construída na interação entre o eu e a sociedade (HALL, 2006).

Isso exposto, é necessário considerar que o viver em sociedade acontece em todas as fases da vida das pessoas, porém nem sempre os acontecimentos são lembrados, a exemplo do que acontece na primeira infância, quando as lembranças não se consolidam, “porque nessa fase de vida, nossas impressões não se ligam a nenhuma base enquanto ainda não nos tornamos um ser social” (HALBWACHS, 2003, p.43). O sociólogo ainda afirma que as primeiras lembranças e a trama das demais são trazidas e conservadas pela família. Com base nesse pensamento, é possível entender que as recordações da infância narradas por essas mulheres avós idosas, cuidadoras do coto umbilical foram geradas no interior de suas relações com o grupo social familiar, que constitui a memória coletiva. Ainda sob a luz do pensamento desse teórico (HALBWACHS, 2004), é possível se inferir que a família constitui o primeiro grupo de convivência na relação de uma criança, no qual ela é inserida, em uma corrente de pensamento, por meio de comentários sobre acontecimentos. Ela ouve os relatos dos membros de sua família. Tais acontecimentos se conservam em sua memória, em forma de vestígios de lembranças. Entretanto, essas lembranças não fazem parte dos quadros que asseguram a identidade do indivíduo, mas, com o passar do tempo, ela adquire maturidade e, a partir daí, abandona seu estado instintivo. O indivíduo passa então a fazer registros mnêmicos, visto que ele estabelece uma relação de afinidade e de troca com outras pessoas, de grupos diferentes, se envolvendo em outras correntes de pensamento, comum aos membros dos grupos que lhe dão sentido de pertencimento coletivo, tendo, em sua vida, a família como referência de memória e de saberes, aprendizagens, experiências, vivências e práticas coletivas geracionais, que se mantêm no tempo, enquanto seus membros existirem e se inter-relacionarem.

Nesse contexto, Oliveira destaca que a família é considerada a primeira instituição da qual o indivíduo participa, e é introduzido por ela na coletividade e aos modos de ser de certa sociedade. Durante sua vida, o seu ciclo de convivência com outras pessoas cresce e ele passa a se inserir em diferentes memórias coletivas e a participar de "grupos distintos,

compartilhando", assim, "das consciências coletivas de cada um deles" (OLIVEIRA, 2011, p.33).

Para Delgado (2003), a memória, como forma de conhecimento e de experiência, é um campo de possibilidades que favorece as pessoas a caminharem pela temporalidade de suas vidas. Nesse sentido, as avós idosas, participantes deste estudo, ao rememorem fatos vivenciados, transitaram no passado presente, acendendo em sua consciência os acontecimentos temporais bons e/ou conflituosos que, de alguma forma, marcaram a sua história de vida. Percebe-se, no depoimento de Opala, uma riqueza de recordações, marcadas com fortes emoções, que apontam diferentes tempos e mudanças de situações, nas diferentes fases de sua vida, em que interage com diversos grupos sociais.

A narrativa de Opala, evidencia essa assertiva

Minha infância como diz a história foi muito perturbada, né. Porque eu fui criada com madrinha, depois de madrinha voltei pra casa da mãe, mais o padrasto não era lá essas coisa, voltei, minha tia cabou de me criar e casar. Então eu fui assim... uma infância, acho que eu posso dizer que não tive nem uma infância muito boa né. Tinha amiguinhas, mais minha mãe não deixa eu sair na casa de ninguém. A festa perto da minha casa, minha mãe não deixava ir. Até pra ir numa procissão eu só ia se fosse uma pessoa de idade de confiança pra me levar e, se passasse do horário... eu tomei uma surra um dia sexta-feira da paixão, foi, por que o pessoal esperou a hora da missa depois da procissão e, nós chegamos já tarde em casa, sete e pouco pra oito hora, disse que a gente não tava na procissão não, a onde a gente tava? aí ela me deu uma surra, dia de sexta-feira da paixão, eu nunca me esqueci disso; aquilo me doeu né, por que eu tava na igreja de Santo Antônio, aquilo me magoou muito; aí depois eu fui embora, minha tia me carregou pra me criar, aí pronto, aí eu fui morar em Salvador, aí ficou outra vida, eu tive uma adolescência muito bacana; eu ia pra festa, ia pra aniversário, a gente tinha as amiguinha, a gente ia estudar corte e costura, a gente brincava lá no corte, foi outra vida né. A mãe, o padastro fazia inferno pra mãe, pra mãe pra me bater, era. Eu tava com onze anos, parece, quando minha mãe ficou grávida da menina, a menina não podia fazer *uen* que eu tava biliscando. Eu lavava, eu passava, eu botava água do rio de conta, botava lata na cabeça pra levar lá pra perto da rodoviária onde eu morava, fazia tudo isso, é mole? [...] A vida adulta, foi melhor né, me casei, foi bem porque eu já tinha minhas amigas e tudo, fui aprender corte e costura, já costurava, aí me noivei, casei, agora, só que o marido, eu queria trabalhar, e o marido não deixava, disse que não que ele casou com a mulher pra tomar conta da casa, dele e dos filhos, era machista (risos), era machista, é [...] (Opala, 76 anos de idade).

Nota-se ainda na narrativa de Opala, que as suas recordações se reportam às suas experiências, sua memória e a sua identidade em diferentes fases da sua vida, as quais evidenciam que a participante teve uma vida marcada pela dor e pelo sofrimento, durante sua infância, mas com o passar do tempo e se inserindo em outros grupos de relacionamentos, ela

se manteve envolvida em correntes de pensamentos diversas e, a partir daí, experimentou novos momentos de uma vida que lhe proporcionou boas recordações. Apesar de as experiências terem sido vivenciadas tipicamente pela avó cuidadora, as recordações mostram que são resultados de suas relações sociais, com a família, com os vizinhos, com grupos de trabalho e de igreja, grupos de amigos e demais pessoas ou grupos sociais com os quais foram estabelecidos vínculos de convivência. Nesse sentido, percebe-se ainda que o indivíduo participa de dois tipos de memória, a individual e a coletiva, porém, na maioria das vezes, apenas se recorda de algo, graças ao apoio que obtém das pessoas que fazem parte de sua roda de convivência. Assim, a memória individual, compõe a memória coletiva, da qual ela se alimenta e se sustenta, como afirmado por Halbwachs (2003) nos seus estudos.

Assim, a memória de Opala não deixou de carregar consigo características dos grupos sociais nos quais ela se formou e foi socializada.

Com base na análise das narrativas abaixo, destaca-se que “toda consciência do passado está fundada na memória”. Desse modo, através das recordações “recuperamos consciência dos acontecimentos anteriores, distinguimos ontem de hoje, e confirmamos que já vivemos um passado.” (LOWENTHAL, 1981, p. 75). Assim, quando essas avós idosas (Safira e Rubi), narram as suas memórias, ao mesmo tempo, elas estão se reconhecendo como pessoa, ou seja: conscientizando-se de que elas existem e afirmando que ocupam lugar nas relações sociais neste mundo e que têm uma história de vida adquirida processualmente e uma identidade construída coletivamente, pois estabelecem relações com as pessoas ou grupos sociais, que se agregam a quadros da memória. Desse modo, infere-se que as recordações do passado se atualizam no presente; entretanto, Halbwachs (2003), afirma que a memória, por ser um fenômeno construído coletivamente, ela está sujeita a sofrer flutuações, transformações e mudanças constantes, no momento em que está sendo articulada e expressa. Esta dinamicidade ocorre porque “a memória não é estática, mas diferencial, e seus traços não são inalteráveis para sempre”. Isto mostra que as experiências adquiridas e vivenciadas pelas pessoas durante o percurso de suas vidas podem sofrer alterações no tempo, de acordo os modos de ser, de pensar e de agir de cada grupo a que a pessoa diz pertencer. A não rememoração de recordações também pode ocorrer quando não há identificação do indivíduo com o grupo. Por outro lado, denota-se que os membros do grupo apenas preservam em sua memória acontecimentos que lhes interessam e que convêm a sua própria relação (HALBWACHS, 2003).

Desse modo, as narrativas de Safira e de Rubi, apontam os seguintes:

Aí eu fui ficando moça, era trabai, aí que o tabalho aumentou tá nem aqui eu num morava, morava num lugar mais distante daqui, tá. Aí sempre continuou assim, aí depois foi que eu mudei pra qui, foi que melhorou mais um pouco. Eu nasci ni Caldeirão de Miranda. Era roça, tinha assim, um tinha um comerciozin assim, mais era bem piquinini, poucas casa. Eu morei nessa base de uns nove ano lá. Saí de lá e fui pa dento de Jitauna foi também. Em Jitauna, eu num sei te dizer o tempo, mais me criei lá, casei lá tamém, foi, foi. Dipois vim morar em Jequié, tinha dois filho, nem sei mais quanto filho eu já tinha (Safira, 77 anos de idade).

Também perdi meu pai, minha mãe também trabalhava, ela tinha muita tinha dificuldade também com um bucado de filho, com sete filho pá dá conta né, então eu tive um pouquinho de dificuldade; deixei de estudar porque pra mim vê, pra mim trabalhar, pra puder é... poque eu não tinha... meu pai não deixou muitas condições pra gente né, então foi por isso que eu também deixei de estudar. Quando meu pai faleceu eu tinha, eu tinha mais ou menos uns quatorze anos (Rubi, 79 anos de idade).

Corroborando o dito deste teórico (HALBWACHS, 2003), nota-se que, apesar de as participantes terem suas histórias reconstituídas pela memória coletiva, apenas foram narradas histórias de maior interesse coletivo. Portanto, o indivíduo só tende a recordar fatos que, em determinado momento, marcaram a sua vida, além de priorizarem também as recordações adquiridas de episódios relacionados aos seus antepassados (MORIGI; ROCHA; SEMENSATTO, 2012); por conseguinte, nem todos os acontecimentos permanecem na lembrança, dado que nessa configuração de memória seletiva, "nem tudo fica gravado e nem tudo fica registrado" (POLLAK, 1992, p.4). As narrativas das avós idosas confirmam o dito do autor, posto que Safira referiu não se lembrar da quantidade de filhos que tinha. Na narrativa de Rubi, nota-se uma lacuna, ao tentar expressar suas recordações de um passado distante. Holanda, ao se referir ao esquecimento, afirma que "sem esquecimento não há memória possível, pois que a memória é essencialmente seleção. O esquecimento não se opõe à memória: é suplementar, inerente e indispensável" (HOLANDA, 2011, p.106). Nesta interface, nota-se que o esquecimento está vinculado à memória, evidenciando assim que a lembrança, de certa forma, é vulnerável ao esquecimento. Pode-se afirmar ainda que de certo modo, "filtramos nossas lembranças, ativando aquilo que queremos, que nos é significativo". Entretanto, não se pode evitar que certas lembranças apareçam repentinamente, mas pode-se exercer controle sobre a forma como essas lembranças fluirão de nós, para serem conhecidas por outras pessoas (MATOS; SENA, 2011, p. 96).

Nesse contexto, à luz da teoria de Halbwachs, nota-se que as recordações das avós idosas, com experiência no cuidado com o coto umbilical de seus netos, foram socializadas na interação entre as pessoas de seus grupos de convivência que compõem os quadros da

memória, que possibilitam a rememoração de suas experiências e vivências, dado que essas recordações são compreendidas como parte de um grupo. Assim, quando a memória individual se apoia na memória de grupo, as recordações relativas aos acontecimentos de domínio comum são rememorados com facilidade e a qualquer momento, dada a colaboração dos membros de grupos relacionais, que permite reforçar e completar as lembranças individuais. Desse modo, para que ocorra evocação das recordações, é necessário que haja sintonia de pensamentos, concordância e interesses comuns entre o indivíduo e os membros do grupo com os quais ele convive e se relaciona no dia a dia de sua trajetória (HALBWACHS, 2003).

Neste sentido, Bosi (1979) declara que o indivíduo vive em constante interação com a família, a escola, a igreja e as demais instituições de referência - quadros da memória que mantém a coesão dos laços sociais. Assim, "pensa-se, então, a memória relacionada a quadros e instituições sociais, como fato social que expressa a consciência coletiva" (OLIVEIRA, 2011, p.32). Esses quadros, segundo Halbwachs(2003) conservam e regulam o fluxo das recordações rememoradas, definindo o que deve ser lembrado e o que deve ser esquecido pelos indivíduos. Barros (1989, p.32), a partir de Halbwachs, destaca que é nos "quadros que os pensamentos individuais se juntam, deixando supor que, por um instante, cada indivíduo deixa de ser ele mesmo, para fazer parte do todo". Nesse sentido, entende-se, com base em Halbwachs, que as recordações narradas por essas avós cuidadoras são imagens engajadas em outras imagens, uma imagem comum aos quadros que se reportam ao passado delas. É na relação com os quadros de referência que os indivíduos formam imagens que se constituem em recordações. Assim, entende-se que as recordações fazem parte de um contexto social mais amplo.

Um fato relatado por considerável número de avós idosas participantes deste estudo diz respeito à prática de cuidar durante a infância de irmãos mais novos. Segundo os relatos, esta prática cuidadora guarda relação com a carência de recursos financeiros, que teve repercussão no processo de socialização primária de cuidado e de afazeres domésticos. Assim, na busca de superar essa lacuna, se estabeleceram relações intergeracionais compartilhadas, no espaço doméstico de habitação, em que "criança cuidando de criança" se consolida de forma natural, como parte do contexto de organização da vida familiar. Esse cuidado, como memória, constitui a identidade do grupo familiar no qual essas participantes estão inseridas.

A vivência da infância dividida entre o prazer e o labor é relatada nas narrativas a seguir:

Cuidei dos meus irmãos e como; quando minha mãe saia eu ficava com aqueles piquinininhos, eu dava banho, eu dava comida, botava pá durmi, eu era minina ainda, saia pra brincar, deixava chorano (risos), ah, isso acontecia, mais eu curria pá pegar [...]. Aí eu cuidava deles, dava o banhezinho, dava comida, quando minha mãe chegava eles tava arrumadinhos; eu gostava de cuidar dos meus irmãos, então (Jaspe, 63 anos de idade).

Ah, cuidei, cuidei do mais novo. Cuidei da minina, da mais nova, tá e o minino; eu dava banhe, minha mãe saia pa tabalhar, eu ficava com ela, eu piquena ainda nesse tempo eu, tem muito tempo tá [...]. Ela tinha na faixa de uns dois anos (irmã mais nova). Ah eu, eu tinha nessa faixa de uns seis ano, sete é, era, uns sete ano (Safira, 77 anos de idade).

Esta rotina pode ser explicada pelo fato de as organizações familiares necessitarem “desenvolver estratégias de sobrevivência compatíveis com suas condições de existência” (AMAZONAS et al., 2003, p.13). Desta forma, estes autores advogam que toda a rede familiar participa da manutenção de seu grupo, no sentido de suprir as reais necessidades de seus membros, principalmente das crianças, não só materialmente, mas também no que diz respeito aos cuidados. Assim, a família proporciona uma relação de solidariedade, que possibilita, através dos membros do grupo, a garantia da qualidade de vida e de saúde de cada pessoa envolvida na rede familiar. Nesse sentido, a “lógica da solidariedade caracteriza a ação da família frente à sociedade e opõe-se à lógica do individualismo. Essa lógica reordena valores e subordina realizações pessoais a interesses ou necessidades do grupo familiar.” (AMAZONAS et al., 2003, p.13).

Essa realidade, por guardar forte relação com a concentração de renda, era mais restrita às famílias que possuíam baixo poder aquisitivo. Observa-se ainda que as experiências de cuidado e aprendizagem, no contexto das residências, constitui-se de significados socioculturais construídos na vida dessas participantes. As mães, com funções diversas além do seu papel de cuidadora e dona-de-casa, para aumentar o capital financeiro, se afastam do convívio dos seus entes queridos, para trabalhar fora do lar, e deixam as tarefas domésticas e de cuidado, enquanto estiverem fora, sob a responsabilidade das filhas, ainda crianças, para cuidarem dos irmãos de menoridade. “Criança cuidando de criança”, é um fato observável nas entrevistas.

Ademais, a família, além de possuir identidade própria, continuamente produz e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, os quais são influenciados pela cultura e pelo nível socioeconômico. Desse modo, a convivência em família é permeada por direitos e responsabilidades, que se diferenciam entre seus pares. Há de se considerar que essa vivência requer constante interação entre seus membros, bem como entre outros grupos de referência.

Halbwachs (2003) considera o grupo social familiar um lugar no qual se desenvolvem as memórias coletivas, tornando-as algo vivo e passível de transformação, caso ocorram mudanças nas relações entre os seus membros e outros grupos sociais, que tomam uma nova direção em suas histórias de vida; podendo até, com isto, gerar o enfraquecimento da memória e a dispersão dos quadros que a sustentam.

A forma como a família se estrutura se reflete no crescimento e no desenvolvimento de seus membros e da comunidade (ELSEN et al.,1992). Nessa perspectiva, sendo a família considerada um grupo referencial importante na reconstrução da memória de seus membros, Thompson assegura que o papel da família é extremamente importante na transmissão, não somente da memória familiar, mas também na da linguagem, religião, moradia, valores e aspirações sociais, visão de mundo, modos de comportamento, e outras transmissões (1993). Pelas ideias do autor, evidencia-se que a memória dessas avós cuidadoras do coto umbilical de seus netos RN, guarda relação com uma memória geracional, que lhe foi transmitida pela família, no espaço privado, grupo de referência fundamental, que valoriza o passado vivido e experimentado, que leva à compreensão do passado no presente. Prova disso são as narrativas aqui apresentadas.

No cerne desta questão, 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. Na compreensão de Álvaro (2005), o espaço é como um ponto de referência na estruturação da memória. De certo modo, as histórias do indivíduo, o ambiente, as personagens, e os vários aspectos da rotina cotidiana, fazem parte de um passado evocado no presente. Nessa ótica, são esses os elementos que servem de apoio à memória e são considerados responsáveis pelo estabelecimento dos laços afetivos entre as pessoas (MORIGI; ROCHA; SEMENSATTO, 2012).

É no espaço domiciliar, no grupo da família, que tem como referencial a mulher cuidadora, que os valores são formados, aguçados e fortalecidos, na construção de uma memória coletiva e, ao permanecerem unidos, os membros nutrem essa memória, transmitindo-a de geração em geração, perpetuando assim, uma identidade social formada nas interações entre os grupos. Barros (1989) destaca que as avós, quando narram suas histórias, sejam da infância ou de outras fases de sua vida, reconstroem caminhos marcados pelas

recordações. Essa reconstrução é necessária para estabelecer a identidade na família, pois esta remete o indivíduo a determinado grupo de pertença. A maioria das participantes deste estudo experienciaram na infância, o cuidado familiar, no caso, crianças que cuidaram de outras mais novas e/ou realizaram outras atividades laborais não remuneradas. Acreditando que essa realidade guarda relação com a idade adulta, é possível refletir-se sobre a forma de como estas recordações reativam as memórias das cuidadoras do coto umbilical, dada a possibilidade de haver uma conexão entre passado e presente, mediada pelo que está registrado no inconsciente.

4.2. HISTÓRIAS DE VIDAS E MEMÓRIAS DAS AVÓS CUIDADORAS

Com base no que diz Halbwachs (2003) lembrar é recompor. É passado sendo intercalado com o presente e o futuro, pois cada fato lembrado traz consigo uma significação, mediada pelas singularidades de cada ser. Nesse sentido, corrobora-se Abrahão (2006, p. 150), ao referir que “narrar sua história de vida a outrem significa revelar o sentido de sua vida”. Essas narrativas foram importantes, por contribuírem para a firmação de um vínculo, que possibilitou a aproximação entre a pesquisadora e as participantes do estudo.

Destaca-se nesta pesquisa a relação entre o passado e o presente e vice-versa manifestada pelas avós cuidadoras. Relação esta atrelada à espiritualidade própria da crença religiosa em um Ser Sobrenatural, sendo apontada como fonte de sabedoria e ferramenta de intuição, que possibilita, através do sensitismo, prever futuros acontecimentos ou encontrar a cura para diversos males.

Neste contexto, as narrativas a seguir, revelam uma memória religiosa adquirida/transmitida nos grupos familiares e na interação entre cuidadora com profissional médico e com outros indivíduos, durante o processo de comunicação. Assim, as lembranças relacionadas a fé/espiritualidade, se conservam na memória coletiva que se ampara nos quadros sociais, dentre eles a religião e a família. Posto que Santos (2012, p.50) além de Halbwachs (2004) declara que as lembranças do passado são pensadas a partir de quadros sociais que antecedem os indivíduos.

Desse modo, reforça-se a idéia de que a crença religiosa direciona comportamento humano, em diversas situações. Em situações pessoais que envolvem o processo saúde – doença, acredita-se que a religião, sirva de apoio às pessoas vinculadas a fé, visto que favorece a superação em situações consideradas de difícil resolatividade (FONSECA, 2014).

As narrativas de Diamante expressam esta realidade.

Meu pai era assim: naquele rebalde daquela roça, quando uma mulher incomodasse pa ganhar neném, tivesse custano de ganhar, mandava ele ia lá na casa dele, que fosse, oia: quando você chegar em casa, já tá lá , é um minino, ele oiava assim e dizia: é um minino, se fosse uma minina, ele dizia: é uma minina. Ele dizia que foi um dote mesmo que DEUS, deu a ele e, era assim, minha irmã (Diamante, 91 anos de idade).

Na concepção de Cerqueira-Santos, Koller e Pereira (2004) a fé vincula o homem a Deus. O desejo de ser curado é um dos fatores que aproximam as pessoas de Deus. Na fé, se encontra a esperança que dá sentido à vida, contribuindo para uma vivência saudável no contexto das práticas dos valores humanos, dado que suas significações possibilitam a construção de uma identidade cultural (SCHWARTZ, 2011).

Na narrativa de Diamante, se observa a orientação da profissional de saúde (médica) para que a mesma professe sua fé, em busca de cura e equilíbrio de suas emoções para o enfrentamento de seus problemas físicos e também da alma.

Oia, operei cataraca. Tava operada muitios ano, eu num sentia nada, nada, depois esse daqui ficou pa madurecer, você sabe quando maduce, quando eu fui deu uma dor, uma dor que aquela dor, que eu num me aguentava. Eu fui, ela (oftalmologista) disse: agora não, [...] vamos se apegar cum DEUS e nossa senhora, isso foi uma doença que deu no seu olho e, eu acredito que seja uma doença mesmo, oe aí, eu acredito (Diamante, 91 anos de idade).

A manifestação da fé, expressão maior da espiritualidade, independe de classe social, idade, bem como de outras variáveis, a exemplo da profissão. Assim, poderá estar presente no discurso dos profissionais de saúde, como uma alternativa para a resolução de inúmeros problemas, sejam eles relacionados ao processo saúde-doença ou não. A fé, é essencial na vida de muitas pessoas, que "podem construir relações com o Divino, tanto quanto constrói relações sociais, engajando o ser Divino como fonte de consolo e de orientação" (FARIA; SEIDL, 2005, p.387).

Esta assertiva encontra respaldo na narrativa de Diamante, a qual expressa a fé que tem o poder de curar, e que tem lugar de destaque no contexto sociocultural, posto que a fé orienta modos de vida e legitima a identidade de grupos de pertencimento. Há de se considerar que, para as pessoas adeptas do cristianismo, fé¹³ (manifestação imaterial do poder divino) e cultura estão intrinsecamente ligadas. Assim, através da fé, é possível se assumir um

¹³É importante reconhecer que existem pessoas que não professam nenhuma religião, que portanto não acreditam em fé; porém, nesta pesquisa todas as entrevistadas que tivemos oportunidade de conhecer, sejam católicas, sejam evangélicas, manifestaram sua fé em algum tipo de crença.

caráter mais otimista, que irá sobremaneira contribuir para o enfrentamento de situações desafiadoras como, no caso, a cura. A narrativa de Diamante reafirma tal percepção.

Ele (pai da Diamante) dizia assim: gente, a fé de DEUS, eu tenho muito, agora vocês vem de lá cum a fé ni mim, mais a minha fé cá em DEUS, se eu chegar num bater de uma polpa ralar, assim um pozinho assim, botar na água e dá, pela minha fé vocês sara; não é a fé de vocês não, é a minha, é assim mesmo né, ele dizia assim (Diamante, 91 anos de idade).

Por outro lado, observa-se que a narrativa de Turquesa traz outros elementos, além do poder da reza, ao se referir a acidente ofídico, envolvendo uma serpente peçonhenta (jararaca), réptil que habita diversas regiões brasileiras.

Meu pai bastava... podia a cobra morder uma pessoa onde fosse, eles vinha buscar ele pra poder rezar; [...] quando cobra murdia ele quem dava remédio e rezava e ficava bom era. [...] até eu já fui mordida de cobra Jararaca. [...] E eu sei lá, não sei o que eles deram pra gente tomar não, eu sei que era remédio (Turquesa, 80 anos de idade).

Essa narrativa gera várias interrogações, pois sabe-se que a ação do veneno inoculado pela serpente citada possui ação proteolítica, que pode gerar danos de ação local e/ou sistêmica, capaz de causar agravos de intensidades variadas, inclusive a morte da vítima. Por outro lado, há de se considerar que, nem sempre, a identificação do tipo de serpente, por pessoas leigas, se dá de maneira correta. Nesse sentido, concorda-se com Portelli (1997, p.25), que diz “[...] até mesmo erros, invenções e mentiras constituem, à sua maneira, áreas onde se encontra a verdade”, ou seja, o que se diz pode parecer um absurdo para o interlocutor, mas é verdade para quem o diz.

A rememoração de fatos que não traduzem a realidade também foi evidenciada na narrativa de Opala, ao se referir ao município de Jiquié, cuja sede teria se originado no Povoado de Cachoeirinha. Um exemplo, de fato, que não traduz a realidade trazida pela memória, pode ser observado na narrativa de Opala.

Quando eu era criança, né, eu nasci ali na cachoeirinha; na cachoeirinha antigamente era cidade de Jiquié, tinha armazém, tinha loja, era armarinho, tinha tudo lá que você precisasse. E tinha como é que diz, muito pessoal que vinha com negocio de compra e venda tinha ali, E tinha como é o nome, igreja, a igreja lá de quinze em quinze dia, de mês em mês, o padre ia celebrar a missa, todo mundo lá fazia batizado, casamentos, tudo tinha lá. Dispois foi que começaram trazer a cidade pra qui, pra Jiquié, que já foi na Praça da Bandeira. Dispois que foi passando pra qui, pra o centro né, da Praça da Bandeira e foi começando fazer as coisas ali; eles começaram fazer a sede (Opala, 76 anos de idade).

Na realidade, inexistem informações oficiais sobre este acontecimento. Assim, segundo o IBGE (2010), o município de Jequié originou-se da fazenda Borda da Mata, sendo as terras de Jequié inicialmente desbravadas, no ano de 1718, pelos bandeirantes. A primeira sede da Fazenda Borda da Mata, foi construída nas proximidades da atual Fazenda Provisão, por volta de 1808. Após dois anos, uma enchente a destruiu e uma nova sede foi construída, na confluência do Rio de Contas e Rio Jequiezinho. Esta sede deu início ao povoado, cuja emancipação aconteceu em 13 de junho de 1910. Jequié se destaca das demais cidades baianas, pelo seu desenvolvimento econômico. O principal ponto de encontro entre revendedores de mercadorias, comerciantes e a comunidade jequieense foi a Praça Luiz Viana, que posteriormente sediou a primeira feira livre da cidade.

Nessa perspectiva, concorda-se com David (2013), ao sugerir que as narrativas sejam cuidadosamente analisadas e confrontadas com outras fontes de pesquisa, evitando-se considerá-las como verdade absoluta e que seja reconhecido nas distorções os sentidos do que se quer empregar.

A despeito do que se tem registrado neste estudo, certamente o interesse da pesquisa é mostrar lembranças que emergiram da memória de participantes, que, ao narrarem, demonstraram que tais lembranças já estão arraigadas em suas vidas e, perpetuando-se de modo a formar a história de vida dessas participantes.

Contudo, Halbwachs (2003), além do que já foi dito nesta pesquisa, afirma que os quadros sociais, não são apenas valores, normas, comportamento, mas também espaço, lugares nos quais a memória se manifesta. Este teórico afirma ainda que "o espaço é uma realidade que dura". Por conseguinte, o espaço possibilita a recuperação do passado, pois este se conserva no "meio material que nos cerca". É no espaço físico "ao qual temos acesso" que nosso pensamento deve se fixar, para que reapareça esta ou aquela categoria de lembrança" (p.143). Nesta compreensão, a conexão entre espaço físico e lembranças de Opala permite que o passado presente de suas vivências e experiências cheguem às suas memórias.

No que concerne à zona de procedência, a maioria das participantes informaram ser oriundas da zona urbana; apenas uma declarou ser procedente de ambiente rural. Apesar da maioria ter declarado serem de Jequié, observa-se, em conformidade com seus depoimentos, que, quando crianças e adolescentes, residiam em ambientes rurais, tendo lá permanecido, até que surgissem oportunidades que lhes possibilitassem migrar do campo para a cidade.

Nota-se que essas participantes, ao migrarem para a zona urbana, trouxeram consigo uma herança cultural embasada nos ensinamentos da família e da comunidade do seu meio social. Nesse contexto, ver, ouvir a família e demais membros do grupo, orientando e

realizando práticas consideradas por elas saudáveis à saúde, possibilitou às participantes uma aprendizagem rica em saberes, que a memória armazena e faz lembrar. Esses saberes estão comumente relacionados ao meio no qual elas estiveram inseridas desde o nascimento. Essa herança cultural, adquirida e fortalecida na gênese familiar, evidencia ser a família considerada primeira escola e instrumento fundamental na formação de direitos éticos e morais de seus membros, dentre eles o direito à vida (HUVE; FERNANDES, 2010).

Neste sentido, Moraes (2013) assegura que é fundamental averiguar de que forma, o cuidado é desenvolvido no núcleo familiar, dado que a família é vista como instância socializadora inicial das crianças e, propagadora de saberes e de práticas cuidativas, destacando-se na preservação da saúde de seus membros familiares, em especial das crianças e dos adolescentes. Além do cuidado desenvolvido no seu espaço privado, a família também se envolve com a saúde de sua comunidade, contribuindo para o bem estar de todos.

Assim, a herança cultural, que dizem respeito à fé, às crenças e aos seus valores ganha destaque na concepção de saúde e de doença das cuidadoras, que narraram com brilho nos olhos o que viram seus familiares praticarem.

Nesse contexto, há de se considerar que "a aprendizagem sempre inclui relações entre pessoas [...]" (VYGOTSKY apud BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001, p. 124). Não há como adquirir os saberes e apreendê-los, se, no seu cotidiano, as relações sociais forem impedidas. Assim, é notável que as pessoas "interagem com a cultura do seu povo, adquirindo e desenvolvendo a linguagem, valores etc., transmitidas pelos diversos mediadores com quem convivem no seu dia-a-dia" (ESTRELA;RIBEIRO, 2012, p.153). Para essas autoras memória e aprendizagem estão ligadas, cabendo à memória a função de consolidar as informações adquiridas e julgadas necessárias para a preservação da cultura do grupo.

Ademais, vê-se nesta pesquisa que a fé faz parte da herança cultural das participantes. A fé constitui instrumento valorativo imprescindível, para superar as adversidades, que colocam em risco sua saúde e a dos membros da família. Para as participantes, a fé é fundamental e está conectada com o cuidado que elas praticam.

A narrativa a seguir reafirma esta realidade

A gripe é só um doecer, tome o limão, tome o limão, faz chá de limão cum alho, faço, faço, e miora memo, miora memo, cum a fé em DEU, miora tá, né que tudo vale a fé, né? é a fé de DEUS que cura, é a fé que cura, viu (Safira, 77 anos de idade).

Em geral, nota-se que as narrativas evidenciam, como mediadores de saberes populares, tanto os membros da família, como os vizinhos e demais pessoas próximas ao

grupo, vez que, além de simplesmente receber os ensinamentos de cuidado, as participantes se socializavam com os integrantes da família e com outras pessoas próximas a elas. Desse modo, o saber praticado e compartilhado causa certa preocupação, pois, conforme pode-se observar na narrativa de Diamante, por ter sido submetida, por diversas vezes, a um procedimento que ela denominou esfregação, adquiriu a experiência prática de fazê-lo, reproduzindo-a nas parturientes sob seu cuidado.

Assim, baseada em suas experiências culturalmente vivenciadas, Diamante, considera útil a aplicação deste recurso.

Quando a gente paria, tinha uma esfregação com umas folha de horta, pisava, botava óleo de olmenda e dava uma esfregação na barriga e infaixava a barriga toda da mãe. Diz que era pra dona do corpo (útero) num ficar solta, era bom que... e graças a DEUS, fez comigo muitas vez (Diamante, 91 anos de idade).

Essa participante também informou ter realizado o mesmo procedimento em uma de suas netas, após ter realizado o parto dela, no domicílio, na cidade de São Paulo.

Dei, dei, que ela (neta) tem muita fé né; oxe, lá (São Paulo) tem muitas foia, fia. Lá tem, ave maria, pejo, Lia me disse: ó mãe, agora cabou mais os pejo, pejo, misericórdia..., era ó, aga do elevante, palma, ó minha fia, que é bom né. Ó minha fia sirvia como remédio... (Diamante, 91 anos de idade).

Cabe aqui discorrer acerca da relação entre as práticas de cuidado popular com as preconizadas pelo conhecimento científico. A literatura obstétrica recomenda, dentre outros procedimentos, em casos de hemorragia pós-parto, a utilização da massagem uterina¹⁴ para aumentar o tônus da musculatura uterina e, conseqüentemente, diminuir a hemorragia via vaginal, que pode colocar em risco a vida da mulher. No entanto, há de se considerar que a eficácia deste procedimento está diretamente relacionada com a capacitação profissional da pessoa que irá executá-la. Ressalte-se que a realização desse procedimento por leigos, poderá causar efeito adverso, ou seja, a atonia uterina, que, nessa situação, resultaria do estresse causado à musculatura do útero, por manipulação incorreta do órgão. Conseqüentemente, caso os cuidados imediatos não sejam dados por um profissional médico obstetra, para reverter tal

¹⁴A massagem uterina, como medida terapêutica é definida como a fricção do útero por meio da massagem manual do abdome. Esta massagem é normalmente feita até que a hemorragia pare ou o útero contraia. A massagem uterina deve ser iniciada logo após a confirmação do diagnóstico da hemorragia pós-parto (HPP). A hemorragia pós-parto (HPP) é comumente definida como uma perda 500 ml de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto, enquanto a HPP grave é definida como uma perda de 1000 ml de sangue ou mais dentro do mesmo período de tempo (OMS, 2012).

situação, esta culminará no óbito da mulher. Nesse sentido, reafirma-se que as práticas orientadas pelo saber popular que representem danos à vida de outrem, devem ser trabalhadas na perspectiva de um cuidado culturalmente congruente como apresentado por Leininger¹⁵(1991), em sua teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), que guia orientações para a prática de cuidado ao **Ser Humano**. Considera-se ainda o que enfatizam Biacini e Kerber (2010, p.46) ao afirmarem que, na existência de crença popular para resolver problema de saúde, é fundamental que os profissionais de saúde, realizem "orientações em conjunto com o aprendizado que elas trazem de casa, que lhes é repassado através das gerações". Nesse sentido, Siqueira et al. (2006, p.72), contribuem, afirmando que o profissional deve assistir o indivíduo," como um sistema complexo de partes inter-relacionadas", considerando seu aspecto biológico, seus valores culturais, sociais e suas necessidades psíquicas e emocionais. Para essas autoras, as crenças populares são fatores vinculados "a aspectos socioculturais por isso devem ser considerados como relevantes quando se avalia o indivíduo como um ser integral, pertencente a um processo histórico" (SIQUEIRA et al., 2006, p.72). Assim, mudar o comportamento de cuidadoras, cujas práticas populares adquiridas e consolidadas no seio familiar e na comunidade, compartilhadas entre as gerações, não se configura em uma tarefa fácil, principalmente se os profissionais de saúde não levarem em consideração todos esses aspectos, que certamente subsidiará a negociação de práticas que comprometem a vida e o vínculo entre os saberes científico e popular. Acredita-se que o diálogo entre esses saberes diferentes, certamente contribuirá para a produção de saúde daquele que necessita de cuidado.

Na opinião de Siqueira et al. (2006,p.72), "ao invés de combatido pelos profissionais de saúde, o saber popular deve ser compreendido e acrescido de conhecimentos e atitudes respaldadas pelo saber científico", livre de preconceito, uma vez que essas práticas populares ultrapassam diversas gerações e fazem parte do cotidiano dessas pessoas e, por isso, dificilmente são passíveis de mudanças (BARBOSA et al., 2004).

¹⁵ 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 - a comodação 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.

Conhecer a história de vida dessas participantes permitiu compreender que suas narrativas relacionadas à fé e ao cuidado com a saúde em geral, fazem parte das memórias dessas mulheres. Suas memórias contadas contribuíram para a nossa reflexão sobre os costumes praticados, ao longo de suas vidas, desde o período em que viveram na zona rural até os dias atuais. A história de vida dessas mulheres traz consigo experiências que evidenciam que os mitos e os temores adquiridos de seus antepassados guardam relação com suas raízes, demonstrando assim a sua identidade, construída pela memória coletiva.

Desse modo, discutir aspectos relacionados à memória requer considerar o quanto esta temática guarda relação com a cultura e a identidade de um povo, que, ao narrar sua história de vida, estará rememorando o passado.

Nesse contexto, acredita-se que a apropriação dessas memórias servirá para os profissionais da área de saúde refletirem sobre suas ações de assistência à vida. Nesse sentido, torna-se necessário incluir, na história de vida do cuidador (a), do coto, uma aprendizagem que possa contribuir para o êxito nas ações de cuidado à saúde. Assim, ressalte-se a forma como o cuidado é compreendido e praticado pelas participantes, que se utilizam de plantas, chás, esfregações, garrafadas, e outros, que guardam relação com os aspectos culturais de sua história de vida. Diante do exposto, é possível se compreender que, na história de vida dessas participantes, cultura e saúde se articulam, ao preservarem práticas de cuidado à saúde, de origem popular, dando-se fundamental importância ao uso de plantas como recurso terapêutico, conforme conta a participante Jade

E eu acredito no remédio caseiro até hoje e, o meu remédio é mais caseiro [...] o remédio, o remédio era de mato mesmo (Jade, 62 anos de idade).

Assim, ratifica-se, que as memórias narradas possibilitaram conhecer quem são essas mulheres cuidadoras do coto umbilical de netos RN e também encontrar resposta para a resolução da problemática das onfalites e o tétano neonatal, que rondam a saúde do RN, qual seja a educação em saúde. Assim, este estudo permitiu elucidar as diversas práticas de cuidado que são realizadas por essas mulheres. Desse modo, foi possível observar a busca de variadas alternativas de cuidado em prol do viver humano de forma saudável, no entendimento dessas cuidadoras.

4.3. “NO MEU QUINTAL EU TENHO ALGUDÃO, TENHO CIDEIRA, TENHO UM BUCADO DE FOIA DE REMÉDIO AÍ”: O USO DA MEDICINA POPULAR COMO TRADIÇÃO NO COTIDIANO DAS PESSOAS QUANDO RESIDIAM NA ZONA RURAL

As participantes deste estudo, ao migrarem da zona rural para a urbana, trouxeram consigo hábitos culturais que direcionavam suas práticas de cuidado, através do uso de ervas consideradas medicinais, de acordo com a crença popular. Há de se considerar a influência dessas crenças nas práticas de cuidado no ambiente domiciliar.

Todas as pessoas carregam lembranças de tempos passados. Assim, há de se considerar que “o tempo psíquico não é cronológico, nele o passado e o presente confundem-se. Uma sensação vinculada a um evento no passado longínquo pode se revelar tão intensa na memória que é capaz de anular o passar do tempo”. Esta observação apresenta um passado renitente, que persiste, teimando em se manter presente. Deste modo, “quando menos esperamos nos deparamos com ele, o passado presente” (SILVA, 2013, p.01).

Para Fernandes,

A possibilidade de evocar imagens significativas vivenciadas no passado e de relacioná-las com o que é vivenciado no tempo atual revela um processo de ressignificação das vivências, tanto das passadas como das presentes e futuras, ou seja, do que se viveu, do que se vive, do que se procura manter ou experimentar futuramente. [...] O trabalho da memória é indissociável da organização social da vida e por ele se dá a construção de coerência e de continuidade da própria história da pessoa (FERNANDES, 2002, p. 81).

As narrativas acerca do uso da medicina popular como recurso terapêutico fez parte do discurso de todas as participantes. Buscando compreender a relação entre passado e presente, ou seja, como as avós cuidam do coto umbilical de seus netos, torna-se imprescindível entender os diferentes modos de vida, bem como a formação cultural, que influencia o uso da medicina popular como recurso terapêutico, dado que “essa transmissão oral e gestual é de base prática, os mais novos aprendem com os mais velhos vendo-os atuar socialmente e a desempenhar atividades que no futuro será um de seus afazeres e uma de suas atividades” (SCHNEIDER, 2011, p.17).

Todavia, há de se considerar a relação entre riscos e benefícios, na utilização empírica da medicina popular, comumente usada no tratamento de diversas doenças. Tal conhecimento é transmitido entre os membros do seio familiar e/ou por meio de outras pessoas idosas e/ou jovens, que fazem parte da comunidade. As narrativas a seguir, evidenciam o uso corriqueiro desse saber popular, apreendido no ambiente doméstico e fora dele, sendo também

responsáveis pela transmissão desse saber pessoas jovens e idosas, como visto no relato de Diamante e Opala.

Pra mim é, né minha fia. O agurdão, quando eu tô gipada, vixe, o sumo da foia do agurdão, eu num tomo sumo de nada, mais o de agurdão eu tomo, é. E tu sabe, o que é que eu tô tomano o que me ensinaram pra coluna? me ensinaram pá comparar um vinho branco e botar nove carocim de agurdão; eu num sinto da coluna não, sinto não; dor assim eu sinto, mais da coluna, eu baixo lá, levanto; pegar botar no vinho branco e botar doze dia. Eu parico um pouco, amarga mais que sucupira. té hoje eu peguei, vixe quem tá tomano? [...] (filha): ó mãe todo dia eu tomo um pouquinho e é bom viu, é bom. Ó minha fia, as vez as pessoa ensina, as vez uma pessoa jove ensina, eu só dessa idade, mais eu aprendo, o que um jove sabe, ensina, eu vou fazer [...] Eu tomo até hoje né (risos), remedin caseiro. No meu quintal eu tenho algodão, tenho cideira, tenho um bucado de foia de remédio aí. É minha fia que a gente num é só acreditar, pimeiro a fé de DEUS, é cumo se diz, as vez o povo pergunta, se você pecisar, aí o remédio, ó Pá que? [...] essa foia pá cunzinhar pá jato é um santo remédio, que é remédio antigo, isso é murta, é bom pa disinteria é, é bom. Eu tinha um pé de arueira aí, é um remedão também. Tu sabe o que é arueira? cortei porque tava quereno pocar (quebrar o passeio da casa), cortei. A semente da arueira [...] tava madura e eu mais sessenta, tirei um bucado, eu cheguei aqui, botei pá secar, lavei e botei pá secar, [...] pois é; e num faz má que é remédio (Diamante, 91 anos de idade).

Aqueles pessoal mais velho assim: ó minha filha, tal folha é boa, tal folha é boa, aí eu usava né era vizinho, era gente da família, pessoal antigo né (Opala, 76 anos de idade).

Nota-se que existe entre as participantes, uma crença acerca do poder curativo através das plantas, que elas utilizam como recurso terapêutico. Essa aproximação estabelecida na infância, e que se apresenta mesclada com a fé, se perpetuou na adolescência, na vida adulta e na terceira idade. Essas interações sociais se consolidam através dos valores, dos hábitos, das ideias e dos costumes de uma comunidade, cuja origem está em seus antepassados e vêm se perpetuando por várias gerações. Uma herança cultural, com o uso de plantas e a fé que cura, por meio de rezas. E assim, nesse movimento relacional entre cuidador, fé e plantas, passado e presente se misturam e se confundem, para suprir as necessidades do ser humano (NOBRE, 2009). O relato de Diamante evidencia esta assertiva.

Ói, quando eu era criança recém-nascida, dizia minha mãe que eu quase que morria, nera, diz que dessa doença que hoje o povo chama derrame, né, era mais nesse tempo a mulesta ramo do tempo, sarava era cum chá caseiro e cum reza (Diamante, 91 anos de idade).

Naquele tempo era derrame. Diz que eu fiquei em estado de canda né (coma), novinha quando eu nasci logo, que o povo chamava, era a mulesta

do tempo, que hoje é derrame que dar. Ela disse que eu fiquei né, quase morta, mais com muito remédio caseiro e muita reza que era o que a gente sarava...É por isso que eu estou com 92 anos. Já vi uma criança com essa doença. Ficou marelinha né, que hoje o povo chama tiriça, mais naquele tempo você sabe que cada tempo tem tempo de mudança né, aí eu cuidei, comecei dar muito remédio caseiro, daí sarou. Foi a mulesta do tempo que hoje o povo chama tiriça, que fica amarelo, é a mesma coisa do derrame¹⁶ (Diamante, 92 anos de idade).

Além disso, a ausência do profissional médico no espaço rural, reafirma o que muitos estudiosos pensam a esse respeito, ou seja, que na falta deste profissional, iniciam-se as buscas por outras alternativas terapêuticas, o que foi evidenciado na narrativa de Turquesa e na de Esmeralda

Quando caía , quando ia pras roça que quebrava perna ou braço, meu pai que era o médico que encanava, com matruiz, clara de ovos e breu, era, não trazia pra qui não (Jequié), [...] (Turquesa, 80 anos de idade).

Tratava em casa mesmo com remédio caseiro, sempre a mãe da gente fazia os remédio caseiro, a gente tomava e graças a DEUS, a gente melhorava mesmo. A gente tomava chá, tomava purgante de óleo de rica, pra limpar, pra limpar o estomago, limpar o intestino todo direitinho; o chá a gente tomava pra dor, se tinha uma dor, se tinha uma gripe a gente tomava o chá. [...] eu sei que a gente tomava lá na roca, morei na roca e aí tomava esse remédio em casa; não tinha médico na época né, então o remédio caseiro era que resolvia (Esmeralda, 69 anos de idade).

Outros fatores também estão envolvidos nas manifestações desses comportamentos, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a certeza de cura por meio da eficácia das plantas consideradas medicinais, dentre outros.

¹⁶Foi necessário retornar à residência da senhora Diamante, para maior esclarecimento acerca de sua compreensão no que diz respeito a Icterícia, que ela denomina derrame, tiriça e mulesta do tempo. A icterícia constitui-se em um dos problemas mais frequentes no período neonatal e corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia. Segundo o Ministério da Saúde, Icterícia, síndrome caracterizada pela cor amarelada da pele, é decorrente de sua impregnação por bilirrubina. Essa disfunção ocorre quando o organismo produz excessiva bilirrubina (substância não metabolizada pelo fígado), por causa da imaturidade do órgão, deixando a pele do RN com esta coloração. É um achado comum em RN. Geralmente, 98% dos RN apresentam níveis séricos de BI acima de 1mg/dL durante a primeira semana de vida, o que, na maioria das vezes, reflete a adaptação neonatal ao metabolismo da bilirrubina. É a chamada hiperbilirrubinemia fisiológica. Já a hiperbilirrubinemia indireta decorre de um processo patológico, podendo-se alcançar concentrações elevadas de bilirrubinas lesivas ao cérebro, instalando-se o quadro de encefalopatia bilirrubínica. A hiperbilirrubinemia está frequentemente associada à oferta láctea inadequada, perda elevada de peso e desidratação (BRASIL, 2012). Ressalte-se que este retorno à residência da senhora Diamante ocorreu no dia 28 de Junho de 2017 e, durante a entrevista, ela informou com satisfação e alegria, estar com 92 anos de idade, por ter sido curada da Icterícia/Síndrome, com remédio caseiro. Percebe-se, nas suas palavras pronunciadas, a valorização do remédio caseiro e do saber popular que, de certo modo, dá sentido às suas práticas de cuidado, denotando-se, com isto, que esse saber, guardado na memória, possui significados valorativos para ela e demais grupos sociais de sua relação.

A consolidação desses saberes se deu no espaço rural (local onde as participantes residiam na época), manteve-se, quando essas mulheres migraram para a zona urbana, trazendo consigo as práticas de cura, e permanece até os dias atuais no cotidiano delas.

Esta assertiva é evidenciada na narrativa de Opala.

[...] O chá eu não passo sem que eu não faça um dia sim e um dia não. Erva cideira, catinga de porco, é tapete de oxalá, erva doce, boto arueira também né que é antiinflamatório, as vezes também eu bato transhagem (tanchagem) e tomo o suco da transhagem também, que é antiinflamatório natural (76 anos de idade).

O desenvolvimento tecnológico da indústria farmacêutica contribuiu para que o uso de plantas medicinais fosse substituído, em grande parte, pelas medicações produzidas pelas inúmeras redes laboratoriais. No entanto, o cultivo e a utilização de plantas com essa finalidade ainda fazem parte da realidade de muitos grupos populacionais, a exemplo das participantes deste estudo. A difusão desses saberes se dá pela oralidade dos membros da família e/ou comunidade, e, a senhora Diamante faz questão de mostrar algumas espécies de plantas que cultiva no quintal, enquanto discorria sobre seus reconhecidos efeitos medicinais (Figura 6).

Figura 6 - Plantas com efeito medicinal cultivadas na residência da participante Diamante



Fonte: Acervo pessoal da Pesquisadora dos registros de imagens da pesquisa. Período: Jul/2016.

Essa realidade leva à reflexão acerca da dualidade que transita entre o saber popular e o saber científico. Este saber popular, de base empírica, tem raízes no tratamento instintivo e no mágico sacerdotal predominantes, quando o conhecimento científico ainda se mostrava obscuro. Sabe-se que no período Pré-cristão as explicações para o adoecimento, assim como seu tratamento, encontravam amparo em práticas relacionadas à religiosidade, dado que a etiologia das patologias tinha origens no desequilíbrio entre o corpo e a alma pecadora.

A narrativa de Diamante enfoca o uso da reza (oração), estratégica comumente usada no tratamento de diversas enfermidades. Santos (2016), faz alusão à importância de se discutirem questões relacionadas à fé e à dádiva divina, no campo da antropologia, por entender ser esta

Uma forma de valorização dessa prática popular. Ao passo que se é discutido o ritual, se torna visível, passa pela ressignificação ao trazer consigo uma temática que interessa tanto pela visão do popular quanto da visão da ciência moderna. Nesse sentido, há também um resgate dessas práticas que ao serem comparadas às formas utilizadas pela medicina alopática na cura de determinadas enfermidades passa a abrir espaço para a inclusão da discussão do papel da fé no processo de cura das mesmas (SANTOS, 2016, p. 2).

Para a autora é mister traçar uma

Discussão mais específica, observar os símbolos que caracterizam a prática ritualística, descrever os detalhes presentes no ambiente e identificar a contribuição dessas rezadeiras na construção de uma memória coletiva, servirão de base para aprofundar a análise do ritual e discutir o lugar social dessas mulheres que atuam em suas casas, utilizando-se de ervas, raízes e de sua fé para amenizar o sofrimento do outro (SANTOS, 2016, p.2).

Assim, as experiências de medicina popular das participantes têm sua origem pautada nos ensinamentos e aprendizagens, que foram apreendidos nos espaços privados, nos quais os membros de mais idade compartilham seus saberes entre as gerações, perpetuando assim, uma memória coletiva, com vistas à configuração de uma identidade cultural, que, na compreensão de Castells (2001, p. 22), "é fonte de significado e experiência de um povo". Entre outras concepções, a identidade implica manter um sentimento de pertencimento que a comunidade possui de seu meio social (SANTOS, 2016). Por certo, a "memória exerce função social de contribuir na manutenção das tradições do povo" (NASCIMENTO; RAMOS, 2011, p.460).

Santos (2016) bebendo na fonte de Halbwachs (2003) afirma que essas considerações denotam uma apropriação de identidade coletiva, em que há um compartilhamento de valores, na forma como se vê o mundo, nas crenças, na linguagem e nos costumes entre os membros de uma dada comunidade, visto que o indivíduo não é considerado um ser isolado, mas sim um ser coletivo, em interação com outras pessoas de seu convívio. A identidade dessas participantes, com experiência de cuidado com o coto umbilical de seus netos, foram construídas processualmente em uma interação entre os membros de uma dada coletividade. Acredita-se que esses saberes terapêuticos, vinculados ao uso de plantas têm seus significados construídos à luz de uma tradição. Reforça-se que as filhas, na infância, em convivência com as suas mães, pais e avós, vivenciavam a utilização desse tipo de tratamento e essa observação

justifica as suas aprendizagens e o modo de transmissão desses saberes adquiridos, mantidos no meio de pertença, sendo passado aos seus descendentes por meio da oralidade e da prática, como, por exemplo, identificado na narrativa de Safira e de Turquesa,

Aprendeu cum a mãe, cum a mãe não, que ela num teve mãe, ela aprendeu com os ti, com as tia, tá. Meu pai, que era muito chei de, fazedor de remédio, ele fazia remédio, chá. Ele (pai da colaboradora) num guentava vê agente cum alguma coisa que ele num tava fazeno um chá. Ah, Maria (mãe da colaboradora), faz Maria um chá, faz um chá [...] e, os remédio era esse: remédio caseiro, é (Safira, 77 anos de idade).

Eu tenho um irmão que vai fazer oitenta anos e até hoje ele não toma leite, porque ele tinha uma pucheira aí ele só andava todo catarrento, ela (genitora) deu matruiz com capim açu, aqueles capim que chama capim açu, pisou, tirou o sumo e botou dentro do leite deu a ele, pra ele beber, ele nunca mais bebeu leite, ele também ficou bom, sarou, nunca mais teve nada, foi. [...] Aprendeu? há, deve ser com a mãe dela né, minha mãe era mezenheira¹⁷, mezenheira, viu, fazia muito, muito remédio; boa pra rezar de cólica, boa pra dor de cabeça, ela fazia isso tudo e resolvia e muito, muito (Turquesa, 80 anos de idade).

A esse respeito, Pereira e Cunha reafirmam que "mesmo com os avanços científicos e tecnológicos existentes na atualidade, esta prática milenar ainda permanece se reproduzindo, pois, de certa maneira, responde às expectativas da população" em benefício próprio (PEREIRA; CUNHA, 2015, p.127). Esses autores seguem compartilhando seus pensamentos, ao discorrerem que "grande parte dos medicamentos disponíveis atualmente no mundo são oriundos de estudos a partir do saber popular." (PEREIRA; CUNHA, 2015, p.131). Nesse sentido, Rubi, verbaliza sua compreensão a respeito da utilização de plantas para tratamento de enfermidades.

Porque sempre o remédio caseiro é bom né? sempre o remédio caseiro é bom; eu confio, porque todos os remédio de farmácia são fetio da, da, da erva né, são feitio da erva (risos), é, todos os remédios (risos). É (risos) assim, sempre dava porque eles se gripava né, se gripava assim, qualquer coisa a gente dava chazinho (79 anos de idade).

Badke et al (2012) acreditam no efeito terapêutico das plantas; entretanto, esclarecem que sua utilização deve ser precedida do conhecimento de suas propriedades, bem como das indicações, modo de usar, contra-indicações e efeitos colaterais, cujo desconhecimento poderá trazer resultados desfavoráveis. Para estes autores, a escolha por essa alternativa de

¹⁷Pessoas que manipulam plantas de uso terapêutico.

tratamento, "não deve ser considerada como uma tradição transmitida de pais para filhos, mas uma área da Ciência que deve ser estudada e aperfeiçoada para ser aplicada de forma segura e eficaz por profissionais de saúde" (BADKE et al., 2012, p. 369).

Buscando entender melhor esta realidade, bebe-se na fonte de Certeau (1995 apud GADELHA, 2007, p.15, grifo do autor) ao referir que refletir sobre como os seres humanos tentam “burlar” seus atos do dia-a-dia, usando o artifício de imaginar e de criar mecanismos de oposição à medicina de base científica, requer que sejam ponderados “processos de ‘aproximação’, não só como forma de tradição, mas também como forma de atualização desta tradição por mecanismos mútuos de troca de saberes entre o costume e o saber científico”.

E há de se considerar como esta relação simbólica se cristaliza, criando raízes difíceis de serem removidas. Tais representações simbólicas norteiam comportamentos cotidianos, que não se deixam enfraquecer pelo confronto com o que é cientificamente comprovado.

De forma geral, esses discursos refletem a diversidade cultural existente em nosso país, bem como a percepção da comunidade de que esses costumes, passados entre as gerações, ao longo do tempo e que pareciam enfraquecidos, vêm ganhando força, especialmente no campo da medicina popular. Nesse sentido, vale destacar a declaração de Maior (s/d, s.p.), que a "importância das plantas medicinais brasileiras, é considerável desde os tempos da colonização". Ele também afirma que, até pouco tempo, a medicina popular estava esquecida, nos grandes centros, mas que atualmente passou a ser utilizada por pessoas de variadas classes sociais, que buscam solução para a cura de suas enfermidades. Por outro lado, a medicina popular propicia uma economia para a população brasileira. Prosseguindo com este pensamento, Pasa (2011) reitera que a utilização de plantas medicinais para tratamento, cura e prevenção de doenças é uma das mais antigas formas de prática medicinal da humanidade, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1978. Assim, entende-se ser fundamental que os profissionais que atuam na área de saúde, sobretudo a equipe de enfermagem, conheçam essa realidade e que possam cuidar, respeitando os valores culturais da comunidade assistida. Para tanto,

Ao refletir sobre esse aspecto cultural, que permeia as práticas não-convencionais de saúde, vale lembrar que não se considera só o fator econômico, mas a visão de mundo, a representação que um dado grupo social tem de seu corpo, da sua saúde e de sua vida. Esta representação, infelizmente, nem sempre é olhada de maneira isenta pela ciência e pelo poder dominante em sociedades onde os desníveis sociais são acentuados (SILVA et al., 2007, p. 8).

Saliente-se a necessidade de refletir sobre o uso das práticas de cuidado fundamentadas no saber popular. Como argumento, traz-se, ainda, a falta de poder aquisitivo para aquisição dos medicamentos prescritos, necessários ao tratamento indicado pelo médico. Ademais, nem sempre o tratamento indicado supre as necessidades da clientela, já que na prescrição não se consideram os valores culturais e a forma de organização social dos diversos agrupamentos, dentre outras questões pertinentes ao cuidado em saúde. A ausência de um profissional médico, na zona rural, como observado no relato de Safira, para assistência à saúde de mulheres e de demais pessoas moradoras da localidade contribui sobremaneira para fomentar as crenças nos efeitos das plantas utilizadas como remédios, além de fortalecer a fé que cura por meio de reza. Desse modo, foi questionado se Safira e seus irmãos, quando adoeciam, eram levados ao médico pela sua genitora.

Ah nada, levava não, era muito custo, era difíce, era difíce mesmo, as coisa, era difíce é. As vez a gente ia num médico, aparecia assim um médico assim fantástico (fantasma); a gente ia, minha mãe levava a gente, tá, mais era coisa memo pouco tá, era coisa pouco; porque sempre aparecia um medico assim pelas roça, assim num comércio, ah, tem um médico ali tá (alguém anunciava). Ah, vai levar ali fulano, é quase nem me lembro, que eu ia ni médico, era, era de graça (Safira, 77 anos de idade).

Nesse contexto, compreende-se o valor atribuído, por essas mulheres, ao saber popular referente às plantas e à fé. Suas experiências são fortemente marcadas pelo sofrimento, pela falta de esperança de terem a oportunidade de, quando enfermas, serem assistidas por profissionais de saúde, cuja presença era esporádica. Tais fatos, de alguma forma, contribuíam para que uma comunidade rural enxergasse a saúde sob uma perspectiva própria de sua realidade. Segundo Brasil (2013), estudos evidenciam que as condições de saúde das pessoas que residem no espaço rural são precárias, se comparadas às da população urbana, visto que no "espaço rural, ainda existem limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde." (BRASIL, 2013, p. 13). Diante do exposto, acredita-se que onde os serviços de saúde são precários ou inexistentes, as mulheres, de posse de seus saberes, optaram por uma prática de cuidado à saúde vinculada à medicina popular.

Em alguns momentos, determinadas situações de saúde, em que a enfermidade era considerada grave, essa prática popular de cura era mesclada com a recomendada pela medicina oficial, ou seja, pelo profissional médico, como observado na narrativa de Topázio.

Minha saúde hoje vive na mão do Pai, porque depois dessa tali diabete né, aí e pronto. É minha fia, me apegá. É tomo um bocado de remédio aí, só remédio do medico e caseiro é folha quando eu acho, uns diz esse é bom, eu

tomo (risos), eu tomo né, essa amora, que diz que é bom né, o taliminho que eu tomo vez ou outra por que marga, aí pronto, é difícil; mais diante disso eu tomo o remédio certo né, que diz que é bom, boa não, porque ele num cura (risos), num cura, pronto. Assim mesmo faço minha dieta que eu posso fazer [...]. Teve uma vez que tive com médico, eu tive tão um problema no parto, que ele num teve jeito (médico). Ele (médico) chegou pra mim disse assim: olha vá embora, porque aqui dentro desta crônica todinha num tem mais um remédio pra você, falou assim pra mim; você vai embora porque aqui dentro da crônica num tem um remédio pra você, mais você vai ficar boa, você vai procurar uma parteira entendida que ela vai lhe curar; eu ia fazer o que? Vim me bora. Quando cheguei aqui eu botei o pé aí, era foi grito pra todo lado, porque senti tanta dor porque foi dessa daí (apontou para a filha caçula) que foi arrancada a ferro, foi arrancada a ferro. Procurei a parteira na mesma da hora; foi chegando meu marido foi deceno foi chamar ela. Quando ele chegou aqui, ela disse: vai na rua, vai na farmácia, e os outro remédio eu tenho em casa, pronto; fez uma beberagem aí pra mim tomar um prugante, babado aí e esfregação que eu tomei que hoje ninguém usa (risos) esse negocio de esfregação, pronto aí fiquei boa. Tinha dores, minha fia, dores né, a mé, mé a dona do corpo ficou inchada né e diz que incha e tudo, depois que eu tive o minino aí pronto. Com esses remédio e esses purgante, eu fiquei boa. O médico falou que num tinha cura lá pra mim, mais que eu mandasse procurar uma pessoa entendida pronto. Procurei, tomei , fiquei boa. Estou aqui, tive mais quatro (filhos). A pessoa entendida foi a parteira, foi ela que passou o remédio caseiro pra mim né, que tomou purgante, fiz a massagem pronto (risos), fiquei boa (Topázio, 66 anos de idade).

Observe-se ainda na narrativa de Topázio, que o profissional médico, não podendo resolver os problemas de saúde que ela apresentava, por meio do tratamento medicamentoso, e, reconhecendo o valor da eficácia das plantas, prescreveu alta hospitalar, orientando-a a buscar a cura nos remédios caseiros. Desse modo, acredita-se que essa prática de terapia popular está longe de desaparecer, por conseguinte, há de se considerar que ela é uma alternativa da reminiscência de um passado-presente na vida dessas participantes e de outras pessoas.

Embora a procura pelo profissional médico não se estenda a todas as mulheres deste estudo, a narrativa de Ágata, ao ser questionada sobre a periodicidade com que fazia exame médico, foi surpreendente: referiu que, apesar de ser portadora de uma doença crônica, não procura o profissional médico para consultas, atribuindo a DEUS, o cuidado pela sua vida, seguindo confiante nesse SER Sobrenatural, com sua inabalável fé, quem sabe, aguardando o milagre acontecer. Em contrapartida, a descrença no tratamento pela medicação alopática, a direciona para o uso de plantas, reconhecidas, pela sabedoria popular, como de valor terapêutico, a exemplo de chá de hortelã, que, na sua concepção, tem efeito terapêutico para variadas situações de saúde.

Não vou não, porque quando eu vou, muita gente diz que isso não tem cura, então deixa aí nas mão de DEUS, só por isso, não vou não [...] tomo, tomo chá de hortelã, o chá de hortelã, é que o chá de hortelã serve pra tudo, vai a fé né, vai a fé da pessoa. Se a pessoa teve fé de uma coisa, aquela coisa cura a pessoa. Porque eu tenho fé e tomo. Quando eu tomo, eu me sinto bem. Tomo dia sim, dia não, porque eu gosto assim (Ágata, 74 anos de idade).

A fé que cura e a relação com as plantas medicinais permeiam o cotidiano dessas mulheres; evidenciando, assim, a forma como elas vêem o mundo e a si mesmas e como são vistas pela coletividade. Suas narrações, alicerçadas pela história oral, evidenciam não somente a memória, mas também a identidade de cada ser (SILVEIRA, 2007).

Assim, as narrativas compartilhadas por essas mulheres trazem uma riqueza de sabedoria, que emana de uma tradição, fruto de suas relações com seus antepassados. A rememoração das lembranças construídas coletivamente, ao longo dos anos, contribui para a ressignificação e a manutenção de hábitos culturais, que moldam pensamentos e comportamentos diversos. A manutenção dessa cultura guarda relação com a insatisfação com a qualidade dos serviços de que dispõe a rede pública de saúde, conforme será abordado na próxima seção.

Nota-se ainda que o uso dessas plantas medicinais mostra como essas avós cuidadoras são descrentes da medicina convencional e do saber científico, o que se reflete no cuidado do coto umbilical, como se verá na seção a seguir, em que será abordada a relação delas com o sistema de saúde.

5. MEMÓRIA, SISTEMA DE SAÚDE E O CUIDADO DO COTO UMBILICAL

Nesta seção, serão apresentadas as narrativas das participantes desta pesquisa, acerca do atendimento e da assistência nas unidades de saúde vinculadas ao SUS. Enfoca-se ainda o cuidado com o coto umbilical bem como a aproximação entre memória de avós cuidadoras do coto umbilical de seus netos com as credences populares que direcionam ações de cuidado no campo da saúde. Essas considerações irão subsidiar o diálogo entre os saberes científico e o popular, que as avós trazem como tradição.

Acessar a memória percebida e vivida das participantes em relação à insatisfação com a qualidade da assistência e do atendimento disponíveis na rede pública de saúde contribuiu para o entendimento da realidade deste Sistema e sobre a forma como esta realidade é percebida pelas participantes repercutindo, assim, na descrença dessa rede, sobretudo na forma como essa percepção influencia na manutenção dos saberes populares de cuidados domiciliares na saúde em geral, principalmente nos modos de cuidar do coto umbilical.

5.1. “PÉSSIMO, PÉSSIMO, PÉSSIMO O SISTEMA DE SAÚDE HOJE EM DIA É MUITO RUIM...” - INSATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO ATENDIMENTO E DA ASSISTÊNCIA NAS INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O grau de satisfação da clientela usuária dos serviços de saúde disponíveis na rede básica e pelas unidades de média ou alta complexidade, vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), constitui importante indicador de avaliação da qualidade dos serviços.

A referência ao SUS suscita a lembrança de quando a Constituição Federal Brasileira, em 1988, legitimou o direito universal à saúde a todas as pessoas, que culminou em alterações na função do Estado, assegurando o acesso gratuito aos serviços de atenção a saúde, em nível primário, secundário e terciário, com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e ininterrupta. Nesse contexto, as novas relações entre as esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), foram estabelecidas, criando-se o SUS, no Brasil. Com o surgimento desse sistema, a saúde, que era inteiramente de responsabilidade do poder executivo federal, passou a ser administrada pelos estados e municípios (CUNHA et al.,2016). A normatização acerca do funcionamento do SUS ocorreu através da Lei Orgânica da Saúde, aprovada no Congresso Nacional em 1990 (BRASIL, 2006).

Almeida (2013, p.2), ao referir-se ao SUS, declara que "com suas qualidades e defeitos, este sistema é reconhecido no país e fora dele como uma política pública importante

e com grande potencial". Ademais, o SUS se apresenta como uma das maiores e mais importantes instituições de prestação de serviços de saúde no Brasil. Estimativas indicam que "150 milhões de brasileiros, dependem exclusivamente do SUS, devendo sua consolidação ser a maior prioridade sanitária no Brasil" (KEMPFER et al., 2011, p.1072). O sistema, que prevê a integralidade da assistência, bem como o acesso universal, assegurou à população brasileira acesso, em todos os níveis de atenção, incluindo tanto o atendimento ambulatorial, como a assistência mais complexa, a exemplo de transplantes de órgãos, quimioterapia e radioterapia, dentre outros (BRASIL, 2006).

Há de se considerar que a porta de entrada desse sistema se dá através da atenção básica, que se constitui de postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, e outros, que disponibilizam atendimento nas diversas áreas de atenção à saúde física e mental. Essa forma de organização prevê que a referência para unidade de maior complexidade somente deve acontecer quando não houver possibilidade de a resolução das necessidades afetadas serem solucionadas na rede básica (BRASIL, 2006).

O SUS, no Brasil, surgiu em consequência de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, nas décadas de 1970 e 1980 em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira, com vistas a facilitar o atendimento à saúde das pessoas, independentemente de serem ou não contribuintes do Instituto Nacional de Seguridade Social (RONCALLI, 2003).

Esse contexto remete à reflexão sobre os dizeres da Constituição Federal, em seu art.196, que assegura ser a Saúde "um direito de todos e um dever do Estado [...]". Assim, se é papel do Estado o dever de assegurar o atendimento integral e universal qualificado a toda população brasileira, causam inquietação as referidas insatisfações nas narrativas aqui apresentadas, nas quais se nota a lacuna entre o proposto na teoria e o encontrado na consolidação da prática, na assistência à saúde, na rede básica e na atenção hospitalar, dado que as percepções marcadas pela memória das participantes traduzem a realidade da assistência à saúde pública (BRASIL, 2003, p.5).

De maneira geral, nas narrativas da maioria das participantes, mesmo as que possuem plano de saúde privado, percebe-se a insatisfação com os serviços prestados pelo poder público, por não satisfazerem as necessidades das usuárias do SUS. Todavia, há de se considerar a fragilidade da assistência à saúde da população antes da implantação do SUS, época em que a presença do profissional médico, figura fundamental na assistência à saúde, na configuração do modelo médico hegemônico era difícil, como sinaliza Safira, comparando o passado e o presente em sua narrativa.

É eu acho péssimo, tá, eu acho péssimo, quer dizer qui [...], mais as vez, as vez as pessoas se bate muito, as vez pa fazer um caso mais profundo, quando é pa fazer uma operação, a qualquer coisa, a pessoa se bate muito, mais até que é mior do que o que era que antigamente, é porque era muito difíce médico, era muito difíce é; o povo morria quase a mingua, era. Antigamente era o povo se batia muito, sofreu muito tá; quem viveu muito sofreu muito foi (Safira, 77 anos de idade).

Safira ainda faz alusão aos danos causados à vida das pessoas, em consequência da ausência do profissional médico, no passado. As pessoas enfermas que esperavam pelo atendimento, não só pela realização de consulta médica, mas de procedimentos cirúrgicos, tinham sua vida ceifada pela morte. Essa colaboradora acredita ter ocorrido uma melhoria da assistência à saúde, nos dias atuais, embora tenha a percepção das fragilidades com que ainda se depara, quando o assunto é assistência à saúde de forma geral.

Nessa perspectiva, Brasil (2009, p. 194), justifica que “A dificuldade de recursos humanos, especialmente profissionais médicos, é uma realidade, pois o país, atualmente, não dispõe de quantitativo suficiente para atender a toda a demanda [...]”. O número insuficiente de profissionais na área de assistência à saúde, a qual guarda relação com a temporalidade histórica, repercute no direito de a população brasileira usufruir desses serviços. Entretanto, Figueiredo e Tonini (2007) ressaltam que o cuidado que se deve ter com a saúde é de responsabilidade não somente do médico, mas dos demais profissionais de saúde e das pessoas envolvidas, pois elas constituem o foco da atenção profissional.

Nesse sentido, corroborando Figueiredo e Tonini (2007) traz-se à baila a proposta do atual Modelo de Assistência à Saúde – o Modelo de Vigilância à Saúde, que prevê participação integrada de todos os profissionais que compõem a equipe de saúde, de forma que todos possam ser agentes do cuidado, de acordo com a sua formação. Por outro lado, há de se considerar a importância de que a população seja sensibilizada para sua atuação ativa no processo de proteção da saúde e prevenção de doença.

A este respeito, Churchill (2003, p. 299), afirma que “para proporcionar serviços, a organização precisa adequá-los às necessidades e desejos de clientes específicos e criar valor. E independentemente de ser chamado de cliente ou usuário, este deve ter suas necessidades atendidas.” e, para que isto ocorra, é necessário que os serviços de saúde pública revejam sua política de atendimento e prestem uma assistência de qualidade à saúde daqueles que utilizam os serviços, dado que só assim será possível alterar o quadro de insatisfação, para opinião positiva.

Segundo o Ipea (2011, p. 17), “o acesso gratuito aos serviços, atendimento sem preconceito (distinção) e distribuição gratuita de medicamentos são, na ordem, considerados como os principais pontos positivos do SUS”. Contudo, no relato de Opala, evidencia-se a dificuldade para obtenção gratuita de medicamentos. Para a colaboradora, a falta da medicação necessária, a demora no aprazamento das consultas, bem como a ausência do profissional médico para avaliação dos resultados de exames laboratoriais, constituem fatores que interferem na qualidade da assistência prestada pelas unidades de saúde à clientela.

O Sistema de Saúde tá péssimo. Tem hora que você vai no posto, não tem medicamento, outra hora não tem médico, você vai marcar uma consulta pa dez, quinze dias, até trinta dias, faz a consulta, pede os exames de laboratório, você faz, quando vem pra entregar o resultado, médico não tá e fica assim. Eu acho péssimo (Opala, 76 anos de idade).

Nesse sentido, Moimazet al(2010, p.1432), contribui, dizendo que "existe uma limitação de recursos financeiros para a compra de remédios nos municípios, o que gera uma cobertura incompleta das necessidades dos usuários". Outra insatisfação observada é apontada por Duncan, Schmidt e Giugliani (2004, p.79), que diz respeito ao aspecto geográfico, cuja característica envolve "a distância, transporte, tempo exigidos para chegar ao cuidado e obtê-lo". Ademais, quando na localidade onde reside a usuária o serviço não tem capacidade resolutiva para atender às necessidades dos usuários, estes são referenciados para outras localidades, e esse deslocamento envolve custos, além de gerar desconfortos emocionais, como observado no relato de Esmeralda, ao se referir ao Sistema de Saúde.

Péssimo, péssimo, péssimo, o sistema de saúde hoje em dia é muito ruim". [...] quando você quer um exame mais especial você tem que pagar, por que não tem pelo SUS, não é? as vezes não tem condições de sair daqui pra outra cidade, então a gente paga pra fazer [...] entendeu? (Esmeralda, 69 anos de idade).

Em meio às reclamações, identificam-se ainda, nos relatos das participantes, a espera prolongada para ser atendida pelo profissional médico e a incerteza de tal atendimento, a demora para agendamento de novas consultas, devido ao número limitado de vagas para o atendimento de toda a demanda, assim como demora para entrega do resultado de exames de laboratório e de exames complementares e a falta de recurso financeiro para pagar pela consulta médica e internamento hospitalar. Quando não se consegue realizar gratuitamente o exame devido, gera-se um grande desgaste pela busca de assistência à saúde. Além disso, no relato de Turquesa, evidencia-se uma possível desumanização na assistência à saúde, quando ela se refere a hospital da rede SUS.

Não, não não, é horrivi, é horrivi , não é porque eu tenho, eu tenho assim um plano, e que, porque o meu eu vou nos lugar particular, e quando eu vejo os outro naqueles hospital, eu acho horrivi, eles não atende não, eles acaba com a vida de, de, todo mundo, como é o dos outro, o meu também vai no mei né, nesse momento, a gente, tem hora que a gente não tem nem dinheiro pra comprar nem um pão, veja lá pra pagar uma consulta, pagar um internamento né, é horrivi, porque esse povo, esses candidatos só quer que a gente bota eles lá em cima e depois eles pula de lá de cima na cabeça da gente pra matar a gente né, é horrivi minha fia, é horrivi (Turquesa, 80 anos de idade).

Nota-se, ainda sobre a desumanização, que Turquesa compartilha seu sentimento de revolta e, de forma interessante, ela atribui a culpa dessa problemática à ingerência dos representantes políticos, que, na sua compreensão, nada fazem para melhorar a política no âmbito da saúde. Como alternativa para minimizar a problemática, três participantes, a exemplo de Turquesa, relataram haver aderido a plano privado de assistência a saúde. Nesse contexto, Furlan (2011) justifica que: no Brasil, na maioria das vezes, as pessoas que pagam pela assistência à saúde, procuram a atenção médica suplementar como meio de resolverem os problemas de longas filas de espera, falta de acolhimento e desumanização no atendimento, ausência do profissional médico na unidade de saúde e, outros infortúnios, enfrentados nas unidades básicas de saúde e hospitalares vinculadas ao SUS e, por considerarem esta condição mais cômoda e, acreditarem que suas expectativas serão atendidas (FURLAN, 2011).

O atendimento humanizado, direito da clientela, é uma das ferramentas de mensuração da qualidade dos serviços disponíveis na rede SUS e também na rede privada. Para Moimaz et al (2010, p.1431) "A humanização do atendimento é uma necessidade gritante nos serviços de saúde", dado que "a falta de comprometimento, respeito e atenção por falta do profissional são umas das principais causas de insatisfação do usuário". Esse fato é observado na narrativa de Topázio, quando, de forma incisiva, ela afirma que as longas esperas pelo atendimento/assistência à saúde, a incerteza de ser atendida, além de ter seu corpo fragilizado pela enfermidade e, com isto, ter que enfrentar as variações climáticas, em busca de assistência médica, contribuem para o agravamento do estado em que se encontra e, em consequência disso, o maior comprometimento de sua qualidade de vida, como usuária do SUS, sendo também causa de morte.

Assistência à saúde minha fia, taí na oti,(risos) porque (risos), porque tá precisando e muita vez num acha. Outra hora, se você tá doente, você vai pro relento desse tomar sereno, tomar chuva, tomar vento, pra procurar uma saúde, tá com uma febre, vai fazer o que? até você vê a cara do médico, como é que tá han? [...]. Você passa por um médico, o médico passa pra no ano, vai pra lá, vai pra num sei onde, vai acolá, vai fazer isso [...]; se você

aguentar andar, até a onde eles manda, bem e se você num guentar, em? e se o caso for grave? morre (Topázio, 66 anos de idade).

Outro fato considerado desumano foi observado na narrativa de Diamante, uma senhora com 91 anos de idade, que se mostra indignada com a assistência pela rede SUS. Cansada de peregrinar, em busca do atendimento digno e sem conseguir vaga para a realização de consulta médica e de ter seus direitos respeitados, optou por atendimento médico particular. Tal fato leva à seguinte reflexão: é desse modo que os problemas de saúde são resolvidos mais depressa, posto que a espera pelo atendimento é curta, ao contrário do atendimento realizado pelo SUS, no qual a espera pela consolidação, na maioria das vezes, é muito grande, podendo deixar as pessoas indignadas e até mesmo agravar a saúde daqueles que necessitam de cuidado, necessitam do SUS.

Hoje, a gente sofre muito nesses posto; tanto que num vou mais ni posto. Eu num vou minha irmã, porque que eu chego lá cumo eu tô dessa idade, que eu chegar lá fico esperano, ah, hoje num tem a ficha, só vai ter aminhã, aminhã eu vou, num tem, quando for depois mesmo torno ir tamém num tem, vou ino a semana toda, então num... Nesta situação, eu ajunto meu dinheirim, vou ao médico, pago a consulta e agora resolve, né? (Diamante, 91 anos de idade).

Em geral, essas narrativas também levam a refletir sobre o que rege a Constituição brasileira que, em tese, prevê saúde como direito de todos e dever do Estado. Esta lacuna entre teoria e prática evidencia os desafios para que os direitos elencados pela cidadania sejam colocados em prática. Considerando a faixa etária destas participantes, acredita-se ser procedente rever o estatuto do idoso, no seu artigo 15, que assegura à pessoa idosa o direito a atenção integral à saúde, por meio do SUS, com garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços (LOUVISION; BARROS, 2009). As autoras seguem afirmando ainda ser "fundamental a construção de políticas públicas de garantia de direitos que protejam as pessoas idosas em suas necessidades, garantam sua participação e desigualdades" (LOUVISION; BARROS, 2009, p. 9).

Assim, é possível notar que a voz sofrida das participantes retrata um pedido de socorro para a saúde pública, com a finalidade de que haja eficiência nos serviços, como uma assistência de qualidade, que atenda as expectativas e necessidades daqueles que, em sua maioria, utilizam os serviços de saúde pública no Brasil.

Nesse sentido, dar voz à população é uma estratégia proativa, no sentido de identificar a realidade vivenciada pela população de menor poder aquisitivo, que depende exclusivamente da rede de assistência gratuita.

Diante dessa realidade, Brasil declara que a humanização envolve vários fatores ligados às políticas de saúde. Considerar as necessidades, desejos, assim como os interesses, de todos os envolvidos no campo da saúde, constitui-se em ações políticas com capacidade para transformar e garantir direitos e estabelecer novos sentidos, com vistas ao enfrentamento de desafios, na perspectiva de estar continuamente possibilitando a construção e acrescentamento de espaços de trocas, que resultem em um atendimento saudável, capaz de estreitar a relação entre usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

Jaspe comenta sobre sua relação com o sistema de saúde, evidenciando que os acontecimentos marcados pela memória contribuíram sobremaneira no sentido de fortalecer as práticas do uso de plantas medicinais, como medida alternativa de tratamento. Ela reitera o desejo de receber atendimento qualificado e humanizado, através da rede SUS, referindo-se à falta de recurso financeiro para ter acesso aos serviços de saúde privados, de modo a atender suas necessidades de saúde. No discurso seguinte, nota-se que, frente à impossibilidade de atendimento médico nas unidades básicas, Jaspe buscou o setor hospitalar (média complexidade) para o atendimento necessário, na esperança de ser atendida no setor de emergência. Para a participante este fato foi frustrante, pois retornou à residência sem a consolidação do atendimento e da assistência pelo profissional médico, como observado em seu relato abaixo. Todavia, como a classificação de risco aponta para problema de resolutividade a nível ambulatorial, o atendimento não se consolidou, fato que contribuiu para maior indignação da clientela com o sistema.

Péssimo, tá horrível, eu nem vou ni médico, tu acredita? num vou não. O que eu puder fazer, porque eu num gosto de sair cedo e chegar lá num ser atendido. A gente vai, ah, não é aqui, aqui num faz isso, ah, eu num vou mais, num vou mais, [...] pá num tá repitino e ino e voltano, e, nada dá certo e aquilo dá errado, eu pego e me afasto [...] Então tô precisano deste tratamento e, num tô consiguino, não tô consiguino encontrar médico, porque eu já fui no hospital, diz que lá só atende de emergência; eu volto, aí eu num vou mais, já fui três vezes. Falei: agora num vou mais. Péssimo mesmo ó, horrível, a gente chega lá e nem vai nem atendido, não vai porque eu canso de voltar, não tem atendimento, só atende, é aquela coisa que vai é emergência, é tiro, facada, essas coisas assim é, porrada, já chega morto, só atende aquele que já vai morto, é, só atende aqueles que já vai morto. Tô falano do [...], (risos). Porque pagar? a gente as vez num tem nem pra pagar um exame. [...] a gente tem que partir pra onde? pá um remédio caseiro, então remédio caseiro (Jaspe, 63 anos de idade).

Essas considerações evidenciam a predominância assistencial do modelo biomédico, no qual há preferência na atenção curativa, em que o acolhimento e a escuta ativa não são prioridades. Revelam ainda o distanciamento da *práxis* médica, da proposta do Programa de

Humanização da Assistência, fato que caracteriza o que denomina-se Violência Institucional. Essa realidade foi evidenciada em outros momentos, a exemplo da narrativa de Ametista, abaixo.

Antigamente eu ainda ia no INPS, tirar uma ficha, agora hoje, tô aqui ó, com esta requisição pa marcar um exame de vista, tem mais de um mês na minha mão e nem consegue... porque não tem atendimento; médico num vai, viu, médico num vai. A gente vai, espera, espera, ah! vem amanhã; vai de novo, não chegou (médico). Então como é que vai ser atendido? ninguém. Não vai não, médico num atende ninguém não, por isso, por isso eu falei com meu DEUS: que eu num ia mais em médico, por que médico num acha não. Num iscultá, não pa dizer assim...parece que fica com nojo; eu falo isso porque comigo já aconteceu no Posto [...]. Ele lá com a caneta e eu de cá, ó. Nem botar aquele aparelho (aparelho de medir pressão arterial), ele num botou em mim não. Parece que fica com nojo de pegar na gente, fica lá assim, ó... O médico, tanto faz ser pelo INPS, ser plano, e se você tirar o seu trocado. Você vai, num acha, e, quando acha você leva um ano pa eles atender, né, só grátis, dado não, é com dinheiro, leva um ano pa eles atender. Por medico minha fia, a gente morre, morre mesmo, morre, morre, falo mesmo e, por isso eu falei, falei pá meu DEUS, assim, ó: falei do fundo do meu coração que eu num ia mais em médico, principalmente ni um posto (Ametista, 80 anos de idade).

Outro fato causador de pura indignação e descrédito é identificado na narrativa de Quartzó, quando se refere ao profissional médico, no momento atual, que, segundo ela, difere daquele profissional que, em um tempo remoto, atuava na cidade de Jequié.

Qui, esses (médicos) que vem de fora, pa qui não, pa mim não serve, pa mim num serve, num dou nem osadia, porque eu não tenho fé no médico, porque são tudo falsos, passa um remédio daí a pouco tá matano (risos), eu em... (risos), eu sou realista viu, é, é triste em tudo, Jequié já foi bom, já, tinha médico bom, tinha, mais hoje, junta tudo e toca fogo. Remédio caseiro, dou muito valor. Eu gosto muito de remédio caseiro, é (Quartzó, 74 anos de idade).

A narrativa de Quartzó revela que ela não confia a sua saúde ao profissional médico e dá preferência ao remédio caseiro para restabelecer a sua saúde, quando necessário. Apesar dessa situação, Assugeni (2007) declara que o profissional médico deve zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina, pelo prestígio e bom conceito da profissão. Para tanto, deve buscar aprimoramento contínuo de seus conhecimentos e utilizar o avanço científico em benefício do usuário dos serviços de saúde em geral. Ressalte-se que este profissional jamais deverá causar sofrimento físico ou moral, que tenha, como consequência ou não, o extermínio do ser humano.

Deste modo, a atenção básica, como porta de entrada no sistema de saúde e local da formação de vínculos entre a equipe e a comunidade adscrita deveria prestar uma assistência

qualificada, de modo a atender a clientela em todas as suas necessidades, conforme assegura o princípio da integralidade proposto pelo SUS. Tal insatisfação com o atendimento traz como grave repercussão o afastamento da população das unidades de saúde, que, buscando solucionar seus problemas, recorrem a medidas alternativas, como a cura pela fé e/ou uso da medicina popular em geral, fatos que poderão interferir negativamente, no prognóstico dos agravos que acometem as participantes e as pessoas que estão sob seus cuidados.

Nesse sentido, concorda-se com Brasil (2010b, p. 06) ao referir que "o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças". Para o autor, faz-se necessária "a organização do acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos/vulnerabilidade priorizados e buscando adequação da capacidade resolutiva" (BRASIL, 2010b, p. 13). Para que tais mudanças ocorram, entende-se ser fundamental que os profissionais de saúde ressignifiquem suas *práxis* cuidadoras, no sentido de prestar assistência qualificada aos usuários do SUS pautada no princípio da integralidade e da humanização, imprescindíveis para a resolutividade dos problemas de saúde apresentados e conseqüentemente para a satisfação da clientela.

A não concretização dessas propostas geram expectativas frustradas, evidenciadas nas queixas das usuárias do sistema, que justificam a insatisfação gerada pela forma como vem atuando o sistema unificado de saúde, posto que não tem correspondido às suas necessidades e que, em consequência disso, até acarretam comprometimentos ainda maiores da integridade física e mental das usuárias, com danos imensuráveis.

Cunha et al (2016) salientam que a saúde não está unicamente relacionada à ausência de enfermidades ou ao tratamento de enfermidades. A saúde se relaciona com a qualidade de vida e com o bem-estar das pessoas. Essas autoras ainda dizem que tais situações de desagrado são capazes de causar desequilíbrio na vida de usuários dos serviços públicos de saúde, que vivem em situações de risco e de estresse. Assim, acredita-se que a qualidade do atendimento e de uma assistência digna é tudo que essas participantes almejam.

Nesse contexto, a qualidade da assistência através do SUS, na concepção das participantes deste estudo, não confere a essas pessoas a garantia ao acesso universal e integral à saúde, como direito social assegurado pela Constituição e pelo Estatuto do idoso (BRASIL, 2013).

As considerações das participantes acerca da insatisfação com o atendimento pela rede SUS são importantes, visto que a memória coletiva se concretiza em uma perspectiva sociológica. No entanto, há de se considerar que esta pesquisa não tem o anseio de trazer

conclusões sobre a temática, mas contribuir para correlacionar história, memória e suas influências, no modo de cuidar do coto umbilical, objeto deste estudo.

Esses acontecimentos, marcados pela memória das participantes, contribuíram para o descrédito sobre a qualidade da assistência dos serviços de saúde disponíveis na rede do SUS. A percepção da lacuna existente entre o teoricamente preconizado (universalidade, integralidade e equidade da assistência) e a realidade da rede contribui para a busca de alternativas de tratamento oriundas do saber popular para as várias patologias, transmitidas entre as gerações e de valor terapêutico aceito de forma inquestionável no espaço privado. Essa prática de cuidado, conforme evidenciado nas narrativas, faz parte da vida dessas mulheres, desde quando eram crianças. Ademais, suas lembranças apontam para resultados satisfatórios obtidos pelo uso da medicina popular. Seus saberes rememorados influenciam o cuidado do coto umbilical e permitem a manutenção de memórias, que "buscam criar marcas sólidas que vêm reforçar sentimentos de origem, historicidade e pertencimento" (SILVA, 2010, p.444). Frente a este comentário, acredita-se que suas memórias são levadas por uma tradição. E assim, a forma como essas participantes pensam, como vêm o mundo, vêm a vida, são elementos identitários sustentados naquilo em que elas acreditam. Com base nesses elementos que trazem em suas crenças, as histórias de vida dessas mulheres traçam suas identidades.

5.2. “VOU INTERRAR O IMBIGO DE MEU FILHO NUMA FAZENDA, PA MEU FIO SER UM FAZENDEIRO...” - MEMÓRIA DE AVÓS NO CUIDADO DO COTO UMBILICAL

O cuidado é um ato de amor, que se consolida nas mais variadas situações existenciais da vida. O cuidado, por ser universal, permeia os diversos contextos que envolvem a vida em sociedade. Assim, refletir sobre o cuidado remete a pensar na origem e na preservação da natureza, dos seres humanos e dos animais. A subjetividade do ato de cuidar guarda relação com zelo e proteção, pois cuida-se do que se deseja preservar.

No que diz respeito ao cuidado humano, sabe-se que este se inicia mesmo antes do nascimento, pois comumente os pais passam a ter uma preocupação em prover ações que garantam o bom desenvolvimento do conceito. Para tanto, buscam no pré-natal uma assistência que assegure uma gestação saudável. Há de se considerar que este cuidado se estende ao longo de toda a vida humana. O ser não pode sobreviver, se, em sua vida, nas suas

relações, em suas atitudes não existir, como base, o cuidado, que move a vida, dando-lhe significado. Para Boff (1999), "o cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano [...], sem o cuidado, ele deixa de ser humano [...] desestrutura-se, define-se, perde sentido e morre" (BOFF, 1999, p.34).

Continuando na mesma compreensão, o autor ainda afirma, que a essência humana não está presente na inteligência, na liberdade ou na criatividade do ser humano, mas fundamentalmente no cuidado. Nele, são vistos os princípios, valores e atitudes que propiciam a vida, um bem viver e as noções de um reto agir (BOFF, 1999).

No contexto da subjetividade, existem diversas maneiras de cuidar. No entanto, para ser cuidador é preciso ter recebido cuidado desenvolvido por outro ser humano. O cuidado envolve uma relação interpessoal com o outro, possibilitando ao ser que está sendo cuidado, o desenvolvimento de sua capacidade para cuidar de si e do outro (WALDOW, 2004). Este olhar remete à reflexão de que "cuidar é mais que um ato; é uma atitude, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro." (BOFF, 1999, p.33).

Frente a esta subjetividade, o significado do cuidado se apresenta diversificado, de acordo com o pensamento de vários autores. Para Waldow (2004, p. 37) o ato de cuidar envolve duas interfaces, ou seja, "o cuidado como uma forma de ser e o cuidado como uma forma de se relacionar e caracteriza-se por envolvimento o qual por sua vez, inclui responsabilidade". Nesta ótica cuidar significa "aceitação, compaixão, envolvimento, preocupação, respeito, proteção, amor, paciência, presença, ajuda e compartilhamento" (WALDOU, 2004, p.35).

A atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro, a preocupação e a inquietação, advindas do envolvimento e da ligação afetiva entre cuidador e pessoa cuidada, são significados de cuidado que estão intrinsecamente unidos (ZOBOLI, 2004). O cuidado constitui "um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros [...] é um modo de ser - no - mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas" (BOFF, 1999, p. 92). O ser humano, ao estabelecer uma interação com o outro e com as coisas deste mundo, estará concomitantemente "construindo seu próprio ser, sua autoconsciência e sua própria identidade" (BOFF, 1999, p. 92).

O ato de cuidar varia, a depender das questões de ordem cultural. Nesse sentido, a teórica Leininger (1991), ao fundamentar sua Teoria do Cuidado Cultural, evidencia a interferência dos hábitos culturais no processo de cuidar. Waldow (2004, p.31), corroborando esta assertiva discorre que "o enfoque cultural significa e demonstra os comportamentos de

cuidar em diferentes culturas, os quais correspondem, em última análise, ao modo de ser decada um”. A diversidade cultural influencia na percepção, conhecimento e práxis de um cuidado realizado de maneiras diferentes; todavia, se ressalta haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo. Estes pontos são considerados universalidade, sendo as diferenças compreendidas como diversidades (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Em um contexto mais amplo, o cuidado perpassa a mera utilização de técnicas e procedimentos da terapêutica em geral, que remete à forma tradicional de cuidar. O cuidado, em uma visão subjetiva, pressupõe que haja envolvimento entre quem cuida e quem é cuidado. Na primeira situação existiria apenas “uma preocupação com o desenvolvimento das ações e não com o ser humano” (WALDOW, 2004, p. 33). Na segunda situação, o cuidado pressupõe uma ação pautada na humanização. Nesse sentido, Waldow (2004, p. 37, grifo nosso) questiona o uso da terminologia “cuidado humanizado”, dado que “cuidado é o que confere a condição de humanidade às pessoas”. O cuidado possui vários elementos que fazem parte de suas características, os quais, por sua vez, se forem excluídos, o cuidado não existirá (WALDOW, 2004).

Nesse contexto, o ‘cuidado é uma condição para a sobrevivência humana’ que envolve o relacionamento do Eu com o Outro. Para que o cuidado se concretize em sua plenitude, é necessário que haja sintonia e até cumplicidade entre ambos, cuidador e ser cuidado, em várias e diferentes dimensões, que dizem respeito ao ser humano, que, envolvido na plenitude das ações de cuidado, se sentem fortalecidos, valorizados e reconhecidos. Desse modo, cuidar de si, "resulta a condição que possibilita o cuidar de outrem [...] o cuidar de outrem possibilita o cuidar de si" (WALDOW, 2004, p. 130). Nessa compreensão, cuidar de si e do outro é sobretudo, uma ação que se constitui de um universo de atividades que sustenta a vida, dando-lhe sentido. Para Backes, Erdmann e Backes:

O cuidado [...] envolve um sentimento de pertença e de comunicação com o todo integrado, isto é, com o entorno social [...] o cuidado passa a ser uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento efetivo e afetivo com-o-outro (BACKES; ERDMANN; BACKES, 2009, p.184).

Assim, o cuidado humano, além de abranger as relações de si e do outro, também se estende ao “meio que nos cerca, à natureza, e ao universo.” (WALDOW, 2004, p.175). Essas dimensões são permeadas por diversos elementos-valores, conhecimento, respeito, ética, amor, cultura e história, que estão em constante movimento. Há de se ponderar que o cuidado humano

[...] é uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros [...] quando os direitos não são respeitados e as pessoas atuam de forma a se prejudicarem não se ajudando, elas se tornam desumanas e, a meu ver, destituídas da ética (WALDOW, 2004, p.175).

Nesse contexto, a família é considerada, em qualquer sociedade, elemento fundamental no processo de cuidado e proteção aos seus membros (TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011). A referência ao cuidado com o coto umbilical remete à propriedade deste cuidado, realizado de forma qualificada, que atenda às reais necessidades do recém-nascido, e que será mediada pelas condições ambientais do habitat. Dessa forma, é esperado que inicialmente a genitora necessite de apoio para cuidar do RN. Essa ajuda é, a princípio, comumente desenvolvida por familiares próximos, principalmente pelas avós. Essa assertiva é constatada na narrativa de Safira, que recebeu auxílio de sua genitora e de sua madrinha, no cuidado com o coto umbilical de seu filho.

Oh, minha fia os imbiguinho, no cumeço, a da mais velha, tinha minha cumade madrinha, morava perto de mim; vinha, cuidava, dava banhe, fazia um pozim de pena de galinha torrada, esfarelava, tirava aquele pozim e botava. Ah, é, é, é peda hume tamém é bom pa botar no banhe, botar no banhe da criança pa ajudar é, sarar, pa sarar a coisa, diz que é bom, pa inframaçãozinha do imbigo. É desses que vai secando vai secando aí solta, né, aí bota peda hume dento do banhe, botava peda hume pa criatura. Botava pozim de pena de galinha pa secar tamém. E botava o pozinho antes de cair. Começava assim ficar vermein, começava botar, ia botano pu fora, aí ele ia secano, secano. Nunca teve problema. Botava só isso aí; tinha outos que botava pó de caju, mais eu nunca botei nos meu não, eu nunca botei não. É ela cuidava(madrinha), era ela e minha mãe, minha mãe, minha mãe era até parteira, (risos). Ela (mãe da participante) fazia isso, ela fazia esses remédio tudo aí, ó. Ela botava a peda hume, botava peda hume pa dar banhe no minino, dento da agua, pá dar banhe, torrava a peninha de galinha, é muia bem muidinho e aí tirava, seçava, tirava aquele pozim e botava, aí botava aquele esparadapo e enrolava, é botava, botava tira de pano, umas tira de pano, passano, passano assim pa apertar, diz que é pa num istufar o imbigo é. Usava a tira de pano ante de cair o imbigo, tinha vez que dipois tamém usava um bom tempo, pa quando o minino chorava num estufar o imbiguim, apertava assim aquela tira de pano (Safira, 77 anos de idade).

[...] eu to lhe falano, que eu botei a moeda no umbigo [...] quando eu botei a moeda daqui a pouco sumiu, que é... lá dentro (Turmalina, 74 anos de idade).

Nota-se que foram utilizadas substâncias não recomendadas pela ciência, no cuidado ao coto, a exemplo de pedra hume¹⁸, além de faixa umbilical, moeda e pó de pena de galinha,

¹⁸Segundo Lima et al. (2009), Alúmen de potássio ou alúmen (alume) de potassa ou simplesmente pedra hume, é o sulfato duplo de alumínio e potássio, que ocorre naturalmente como incrustações em rochas em áreas de meteorização, bem como a partir da reação dos sais de alumínio e potássio, sendo conhecido também como pedra umes, sulfato duplo de alumínio e potássio ou alúmen comum. De acordo com o rótulo de alguns fabricantes, a pedra umes é indicada como agente hemostático tópico e adstringente, sendo utilizada em casos de

considerados fatores de risco para infecções. A narrativa de Safira, traz à tona esta realidade, ao referir que a região umbilical/umbigo, "ficava vermein", ou seja, apresentava hiperemia, um dos sinais sugestivos de infecção umbilical. Todavia, para essa cuidadora, a pedra hume foi usada para tratar a "inframaçãozinha". Há de se considerar que, a despeito de Safira e as demais cuidadoras terem conhecimento dos sinais que caracterizam a onfalite, certamente desconheciam a etiologia da infecção, fato que interfere nas ações de prevenção. Por outro lado, a faixa umbilical e a moeda - utilizadas no cuidado, pela Turmalina, com o objetivo de evitar que a "cicatriz umbilical ficasse protusa", caracterizam uma preocupação dessas cuidadoras.

Folle e Geib (2004) elucidam que, para algumas mulheres, o *status* de ser mãe confere um sentimento de realização pessoal, porém, para outras, o fato representa arrependimento e medo. A insegurança em cuidar do RN instiga as puérperas a buscarem, no grupo familiar, soluções para as dificuldades encontradas, entregando, na maioria das vezes, o cuidado do RN para a avó materna e/ou paterna. A presença da avó ao lado da puérpera, além de proporcionar segurança, constitui rica fonte de sabedoria e de ensinamento no cuidado com o neto, em um processo de encorajamento. Desse modo, o privilégio de cuidar do neto sempre pertenceu à avó, posto que a preferência lhe foi atribuída pela família. Essa assertiva é evidenciada na narrativa de Rubi:

Dava o banho, depois que dava o baezinho né, secava o imbiguzinho, colocava o algodão a redor, depois eu molhava com óleo de amênda e passava a faixa. Ai mornava, a gente mornava a, a, com assim, a gente ponha assim na colher e colocava assim no fogo e mornava, quando tava morninho [...] o amênda, o óleo de amêndoa, ai colocava no imbiguzin, molhava o algodão e botava ali ao redor pa não ficar seco, pa num ficar inframado, pa num inframar né, fazia isso, era, era bom que cuidava, as vezes caia. Era pa num ficar seco, pa puder num sangrar também né, porque qualquer coisa ficando seco ali, dá pá doer, doe a barriguinha né, aí a gente colocava. Fazia a mesma coisinha, a mesma coisinha, fazia, porque sempre tive aquele costume de fazer, então continuava do mesmo jeitinho, eu cuidava também de meus netos. Elas (filhas da colaboradora) tinham medo de cuidar, de pegar, não tinham jeito de pegar na criança. Meu neto, ele..., minha filha vei ganhar o neném aqui em Jequié, depois que saiu da... da... da... do hospital, ela vei pra qui pra minha casa, e cuidei assim como cuidei dos imbigos de meus filhos, eu cuidava do imbigos de meu neto; que ela (filha da colaboradora) não cuidava não, quem cuidava era eu, porque elas não sabia como é que cuidava de crianças né, não sabia. Dá o banhe, botar o remédio,

hemorragia pós cirúrgica, aftas e gengivites. Seus rótulos também advertem que soluções acima da concentração indicada podem causar efeitos irritantes ou corrosivos aos olhos e à pele e que sua ingestão acidental pode levar à hemorragia gastrointestinal. É também indicado, como agente cicatrizante em aftas, gengivites, cortes e úlceras nos lábios e para sudorese nos pés. Porém não foi encontrada indicação de uso do mineral no coto e ferida umbilical.

era o mesmo remédio que eu fazia, que eu dava pro meus filhos, eu fiz pa ele (neto da colaboradora) também; era o óleo de amêndoa e o merthiolate. Eu gostava mais do óleo de amêndoa porque fica molinho, não fica ressecado, não ficava seco e a criança não chorava, porque quando num coloca, ele resseca (coto umbilical) a criança então, a criança dá pa chorar, sentindo dores de imbigo é, dor de barriga. Caiu (coto umbilical), com três, quatro dias, de todo mundo, é. A faixa, colocava a faixa pa puder apertar a barriga pa puder num sentir dor de barriga, e outra coisa também: quando eu dava banhe também eu num deixava a barriguinha descuberta, quando ele tava maiozinho que num podia ficar, pá num ficar descuberto, pa num dar dor de barriga, eu tinha qui passar, deixar ele mais fresquinho, passava um pano assim, na barriga todinha assim oe, uma fralda, pá ele num ficar com a barriga descuberta, porque pá num passar..., pá num resfriar, pá ele, num dá dor de barriga (Rubi, 79 anos de idade).

Percebe-se, na narrativa, que a filha da participante Rubi passa o período pós-parto na residência de sua genitora, que, ao cuidar do seu neto RN, mescla o cuidado do coto umbilical, utilizando óleo de amêndoa morno e merthiolate. A utilização do óleo de amêndoa, comum na cultura popular, é feito de forma aleatória, sem o conhecimento de que a substância é considerada fator de risco para onfalites, cujos sinais iniciais geralmente podem ser mascarados por ser o seu odor confundido com o odor do óleo. O uso causa, no coto umbilical, um estado de putrefação, gerando uma falsa impressão de um processo natural e vantajoso, no qual o coto teria uma queda considerada rápida por suas cuidadoras. Ademais, Rubi, acreditava que, se o abdômen do RN ficasse descoberto, sem a utilização de uma fralda que serviria de faixa umbilical, certamente o RN sentiria cólica intestinal ou ficaria resfriado, demonstrando uma certa preocupação com o processo saúde-doença. Necessário dizer que a falta de conhecimento sobre o cuidado do coto umbilical e do banho do RN levou as filhas desta colaboradora a solicitarem o apoio da avó materna Rubi, para cuidar do coto umbilical, banho e de outros cuidados que dizem respeito à criança, além de outros afazeres domésticos.

Para Rapoport e Piccinini (2006), as avós são pessoas que irradiam cuidado de maneira privilegiada. O apoio originado delas forma uma base segura para a puérpera e se constitui de um comportamento de cuidado percebido na tradição, quando a avó se dirige a casa do RN ou então quando a puérpera com o seu RN se desloca para a residência da sua genitora no período pós-parto. Isto se deve ao fato de as avós desejarem ajudar suas filhas e noras a se tornarem mães bem-sucedidas, com capacidade para desenvolverem comportamentos de responsabilidade, compromisso, proteção, conforto, envolvimento e habilidade, ingredientes de cuidado e de sobrevivência ao RN.

Desse modo, entende-se que o indivíduo necessitado de cuidado não pode ser visto e pensado de forma isolada, deixando-o fora do contexto de cuidado de sua família. Ao tempo em que, Waldow, considera a família, além de ser cuidadora, um ente que também necessita

de cuidados. Porquanto, a família, ao ser informada sobre os agravos relacionados com o processo saúde-doença, dará sua parcela de contribuição, auxiliando no desenvolvimento do cuidado com o membro de seu grupo; devendo a família ser respeitada e valorizada, pois “a presença, o carinho e o apoio da família são fundamentais ao [...] ser cuidado” (WALDOW, 2004, p.173).

Ressalte-se que o adoecimento abala a estrutura de uma família, podendo se refletir no relacionamento interpessoal de seus membros, afastando-os ou aproximando-os, já que, por vezes, a fragilidade dos seres humanos é fortalecida pela fé em Deus, movidos pela esperança e pelos laços afetivos, tornando-se cada vez mais unidos. Porém, em algumas situações, ocorre o contrário, quando um ser acometido de uma patologia torna-se mais frágil e o cuidador se torna emocionalmente impotente para cuidar do outro. Os sentimentos que envolvem a família “são bem controversos e não é raro o pânico; a família se encontra fragilizada, abatida emocionalmente e muitos sentimentos afloram, como a ansiedade e a dor. [...]” (WALDOW, 2004, p. 173).

Saliente-se que, no contexto da família, está estabelecido socioculturalmente que a mulher é responsável, não somente pelo cuidado dos membros da sua família, mas também dos afazeres domésticos. Assim, apesar das lutas para conquistar seu espaço no mercado de trabalho e a sua crescente inserção no mundo profissional, buscando sempre seu aperfeiçoamento por meio de capacitações, ainda hoje, na contemporaneidade, cabe à mulher assistir os enfermos e cuidar deles, do marido e dos filhos, dedicadamente, com vistas à melhoria de sua própria qualidade de vida e a dos demais membros da família. O cuidar dos membros do grupo familiar e dos doentes, sempre esteve ligado à história das mulheres. Dessa forma, evidencia-se a existência de uma relação intrínseca entre o papel de cuidadora e o cuidado que as mulheres desenvolvem, ao ocuparem seu espaço no âmbito doméstico, não podendo se desvincular facilmente dele, por questões de ordem cultural (REZENDE; PEREIRA, 2014).

Sabe-se que, desde cedo, as meninas são preparadas para serem cuidadoras (MAROTE et al. 2012). As avós de Recém-Nascidos (RN) acumulam vivências e experiências em relação à saúde e à doenças adquiridas no percurso de suas vidas, que são compartilhadas no contexto familiar. Elas são figuras significativas, responsáveis pela transmissão de um saber permeado de valores culturais sobre saúde e doença. Ao permanecerem no grupo familiar, as avós lideram e desenvolvem a prática do cuidado do coto umbilical com base em tabus, rituais e crenças que guardam consigo. Desde então, conseguem influenciar as suas filhas, noras e outros membros da família, acreditando que, dessa forma, com seus conhecimentos, estarão

contribuindo para a promoção da qualidade da saúde, não apenas do RN, mas dos demais membros da sua família.

Assim, essas crenças e mitos que direcionam as ações relacionadas ao cuidado do coto umbilical são comumente transmitidos através das gerações que compõem o núcleo familiar. No entanto, esse saber, decorrido do senso comum, pode interferir no processo saúde-doença aumentando a vulnerabilidade dos RN ao adoecimento, dado que muitas ações da práxis popular do cuidar representam risco para a saúde dos pequenos. As considerações identificadas no discurso desta avó cuidadora, Rubi, também foram observadas durante a prática do cuidado com o coto umbilical, no decorrer das inúmeras visitas domiciliares, realizadas pelo “*Programa Educativo: Saúde do Coto Umbilical*” (LINHARES, 2014). O que leva a acreditar que se trata de uma prática cultivada e transmitida ao longo das gerações.

Há de se considerar que as ações de educação em saúde, são fatores que merecem ser refletidas, respeitadas, valorizadas e exercitadas continuamente, posto que todos os dias nascem crianças em meio a diferentes tipos de cultura, que necessitam da atenção dos profissionais de saúde, de forma comprometida; profissionais capazes de conhecerem as diferentes formas de cuidado do coto umbilical, do ponto de vista cultural – como as diversas modalidades de banho realizadas, de forma que sirvam de subsídios para reorganizar o cuidado, de modo culturalmente congruente, em benefício do RN e de todos os membros do(s) grupo(s) envolvidos no cuidado. Sabe-se que não é fácil mudar a cultura de um povo, mas pode-se contribuir, de diferentes formas, de modo a atender as expectativas sobre o que se considera um bom estado de saúde. Ressalte-se que é preciso que haja aproximação e envolvimento entre os profissionais de saúde e a comunidade, cuja interação possibilitará a conquistada confiança daquele que necessita de esclarecimentos e mudança no âmbito da assistência ao RN. Uma assistência adequada somente será possível, mediante o conhecimento dos valores considerados pela comunidade e as diferentes modalidades de cuidado cultural que ela desenvolve.

A participante Rubi informou ainda que o aprendizado que ela adquiriu foi transmitido pela sua genitora e por uma certa parteira, inserida no seu meio de pertença, que teria realizado seus partos. Assim, pode-se confirmar este dito, observando-se a narrativa abaixo, que demonstra uma transmissão geracional, envolvendo a colaboradora, a genitora e a parteira.

A minha parteira, porque eu não tinha muito, assim, conhecimento né, de criar filhos, ela que me ensinou, tudo isso foi ela que me ensinou. Minha mãe me ajudava né, cuidar, mais minha parteira que me ensinava, me orientava mais. Minha mãe, aprendeu com a mãe dela, foi, com a mãe dela, é minha avó. Minha avó ensinou a mesma coisa, que minha parteira me

ensinou pá mim cuidar dos meus filhos, ensinou pra ela (genitora da colaboradora) (Rubi, 79 anos de idade).

Por certo, o saber compartilhado pelas avós é reconhecido na sociedade e reforçado nas gerações posteriores, no entanto, desvela que a subjetividade que o constitui, embora tenha o seu "valor", se distancia da subjetividade inerente ao conhecimento técnico-científico, uma vez que ele incorpora a memória coletiva oriunda de legados sócio-culturais. Nesse contexto, vale destacar a narrativa de Diamante, que, além de cuidar dos cotos umbilicais de seus filhos, cuidou também dos cotos dos seus netos e dos filhos de suas vizinhas, utilizando os mesmos materiais no cuidado cultural, como pode-se observar em sua descrição de cuidado com o coto. Esta participante ainda informou que exerceu a função de parteira durante um período de sua vida.

Naquele tempo a gente curava era cum olio de riça ou cum azeite de mamona. Colocava ali, botava naquele tempo, tinha a faixazinha, cum a faixa da gente e marrava e botava e, quando caia, quando caia, a gente chegava, ficava saozinho. As vez a gente sabia o que era que colocava, pegava a terra, sessava a terra bem sessadinha, aquele pozinho fininho e chegava e colocava, de repente sarava (risos). Pois é a gente sessa ela, pisa bem picadinha quando cabar sessa fica aquele bem fininho, o pozinho mesmo da terra, e a gente bota no imbigio e sarava, sarava, sarava. Fiz cum todos eles (filhos, netos, bisnetos e filhos de suas vizinhas). O pozinho da terra, outa hora era a pena de galinha, ó minha fia. Pena de galinha, eu pegava, a gente pegava a pena de galinha e queimava, quando cabar ficava aquele pozinho, a gente chegava e colocava, sarava de repente e, nunca graças a DEUS, eu num tenho minino, filho, do imbigio grande e nem tenho minino que eu peguei pra ficar cum imbigio grande, graças a DEUS. Quando num tinha pena de galinha, botava o azeite de mamona, o azeite de olio de riça e sarava, sarava de repente, carne durinha boa, de repente aquilo sarava; já caia, parecia, já tava sã [...]. Pois é, pois é, mais eu curava, a gente fazia isso. Talvez tem uns que sara mais ligeiro né, tem uns que custa mais de sarar. Todos ele (filhos, netos e bisnetos e filhos de suas vizinhas), todos eles usou faixa, até os (filhos) que eu tive aqui [...] esse minino, é meu bisneto, é bisneto, é fi dum neto, tem três ano, é; fez três ano no dia..., em Março (2016). Cuidiei dele que a mãe tá morano aqui mais eu. Cuidiei do imbigio, caiu na minha mão (risos). Usei no imbigio o meu remédio que eu te falei. Botei o pó da terra. Eu acho que o pó da terra seca mais, porque nós somo do pó da terra, né minha fia? (risos); até isso a gente deve, num é? Eu ainda cuidio, cuidio. Do jeito que eu cuidiei de meus filho, das mãe, eu cuidio dos meu bisneto. [...] Lembro, fiz pouco parto, [...] fiz pouco mais por precisão né fia, porque precisão, a gente num pode deixar uma pessoa morrer, que a gente deu um jeito de fazer né, de eu chegar e chamar a mulher pa levar pu hospitá, daí dizer assim: pera aí que eu vou aqui, de chegar dento do carro e a mulher tá parino, eu pego, cansei de fazer isso; os mininos me chama de mãe [...] (Diamante, 91 anos de idade).

Acredita-se que o uso de substâncias diversas na prática do cuidado popular do coto umbilical, como observado na narrativa de Diamante, rememora uma cultura transmitida

geracionalmente, que os cuidadores familiares acreditam ser benéfica à saúde do RN, uma vez que se trata de conhecimentos e hábitos culturais adquiridos no contexto sociofamiliar. A cristalização desses saberes inquieta alguns estudiosos da área de saúde, na busca de compreender o significado simbólico que essas pessoas atribuem ao processo saúde-doença.

Assim, ao se analisarem esta e outras narrativas das participantes deste estudo sobre o cuidado do coto, acredita-se que o universo subjetivo de avós que cuidam de RN, em especial do coto umbilical, está permeado de mitos e crenças das mais diversas formas de cuidar, que envolvem os membros de uma família e/ou comunidade. Trata-se de rituais misteriosos, que, na maioria das vezes, não chegam ao conhecimento daqueles que estão distantes do contexto social de pertença dos cuidadores, ou seja, os profissionais da área de saúde, em especial médicos e enfermeiros (as), pois as regras de cuidado no seio familiar são estabelecidas pelas pessoas mais velhas-avós, que compartilham as suas lembranças de cuidado do coto umbilical, praticando esses saberes, orientando e aconselhando os membros de seus grupos-filhas, noras e netas, construindo assim uma memória adquirida geracionalmente que se perpetua, enquanto os grupos familiares existirem, vez que essa memória está relacionada a experiências pessoais de outras pessoas do grupo.

Nesse sentido, corrobora-se Silva et al. (1996, p.80) ao referirem que "os aspectos culturais das pessoas devem ser considerados como fatores, de certo modo, determinantes no equilíbrio do processo saúde-doença". Nesta linha de pensamento, Rezende (1986, p.85) trás que "as manifestações históricas do binômio saúde-doença e as ações de saúde desenvolvidas enquanto práticas sociais são historicamente condicionadas".

Esse processo é mediado por fatores culturais, pelas relações parentais entre mães, filhos, avós e demais familiares cuidadores, estando relacionado à história de vida geracional, bem como com as condições objetivas e subjetivas do viver humano (PEREIRA; RUFFINO NETTO, 1982).

Há de se considerar que o saber das avós, apesar de ser tão reconhecido e valorizado na cultura popular, pode influenciar negativamente no processo saúde-doença. Dentre as patologias que podem ter sua etiologia nas práticas populares de risco, este estudo dá destaque ao tétano neonatal e as onfalites em geral. Duas participantes deste estudo referiram ter conhecimento de casos de tétano neonatal, entre familiares, conhecido popularmente como "mal de sete dias" (grifo nosso).

Esse irmão meu também, morreu com o mal de sete dia, minha mãe diz que ele infeccionou o imbigó, trouxe pro médico mais não deu jeito (Opala, 76 anos de idade).

Minha mãe mesmo disse que morreu um dela, é, é mais vei de que eu, morreu do mal de sete dia e, era um sofrimento, o minino isprimia, isprimia, isprimia (contraturas). Eu já vi morrer, eu já vi criança com isso; aí já foi na minha época tá, já vi o bichim isprimia, isprimia, isprimia, ficava todo ispremeno, ispremeno, ispremeno, e até morria, tá. Era o mal de sete dia. É assim desde que eu me entendi por gente, já via o povo falar: o mal de sete dia, o mal de sete dia, o mal de sete dia, mãe falava: cuidado cum o mal de sete dia, teu irmão morreu cum mal de sete dia, era (Safira, 77 anos de idade).

O cuidado do coto umbilical está intimamente relacionado às crendices daquele que cuida, e do significado que atribue ao processo saúde/doença. Ao se rememorar o que declara o Ministério da Saúde sobre o tétano neonatal, na revisão de literatura deste estudo, é possível se refletir sobre o que Opala e Safira narraram sobre as formas de cuidado com o coto, que elas adquiriram em seu contexto sociocultural e sua realização, e, a pesquisa acredita na probabilidade desses óbitos terem relação com o tétano neonatal.

Em geral, ao se analisarem os fragmentos de memória das participantes, percebe-se como transita, entre os membros de grupos relacionais, o saber popular ou saber da tradição, no qual passado e presente se comunicam e se movimentam de forma ininterrupta e como ele tem o poder de persuasão, de modo que as pessoas acabam se moldando a uma cultura que parece ofuscar o senso crítico de muitas (os) cuidadoras (es) de RN e incorporando tal cultura ao seu cotidiano. Aqueles que o respaldam, por certo, se constituem facilitadores deste saber acumulativo da sabedoria humana, como discorre Turmalina, em sua narrativa:

Mãe, mãe fazia chá, tanto ela fazia quanto ela ensinava pra quem procurasse informar a doença que tava, ela falava: há faça chá e melhorava mesmo. Aprendi, aprendi com mãe. E mãe, deve ter sido com a mãe dela ou a avó, né (Turmalina, 74 anos de idade).

Corroborar-se Bianchini e Kerber (2010), quando afirmam que as crendices, os mitos, enfim, a cultura que influencia o cuidado, sempre foi transmitida de geração a geração, demonstrando, com isto, a sua força e a sua capacidade de dominar uma população de humanos ao longo dos tempos. Assim, observa-se que diversas formas de cuidados vêm sendo adotadas e desenvolvidas por cuidadores, mesmo não possuindo a devida confirmação científica; contudo, sabe-se que esses cuidados, embasados em conhecimentos ditos populares podem causar, por vezes, prejuízos à saúde daqueles que a eles são submetidos, inclusive a morte, em consequência das onfalites e suas complicações e do tétano neonatal.

As narrativas destas participantes, em geral, apontaram para o uso de pós de pena de galinha e de terra, além de outras substâncias, como óleos de amêndoas aquecidos ou em

temperatura ambiente, rícino, mamona; pedra hume, merthiolate, faixa, dentre outras substâncias, sobre o coto umbilical e ferida umbilical. A utilização destas substâncias foi justificada, como medida para se evitarem a infecção umbilical e o processo de ressecamento e para promover a queda do coto em um tempo mais curto – práticas realizadas pelas participantes, suas mães e outros membros parentais e também vizinhos, ou seja, a rede extensa das relações.

Dessa forma, Alvarez (2001), chama a atenção para a multidimensionalidade do contexto familiar, de modo a considerar as avós pessoas respeitadas e valorizadas, por assumirem o cuidado, de acordo com as necessidades de saúde da puérpera e, sobretudo do RN. Reveste-se, a avó, do papel de conselheira, valorizada dentro da família como um “símbolo forte dos laços familiares que são transmitidos para as novas gerações” (ALVAREZ, 2001, p.69).

Embora ainda seja frequente o uso de substâncias não recomendadas pelo conhecimento científico no cuidado com o coto umbilical, dados do Ministério da Saúde, evidenciam que o número de casos de tétano neonatal e acidental, no Brasil, tem decrescido. Na última década, o número de casos registrados apresentou queda de 44% para o tétano acidental e cerca de 85% para o neonatal. De acordo com o estudo, desde 2007, são registrados, em média, seis casos da doença por ano, com quatro mortes entre os RN prematuros, fato que evidencia uma letalidade de 66,7%. Entretanto, este quadro epidemiológico reafirma a relevância das ações de prevenção do agravo. (BRASIL, 2012b).

Segundo Oliveira et al. (2006), geralmente são as mulheres as maiores responsáveis pela utilização de práticas de cuidado ao RN. Essas práticas, norteadas por crenças populares, orientam o cuidado ao RN, se fortalecendo na pouca experiência das puérperas, que geralmente são influenciadas culturalmente pelas pessoas mais velhas. Laraia (2001) corroborando o autor supracitado, refere 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.

Diamante, ao rememorar o cuidado do coto, praticado em seus filhos, netos, bisnetos, e nos filhos de suas vizinhas, declarou que compartilha seus saberes populares com os familiares e demais pessoas de sua relação, como se pode perceber em sua narrativa.

Pás mãe, eu ensinei, dos bisneto, é ensinei e essa neta, a mãe dessa neta que é minha bisneta, quer dizer que foi eu que criei, ensinei ela, (risos), é. Ah, minha fia, quem percura saber, eu ensino né (Diamante, 91 anos de idade).

Nesta compreensão, Álvaro (2005, p.38), explica que a memória de um indivíduo também incorpora lembranças que "correspondem ao legado do grupo", embora elas não sobrevenham diretamente de suas vidas, por meio de um processo de socialização capaz de identifica-las com determinado passado. Neste caso, segundo Álvaro, se trata de uma memória herdada, pois diz respeito, a experiências pessoais de outros. Já Badke et al (2012) comentam que as manifestações de saberes transmitidos oralmente de pessoa a pessoa, desde a infância, é sustentada na relação de amor entre a mulher-mãe-avó e seus filhos, netos e bisnetos na tentativa de passar seu saber de geração a geração.

Contudo, apesar de a transmissão geracional de saberes de cuidado ocorrer no contexto domiciliar da família, é mister que os profissionais de saúde primem por um cuidado que tenha um embasamento científico, para que seja promovida e garantida a qualidade de saúde de cada ser humano, evitando-se assim o adoecimento. Dessa forma, compreende-se que a sabedoria de avós está mais próxima do senso comum do que do saber técnico científico, pois elas trazem consigo experiências de base empírica, repassadas de geração a geração. Tais experiências formam determinados valores sociais sobre a vida, sobre as relações, em seu amplo aspecto, constituindo assim uma memória adquirida que, por vezes, influencia a prática do cuidado com o coto umbilical.

Contribuindo com este pensamento, Santos e Magalhães (2011, p.1) explicam que a memória herdada/adquirida ou recebida é "aquela que se dá n cotidiano, a que se constrói pelo contato dos mais jovens com os mais velhos, principalmente com os familiares. Sendo assim levando-se em conta o processo de comunicação", para transmissão e recepção das experiências coletivas.

A narrativa de Opala ratifica este pensamento.

Quem ensinou que eu já via, né, minha vó fazer, vê as outras pessoas amigas já idosas fazer, aí eu fiz; minha mãe também fazia a mesma coisa, ela quem cuidava do imbigó da gente. [...] a mesma coisa, eu aprendi com ela [...] quem ensinou a minha mãe, deve ter sido a minha avó (risos), passava uma pra outra, (risos), eu digo: de geração em geração (Opala, 76 anos de idade).

Segundo Linhares (2010, p. 129), "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". Prossegue, dizendo que a mulher, "constrói as suas ações de cuidado alicerçadas cotidianamente na sua história de vida sociocultural; busca e utiliza deste saberes apreendidos intergeracionalmente". Nesse contexto, corrobora-se Linhares e afirma-se que, na narrativa de

Opala, a aprendizagem acerca do cuidado do coto umbilical, foi compartilhada pelas pessoas experientes e de mais idade. Nota-se também que a participante está consciente dessa transmissão originada geracionalmente, na qual os atores protagonistas envolvidos no cuidado foram as avós e outras pessoas idosas, amigas de Opala, explicitando, assim, que se trata de uma memória adquirida geracional de grupo familiar.

Assim como Halbwachs (2003), (Rodríguez, 2008) também afirma que memória é considerada necessária aos indivíduos, visto ter o "poder" de convencer as pessoas por meio da linguagem, que é um instrumento conservador do passado e socializador da memória, porque reduz, unifica e aproxima, em um mesmo espaço histórico e cultural, diversas vivências, recordações e experiências.

Rech (2005) reforça que o papel da linguagem na transmissão de conhecimentos é relevante. Por meio da palavra, elemento fundamental da linguagem, é possível se ter acesso à cultura acumulada por gerações passadas, fixar e transmitir as idéias para os indivíduos. No âmbito da família, a avó é vista como um dos membros que se destaca na comunicação e na socialização dos saberes de cuidado, durante sua trajetória de vida. A avó é reconhecida por exercer o "poder" em sua rede de relação familiar, pois que, imersas em suas vastas experiências, suas crenças e seus mitos, sempre fazem ou ditam o melhor a fazer para o cuidado do RN, uma vez que não confiam nas condutas tomadas pelas puérperas inexperientes e despreparadas. Deste modo, pode-se observar, na narrativa da colaboradora Rubi, a valorização que ela atribui à modalidade de cuidado do coto, realizado por ela e sua persistência em manter o cuidado cultural, ao afirmar que

O meu costume, o meu costume, porque eu já tinha pratica já de fazer isso né, já tinha pratica, então eu ia cuidar do meu jeito, ia cuidar do meu jeito (Rubi, 79 anos de idade).

Jade referiu que o cuidado do coto de seu neto é realizado por ela, já que sua filha se limitaria a dar banho no RN. Outro fato observado, na narrativa desta colaboradora, é o autoritarismo, ao afirmar que a decisão de escolha, no cuidado ao coto, é das avós, cabendo às filhas obedecer.

Eu, cuidava do mesmo jeito. Só podia elas (filhas da colaboradora) cuidar, as vez dar um banhe, mais enquanto tivesse com esse imbigo assim, é sempre mais as mães que cuida (avós), uma pessoa de mais idade que cuida, porque elas não tem tanta experiência assim. Deixa, tudo que as mãe (avós de RN) quer, é a gente que faz isso aí (Jade, 62 anos de idade).

A colaboradora Safira informou que

Sempe assim: quando vem pá casa (recém-nascido) o cuidado é do dono da criança né? da mãe, do pai, da avó. Quando tá no medico, tá tudo bem, tá tudo bem, agora quando vem pá casa os cuidado é da gente (Safira, 77 anos de idade).

O diálogo entre o saber científico e o popular constitui um viés no cuidado do coto umbilical. Nesse sentido, Safira demonstra, em sua narrativa, uma possível resistência quanto à forma de cuidado do coto, realizado pelo profissional de saúde na unidade hospitalar, durante o seu internamento no período de puerpério imediato, pois esse cuidado não foi colocado em prática no ambiente domiciliar, sendo priorizado o cuidado de base popular, o que faz parte de sua cultura e dos demais integrantes do seu grupo de pertencimento. Nota-se ainda que Safira agiu de forma conservadora, ao considerar apenas suas práticas de cuidado com o coto, que ela e seus entes queridos costumam realizar, quiçá por se sentir segura e confiante na realização dessa prática.

Frente a essa realidade, concorda-se com Gerondo (2006), quando menciona que a herança cultural contribui para que as pessoas moldem estilos de vida, atribuam valores aos comportamentos e possam discernir sobre o que seja apropriado ou não, em consonância com os parâmetros da comunidade.

Essa constatação é também corroborada por Weber e Pereira (2010) que, ao beberem na fonte de Halbwachs (2003), salientam que a memória adquirida se manifesta quando a pessoa reconhece e identifica as lembranças do seu grupo de pertencimento como suas, evidenciando assim, a existência de um processo de apropriação das representações coletivas, visto que as pessoas não lembram sozinhas, mas precisam da contribuição de outros indivíduos para confirmarem ou negarem suas lembranças, que estão localizadas em algum lugar peculiar no tempo e no espaço. Desse modo, por integrarem o grupo familiar, as avós de Recém-Nascidos têm suas lembranças reconhecidas e reconstruídas nesse espaço de relacionamento.

Nessa perspectiva, compreende-se que o ato de cuidar é complexo, traz consigo visão de mundo, crenças e valores culturais, princípios construídos que identificam comportamentos originados de um contexto sócio-cultural. Nesse sentido, cuidar é, pois, uma forma de nutrir e garantir um conjunto de necessidades vitais, que possibilite o desenvolvimento biopsicossocial e cultural do ser; assim, “Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjuntode atos que têm por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo.” (COLLIÈRE, 1999, p. 29).

O cuidado do coto umbilical realizado pela avó é permeado de sabedoria, amor, experiências, poder, responsabilidade, conhecimentos e valores com enfoque cultural, pois

existe certa preocupação de preservação dessa cultura, quando a mesma é transmitida às filhas e noras. Comose pode observar, na narrativa da colaboradora Safira, convicta de que o cuidado que ela pratica é a maneira correta, ela transmite aos seus familiares seu conceito sobre o cuidado do coto, suas experiências e valores enraizados em sua cultura, geralmente aceitos no seu contexto sociocultural, como uma tradição, evidenciando assim uma prática de cuidado apreendida ao longo das gerações.

Ensinei, eu sempe falo; sempe ensinei esse cuidado pa minha família toda e eu acho que é certo; se é desde o começo do mundo que agente vem cuidano desse jeito aí (Safira, 77 anos de idade).

As avós constituem fonte de preservação do saber e da cultura popular, por guardarem em sua memória, lembranças de como cuidar do coto umbilical, que são transmitidas entre as gerações, através da ação (prática do cuidado) e/ou pela oralidade. O ato de cuidar é complexo, por resultar das experiências, tradições, histórias de vida, vivências, costumes e outros fatores culturais, que se fortalecem no espaço familiar. Segundo Souza (2005, p.27)

Ao longo dos anos as mulheres tem assumido a responsabilidade de proporcionar um ambiente agradável à convivência familiar e de ocupar-se, envolver-se e responsabilizar-se e inquietar-se com os problemas dos membros fragilizados da família: crianças, idosos, parturientes e enfermos. [...] apoiadas em suas intuições, experiências prévias e informações orais transmitidas de geração a geração, as mulheres solucionam problemas cotidianos com muita perspicácia, contribuindo para a manutenção da vida e perpetuação da espécie.

Ocuidar existe desde os primórdios do tempo histórico. Nesse sentido, concorda-se com Boff (1999, p. 190) ao elucidar que "o cuidado imprimiu sua marca registrada em cada porção, em cada dimensão, em cada dobra escondida do ser humano. Sem o cuidado o humano se faria inumano". Para Waldow (1998), o cuidado, seja ele entendido como uma atividade inata ou natural, generosidade ou caridade, é sempre uma atividade de ajuda e, neste sentido, a história, a cultura, bem como os valores transmitidos favorecem o reconhecimento das praticas de cuidado historicamente desenvolvidas pelas mulheres.

Os diversos saberes de cuidado que as mulheres desta pesquisa possuem, fazem compreender suas histórias de vida, as quais foram de grande valor no âmbito da pesquisa. O processo de recordação demonstra quão grande é o valor cultural que elas atribuem a esta pequena estrutura, conhecida pela literatura científica como coto umbilical. O destino do coto, após passar pelas fases de desidratação, mumificação e queda, goza de certo privilégio, posto que este também tem o seu "sepultamento" realizado pelos suas cuidadoras. Nesse sentido,

nota-se que esta ação busca atender a um ritual, dado que o coto não pode ser descartado, como se fosse algo insignificante. Assim, muitas optam por guardá-lo, cuidadosamente, durante anos/décadas, esperando a oportunidade de um dia poderem enterrá-lo em local apropriado, de acordo com sua cultura. Na compreensão dessas mulheres, este ritual de sepultamento, tem uma finalidade "nobre", uma vez que seu descarte poderá interferir, de forma negativa ou positiva, no futuro do indivíduo. Assim, caso o coto seja enterrado em fazenda, demarcaria um futuro próspero, pois provavelmente a pessoa se tornaria um fazendeiro; se fosse enterrado em lugares considerados sagrados (igreja, gruta), o indivíduo seria abençoado, tornando-se um religioso, em sua trajetória de vida. Porém, o descuido com o coto, que permitisse sua ingestão por um roedor (rato), constitui sinal de mal presságio, podendo a pessoa tornar-se ladrão/ladra. As falas de Quartzo, Opala e Esmeralda, reiteram estas realidades.

Ta tudo aqui. Ah, tenho tudo guardado, é, vou panhar pa tu vê. Tudo guardado minha fia. Dos netos, viu. Mais eu to lhe mostrano que eu tenho. Isso é pá interrar numa fazenda, mais eu nunca fui numa fazenda assim, tá qui [...]. Pá dá sorte pá criança, viu. Minha vó (risos), que me ensinou viu. Aqui tem seis tripas dos meus filho. E as dos netos, ta em Salvador com a mãe; ensinei pá ela interrar, ah, aliás interrou em Santo Antonio de Jesus, foi o pai que a família tem fazenda, levou pá interrar, interrar na fazenda em Santo Antonio de Jesus, diz que o minino dá sorte pá criança, passa a ter uma vida tranquila, né, financeira boa. E da minina, foi enterrado em Miguel Calmon, ni fazenda, graças a DEUS, hoje ela é inteligente, já se formou em arquiteta, viu. Não, pode jogar fora não, mais não pode não, oxe, não, por que pode acontecer a vida do minino discontrolar, né; eu tenho tudo guardado (Quartzo, 74 anos de idade).

Eu falava com elas (amigas vizinhas): ó minhas filha, vocês pega, enrola bem enroladinho e amarra num papel e vocês interra, vocês quer interrar em porta de igreja, em porta de fazenda pros filho ficar rico, fazendeiro (risos), aí você interra, a onde vocês quiserem. Quando interra na porta da igreja, porque diz que aí eles são abençoados, né [...] minha mãe que me ensinou; minha vó, que ensinou pra não deixar o imbigio atoa. Quer dizer, a gente naquele tempo a gente tinha que acreditar, até hoje a gente acredita porque já vinha de séculos e séculos atrás, né (Opala, 76 anos de idade).

Na Igreja Perpétuo Socorro, meu marido era pedreiro, foi ele que construiu aquela igreja Perpétuo Socorro, aí quando tava dando piso, eu fui lá e enterrei dentro da Igreja. [...] eu falei assim: vou enterrar dentro da Igreja pra DEUS, dar sorte a ele (risos), assunta minha idéia, né, graças a DEUS. Outra coisa que minha mãe falava: não pode deixar imbigio de criança atoa porque se o rato comer, o rato roer, ele fica ladrão, era isso minha mãe dizia assim e eu acredito, eu acredito (Esmeralda, 69 anos de idade).

Na figura 7, mostram-se cotos umbilicais (guardados durante anos/décadas) que foram apresentados pela participante Quartzzo, que espera a oportunidade ideal de realizar o devido descarte (enterro em local apropriado segundo sua cultura).

Outras participantes, a exemplo de Topázio, Safira e Rubi, também mantinham, sob sua guarda, cotos umbilicais de seus netos, para serem enterrados em fazenda, comose pode constatar em suas narrativas. Em suas narrativas, essas mulheres perpetuam esses rituais de cuidado com o coto, adquiridos e transmitidos, ao longo das gerações, por pessoas de mais idade, que sustentam e mantêm suas tradições de cuidado; e assim, elas conseguem, com seus valores e conceitos de cuidado cultural, influenciar seus familiares e demais pessoas do seu contexto histórico. As narrativas abaixo evidenciam essa realidade.

Figura 7 - Cotos umbilicais guardados há anos/décadas



Fonte: Acervo pessoal da Pesquisadora dos registros de imagens da pesquisa. Período Jul/2016

[...] o imbigio tá guardado (risos), tá guardado, já tem um ano e quato mês, porque a trodução, não é da gente de pegar o imbigio de minino e jogar fora né?;tem que interrar numa fazenda, mé ou num lugar religioso [...] então botava nas igreja, capela, em grutas (Topázio, 66 anos de idade).

Aquela tripinha que solta que pega assim... [...] Tem até um umbigo de uma neta minha aí, que pá mim interrar ainda, que eu ainda num interrei; tá até guardado ainda, já tem quinze anos; o umbigo, existe, ta até na caixinha aí (Rubi, 79 anos de idade).

É da minha bisneta, é, é, tem é dois ano; vou pegar pá levar pá enterrar no curral. Eu guardei dento de um frasquinho verde pá enterrar num curral, o imbigio. [...]Ah, isso aí já vem dos antigos né, minha mãe, minha mãe ensinou, é, já vem dos antigos (Safira, 77 anos de idade).

Posteriormente, na figura 8, se visualizam cotos umbilicais (conservados durante anos/décadas) que estão sob a guarda de Safira e Rubi. Topázio¹⁹, mantém a guarda do coto, porém o mesmo não foi fotografado.

Figura 8 - Cotos umbilicais guardados há anos/década



Fonte: Acervo pessoal da Pesquisadora dos registros de imagens da pesquisa. Período Jul/2016

Adentrando no mundo do saber popular, descobre-se que o coto umbilical, guardado após sua queda, tem sido utilizado no tratamento de cólica intestinal e de problemas oculares. As falas de Turmalina e Diamante evidenciam esta crença.

[...] eu guardei, olha, servia até de remédio, entendeu? olha você chegava, vamos dizer assim: esse menino tá com muita dor de barriga, você ferve a água, numa vasilhinha, ferve a água e colocava ela (coto umbilical) lá dentro, quando tivesse frio, você botava na chuca e dava pá cólica; É bom, bom, era bom. Eu fiz assim com todos eles. mais só servia se fosse o dele mermo, só dele mermo, pois é; fazia, fiz pra eles tudo (filhos e netos) aqui, pá eles todos, o chazinho do umbigo, mermo; oh meu Deus se você zoiar é cada marão se você vê, tudo forte, tudo grande, nem tudo é muito grande né, mas tudo forte não me queixa..., esse que tava em Conquista mermo...(Turmalina, 74 anos de idade).

Outa hora a gente também guardava quando o menino ficava com o olhinho duente, a gente lavava aquele imbigio, dava, banhava o olho, dava pá beber. Oe diz que pá beber, é pá num dá cólica. Botava na água de fusão, botava a água pra ferver, botava o imbigio dento, botava o imbigio e botava den d'água. Isso tudo minha fia, a gente, pra que te dizer que eu num fiz, né? mais eu já fiz, funcionava, parava, parava a dor de barriga, parava, parava, parava (Diamante, 91 anos de idade).

Observa-se que, em geral, as participantes deste estudo e seu(s) grupo(s) de relação utilizam, como medida terapêutica, o chá feito com o coto mumificado de seus RN com a finalidade de obter a cura para infecção ocular e cólica intestinal. A Turmalina justifica que, para cada RN, era utilizado o chá de seu próprio coto. Esta participante, ao rememorar este

¹⁹Topázio relatou que mantém a guarda do coto umbilical do seu bisneto de um ano e quatro meses para posteriormente ser enterrado pelos pais do garoto, a quem que transmitiu o cuidado com o coto umbilical.

feito, declara ainda, com alegria, que seus filhos e netos gozam de perfeita saúde, pois jamais se queixaram de alguma enfermidade. A Diamante, ao se referir ao evento, afirmou que tal procedimento produz efeito benéfico à saúde do RN, visto que cessava a cólica intestinal. Há de se pensar que esta concepção de saúde e doença está enraizada no saber popular das participantes, em que as crenças e credences constituem fatores fortes e predominantes, que parecem se situar acima do cientificismo, na cultura popular.

Evidentemente que, em pleno século XXI, mesmo tendo o conhecimento dos avanços científicos e tecnológicos no âmbito da saúde, estes parecem esquecidos ou desacreditados, por parte de uma população de cuidadoras, posto que elas valorizam e utilizam seus saberes de cuidado, que foram adquiridos junto a grupos de interação, sustentados em uma tradição repassada às gerações, denotando assim "a força que tem a memória no cotidiano das pessoas" (FIGUEIREDO, 2012, p.1).

Corroborando esse pensar, Oliveira et al (2006) lembram que as práticas populares têm se mantido como primeiro recurso utilizado pelas famílias para cuidar de seus entes. Práticas populares podem ser definidas como um conjunto de recursos utilizados pelas famílias, pessoas leigas e por terapeutas populares, em que 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. A narrativa de Zircónia, confirma o dito desses autores

Primeiro eu faço o remédio caseiro, agora se eu vejo que não der certo, aí eu procuro o médico (Zircónia, 74 anos de idade).

Percebe-se, na narrativa de Zircónia, quão grande é o valor atribuído às práticas populares de cuidado com a saúde, de maneira geral, desenvolvidas no domicílio. Falar dessas práticas é pensar que a geracionalidade possui um lugar no saber, que movimenta as práticas populares de cuidado, desenvolvidas por essas mulheres que participaram da pesquisa. Significa que elas possuem um rico acervo de saberes atrelados a sua cultura, que embasam, fortalecem e propiciam a sua tomada de decisões. Nesse sentido, pode-se então afirmar que essas práticas constituem a sabedoria dessas mulheres.

Nesse contexto, Barbosa et al(2004), esclarecem que a cultura é uma das ferramentas que a Antropologia utiliza, para estudar a origem dos seres humanos, bem como sua adaptação ao meio em que vivem, possibilitando também compreender a maneira que os grupos sociais visualizam o mundo. A cultura popular possibilita às pessoas acumularem conhecimentos oriundos de experiências, tradições e costumes e, desse modo, compreenderem e solucionarem diversas situações vivenciadas, consideradas enigmáticas. Vários aspectos que

fazem parte da diversidade cultural como, arte, moral, leis, costumes e crenças, geralmente funcionam como uma bússola a nortear as práticas sociais. Por conseguinte, o avanço científico e tecnológico existentes, que tiveram seus ápices nas últimas décadas, não têm sido capazes de desconstruir mitos, crenças e credences, transmitidos geracionalmente e que permeiam o cotidiano das pessoas (BARBOSA et al.,2004).

Essas autoras ainda expõem que as práticas culturais geralmente possuem um significado que responde às expectativas daqueles que nelas acreditam e as utilizam, sendo capazes de articular experiências do presente e do passado. Nesse sentido, evidencia-se, no campo da saúde, diferentes práticas de cuidado com funções curativas e preventivas diversas. Frente às interfaces do cuidar, alguns indivíduos buscam aproximação com a medicina convencional, em que o tratamento é direcionado pela equipe de profissionais da área de saúde, enquanto outros buscam os saberes populares (BARBOSA et al., 2004).

Desse modo, considera-se que a fragilidade da interiorização da assistência, cuja expansão é uma das recomendações da política de saúde vigente no Brasil, funciona como gatilho para a perpetuação das práticas populares, as quais, muitas vezes, constituem a única possibilidade de tratamento para os problemas de saúde. Ressalte-se que as motivações para adesão ao uso dos métodos populares relativos ao cuidado na saúde independem de aspectos sociais, tais como, níveis de escolaridade e classes sociais, posto que estes também são praticados nos centros urbanos desenvolvidos (ÁVILA-PIRES, 1995; CAVALCANTE, 2001).

Nessa perspectiva, reitera-se que a forma de cuidar do coto umbilical, praticada pelas avós dos RN, é mediada por valores culturais, sociais e afetivos. O saber que estas possuem, apesar de ser, em sua maioria, permeado de crenças e mitos, dão sentido ao reconhecimento, confiança, respeito e gratidão, que têm o seu grupo e a comunidade próxima. Os saberes adquiridos e continuamente compartilhados asseguram que sejam mantidas, reproduzidas e transmitidas as características culturais do grupo. Entende-se que esta forma de cuidar esteja vinculada à memória coletiva, na qual segundo a concepção de Halbwachs (2003), passado e presente se entrelaçam continuamente na consciência dos indivíduos que constituem o grupo que a mantém. Desse modo, por meio da memória, os cuidadores rememoram aprendizados, vivências e experiências inerentes à prática, que movimenta o processo do cuidado com o coto no contexto domiciliar familiar. Por outro lado, muitas são as crenças que fundamentam explicações para a etiologia do tétano umbilical, conforme apresentado nas falas seguintes. E, assim, faz-se necessário registrar aqui algumas narrativas relevantes, visto se tratar de algo do passado, que continua vivo no presente e posto em ação nos dias atuais.

Esta realidade está arraigada na concepção de pessoas mais velhas, que, com seus saberes culturais e por possuírem experiência na área de cuidado com o coto, são vistas como confiáveis; sendo seus ensinamentos valorizados e apreendidos por demais pessoas, como observado na narrativa de Topázio, quando se refere à parteira, pessoa de destaque no seugrupo de relacionamento.

[...] Então o mal, diz que era uma bobuleta; quem falou foi a vea Tumaz (parteira) [...] ela era uma pessoa mais velha que na realidade ta falano, tem mais experiência que eu né, era assim (Topázio, 66 anos de idade).

Enclausurar o RN no quarto, no sétimo e no vigésimo primeiro dia de vida, após o nascimento, diz respeito a uma tradição entre os antigos, ainda mantida pelas cuidadoras desta pesquisa e demais membros da família, assim como outros grupos de contato. Além disso, mantém-se o ritual, nesses dias, de não retirar as roupas do RN do quarto, no qual ele se encontra. Na concepção dessas cuidadoras, caso estes cuidados sejam violados, o RN sofrerá as consequências do mal presságio, que culminaria em adoecimento e óbito. Essas crendices e rituais, inseridos no contexto do cuidado ao RN, que se propagam ao longo dos séculos, estão fortemente registrados no fragmento da memória de Esmeralda, que, apesar de não saber o significado que tem o "Mal de Sete Dias", do ponto de vista científico, prefere valorizar os conselhos de sua genitora, e obedecer a esses conselhos sem questionar. A prática de cuidado com o coto está, portanto, alicerçada na sapiência dos membros mais velhos de sua família.

Com sete dia não tomava banho e não saia de dentro do quarto e não lavava a roupinha dele, ou ele ou ela que fosse, entendeu? Ficava, trocava aquela roupa, guardava aquela roupinha ali e não saia de dentro do quarto; a roupinha sujinha botava lá dentro de um cestinho que minha mãe tinha, e botava a roupinha lá dentro do quarto onde ela (RN) tava. Porque diz, que fazia mal, que podia dar o mal de sete dia e morrer. Não sei, que mal é esse, num sei, minha mãe é que falava, o mal de sete dia. Agora, eu acho que podia ter alguma coisa e ele falecer, entendeu? A minha mãe, nunca falou pra quê, ela só falou que não podia. Com os meus irmãos foi a mesma coisa também, e as minhas (filhas) também quando nasceu, foi a mesma coisa também. Eu, não lavou roupa, não tirou de dentro do quarto, e não tomou banho. Com meus neto, foi a mesma coisa também. E outra coisa: sete dia e vinte e um dia. Quando completava vinte e um dia também, não saia de dentro do quarto. Minha mãe dizia que era os dia perigoso, os sete dia e os vinte e uma dia. Ela não dizia porque, não lembro que ela falava alguma coisa assim, ela dizia que fazia mal, agora que mal era, não sei minha filha. Eu tenho pra mim que era minha vó que falava isso com ela, né, e aí ela passava pra gente também. Gente de fora ia visitar, só não podia sair de dentro do quarto, porque podia doecer e morrer, né. Ela (mãe da participante) falava assim: o mal de sete dia. Deve ser alguma coisa assim que ela falava que não podia sair de dentro do quarto. Com todos os filhos ela fez. Ela teve dezessete filhos tudo de tempo. Com minhas filhas eu fiz a mesma coisa, com sete e com vinte e um; e com os netos a mesma coisa,

tudo que aprendi com minha mãe. Tudo que aprendi foi com minha mãe, ela era quem ensinava tudo pra gente, é, [...]. Conheci, conheci todo mundo da parte de meu pai e da parte de minha mãe. Eles fazia a mesma coisa, a mesma coisa, era a mesma coisa, eu te digo porque a gente morava tudo perto, e quando nascia um neném a gente ia visitar e era a mesma coisa, a mesma coisa que minha mãe ensinava pra gente fazer, elas fazia também, minhas tias (Esmeralda, 69 anos de idade).

Para Turquesa, em seu contexto de cuidado com o coto, o "mal de sete dias", se trata de uma doença letal, conhecida como mal de Parkinson, que se inicia, segundo seu saber cultural, no umbigo do RN. Tal dito é observado no fragmento de memória desta participante, demonstrando, assim, a lacuna existente entre os saberes científico e o popular.

Porque o pessoal disse que, que com sete dia dá aquela duença e mata os menino, o mal de páquito; parece que é, que é no imbigio. [...] o povo dizia que era essa duença, era (Turquesa, 80 anos de idade).

Sobre o "Mal de Sete Dias", vale destacar a compreensão de Opala, quando se refere à patologia que coloca em risco a vida do RN. Todavia, há de se questionar como esta colaboradora compreende a etiologia deste "mal", ou seja, a existência de uma bruxa que apresenta *poder* para matar, ao sugar o coto umbilical e ou ferida umbilical. Apesar do pensamento expresso por Opala, ela ainda ratifica o desejo de saber o que, de fato, significa este mal. Nessa rede mística foi lembrada a figura de uma cobra, denominada "buiona". Segundo Aliverti (2005), o suposto réptil lendário teria o nome correto de boiúna, também conhecido como cobra-grande, mãe-do-rio ou senhora-das-águas, que, com seus encantos, transforma-se em navios, além de tantas outras formas. Com sua magia, ataca sempre para matar. Assim, Opala expressa sua crença acerca do Mal de Sete Dias e da boiúna.

Eu, é isso que eu queria saber também pra poder explicar, né. Porque uns, diz que é uma bruxa que vem, pode chupar o imbigio da criança e matar. Outros diz também que é pra gente ter cuidado porque aquela cobra que chama buiona pode vim também, que ela bota o rabo na boca da criança, e vem chupar o peito da mãe, ah, eu morria de medo (Opala, 76 anos de idade).

Esta narração remete à reflexão de que, no palco da vida, o imaginário é considerado como real para muitas famílias. Segundo Brandão (2014, s/p), "é impossível que as serpentes se alimentem de leite, pois elas são répteis, ou seja, as mesmas não se alimentam do leite". Neste sentido, o autor lembra ainda que as serpentes são répteis, podendo ser ovíparas ou vivíparas. Elas não possuem glândulas mamárias, e, portanto não amamentam seus filhotes. A serpente além de possuir um sistema digestório não adaptado a este tipo de alimentação, visto que não possui enzima lactase para digerir o leite, sua dentição, língua e

a estrutura da boca não lhe permitem realizar o ato de sucção. Motivos pelos quais, seus instintos não a induzem a ir em busca de leite (BRANDÃO, 2014). Este temor é reflexo da desinformação sobre o mal que, de certo modo, foi gerado pela cultura das participantes desta pesquisa. Frente a este olhar, os mitos e saberes construídos culturalmente causam estranheza e, de certo modo, medo no processo de cuidado com RN, principalmente nos dias em que, segundo as participantes, são considerados de riscos à vida do RN.

Rubi e Quartzzo, também narram seus costumes de cuidado popular, ao se referirem ao "mal de sete dias". Essas participantes acreditam que o uso propositado da tesoura com pontas abertas debaixo do travesseiro do RN causaria o afugentamento do mal, evitando assim que o RN fosse acometido de adoecimentos e que viesse a óbito.

A mesma coisa que fiz com meus filho, fiz com meus neto, não saia do quarto, foi, não saia do quarto, não tomava banhe, sim ainda tem outra coisa: a tísica, a tísica aberta debaixo do travesseiro, a tísica aberta. Acho também que é por causa do mal de sete dia né. Não sei, acho que era (risos), deve ser era contra né, contra esse mal né, contra esse mal, num deixava passar pá criança né. Aí agora não sei explicar, aí agora não sei. A minha parteira também me ensinou a fazer isso (Rubi, 79 anos de idade).

Disseram que tinha que botar uma tísica debaixo do travesseiro da criança, botava, eu via o povo falar, bota a tísica aberta; eu botava, botava, pa num, diz que tem um, que vem pelo ar, ó isquici o nome desse negocio desse pássaro que vinha certo vê a criança; me deram o nome, esse aí eu isquici. [...]. Ó, tem o nome, tem o nome, mal de sete dia, né, o mal de sete dia que atacava as criança, aí isquici o nome da ave, do bicho que passava (risos), era (risos), minha vó que dizia isso. Olha, eu não sei nem te explicar direito, esse mal de sete dias, mais que tinha, tinha, que diz que o umbigo ruxiava, a criança murria, diz que foi o mal de sete dia, quando murria uma criança assim, é. Já, já vi, o umbigo fica todo roxo. Diz que esse mal, entra den de casa. Na certa entra pelo telhado também (Quartzzo, 74 anos de idade).

Segundo Cascudo (2015), o uso de tesoura debaixo do travesseiro do RN, diz respeito a um costume antigo praticado em Portugal e difundido posteriormente para outros países como Brasil, Espanha, França, Bulgária, Romênia e Grécia. O autor ainda diz que a tesoura pode ser substituída por uma faca ou lâmina de aço. Contudo, o aço deve ser deixado visível, a lâmina desembainhada e, a tesoura com as pontas abertas.

Há de se considerar que estes saberes se refletem na prática de cuidado ao coto umbilical. O Mal de Sete Dias, na compreensão científica, corresponde ao tétano neonatal.

Em geral, existem muitas crendices, em torno do cuidado com o RN, vinculado ao coto umbilical. Pode-se inferir que, ao se analisarem essas narrativas de memória herdada e vivenciada, entre as gerações de uma mesma família, que tem sua origem nas experiências dessas participantes avós, vê-se quão rica de saberes é a cultura dessas mulheres, que, por

unanimidade, compartilham pensamentos sobre o cuidado do coto, cuidado com o RN, no sétimo dia de vida, em que os rituais são naturalmente postos em prática, como os narrados por estas participantes. Bruxa, pássaro, borboleta, cobra, doença de Parkinson, algo que, trazido pelo vento, foi referido como se fosse o agente etiológico do tétano neonatal (mal de sete dias). Reitera-se aqui ser preocupante este desconhecimento acerca da etiologia do tétano umbilical, por interferir nas ações efetivas de prevenção do adoecimento e da promoção da saúde. Enquanto o esclarecimento a respeito dessa patologia, não alcançar, por meio de ações educativas em saúde, essas e outras cuidadoras do coto, elas continuarão repetindo os rituais de suas práticas de cuidado popular, sem nenhuma percepção da gravidade do risco a que os RN são expostos, a exemplo de tesoura aberta debaixo do travesseiro do RN, dentre outros já explícitos nesta pesquisa.

Essas avós guardiãs da memória da família, na convivência com outras mulheres, compartilham suas crenças, seus saberes populares, seus rituais, seus costumes, seus valores, sua percepção de saúde, que outrora foram adquiridos, no contexto histórico cultural em que elas estão inseridas e, assim, esses aspectos culturais transmitidos, que rodeiam cuidado, saúde e doença, são valorizados e assegurados por elas e outras cuidadoras, que também compartilham cotidianamente a mesma crença e credence, seja no seio familiar, e/ou comunidade, mantidas como tradição na vida destas mulheres.

Percebem-se ainda outros legados culturais, apontados pela Esmeralda e pela Rubi, em suas narrativas, que lhes foram transmitidos pelas pessoas de mais idade do seu meio de interação e dizem respeito à falta de banho no RN no sétimo e no vigésimo primeiro dia de vida. Quanto a manter o RN no quarto, no sétimo e no vigésimo primeiro dia de vida, em nada prejudica a saúde dele, mas a ausência de banho remete à reflexão sobre o entendimento que têm as participantes a respeito dessa prática, principalmente se não tiver ocorrido a queda do coto e cicatrização da ferida umbilical. Os profissionais de saúde devem estar atentos também a este comportamento, dada a necessidade da aplicação cuidadosa e frequente do álcool a 70%, na região do coto e/ou ferida umbilical, também nesses dias, visto que o coto umbilical pode permanecer na região de origem até trinta dias, sem preocupação para as cuidadoras, desde que não apresente sinais de infecção. Por conseguinte, o banho deve ser dado imediatamente no oitavo dia, posta a preocupação com o fato de o RN estar sem receber a devida higienização corporal durante o período de resguardo instituído por essas mulheres e demais cuidadoras.

Desse modo, o acesso ao conhecimento científico, no que diz respeito ao banho de RN e o cuidado com o coto umbilical, torna-se indispensável não somente às participantes deste

estudo, mas a outras cuidadoras de RN, especialmente por não terem tido a oportunidade de conhecer esse universo de saber-alheio ao seu cotidiano, e de saber lidar com ele. Nesse sentido, Simson, aponta que "a memória é organizada e retida pelo conjunto de seus membros, os quais se incumbem de transmiti-la de geração a geração", contudo, cabe às pessoas idosas o importante papel social de guardiãs da memória e transmissoras de largas experiências e vivências, consideradas como fundamentais para a sobrevivência do grupo (SIMSON, 2003, p. 16), como dito anteriormente nesta pesquisa.

Corroborando a autora supracitada, Barros (1989) destaca a figura dos mediadores na família, com funções fundamentais no processo de manutenção da identidade grupal. Para a autora, esses mediadores fortalecem o vínculo entre as gerações, sendo responsáveis pela transmissão dos fatos ocorridos no passado, vivenciados e experimentados pela família. Os avós são os mediadores de maior destaque no seio da família, por formarem um elo entre antepassados e descendentes. Nesse contexto, o grupo familiar constitui importante referência para a reconstrução do passado, por ser a família objeto de recordações dos indivíduos, espaço no qual essas recordações podem ser avivadas.

Para Barros, os avós são figuras fundamentais na transmissão de valores que constituem bens simbólicos, que têm, para eles, um sentido representativo de uma situação social e moral. Os grupos familiares consideram os avós como o início de uma trajetória de uma grande família, sejam avós matriarcas ou patriarcas. São vistas como elemento de comunicação e de conhecimento, que exercem poder familiar e que, com sua capacidade, conseguem agregar em torno de si, os membros de seu(s) grupo(s) familiar(es) (BARROS, 1989). Nessa perspectiva de transmissão de bens simbólicos entre as gerações, cujo lugar de passagem é a família, os avós são as principais figuras para a preservação de valores familiares. A representação da figura dos avós pode ser avivada,

Com os olhos de quem já percorreu um longo caminho no grupo doméstico, os avós voltam-se para o passado para construir, hoje, frente à modernização da sociedade e dos papéis familiares, um modelo de família no qual é indispensável sua presença como mediador entre as gerações e como transmissor do valor social atribuído a família (BARROS, 1989, p.37).

Segundo Bosí (1979), as pessoas idosas, por trazerem consigo inúmeras lembranças, são as mais interessadas pelo passado, sendo que o ato de lembrar se torna uma de suas funções. Todavia, além de a memória ser referência de sua família, esta também constitui memória de outros grupos, instituições e da sociedade. Estes idosos são os guardiões das

tradições, que discutem com outros idosos e com pessoas mais jovens suas diversas experiências.

Halbwachs (2004) evidencia, em sua teoria da memória coletiva, que existe uma relação entre o passado e o presente e entre o indivíduo e a sociedade. As lembranças que pressupõem a história de vida das pessoas são suscitadas pelo presente, ao tempo em que o passado é um referencial, que orienta as lembranças para o presente, no momento em que as pessoas buscam nele sentido, para viverem suas novas experiências cotidianas (ALVARO, 2005). Neste sentido, "se lembramos, é porque os outros, a situação presente, nos fazem lembrar: O maior número de nossas lembranças nos vem quando nossos pais, nossos amigos, ou outros homens, nô-las provocam" (BOSI, 1979, p.17). Desse modo, as pessoas idosas-avós e demais indivíduos, que sabem e estão conscientes da importância que tem a família na construção da identidade dos seus membros, incorporam a responsabilidade de preservar a memória do grupo familiar (BARROS, 1989). Cada grupo possui um passado comum, no qual a memória é compartilhada, pois nele, existe um sentimento de pertencimento e de identidade mantida pela memória.

Sobre este assunto, Pollak (1992, p. 5) discorre que a memória contribui para o sentimento de identidade "na medida em que ela é também um fator extremamente importante do sentimento de continuidade e de coerência de uma pessoa ou de um grupo em sua reconstrução de si". Contudo, a relação entre a memória e a identidade está baseada no pertencimento do indivíduo a um grupo social (WEBER; PEREIRA, 2010).

A memória como mecanismo cultural fortalece o sentido de pertencimento dos indivíduos a grupos ou comunidades. Desse modo, a referência a um passado comum permite construir sentimentos de autovalorização, possibilitando aos indivíduos maior confiança, tanto para consigo quanto para com o grupo de seu convívio (JELIN, 2002). Nesse sentido, compreende-se que a memória é essencial a todas as pessoas e que sua relação com a cultura consolida a construção de identidade do grupo.

Conhecer a diversidade cultural aproxima o indivíduo, da memória e, lhe possibilita buscar alternativas que favoreçam as cuidadoras de RN, no sentido de potencializá-las com base no saber/fazer reflexivo. Contudo, é importante destacar que resistir à compreensão do presente, com base na compreensão do passado, ficará incompreensível o que se pretende fazer. Assim, sugere-se que a memória de cuidadoras do coto umbilical seja trabalhada de forma respeitosa, com as ações de Educação em Saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática. Mudar é difícil, mas é possível.

Paulo Freire, **Pedagogia da autonomia**

O estudo da memória perpassa diversos campos do saber, mostrando a sua importância na constituição e na identificação dos grupos familiares e na construção de saberes populares utilizados nas práticas de cuidado. Nesse sentido, acredita-se que as crenças adquiridas e transmitidas e as experiências vividas pelas cuidadoras desse estudo, ao serem rememoradas, expressaram uma memória que suscita a possibilidade de discussão, reflexão e análise, seja na Academia, seja nos serviços de saúde, no intuito de alcançar e dar voz àqueles que necessitam ser ouvidos, necessitam de um olhar consciencioso, responsivo, educativo, de forma que o outro tenha a oportunidade devida para expressar a sua memória. Somente assim, se poderá compreender este saber construído coletivamente e transmitido de uma geração para outra de uma mesma família.

Nas últimas décadas, importantes avanços científicos contribuíram para esclarecer a história natural de diversas patologias, dentre elas, as onfalites e o tétano umbilical, objetos deste estudo. No entanto, percebe-se a dualidade que direciona várias *práxis* cuidadoras, dado que nem sempre o que é considerado certeza, do ponto de vista científico, é aceito pelas pessoas leigas, que encontram no saber popular, explicações para diversos fatos do cotidiano, explicações essas que são prioritariamente transmitidas de geração em geração entre os membros de uma mesma família.

Assim, o cuidado com o coto umbilical que, em primeiro momento poderia ser um ato simples, torna-se complexo, podendo aumentar a vulnerabilidade dos RN a diversas infecções. Nesse sentido, o uso da História Oral, a partir das entrevistas temáticas realizadas, criou a oportunidade de se adentrar no complexo mundo do saber popular.

Esta pesquisa desejou abrir parênteses, e assim o fez, para trazer aqui, o que diz Del Priore (2012a), acerca do cuidado ao RN, particularmente com o coto umbilical. Segundo esta autora, no Brasil, desde os primórdios da colonização, os modos de cuidado praticados sempre foram direcionados por superstições, que leva à reflexão sobre a persistência desses costumes, que sobrevivem ao tempo e se dissemina entre as gerações, mesmo com o avanço

da ciência. Assim, no cuidado com o coto umbilical, era utilizado óleo de rícino mesclado com pimenta, por acreditarem que tal procedimento contribuiria para a cicatrização da ferida umbilical. É prática também comum, no tratamento do coto, as mesmas folhas maceradas, que serviam para envolver o RN. Ademais, mantinham o ritual de enterrarem, cuidadosamente, o coto no quintal das residências, para se evitar que fosse utilizado para algum malefício contra o RN. O benzimento fazia parte do ritual para proteger os RN das "maldades da bruxa". Dentre os rituais de cuidado com o RN, o mau tratamento do coto era considerado uma das causas do alto índice de mortalidade infantil, sendo que escapar da morte constituía uma ação Divina (DEL PRIORE, 2012a). Ao se rememorarem e se analisarem as práticas de cuidado com o coto registradas pelo Programa Educativo juntamente com as práticas de cuidado desenvolvidas por essas mulheres participantes da pesquisa e o que diz Del Priore (2012a), chega-se à conclusão de que as práticas de cuidado com o coto têm origem cultural com raízes fincadas em um tempo longínquo, no qual a memória de cuidado popular com o coto não se perdeu, pois a recordação dessas práticas estão sempre vivas na memória dos seus cuidadores. Aqui fecham-se os parênteses e afirma-se que esta modalidade de cuidado popular, que não acabou, mas continua sendo executada, demonstra uma força centrada em uma tradição movimentada pelos seus gurdões, como registrado nesta pesquisa.

Neste contexto, há de se considerar que, embora cientificamente se saiba que os fatores de risco para a morbimortalidade infantil relacionadas às onfalites estejam diretamente relacionadas ao cuidado inadequado com o coto, na crença popular, os fatores etiológicos de tais infecções são outros. Esta realidade remete à necessidade de se pensarem ações de educação em saúde, com o objetivo de capacitar a pessoa que irá cuidar do coto e da ferida umbilical do RN, de forma adequada. O nascimento, processo que assegura a perpetuação da vida humana, constitui fato contínuo, sendo que suas características sofrem importantes variações, a depender da localidade e do tempo histórico em que ocorrem. Nesta perspectiva, a aproximação com o saber popular reitera a importância das ações educativas no cuidado com o RN, em especial com o coto umbilical. Todavia, há de se ponderar que as devidas orientações sobre este cuidado, as quais deveriam ter início na assistência pré-natal, com continuidade no alojamento conjunto não atendem totalmente às recomendações do Ministério da Saúde, que prevê o desenvolvimento de ações educativas, prioritariamente nesses espaços, no intuito de assegurar a saúde do binômio mãe/filho.

Embora se saiba que algumas mulheres não realizam o pré-natal, enquanto outras têm os seus filhos em suas residências localizadas na zona rural, onde o acesso ao serviço de saúde é difícil devido a vários fatores, sabe-se também que existem aquelas que, apesar de residirem

no espaço urbano e terem transitado pelos Serviços de Pré-natal e Alojamento Conjunto, persistem em manter suas ações de cuidado cultural baseadas no saber popular. Acredita-se que tal escolha se deva à fragilidade das ações de Educação em Saúde, que, de alguma forma, causa o distanciamento entre a ciência e as cuidadoras. Essa fragilidade foi identificada em vários trechos desta pesquisa, como, por exemplo, quando as participantes expressam sua insatisfação com o atendimento e a assistência pela rede SUS, a forma como são tratadas pelos profissionais de saúde, o porquê de elas optarem pelo saber popular ao invés de priorizarem o que é preconizado pela Ciência.

Como exemplo, também traz-se a fala de uma puérpera, registrada na pesquisa realizada por Linhares (2010). Apesar de ter realizado o pré-natal, refere não ter recebido do profissional de saúde, orientação sobre o cuidado do coto umbilical, evidenciando assim, que a fragilidade das ações educativas em saúde não é algo recente; talvez tenha se tornado um vício difícil, porém não impossível de ser banido.

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 imbuço do bebê (LINHARES, 2010, p. 140).

Frente a essa realidade, é mister que os profissionais de saúde dialoguem com o saber popular, respeitando a cultura da comunidade, buscando estratégias de desmistificar mitos, rituais e crendices que possam colocar a vida em risco. Nesse sentido, as ações educativas em saúde devem ser realizadas, considerando-se o contexto sócio-cultural familiar da comunidade.

Nas últimas décadas, passou-se a conviver com importantes avanços no mundo da tecnologia da informação e da comunicação, com rápidas e eficientes formas de difusão e propagação dos informes em geral. No entanto, os resultados deste estudo apontam para a preservação de uma cultura popular, transmitida geracionalmente, entre pessoas que compartilham histórias de vida relacionadas com a arte popular de cuidar, sendo elas difusoras do conhecimento, reconhecidas como pessoas sábias, de grande valor no grupo de pertencimento. Nas suas lembranças, mantidas pela memória, passado e presente se misturam.

Nesse sentido, corrobora-se Figueiredo (2012b, p.1-2), ao referir que aquele que envelhece, é capaz de rememorar os "pequenos fatos que tecem a vida de cada indivíduo e de grupo, trazendo à tona um passado cheio de correlações com o presente" Ao reencontrar o passado, o idoso repassa suas lembranças para o jovem, que o escuta e delonga o tempo de sua permanência. As lembranças que lhe chegam continuam vivas, por longos períodos de

tempo, enquanto o grupo existir. E assim as antigas memórias trazidas de suas "mais longínquas brenhas ancestrais" continuam sendo transmitidas aos membros dos grupos relacionais. Contudo, acredita-se que, pela aquisição de novos saberes promotores da saúde, torne-se possível que as lembranças antigas sejam trazidas, pela memória de seus ancestrais, apenas como algo do passado que já não se pratica mais, mas que terão lugar na memória de cuidadoras de RN, as lembranças de um passado presente recente. Por conseguinte, considerando-se que a memória é um processo vivido e é dinâmica, reflita-se então no que diz Bosi (1979), "quando nossa percepção é alterada, alteram-se também as nossas ideias, nossos juízos de realidade e de valor". Destarte, quando o conhecimento chega à nossa memória, ele é transmitido às gerações futuras, sendo então motivo de mudanças.

Nessa perspectiva, a Educação em Saúde vem a contribuir, no sentido de veicular medidas preventivas de práticas consideradas nocivas à saúde e reintegrar os saberes populares de cuidado, às práticas de cuidado ético, de forma que sejam negociadas, com as cuidadoras, práticas de cuidado consideradas nocivas a saúde do RN e que, portanto, sejam vistas como diferentes daquelas preconizadas pelo Ministério da Saúde e demais estudiosos do cuidado com o coto umbilical. Assim, vislumbra-se a necessidade de se traçarem estratégias viáveis de capitação das gestantes para a devida inserção nos serviços de assistência pré-natal, bem como parto e nascimento em ambiente hospitalar, de modo a assegurar melhores condições de saúde e de vida ao binômio mãe-filho e aos seus familiares.

Os resultados do estudo demonstram que a memória adquirida e vivida dessas participantes/cuidadoras, partilham as mesmas crendices no cuidado com o coto umbilical, utilizando substâncias caseiras (pena de galinha, fumo torrado), bem como, outras alopáticas (óleo de rícino, mertiolate, óleo de amêndoas, pedra hume), dentre outros componentes insalubres à saúde do RN. Além disso, a maioria atribui o "mal de sete dias" a algo sobrenatural. Nota-se que o uso do pó de terra, óleos de rícino e de amêndoa, moeda, faixa umbilical, beberagem do chá do coto umbilical mumificado, bem como o ritual para o descarte do coto, gozam de grande importância no cotidiano das avós. Observa-se que as participantes do estudo reconhecem essas práticas como seguras para a saúde do RN.

Importante consideração acerca dos resultados desta tese remonta a observação de que estas formas de cuidado não guardam aproximação com o conhecimento científico, sendo essas ações consideradas de risco para a saúde do RN. Neste sentido, ressalte-se a importância destes resultados, que se por um lado elucidam a riqueza da cultura popular, por outro lado, geram o confronto com o conhecimento científico. Esta realidade interfere, negativamente, no processo de comunicação entre os profissionais da área de saúde, sobretudo médicos e

enfermeiros com cuidadores domiciliares afirmando a necessidade da concepção e execução de uma política pública voltada não somente para as cuidadoras de RN, mas também para os profissionais de saúde em geral.

É grande a necessidade de se pensar, elaborar e executar ações que garantam melhoria da qualidade de vida, dessas cuidadoras, RN e familiares e de tantas outras que estão na mesma condição de vida ou ainda em situações piores, não por culpa delas, mas culpa de um sistema político injusto, no qual as propostas para a melhoria no atendimento e assistência a saúde dos usuários do SUS, quando são executadas, são de forma precária.

Neste cenário, o que impera é a desigualdade social, causando um grande distanciamento entre ricos e pobres. Os pobres são estigmatizados por não possuírem escolaridade ou possuírem pouca escolaridade, por não terem tido a oportunidade de crescimento em várias áreas de suas vidas e do "saber" e portanto são excluídos da sociedade injusta de nosso país. Assim as narrativas dessas participantes, se traduzem em pedido de socorro às esferas governamentais deste país, para que se cumpram as suas promessas de melhoria de vida e saúde à população.

É necessário que os profissionais de saúde se dispam de suas práticas e de seus discursos tradicionais de cuidado e foquem nas ações não somente curativas, mas também nas ações de promoção da saúde e de prevenção de adoecimentos, como estabelecido pela Constituição Federal, que sejam cumpridos os princípios da integralidade de assistência, visto que o modelo hegemônico de assistência à população carente de atenção e informação não atende às suas reais necessidades. Ouvir essas cuidadoras constitui estratégia imprescindível para negociação do cuidado. É preciso interagir com as cuidadoras, por meio do diálogo e da "escuta sensível", de modo que elas sejam alcançadas, é preciso, que os profissionais de saúde tenham acesso a sua memória de cuidado e lhes propicie a compreensão e a reflexão sobre suas maneiras de cuidar do coto, fundamentadas na memória de seus ancestrais e que outrora lhes foram transmitidas, sendo fundamental que haja aproximação/vínculo entre os profissionais de Saúde e a comunidade de cuidadoras, com vistas a articular os dois saberes, popular e o ético, dado que o segundo depende do primeiro para ser produzido, de modo que se possa direcionar e ressignificar o cuidado com o RN, baseado em princípios científicos, mas adequando o cuidado ético, à realidade das cuidadoras, posto que, à medida que elas forem incorporando e praticando uma nova experiência de cuidado, as lembranças reelaboradas e rememoradas propiciarão a construção de uma memória coletiva de cuidado, fundamentada no novo saber apreendido.

Todavia, não é a intenção desta pesquisa desprezar o saber popular, mas conhecê-lo em um sentido amplo e valorizá-lo, posto que o cuidado com o coto umbilical, narrado por estas participantes, está alicerçado neste saber, que pode comprometer a saúde do RN. Partindo do princípio que conhecer é poder, acredita-se que só assim os profissionais de saúde conseguirão reestruturar o cuidado popular desenvolvido pelas cuidadoras, coerente com sua cultura, e terão êxito nas ações congruentes orientadas, com vistas à consolidação de um cuidado adequado à saúde, não somente do RN, mas também da sua família.

O compromisso ético com a manutenção da vida e da saúde desnuda a necessidade de que os profissionais de saúde intensifiquem as ações de Educação em Saúde, como meio estratégico para alcançar mudanças de hábitos e comportamentos de cuidadoras de RN, na perspectiva de que possam ter acesso a conhecimentos e tecnologias que favoreçam um cuidado mais seguro, no que diz respeito ao coto umbilical. Acredita-se que as ações educativas contribuirão para a extinção de medo, mitos, rituais, crenças e costumes e possibilitarão a troca de práticas inadequadas de cuidado por práticas de promoção da saúde. Embora se saiba que a memória dos indivíduos é seletiva e, por isso, somente apreendem aquilo que é de seu interesse. Para que a ciência alcance o maior número de sujeitos, é fundamental reconhecer a necessidade de mudança, pois só assim as barreiras serão rompidas.

A utilização da História Oral como método desta pesquisa, possibilitou o acesso à memória de cuidado dessas mulheres pesquisadas. Suas narrativas se constituíram em instrumento valioso da memória, capaz de revelar os saberes, a identidade, os costumes, a herança cultural de um grupo, de grupos ou de uma dada comunidade. Suas reminiscências revelaram ainda a forma como elas percebem o processo saúde e doença e seu modo de cuidar do coto, utilizando sua sabedoria de cura, embora de eficácia duvidosa, mas baseado em um contexto cultural geracional, de saberes adquiridos e influenciado pelos seus antepassados, principalmente pelas suas avós, que não encontraram barreiras no seio familiar que as impedissem de influenciar no comportamento dessas participantes, razão pela qual as participantes avós mantiveram esse cuidado cultural como uma tradição.

No que tange as orientações de cuidado com o coto, traz-se aqui, nessas linhas conclusivas, um fragmento de memória de uma das participantes, que se reporta aos profissionais de saúde.

Meus filhos nasceu no hospital com médico. Não, panhou, mandou embora, e, pronto, num falava nada (Jaspe, 63 anos de idade).

Assim, acredita-se que o estudo poderá contribuir para a reflexão de profissionais da saúde, sobretudo a equipe de enfermagem, para a implementação de ações de educação em

saúde sobre o cuidado com o coto umbilical, assegurando a saúde dos RN, através da minimização da vulnerabilidade ao granuloma, onfalites e ao tétano neonatal, infecções mais frequentes na ferida umbilical e, dessa forma, promover a qualidade de vida do RN, familiares e comunidade. Este estudo poderá oferecer significativa contribuição no campo epistemológico, relacionada à memória coletiva, dada a possibilidade de instigar a comunidade acadêmica e científica, bem como a sociedade em geral, para um olhar reflexivo quanto à relação existente entre memória coletiva e cuidado popular e o quão é importante estar vigilante para a forma de como esta prática se consolida, de modo que o cuidado com o coto umbilical seja realizado adequadamente.

Deste modo, verificou-se nessa pesquisa, que o efeito de heranças sociais recebidas e vivenciadas pelo grupo de avós, atua a longo prazo como uma mensagem persuasiva que interfere na atitude e conduta dessas mulheres no cuidado com o coto umbilical incidindo, fortemente, sobre o tratamento desta estrutura no âmbito domiciliar predispondo o recém-nascido as onfalites. Em outras palavras, as avós continuam se amparando em práticas tradicionais que contrariam, em muitos aspectos, o saber científico sendo esta condição fortalecida pela dificuldade de acesso aos serviços que integram a rede de atendimento em saúde pública gratuita.

Afirma-se ainda que, por trás deste saber tão antigo e atual ao mesmo tempo, certamente os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, considerados profissionais do cuidado, deixaram de fortalecer e de executar as ações de educação em saúde, referentes ao cuidado do coto umbilical e de atender o indivíduo holisticamente, em suas necessidades humanas básicas. Urge dizer que persistir no que se pretende fazer é fundamental para se quebrarem as correntes que aprisionam, impedindo a consolidação de mudanças. Se a mudança de comportamento, de hábitos culturais prejudiciais à saúde é realmente almejada, tem-se que aprender a ouvir os sentimentos do outro, o que ele tem a contar, para se conhecer a sua *práxis* de cuidado. Sensibilizá-lo, educá-lo e fortalecê-lo, por meio de ações educativas, certamente o fará transitar pelo seu passado e refletir sobre sua realidade prática de cuidar do coto, de modo que a persistência de cuidado favorável ao adoecimento caia no esquecimento. Só assim será admissível descobrir novas possibilidades, que propiciem a elaboração de um cuidado saudável, com perspectiva de disseminação entre as gerações cuidadoras. Caso contrário, o legado cultural de cuidado inadequado com o coto umbilical continuará sendo transmitido cotidianamente, como tradição, pelas pessoas de mais idade aos seus descendentes, como se vê registrado nos fragmentos das memórias das participantes desta pesquisa.

Dada a importância dessa memória de avós cuidadoras, é necessário dar a essas mulheres o conhecimento de cuidado adequado, sem com isto fazer que elas percam a sua identidade, ou seja, a identidade do cuidado, considerada importante para manter a vida da sua família. É fundamental que essas mulheres cuidadoras do coto umbilical de RN absorvam o conhecimento da Ciência, não a Ciência ditando as regras do que elas devem fazer, mas uma Ciência colaborando para que elas consigam alcançar o que a Ciência diz e passem a propagar esse saber científico como apropriação delas, sem, no entanto, desvanecer a sua identidade de guardiã de um saber, fundado no cuidado popular e que, por isso, dá a elas, uma identidade e um lugar no mundo. A partir do momento em que o conhecimento científico se tornar uma tradição delas, que elas desenvolvem, certamente a prática de cuidado adequado será mantida, ao invés de praticarem e propagarem saberes que podem gerar danos à saúde do RN.

Evocar a memória das avós sobre o cuidado com o coto umbilical do RN permitiu a esta pesquisa perceber a importância dessas mulheres no interior das famílias. Esta memória denuncia os problemas do sistema de saúde e se coloca como resistência a este mesmo sistema. Além disso, essa memória aponta para uma ciência que não chega às pessoas, ou pelo menos não de maneira adequada e, por não chegar a essas pessoas de maneira adequada essas pessoas se investem de um poder e de uma tradição, que garantem a elas um local de destaque dentro da família. São mulheres que não tiveram estudo, que muitas vezes não tiveram profissão e que se reconhecem como mães e avós guardiãs de um saber, o que confere a elas uma identidade, que diz para elas o que elas são e a importância delas no mundo. Acredita-se que parte importante da identidade dessas mulheres se legitima justamente no trabalho de cuidado com os RN. Por outro lado, torna-se relevante questionar-se se essas práticas não têm produzido efeitos nocivos, que vão contra o saber científico. Em suma, parece existir um embate entre uma tradição, que confere identidade e poder a essas mulheres e uma ciência que diz o que deve ser feito e produz resultados positivos, na medida em que promove saúde para os RN, mas que, na sua forma de transmissão, estaria demonstrando dificuldade em atingir, na sua plenitude, os resultados esperados. Desse modo, acredita-se ter alcançado os objetivos propostos. Assim, o retorno deste trabalho é, sem dúvida, fazer com que elas, de alguma forma, alcancem o que a ciência propõe e que propaguem o conhecimento científico, na medida em que seja delas também este saber, e, que a Ciência passe a ser tradição no cotidiano delas, devendo-se, portanto, construir uma ponte, para que esse conhecimento de cuidado à saúde seja transposto de modo tranquilo e não chegue a elas de forma hierarquizada.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, M. H. M. B. As narrativas de si ressignificadas pelo emprego do método autobiográfico. In: SOUZA, E. C.; ABRAHÃO, M. H. M. B. (Org.). **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. 2006. p. 149-170.

ALBERTI, V. **História oral, a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1990.

_____. **O que documenta a fonte oral?** Possibilidades para além da construção do passado. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1996.

_____. **Ouvir contar: textos em história oral**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.

_____. **Manual de história oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2004 (a). v. 1.

_____. **Manual de história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2013.

ALENCAR, M. Memória coletiva e memória histórica (e suas relações com o futebol e a telenovela). **Revista Latino Americanade Ciencias de la Comunicación**. São Paulo.ano 2, v. 2, n. 2, p. 106-115, jan./jun. 2006.

ALIVERTI, M. J.Uma visão sobre a interpretação das canções amazônicas de Waldemar Henrique.**Estudos Avançados**. 19 (54), 2005.

ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, L.M.A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.1, p.263-274. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000100030>>.

ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Rev. Psicol. Saúde**. Campo Grande.v. 5, n. 1, p. 01-09, jun. 2013. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177093X2013000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23dez.2016.

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.

ÁLVARO, M. A. G. Os caminhos da memória. São Paulo: **Revista Caderno de Campo**, USP, v. 13, n. 13, p. 33-46, set. 2005.

ALVES, M. S. **Relatos orais:** a relação do processo saúde-doença e o trabalho na mineração. 154f. Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié: UFBA, 2008.

ANGELO, B. H.B. **Apóio à amamentação:** influencia da avó materna. Recife, 149f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

ASSUGENI, E. **Manual do Paciente**: Humanização, Respeito, amor, dedicação e atenção. Copyright 2007, Instituto EnzoAssugeni. Disponível em: <www.enzoassugeni.org>.

CARVALHO, M.C. B.Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, Ana Rojas.;VITALE, M.A. F.(Org.). **Família**: redes, laços e políticas públicas. 6.ed. São Paulo: Cortez; 2015.p.352.

AMAZONAS, M. C. L. A.et al. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. **Psicol. Estud.**Maringá.v. 8, n. p.11-20,2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722003000300003>>.

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. 2015.

ARAÚJO, M. P. N.; SANTOS, M. S. dos. História, memória e esquecimento: implicações políticas. **Revista Crítica de Ciências Sociais**.v. 79, p. 95-111, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/79/RCCS79-095-111-MPNascimento-MSepulveda.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ARROYO, J. I. M. **Saberes y conocimientos sobre el parto**. Historia de vida de una parte raafroecuatoriana. Tese (Doutoradoem Género y la Cultura) -Facultad Latino Americana de Ciencias Sociales, Ecuador, 2013.

AVILA-PIRES, F. D. Teoria e prática das práticas alternativas. **Revista Saúde Pública**. v. 29, n. 2, p. 174-51, 1995.

BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S. Cuidado ecológico: o significado para profissionais de um hospital geral. **Acta Paul. Enferm.**São Paulo, v. 22, n. 2, p. 183-191, 2009 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200011>>.

BADKE, M. R. et al. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto ContextoEnferm**. Florianópolis.v. 21, n. 2, p. 363-370, jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200014>>.

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.;SIQUEIRA, K. M.;BRASIL V.V.;BEZERRA, A.L.Q. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **R Enferm UERJ**. 2004. Jan-Abr; 12(1): 38-43.

BARBOSA, M. A. et al. Saber popular: sua existência no meio universitário. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 57, n. 6, p. 715-9, nov./dez. 2004.

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. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo.v. 20, n. 2, p. 226-229, abr./jun. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. Setenta, 2011.]

BARROS, M. M. L. de. Memória e família. **Rev. Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 29- 42, mar. 1989.

BATISTA, C. M. Memória e identidade: aspectos relevantes para o desenvolvimento do turismo cultural. **Caderno Virtual de Turismo**. v. 5, n. 3, p. 27-33, 2005.

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

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

BETIM, L. M. **Métodos e técnicas de pesquisa**. Faculdade Arapoti, 2013. Disponível em: <www.faculadadedeArapoti.com.br/blogadm/wp-content/uploads/2013/07Material/1_O-Conhecimento-Cientifico.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BIANCHINI, C. O.; KERBER, N. Mitos e crenças no cuidado materno e do recém-nascido. **Rev. Vitale**. Rio Grande, v. 2, n. 22, p. 35-50, 2010. Disponível em: <https://www.seer.furg.br/vittalle/article/viewFile/1455/2174>. Acesso em: 15 dez. 2015.

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

BLOCH, M. Mémoire Collective, traditions et Coutumes. **Revue de synthese historique**, 1925, n.08 118-120, p. 79.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias** - uma introdução ao estudo de psicologia. 13. ed. ref e ampliada. São Paulo: Saraiva, 2001.

BOEHS, A. E. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de família em expansão. In: BUB, L. R (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com família**. Florianópolis: UFSC, 1994.

BOEHS, A. E. et al. A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados das mães de crianças entre 0 a 6 anos usuárias da estratégia de saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1005-1021, 2011.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: T. A. Queiroz; Biblioteca de Letras e Ciências Humanas, 1979.

BRANDÃO, R. **A cobra preta que mama! É Mito ou Realidade?** 2014. s.d. s.p. Disponível em: <<http://www.rogilsonbrandao.com.br/2014/11/a-cobra-preta-que-mama-e-mito-ou.html>>. Acesso em: abril de 2017.

BRASIL. 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.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. **Política nacional de humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Assessoria de Comunicação. **Cartilha**: entendendo o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. 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.

_____. Conselho Nacional de Secretariados e Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 448p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 44 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. **Guia para os profissionais de saúde**: cuidados gerais. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2011. v.1. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília: CNS, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do Recém-Nascido**: guia para os profissionais de saúde. Cuidados Gerais. 2. ed. V. 1 Brasília-DF: MS, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CÂMARA, S. M. C. et al. Granuloma de coto umbilical em recém-nascidos: alternativa para tratamento. **Rev. Estima**. v. 5, n. 2, p. 37-41, abr./maio/jun. 2007.

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.

CAPPELLE, M. C. A.; BORGES, C. L. P.; MIRANDA, A. R. A. Um exemplo do uso da história oral como técnica complementar de pesquisa em administração. In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS ANPAD, 4. **Anais...** Florianópolis, Santa Catarina, 2010.

CARVALHO, M. A. A. **História e repressão**: fragmentos de uma memória oculta em meio às tensões entre a Igreja Católica e o Regime Militar em Teresina. Dissertação (Mestrado em História do Brasil) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2006.

CASADEI, E. B. Maurice Halbwachs e Marc Bloch em torno do conceito de memória coletiva. **Rev. Espaço Acadêmico**. v. 9, n. 108, p. 153-161, maio 2010.

CASCUDO, L.C. **Superstição no Brasil**. 1ª edição digital. São Paulo: Global, 2015.

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. São Paulo: Paz e Terra, 2001. 530 p.

CAVALCANTE, A. M. A cura que vem do povo. **Psychiatry On Line Brazil** [on line], São Paulo, SP, v. 6, p. 3, fev. 2001. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano01/mour0101.php>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. **Psicol. Cienc. Prof.** Brasília, v. 24, n. 3, p. 82-91, set. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000300011>>.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1995.

CHURCHILL, G. A. **Criando valor para o cliente**. São Paulo: Saraiva, 2003. Disponível em: <<http://www.dab.saude.gov.br>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

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

COLLIÈRE, M. F. **Promover a Vida**: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Trad. por Maria Leonor Braga Abecasis. Porto. LIDEL - Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999; 5. ed.2000. p.385.

CUNHA, J. T.et al. A percepção dos usuários de um centro de atendimento vinculado ao SUS: enfoque fonoaudiológico baseado na promoção da saúde. **CoDAS**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 417-428, ago. 2016. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162015066>>.

CURSINO, M. A. **Avaliação dos diferentes desempenhos dos sítios de cultura de vigilância para estafilococos aureus em gestantes e recém-nascidos**. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2012.

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.

DAVID, P. História oral: metodologia do diálogo. **Rev. Patrimônio e Memória**. São Paulo, Unesp, v. 9, n. 1, p. 157-170, jan./jun. 2013.

DEL PRIORE, M. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: DEL PRIORE, M. (Org). **História das crianças no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Contexto, 2012a.

DELGADO, L. de A. N. História oral e narrativa: tempo, memória e identidades. In: ENCONTRO NACIONAL DE HISTÓRIA ORAL (ABHO), 4. **Anais...** Belo Horizonte, 2003. p. 9-25.

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.

DEUS, M. D.; DIAS, A. C. G. Avós Cuidadores e Suas Funções: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **Pensando fam**. Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 112-125, jul. 2016. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2016000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2017.

DOMINGUES, P. Cultura popular: as construções de um conceito na produção historiográfica. **História**. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 401-419, ago./dez. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/his/v30n2/a19v30n2.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**. Curitiba: UFPR, n. 24, p. 213-225, 2004.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**:condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ELSEN, I. et al. **Um marco conceitual para trabalhos com famílias**. Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1992. (mimeografado).

_____. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). **O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

EPELBOIM, S. **Memória individual, memória social/coletiva**: considerações à luz da psicologia social. 2004. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos07/artigo02.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2004.

ESTRELA, J. B. C.; RIBEIRO, J. S. F. Análise das relações entre memória e aprendizagem na construção do saber. **Caderno Intersaberes**.v. 1. n.1, jul./dez., 2012.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicol. Reflex. Crit.**v. 18, n. 3, p. 381-389, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000300012>>.

HUVE, A. S.; FERNANDES, J.L. M. **Convivência Familiar, o papel da Escola no Combate ao Trabalho Infantil**. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul: Associação dos Fumicultores do Brasil-(AFUBRA), 2010.

FERNANDES, R. S. Memórias de menina. **Cad. CEDES**. Campinas, v. 22, n. 56, p. 81-102, abr. 2002. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622002000100006>>.

FERREIRA, M.M. **História oral**: desafios para o século XXI. Rio de Janeiro: Fiocruz; Casa de Oswaldo Cruz/CPDOC; Fundação Getulio Vargas, 2000. 204p.

_____. História, tempo presente e história oral. **Rev. Topoi**. Rio de Janeiro, p. 314-332, dez. 2002.

_____. A memória coletiva dos santos lugares. **Rev. Memória em Rede**. Pelotas, v.1, n.1, dez. 2009/mar. 2010.

_____. **Usos e abusos da história oral**. 8. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

FIGUEIREDO, A. M. Memória da Infância na Amazônia. In: DEL PRIORE, M. **O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império**. 5. ed. São Paulo: Contexto, 2012b.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem**: práticas para o cuidado em saúde coletiva. 1. ed.3.reimpressão. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007.

FOLLE, E.; GEIB, L. T. C. Representações Sociais das Primíparas Adolescentes Sobre o Cuidado Materno ao Recém-Nascido. Ribeirão Preto: **Rev Latino-Am. Enfermagem**. v.12, n.2, Mar./Abr. 2004.

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

FONSECA, JAMILE GUERRA. **Representações Sociais da Família sobre o Cuidado de Idosos Dependentes**. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié: UESB, 2014.

FRANK, R. La mémoire et l'histoire. In: VOLDMAN, D. (Dir.). **La bouche de lavérité?** La recherche histori queetlessour cesorales. Cahiers de l'IHTP, 1992. p. 65-72.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FURLAN, C. E. F. B. **Avaliação da qualidade do atendimento hospitalar:** o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes. 112f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: USP, 2011.

GADELHA, G. S. **Os saberes do corpo:** a “medicina caseira” e as práticas populares de cura no Ceará (1860-1919). 186f. Dissertação (Mestrado em História Social) - Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará: UFCE, 2007.

GALLAGHER, P. G.; SHAH, S. S. Omphalitis Clinical Presentation. **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.

GERMANO, M. G. **Uma nova ciência para um novo senso comum** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 400p. ISBN 978-85-7879-072-1. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

GERONDO, V. L. S. **As avós idosas cuidadoras dos netos hospitalizados.** Dissertação (Mestrado). Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2006.

GILLIGAN, C. **In a Different Voice.** Cambridge: Harvard University, 1993. (ed. orig. 1982).

GOMES, A. L. et al. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. **Rev Rene.** Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 2, p. 258-65, mar./abr. 2015.

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

HALBWACHS, M. **Les cadres sociaux de la mémoire.** Paris: Éditions Albin Michel, 1994.

_____. **A memória coletiva.** 2.ed. São Paulo: Centauro, 2003.

_____. **Los marcos sociales de la memoria.** Caracas: Anthropos Ed., 2004.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade.** Trad. Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HOLANDA, A. B. **Memória e esquecimento na ciência da informação:** um estudo exploratório. 141f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CAC. Ciência da Informação, Recife, 2011.

INACIO, I. C. A família rememorada: representações do grupo familiar em memórias de militantes comunistas. São Paulo: **Rev. Bras. de Hist.** v. 9, n. 17, p. 179-190, set. 1988/fev.1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010** - Famílias e domicílios - resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000010435610212012563616217748.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Censo demográfico: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2000/familias/censo_familias.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Sistema de Indicadores de Percepção Social**. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

JAPIASSU, H. **A Face Oculta da Ciência Moderna**. Rio de Janeiro: Imago, 2013.

JELIN, E. **Los trabajos de la memoria**. Madrid, Espanha: Siglo XXI, 2002.

JOUTARD, P. Desafios à história oral do século XXI. In: FERREIRA, M. M.; FERNANDES, T. M.; ALBERTI, V. (Org.). **História oral: desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Casa de Oswaldo Cruz; CPDOC; Fundação Getúlio Vargas, 2000. 204p.

KEMPFER, S. S. et al. Percepção dos usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil: revisão integrativa. **Rev Rene**. Fortaleza, v.12, n. esp., p. 1066-73, 2011.

KLEVENS, R. M. et al. InvasiveMethicillin-Resistant.Staphylococcus aureus Infections in the United States.**Jornal ofthe American Medical Association**, v. 298, n. 15, p. 1763-1771, Nov. 2007.Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17940231>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

KOVALSKI, M. L.; OBARA, A. T.; FIGUEIREDO, M. C. **Diálogo dos saberes: o conhecimento científico e popular das plantas medicinais na escola**. (s/d). Disponível em: <www.nutes.ufrj.br/abrapec/viiienpec/resumos/R1647-1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

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**. 20.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

LAZZARATO, M. “La Mémoire Sociale: représentations et croyances.” In: **Puissancesde l’invention** - La psychologie économique de Gabriel Tarde contre l’économiepolitique. Les Empêcheurs de penser en rond.Paris, 2002.

LEININGER, M. **Culture, Care Diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

_____.; MCFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2. ed. Sudbury. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers, 2006.

LIMA, J. P. S. et al. O uso da pedra umes no tratamento das alterações bucais. **R. Periodontia** - Setembro 2009 - Volume 19 - Número 03.

LIMA, H. C. L. **A Construção da memória coletiva na comunidade remanescente de quilombo Adelaide Maria da Trindade Batista (Palmas-PR)**. Monografia (Graduação em História). Curitiba: Universidade Federal do Paraná Setor de Ciências Humanas, 2013.

LINHARES, E. F. **A saúde do coto umbilical**. Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2000.

_____. **Influência intergeracional familiar no cuidado do coto umbilical do recém-nascido e interfaces com os cuidados profissionais**. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié: UESB, 2010.

_____. (Coord.). **Programa educativo: saúde do coto umbilical**. 1998-2013. Projeto (Extensão) - Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié: UESB, 2013.

_____. (Coord.). **Programa educativo: saúde do coto umbilical**. Projeto (Extensão) - Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié: UESB, 2014.

_____.; 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.

LOPEZ, F. A.; CAMPOS JUNIOR, D. **Tratado de pediatria: sociedade brasileira de pediatria**. Barueri-São Paulo: Manole, 2007.

LOUVISON, M. C. P.; BARROS, S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**. São Paulo, n. 47, p. 9-15, abr. 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20dez.2016.

LOWENTHAL, D. **Como conhecemos o passado**. São Paulo: EDUC, 1981. (Projeto História, 17).

MACEDO, M. L. A. F. et al. História oral temática na pesquisa em enfermagem: estudo bibliométrico. **Rev. Cogitare Enferm.** Natal, RN, v. 19, n. 2, p. 384-91, abr./jun. 2014.

MAIOR, M. S. **A medicina popular e alguns remédios populares**. Vida & Obra. s./d. Disponível em: <http://www.soutomaior.eti.br/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=28>. Acesso em: 16 nov. 2016.

MAROTE, A.S. F.; PINTO, C. A.; VIEIRA, M. R.; FIGUEIREDO, M. C.A. B.; PEDROSA, P. M. N. Crianças como cuidadoras: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n.6, p.1-10, nov./dez. 2012.

MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991. v.1.

MARQUES, F. R. B. et al. A presença das avós no cotidiano das famílias de recém-nascidos de risco. **Rev. Ciênc Cuid Saúde**, v. 10, n. 3, p. 593-600, jul./set.2011.

MARTA, F. E. F. et al. Saber escutar: a história oral e o seu potencial no contexto das multiversas relações da saúde. In: SILVA, L. W. S. da (Org.). **Família em contexto: multiversas abordagens em investigação qualitativa**. Salvador: Arcádia, 2012.

MARTINS, L. A. **Cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombolae a influência intergeracional**. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador: UFBA, 2014.

MATOS, J. C. et al. Fasceíteneocrotizante em pacientes obstétricas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v. 20, n. 10, p. 557-561, 1998. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72031998001000003>>.

MATOS, J. S.; SENNA, A. K. História oral como fonte: problemas e métodos. **Rev. Historiae**. Rio Grande, v. 2. n. 1, p. 95-108, 2011.

MELHY, J. C. S. **B.A colônia brasilianista**. História oral de vida acadêmica. São Paulo: Nova Stella, 1990.

_____. **Manual da história oral**. São Paulo, SP: Loyola, 1996.

_____. **Manual de história oral**. 4.ed. São Paulo, SP: Loyola, 2002.

_____.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer como pensar**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2015.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, Dec. 2010. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>>.

MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado a mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe, 1997.

MORAIS, A. C. **O cuidado às crianças quilombolas no domicílio à luz da teoria transcultural de leininger**. 199 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2013.

MORIGI, V. J.; ROCHA, C. P. V.; SEMENSATTO, S. Memória: representações sociais e cultura imaterial. Rio Grande do Sul: **Morpheus** - Revista Eletrônica em Ciências Humanas, ano 09, n. 14, p. 182-191, 2012.

MOTA, C. S.; REGINATO, V.; GALLIAN, D. M. C. A metodologia da história oral de vida como estratégia humanizadora de aproximação entre cuidador/idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1681-1684, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n8/v29n8a20.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

NADER, S. S.; PEREIRA, D. N. **Atenção integral ao recém-nascido**: guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2004.

NAMER, G. Posfácio. In: HALBWACHS, M. **Los marcos sociales de la memoria**. Caracas: Anthropos Ed., 2004, p. 345-428.

NASCIMENTO, E. M. Memória e Linguagem na Construção Narrativa. **CLIO-Revista de Pesquisa Histórica**, n.24, 2006.

NASCIMENTO, L. A.; RAMOS, M. M. A memória dos velhos e a valorização da tradição na literatura africana: algumas leituras. **Rev. Crítica Cultural (Critic)**. Palhoça, SC, v.6, n.2, p. 453-467, jul./dez. 2011.

NAZIR, Z. Fasciite necrotizante em neonatos. **Pediatr SurgInt.**, New York, v.21, n.8, p.641-644, Ago. 2005.

NOBRE, S. C. **Medicina popular de saúde**: a circularidade da saúde/doença entre a comunidade de Nossa Senhora das Graças e a Cidade Manacapuru/AM. 145 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Amazonas. Manaus: UFMA, 2009.

OLIVEIRA, A. T. S. A. et al. Crendices 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.

OLIVEIRA, L. S. **Terceira Idade**: uma proposta de estudo sobre o leitor e sua memória de leitura. Belém- PA. Dissertação. Universidade da Amazônia – UNAMA. Pró reitoria de pós-graduação e extensão – PPPE - Programa de mestrado em comunicação, linguagem e cultura, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. 2014.

PASA, M. C. Saber local e medicina popular: a etnobotânica em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**. Ciências Humanas. v. 6, n. 1, p. 179-196, jan./abr. 2011.

PATRÍCIO, Z. M. **Cenas e cenários de uma família**: a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1990.

PERALTA, E. **Abordagens teóricas ao estudo da memória social**: uma resenha crítica da memória. Centro de Estudos de Etnologia Portuguesa. Lisboa, 2007. (Antropologia, Escola e Memória, n.2 - Nova Série).

PEREIRA, A. C. S.; CUNHA, M. G. C. Medicina populare saberes tradicionais sobre as propriedades medicinais da flora cerradeira. **Rev Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v. 11, n. 21, p. 126-137, dez. 2015.

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.

PIZZATO, M. G.; DA POIAN, V. R. L. **Enfermagem neonatológica**. Porto Alegre: UFRGS, 1982.

POLLAK, M. Memória e identidade social. **Revista Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 200-215, jul. 1992. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/1941/1080>>. Acesso em: 10 out. 2016.

PORTELLI, A. Tentando aprender um pouquinho: algumas reflexões sobre a ética na história oral. **Projeto História**. Revista PUC-SP. São Paulo: Educ, n.15, p. 13-49, 1997.

_____. "História oral como gênero". **Projeto História**. Revista PUC-SP. São Paulo: Educ, n. 22 (História e Oralidade), p. 9-36, 2001.

PORTELLI, A. História oral e poder. **Rev. Mnemosine**. v. 6, n. 2, p. 2-13, 2010.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum.**, São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2015

RECH, I. P. F. "Atividades" na educação infantil e posturas educativas. In: MARTINS FILHO, A. J. (Org.). **Criança pede respeito**: temas em educação infantil. Porto Alegre: Mediação, 2005.

REZENDE, A. L. **Modelo de saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986.

_____. **Obstetrícia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

_____. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

REZENDE, E. F.; PEREIRA, E. S. **Os múltiplos papéis da mulher trabalhadora**: um olhar do serviço social. Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social (Graduação) - Faculdade Católica de Uberlândia, 2014.

RIBEIRO, M. B.; BRANDÃO, M. N. M. A produção científica da Enfermagem sobre coto umbilical. **Revista Interdisciplinar Novafapi**. Teresina.v. 4, n. 3, p. 54-59, jul./ago./set. 2011.

RODRÍGUEZ, M. V. História e memória: contribuições dos estudos das Instituições Escolares para a História da Educação. **Série-Estudos**. Periódico do Mestrado em Educação da UCDB, Campo Grande, MS, n. 25, p. 21-29, jan./jun. 2008.

RONCALLI, A. G. O. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a consequência do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, C. A. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. São Paulo: Artmed, 2003. p. 28-49.

ROSA, A. R. **Antissépticos utilizados no coto umbilical para a prevenção de infecção: uma revisão bibliográfica**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

ROUQUAYROL, Z. M.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SÁ, C. P. Sobre o campo de estudo da memória social: uma perspectiva psicossocial. **Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 290-295, 2007.

SAMPAIO, N. F. S. Linguagem, memória e escrita. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 10, n. 2, p. 405-411, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2017.

SANTANA, M. A. C. T. **Envelhecimento e a pessoa idosa: grupos de convivência promovendo saúde**. 248f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador: UFBA, 2010.

SANTOS, M. **Características da entrevista semi-estruturada**. 2008. Disponível em: <<http://mariosantos700904.blogspot.com.br/2008/05/caractersticas-da-entrevista-semi.html>>. Acesso em: 03 dez. 2015.

SANTOS, M. S. Sobre a autonomia das novas identidades coletivas: alguns problemas teóricos. **Rev. bras. Ci. Soc.** [online], São Paulo, v. 13, n. 38, p. 1-16, 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69091998000300010>>.

_____. **Memória coletiva e teoria social**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2012.

SANTOS, N. A. **Representações Sociais de mulheres que vivem com o HIV/AIDS sobre AIDS, HIV e cuidado de enfermagem**. 247f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador: UFBA, 2014.

SANTOS, P. M.; MAGALHAES, L. D. R. Experiência e memória herdada: a relação dos alunos com o passado a partir do contato com os mais velhos. In: COLÓQUIO DO MUSEU PEDAGÓGICO, 9. **Anais...** Vitória da Conquista: UESB, 2011.

SANTOS, S. V. As “mariares”: um estudo sobre identidade, memória e representações no ofício das rezadeiras em Delmiro Gouveia, sertão de Alagoas. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 30. **Anais...** João Pessoa, Paraíba, 2016.

SARAYVA, A. M. **Os saberes populares praticados no cuidado ao recém-nascido**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade do Estado do Pará. Belém: UFPA, 2003.

SCHMIDT, M. L. S.; MAHFOUD, M. Halbwachs: memória coletiva e experiência. **Rev. Psicologia USP**. São Paulo: SP: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, v. 4, n.1-2, p. 285-298, 1993.

SCHNEIDER, F. I. Plantas medicinais e condimentares, resgate do conhecimento popular. In: PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. **O professor PDE e os desafios da escola pública paranaense**. 2008. Curitiba: SEED/PR., 2011. v. 1. (Cadernos PDE). Disponível em: <www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=20>. Acesso em: 03 dez. 2015.

SCHWARTZ, S. H. Studying values: personal adventure, future directions. **Journal of Cross-Cultural Psychology**. v. 42, n. 2, p. 307-319, Mar. 2011.

SCHWARTZMAN, S. **Saberes científicos e saberes populares**. 1997. Disponível em: <<https://ia700804.us.archive.org/5/items/SaberesCientificosESaberesPopulares/1997saberes.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SEGRE, C. A. M.; ARMELLINI, P. A. **RN**. 2. ed. São Paulo: Savier, 1985. 416p.

SENADO FEDERAL (BR). **Estatuto do Idoso**. Íntegra da Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília (DF): Centro Gráfico; 2003.

SILVA, A. O. **O passado presente**. 2013. Disponível em: <<https://antoniozai.wordpress.com/2013/07/27/o-passado-presente/>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

SILVA, C. F. P. A Teoria da memória coletiva de Maurice Halbwachs em diálogo com Dostoievski: uma análise sociológica religiosa a partir da literatura. **Revista de Reflexão Teológica**. Faculdade Teológica Batista de Campinas. Campinas, 6. ed., v. 5, n. 2, p. 1-17, 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. (Org.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa Livro, 1996.

SILVA, L. R. et al. A prática do cuidado prestado pelas mulheres aos filhos no domicílio. **Enfermeira Global**. n.10, p. 1-9, maio 2007.

SILVA, L. W. S. **A dinâmica de relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2007.

SILVA, V. P.; BARROS, D. D. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. v. 21, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14087/15905>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

SILVA, W. C. L. Memória e identidade. **História**. Franca, v. 29, n. 1, p. 442-446, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-90742010000100024>>.

SILVA, S. S. **Ponto Urbe**- Revista do núcleo de antropologia urbana da USP 9, 2011. Ponto Urbe 9.

SILVA, S. F.; NETO, J. F. M. Saber popular e saber científico. **Revista Temas em Educação**. João Pessoa.v.24, n. 2, p. 137-154, jul.-dez. 2015.

SILVA, G. F. **Aedos**. Porto Alegre.v. 8, n. 18, p. 247-253, Ago. 2016

SILVEIRA, E. S. História oral e memória: pensando um perfil de historiador etnográfico. **MÉTIS: História & Cultura**, v. 6, n. 12, p. 35-44, jul./dez. 2007.

SIMSON, O. R. M. V. Memória, cultura e poder na sociedade do esquecimento. **Augusto Guzzo Revista Acadêmica**. São Paulo.n. 6, p. 14-18, maio 2003. Disponível em: <http://www.fics.edu.br/index.php/augusto_guzzo/article/view/57>. Acesso em: 19 out. 2015.

SIQUEIRA, K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto Contexto Enferm**. [online].v. 15, n. 1, p.68-73, 2006. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000100008>>.

SOARES, F. S. A memória no platô da história: Historiando memórias e memoriando histórias de trabalhadores escravizados. **Contraponto- Revista do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História do Brasil da UFPI**, Teresina, v. 2, n. 2, p. 191, ago. 2015.

SOUZA, A. S. **O cuidado com idosos hipertensos**: representações sociais de familiares. 222fs. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2005.

SOUZA, M. J. A memória como matéria prima para uma identidade: apontamentos teóricos acerca das noções de memória e identidade. **Revista Graphos**.vol. 16, nº 1, 2014 | UFPB/PPGL | ISSN 1516-1536 1.

EPELBOIM, S. **Memória individual, memória social / coletiva**: considerações à luz da psicologia social. 2004. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos07/artigo02.pdf>>. Acesso em: 30 de maio de 2011.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; SILVA, L. W. S. A prática da amamentação no cotidiano familiar - um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. **Revista Temática Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 205-221, jun. 2011.

THOMPSON, P. **A voz do passado**: história oral. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

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.

VITALIANO FILHO, A. F.; SILVA, E. L.**Memória procedural**. s/d. Disponível em: <<http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/906/trabalhos/M5.pdf>>. Acesso em 13 abr. 2017.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 1998.

_____. **O cuidado na saúde.** As relações entre o eu, o outro e os cosmos. Petrópolis - Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

WEBER, R.; PEREIRA, E. M. Halbwachs e a memória: contribuições à história cultural. **Rev. Territórios e Fronteiras.** Mato Grosso, v.3, n.1, p. 104-126, jan./jun. 2010.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica:** elementos essenciais à intervenção efetiva. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

_____. **Enfermagem pediátrica:** elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ZANATTA, E. A. **Saberes e práticas das mães no cuidado à criança de zero a seis meses de vida.** 163f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. 696p.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev Esc Enferm USP.** v. 38, n. 1, p. 21-7, 2004.

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, discente do Programa de Pós-Graduação em Memória Linguagem e Sociedade, Nível Doutorado da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, venho convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada: **Tenho Guardado os ‘Imbigo’de Todos os Meus Netos: memória de avós no cuidado com o coto umbilical**. A pesquisa pretende contribuir para a reflexão de profissionais da saúde, sobretudo da equipe de enfermagem, para a implementação de ações de educação em saúde sobre o cuidado ao coto umbilical de modo a preservar a saúde dos RN, através da diminuição do risco de inflamação no umbigo e tétano umbilical (mal de sete dias). Espera-se, ainda, que esta pesquisa seja útil para divulgar o conhecimento sobre o assunto, de forma que contribua para melhoria dos cuidados prestados por familiares e profissionais de saúde aos RN, no domicílio e em instituições de Saúde, de modo a ajudar na prevenção do adoecimento e morte de recém nascidos. A pesquisa terá como finalidade principal conhecer os saberes populares das idosas avós no cuidado do coto umbilical do Recém-Nascido. Em atendimento a Resolução 466/2012 que regulamenta as pesquisas com seres humanos, esclarecemos que suas informações serão guardadas em sigilo. Sua participação deve ser voluntária. Caso você não concorde em participar do estudo, garantimos que não sofrerá nenhum tipo de prejuízo. Esta pesquisa não trará benefício financeiro (pagamento) para a pesquisadora e nem para as participantes. Se houver algum dano decorrente desta pesquisa, a pesquisadora responsável assume a responsabilidade com o devido ressarcimento. No entanto, 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. Você terá o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa em que ela se encontre, sem correr riscos e sem prejuízo pessoal. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem duas vias. Uma cópia ficará com a senhora e a outra com a pesquisadora.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ declaro que recebi esclarecimento sobre a pesquisa intitulada: **Tenho guardado os ‘Imbigo’de todos os meus netos: memória de avós no cuidado com o coto umbilical**, e estou devidamente informada e esclarecida sobre os itens acima citados, referentes ao estudo e entendi as informações relacionadas a minha participação nesta pesquisa. A pesquisadora responsável me garantiu 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 garanto que não fui submetida 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, __/__/____
Assinatura da Pesquisadora

CONTATOS:

1. Pesquisadora: Eliane Fonseca Linhares

- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - Campus de Jequié. Avenida José Moreira sobrinho S/N, Jequiezinho, Jequié-Bahia. Telefone: (73) 3528-9600 / (73) 3528-9623 / (73) 98835-0230. Email: e-linhares@bol.com.br

2. Comitê de Ética e Pesquisa - CEP

- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - Campus de Jequié. Avenida José Moreira sobrinho S/N, Jequiezinho, Jequié-Bahia. Telefone: (73) 3528-9600 / (73) 3528- 9727. Email: cepuesb.jq@gmail.com e cepjq@uesb.edu.br

APÊNDICE B - Carta de Cessão



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS DE JEQUIÉ
 CREDENCIADO PELO DECRETO ESTADUAL Nº 7.344 DE 27.05.1998

CARTA DE CESSÃO

**PROJETO DE PESQUISA: Tenho Guardado os ‘Imbigo’ de Todos os Meus Netos:
 memória de avós no cuidado com o coto umbilical**

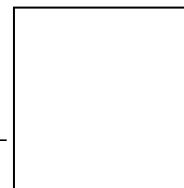
Jequié ___/___/___

Eu _____,
 Estado civil _____ e
 Identidade _____

Declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, gravada em ___/___/___ e cuja conferência de transcrição se deu na data: ___/___/___ para ser usada integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo a sua audição e o uso das citações a terceiros, ficando vinculado o controle a professora Eliane Fonseca Linhares que terá a guarda da mesma. Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, subscrevo a presente.

Jequié, ___/___/___

Assinatura do Participante



Impressão dactiloscópica

Declaro que recebi de forma voluntaria e apropriada o Termo de Cessão desta entrevistada, para participação nesta pesquisa em história oral.

Jequié, ___/___/___ _____

Assinatura do Pesquisador

APENDICE C - Termo de autorização de uso de imagem e depoimentos



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 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, a pesquisadora Eliane Fonseca Linhares do Projeto de Pesquisa **Tenho Guardado os ‘Imbigo’ de Todos os Meus Netos: memória de avós no cuidado com o coto umbilical**, a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. 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 da pesquisadora da pesquisa, acima especificado, 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 _____ de _____

 Participante da pesquisa

 Pesquisadora responsável pelo projeto

APÊNDICE D - Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS DE JEQUIÉ
CREDENCIADO PELO DECRETO ESTADUAL Nº 7.344 DE 27.05.1998

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

**PROJETO DE PESQUISA: Tenho Guardado os ‘Imbigo’ de Todos os Meus Netos:
memória de avós no cuidado com o coto umbilical**

PESQUISADORA: Eliane Fonseca Linhares

INSTRUMENTO DE COLETA

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA TEMÁTICA, COM AVÓS CUIDADORAS DO
COTO UMBILICAL DE NETOS RECÉM-NASCIDOS**

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PARTICIPANTE:

Idade: _____

Estado civil: _____

Número de Filhos: _____

Número de netos: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Renda Familiar Mensal: _____

Religião: _____

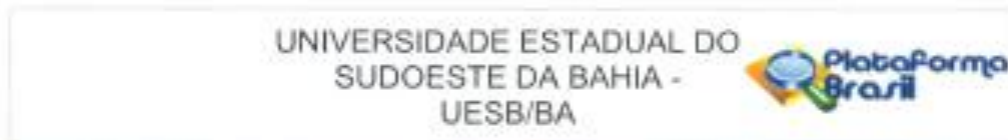
Zona de Procedência: _____

2. ENTREVISTA TEMÁTICA:

1. Infância e saúde
2. Vida adulta e saúde
3. Relação com o sistema de saúde
4. Cuidado do coto umbilical

ANEXOS

Parecer Consubstancial do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MEMÓRIA DE AVÓS NO CUIDADO AO COTO UMBILICAL

Pesquisador: ELIANE FONSECA LINHARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55757116.0.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.593.016

Apresentação do Projeto:

Os cuidados domiciliares fundamentados no saber popular, podem assegurar condições básicas de sobrevivência do Recém-Nascido (RN) por envolverem questões de segurança, conforto, nutrição e higiene, entre outros. No entanto, há de se considerar a efetivação destas práticas baseadas em falsas crenças, as quais necessitam ser desconstruídas, dadas as possibilidades de colocarem em risco a vida e saúde do RN. Estes saberes são comumente rememorados e repassados entre as gerações. Neste estudo será dado destaque ao cuidado do coto umbilical realizados pelas avós idosas, à luz da Teoria da Memória Coletiva de Maurice Halbwachs, com o objetivo de apreender as memórias de idosas avós no cuidado do coto umbilical do Recém-Nascido. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa, cujo referencial metodológico, será utilizada a História Oral Temática. A produção dos dados será gerada através da entrevista semi estruturada, sendo os depoimentos orais transcritos e submetidos ao método de Análise Temática de Conteúdo de Bardin. Participarão do estudo dez mulheres cadastradas em uma Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade, independentemente de residirem no mesmo domicílio de puérpera. Serão critérios de inclusão: mulheres avós, idade a partir de 60 anos, ter experiência com o cuidado do coto umbilical do(s) neto(s) e residirem na cidade de Jequié/BA, local onde a pesquisa será realizada. O estudo atenderá os critérios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisa com

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiézinho **CEP:** 45.206-610
UF: BA **Município:** JEQUIÉ
Telefone: (73)3528-8727 **Fax:** (73)3525-0953 **E-mail:** cep@uesb-jj@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.593.816

seres humanos, considerando a observância da beneficência, não maleficência, ausência de riscos e prejuízos, com garantia do anonimato aos sujeitos envolvidos. Espera-se que este estudo, possa contribuir para a reflexão de profissionais da saúde, sobretudo da equipe de enfermagem, para a implementação de ações de educação em saúde sobre o cuidado ao coto umbilical de modo a preservar a saúde dos Recém-Nascidos, através da minimização de sua vulnerabilidade ao granuloma, onfalites e ao tétano neonatal, infecções

mais frequentes na ferida umbilical e, dessa forma promover a qualidade de vida não apenas do RN, mas de sua família e comunidade. Espera-se, ainda, subsidiar a área acadêmica, por meio da socialização de conhecimentos teórico-práticos relativos à temática, no sentido de proporcionar novos olhares e saberes dos profissionais de saúde, destacando-se as enfermeiras, os acadêmicos de enfermagem e, de áreas afins. **Descritores:**

Memória coletiva, Cuidado, Coto umbilical,

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a relação entre o saber científico e o popular em especial relativo às avós no cuidado ao coto umbilical.

Objetivos Secundários:

- Identificar as modalidades de cuidado ao coto umbilical do Recém-Nascido estabelecidos por idosas avós;
- Desvelar as memórias de idosas avós sobre o cuidado do coto umbilical.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo aos pesquisadores "A pesquisa não oferece riscos nenhum à população. Caso o colaborador não concorde em participar do estudo, garantimos que não sofrerá nenhum

tipo de prejuízo. Se houver algum dano decorrente desta pesquisa, a pesquisadora responsável assume a responsabilidade com o devido ressarcimento. No entanto, este é um tipo de estudo que não tem dentro dos aspectos metodológicos quaisquer indícios de dano ao participante ou a qualquer outra envolvida. O colaborador terá o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa em que ela se encontre, sem correr riscos e sem prejuízo pessoal".

Quanto aos benefícios os pesquisadores referem que "Esta pesquisa não trará benefício financeiro (pagamento) para a pesquisadora e nem para os participantes".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é muito relevante para a área de saúde e seus resultados poderão contribuir para a

Endereço: Avenida José Manoel Sobrinho, s/n
Bairro: Jequié
UF: BA Município: JEQUIÉ CEP: 45.206-510
Telefone: (73)3526-6727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: repuesb-je@gmail.com

Página 02 de 04

Handwritten signature in blue ink.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.593.018

reflexão das práticas do cuidado ao coto umbilical pelos profissionais de saúde e em especial a Enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentam todos os documentos essenciais para submissão do projeto ao CEP-UESB. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está de acordo as recomendações previstas na Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Recomendações:

Recomendamos que os pesquisadores alterem no TCLE, o termo convidá-lo, pois a pesquisa terá como participantes apenas mulheres (avós).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se bem estruturado e apresenta todos os documentos necessários para submissão ao CEP-UESB. Neste sentido, somos de parecer favorável à aprovação do mesmo pelo CEP-UESB.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovo ad referendum o parecer do relator em 16/06/2016.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_704794.pdf	30/04/2016 18:23:15		Acerto
Recurso Anexado pelo Pesquisador	PORTARIA.pdf	30/04/2016 18:22:23	ELIANE FONSECA LINHARES	Acerto
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	30/04/2016 17:18:37	ELIANE FONSECA LINHARES	Acerto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_Eliane_CEP.doc	30/04/2016 14:35:25	ELIANE FONSECA LINHARES	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	30/04/2016 13:11:26	ELIANE FONSECA LINHARES	Acerto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	30/04/2016 13:08:55	ELIANE FONSECA LINHARES	Acerto
Declaração de	PESQUISA_NAO_INICIADA.pdf	30/04/2016	ELIANE FONSECA	Acerto

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiécinho CEP: 45.206-010
UF: BA Município: JEQUIÉ
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6685 E-mail: cepuesb.je@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Contribuição do Parecer: 1.000,016

Pesquisadores	PESQUISA_NAO_INICIADA.pdf	13:08:20	LINHARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	RESOLUCAO_486.pdf	30/04/2016 13:07:49	ELIANE FONSECA LINHARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ENCAMINHAMENTO.pdf	30/04/2016 13:07:12	ELIANE FONSECA LINHARES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	30/04/2016 12:45:12	ELIANE FONSECA LINHARES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	30/04/2016 12:44:23	ELIANE FONSECA LINHARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEUQUE, 16 de Junho de 2016

Ana Barbosa

Assinado por:

Ana Angélica Leal Barbosa

(Coordenadora)

Ana Angélica Leal Barbosa
Coordenadora do Comitê de Ética

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequicinha

CEP: 45.209-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-0683

E-mail: cepuesb_uj@gmail.com