



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**LUCAS AMARAL MARTINS**

**CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO EM COMUNIDADE QUILOMBOLA E A  
INFLUÊNCIA INTERGERACIONAL**

Salvador  
2014

**LUCAS AMARAL MARTINS**

**CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO EM COMUNIDADE QUILOMBOLA E A  
INFLUÊNCIA INTERGERACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup> Climene Laura de Camargo

Salvador  
2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde do SIBI /UFBA

M386 Martins, Lucas Amaral  
Cuidado ao recém-nascido em Comunidade Quilombola e a influência integrada intergeracional / Lucas Amaral Martins . – Salvador, 2014.  
122 f. : il.

Orientador: Dr. Climene Laura de Camargo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2014.

1.Enfermagem neonatal – Quilombolas - Comunidades. 2. Recém-nascidos - Cuidado e higiene.3. Enfermagem transcultural- Quilombolas- Comunidades. I. Camargo, Climene Laura de.II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU –613.952

**LUCAS AMARAL MARTINS**

**CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO EM COMUNIDADE QUILOMBOLA E A  
INFLUÊNCIA INTERGERACIONAL**

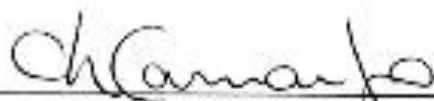
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, para exame de defesa, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde Linha de pesquisa: O cuidar no processo de desenvolvimento Humano.

Aprovado em 05 de setembro de 2014.

**BANCA EXAMINADORA**

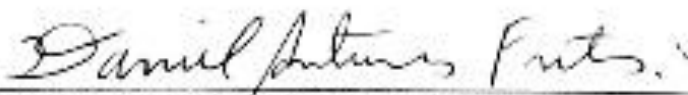
Climene Laura de Camargo

Doutora em Saúde Pública Docente da Universidade Federal da Bahia.



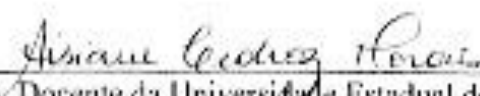
Daniel Antunes Freitas

Doutor em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal de Alagoas



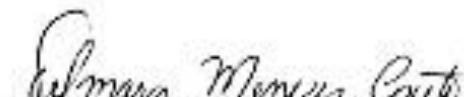
Aisiane Cedras Moraes

Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana.



Telmara Menezes Couto

Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Bahia.



## **DEDICATÓRIA**

---

Dedico este trabalho de Dissertação aos recém-nascidos e a comunidade quilombola da Vila Monte Alegre, por aceitar participar do estudo; à minha noiva **Aline**, com toda sua dedicação e apoio, soube compreender e colaborar com esse momento; e, à minha orientadora **Climene** que me ensinou a trabalhar em comunidade quilombola.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por estar sempre presente em todos os momentos de minha vida, abrindo-me as portas para a construção deste trabalho, caminhando ao meu lado, e me dando sabedoria e discernimento para escrevê-lo. Sem o Senhor nada seria possível.

Aos meus pais (**Mário e Ivânia**) pelo amor, carinho, e por não medirem esforços para que eu alcançasse essa vitória; pelos investimentos em minha formação profissional, sempre acreditando em meu sucesso.

À minha noiva **Aline**, por se fazer presente, por sua amizade, companheirismo, atenção, cuidado, amor, carinho, dedicação, pelas palavras e gestos de incentivo e ajuda na construção deste trabalho e momentos compartilhados. Muito Obrigado!

À minha Orientadora (**Climene**) pelo seu cuidado, carinho, exemplo e dedicação. Por ter caminhado ao meu lado sem medir esforços no ensino da arte de fazer pesquisa em comunidade quilombola. Todas as palavras são poucas pela gratidão que tenho por me guiar com ética, responsabilidade e profundo conhecimento, essenciais ao desenvolvimento deste trabalho.

À **Comunidade Quilombola da Vila Monte Alegre**, meu eterno agradecimento por sua atenção, respeito e confiança neste trabalho, obrigado por ter contribuído para que essa pesquisa se tornasse real.

Ao meu irmão (**Thiago**) pelo carinho, atenção, companheirismo, amizade e incentivo na construção deste trabalho e em toda minha formação.

À minha avó (**Mariza**) por todo seu apoio, carinho, amor e preocupação, para o meu sucesso.

À minha Tia (**Márcia Amaral**) pelo carinho, amor, apoio e valiosas contribuições no meu processo de formação.

Aos meus primos **Tatiana e Luciano Junior**, por estarem sempre presentes e torcendo por minha vitória. Muito Obrigado!

Às Doutoradas **Telmara Couto, Luzia Wilma, Marinalva Quirino e Aisiane Cedraz**, venho externar meus sinceros agradecimentos pelas contribuições na construção deste trabalho e por me aguçar a ir sempre além. Muito Obrigado!

Ao Profº Drº **Daniel Antunes**, por estar presente nesse momento de conclusão deste trabalho e contribuir para o crescimento do mesmo. Muito Obrigado!

Aos colegas de Mestrado, em especial **Samylla e Marília**, pelos ensinamentos, aprendizado, dedicação e troca de saberes, minha eterna gratidão!

A toda família do Grupo **CRESCER**, pelas valiosas contribuições para este estudo, troca de conhecimento, auxílio, companheirismo e pelo enriquecimento pessoal e profissional em minha formação.

Ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, por tudo que tem me oferecido e todos os momentos vivenciados. Muito Obrigado!

Aos meus Avós, Tios, primos e familiares, por estarem sempre incentivando e torcendo por minha vitória. Também por compreenderem os momentos de ausência.

A enfermeira e colega **Tânia Barbosa** pela amizade, companheirismo, apoio, compreensão, ensinamentos e carinho. Muito obrigado!

Aos meus colegas de Trabalho da UTIN do Hospital Português e Hospital Espanhol, pela amizade, carinho, apoio, incentivo, momentos compartilhados, serão sempre lembrados com carinho.

A CNPq por investir nesse trabalho e em minha formação. Muito Obrigado!

## RESUMO

MARTINS, Lucas Amaral. Cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola e a influência intergeracional. 2014. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2014.

O estudo tem como **objetivo** apreender o cuidado prestado ao recém-nascido em comunidade quilombola e as influências intergeracionais neste cuidado. Para desvelar o estado da arte acerca da temática foi realizada a **revisão de literatura** transversalizando três eixos temáticos, assim denominados: um olhar histórico acerca do cuidado ao recém-nascido; contextualizando as comunidades quilombolas brasileiras; e, a família e os aspectos culturais transmitidos intergeracionalmente. Como **fundamentação teórica metodológica** foi utilizada a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Assim, como **metodologia** optou-se por uma pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, que teve como cenário a comunidade quilombola de Vila Monte Alegre-BA. A coleta foi realizada no período de agosto de 2013 a julho 2014 tendo como colaboradores 15 mães e familiares de RN. Utilizou-se como instrumentos de coleta o genograma, ecomapa, entrevista semi-estruturada e o diário de campo. A análise foi delineada pelo modelo interativo proposto por Miles e Huberman. Ressaltamos que todos os aspectos éticos foram respeitados conforme a resolução 466/12, sob aprovação do comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob CAAE:16594413.8.0000.5531. Como **resultados** foram identificados os cuidados prestados ao RN no momento do nascimento, como a alimentação, higiene, sono/repouso, cuidado com o coto umbilical, cuidados preventivos, além de identificar o itinerário terapêutico. Algumas dessas práticas de cuidado expõem o RN a riscos e danos à saúde. O cuidado ao recém-nascido sofre influência intergeracional pautada nos valores socioculturais das famílias, sendo esses ensinados pelas mulheres no contexto domiciliar; as famílias se articulam para cuidar do RN formando uma rede de suporte social, resistindo às influências externas, como também de profissionais de saúde. **Conclusão:** os cuidados prestados ao recém-nascido da comunidade, em estudo, são baseados em valores socioculturais, costumes, crenças, saberes populares e práticas de cuidados transmitidos entre as gerações, sendo alguns desses cuidados preservados desde o período colonial. Faz-se necessário que os profissionais de saúde busquem se aproximar do contexto de cuidado das comunidades quilombolas para que possam direcionar e resignificar o cuidado ao recém-nascido baseado em princípios científicos, porém atrelado ao saber popular transmitido intergeracionalmente.

**Palavras-chave:** Cuidado. Recém-nascido. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Enfermagem Neonatal. Enfermagem Transcultural.



## ABSTRACT

MARTINS, Lucas Amaral. Newborn care at a maroon community and the intergenerational influence. 2014. 122f. Dissertation (Master in Nursing) – Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador. 2014.

The study has as **objective** to apprehend the care given to the newborn at a maroon community and the intergenerational influences in such care. To unveil the state of the art on this theme it was carried out a **literature review** mainstreaming three theme axes named: a historical look on the newborn care; contextualizing the maroon communities in Brazil; and, the family and the cultural aspects transmitted in an intergenerational way. As **theoretical and methodological foundation** we used the Theory of the Diversity and Universality of the Cultural Care by Madeleine Leininger. Thus, as **methodology** we opted for a descriptive and exploratory research with qualitative approach, which had as scenario the maroon community of Vila Monte Alegre – BA. The collection was carried out between August 2013 and July 2014 and had as contributors 15 mothers and relatives of newborns. We used as data collection instruments the genogram, ecomap, semi-structured interview and the field diary. The analysis was outlined by the interactive model proposed by Miles and Huberman. We highlight that all the ethical aspects were respected according to the Resolution 466/12, under the approval of the Ethics in Research Committee from the Federal University of Bahia, under the CAA: 16594413.8.0000.5531. As **results** we identified the care given to newborns in the moment of their birth, feeding, hygiene, sleep/rest, care to the umbilical stump, preventive care, besides identifying the therapeutic itinerary. Some of these care practices expose the newborn to risks and health damages. Newborn care undergoes the intergenerational influence based on sociocultural values of the families, and they are taught by the women in their home context; families organize themselves to take care of the newborns building a social support network, resisting to external influences, as well as those from health professionals. **Conclusion:** the care given to newborns from the community under investigation are based on sociocultural values, behaviors, beliefs, popular knowledge and care practices transmitted through generations, some of such care practices being preserved since the colonial period. It is necessary that health professionals approximate of the care context of these maroon communities to direct and reframe the newborn care based on scientific principles, but linked to the popular knowledge transmitted for many generations.

**Keywords:** Care. Newborn. Group with ancestors from the African Continent. Neonatal nursing. Transcultural nursing.

## RESUMEN

MARTINS, Lucas Amaral. Cuidado al recién nacido en comunidad de quilombo y la influencia intergeneracional. 2014. 122f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahia, Salvador. 2014.

El estudio tiene como **objetivo** aprehender el cuidado prestado al recién nacido en comunidad de quilombo y las influencias intergeneracionales en ese cuidado. Para desvelar el estado del arte sobre el tema fue realizada la **revisión de literatura** incorporando tres ejes temáticos denominados: una mirada histórica acerca del cuidado al recién nacido; contextualizando las comunidades de quilombo brasileñas; y, la familia y los aspectos culturales transmitidos de modo intergeneracional. Como **fundamentación teórica y metodológica** fue utilizada la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Así, como **metodología** se optó por una investigación descriptiva y exploratoria con abordaje cualitativa, que tuvo como escenario la comunidad de quilombo Vila Monte Alegre – BA. La colección fue realizada en el periodo de agosto de 2013 a julio de 2014 teniendo como colaboradores 15 madres y familiares de recién nacidos. Fueron utilizados como instrumentos de colección el genograma, ecomapa, entrevista semiestructurada y el diario de campo. El análisis fue delineado por el modelo interactivo propuesto por Miles y Huberman. Resaltamos que todos los aspectos éticos fueron respetados de acuerdo a la resolución 466/12, bajo la aprobación del Comité de Ética en Investigaciones de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahia, bajo CAE: 16594413.8.0000.5531. Como **resultados** fueron identificados los cuidados prestados al recién nacido en el momento del nacimiento, alimentación, higiene, sueño/descanso, cuidado con el muñón umbilical, cuidados preventivos, además de identificar el itinerario terapéutico. Algunas de esas prácticas de cuidados exponen el recién nacido a riesgos y daños a la salud. El cuidado al recién nacido sufre influencia intergeneracional pautada en valores socioculturales de las familias, siendo esos enseñados por las mujeres en el contexto domiciliario; las familias se articulan para cuidar del recién nacido formando una red de soporte social, resistiendo a las influencias externas, así como a profesionales de salud. **Conclusión:** los cuidados prestados al recién nacido de la comunidad en estudio son basados en valores socioculturales, costumbres, creencias, saberes populares y prácticas de cuidados transmitidos entre las generaciones, siendo algunos de esos cuidados preservados desde el periodo colonial. Se hace necesario que los profesionales de salud busquen se aproximar del contexto de cuidados de las comunidades de quilombos para que puedan direccionar y dar nuevo significado al cuidado al recién nacido basándose en principios científicos, pero ligado al saber popular transmitido de manera intergeneracional.

**Palabras-clave:** Cuidado. Recién nacido. Grupo con ancestrales del continente africano. Enfermería neonatal. Enfermería transcultural.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
2.1 UM OLHAR ACERCA DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO.....	19
2.2 COTEXTUALIZANDO AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS BRASILEIRAS....	26
2.3 A FAMÍLIA E OS ASPECTOS CULTURAIS TRANSMITIDOS INTERGERACIONALMENTE.....	32
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>40</b>
3.1 O CUIDAR FUNDAMENTADO NA TEORIA TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER.....	40
3.2 CAMINHO METODOLÓGICO.....	47
<b>3.2.1 Natureza da pesquisa.....</b>	<b>47</b>
<b>3.2.2 Colaboradores da Pesquisa.....</b>	<b>48</b>
<b>3.2.3 Cenário da Pesquisa.....</b>	<b>53</b>
<b>3.2.4 Aspectos Éticos da Pesquisa.....</b>	<b>56</b>
<b>3.2.5 Técnica para Coleta das Informações.....</b>	<b>57</b>
<b>3.2.6 Análise dos Dados.....</b>	<b>59</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
4.1 MANUSCRITO 1 – Cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola: uma abordagem transcultural.....	63
4.2 MANUSCRITO 2– Influência intergeracional no cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola a luz da Teoria Transcultural.....	76
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>118</b>

## **Considerações Iniciais**

---

Devemos aprender a cavar mais fundo, ir mais longe e evitar soluções calcadas sobre uma única razão. Importa inserir outras dimensões para enriquecer nossa visão.  
(Leonardo Boff)

## 1 INTRODUÇÃO

O estudo traz como **objeto** o cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola e as influências intergeracionais neste cuidado, que foi alcançado através das entrevistas e instrumentos de avaliação familiar, sendo os dados analisados e fundamentados na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

O interesse por esta temática emergiu durante a graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), quando tive a oportunidade de atuar como bolsista, nos anos de 2007 e 2008, em dois projetos de extensão voltados ao cuidado ao recém-nascido (RN). Tais projetos abordavam temáticas referentes ao cuidado com o coto umbilical e o aleitamento materno, foi nesse período que me aproximei dos primeiros cuidados a criança no período neonatal.

O período neonatal é compreendido desde o nascimento até o 28º dia de vida, fase do ciclo vital que requer uma atenção especial dos profissionais de saúde e cuidadores, uma vez que o RN encontra-se em fase crítica de desenvolvimento e necessita passar por ajustes anatomofisiológico à vida extrauterina. Neste período, adaptações de alguns sistemas corporais ocorrem de maneira mais lenta do que em outros, sendo que é durante essa fase que os mecanismos homeostáticos, termorreguladores, cardiovasculares, respiratórios e metabólicos completam sua maturação. Portanto, a educação em saúde para o cuidado ao recém-nascido é uma preocupação na área neonatológica.

Dessa forma, com o caminhar nos projetos supracitados fui desenvolvendo a compreensão do cuidado ao RN no contexto domiciliar e apreendendo as peculiaridades desta etapa. Concomitantemente, tive a oportunidade de prestar assistência aos RN e puérperas no domicílio, auxiliando no cuidado familiar e realizando educação continuada junto ao binômio mãe-filho. Durante essa vivência, observei as influências da intergeracionalidade no cuidado do RN em contexto domiciliar. Percebia que cada família tinha uma dinâmica de cuidado particular; mas, em geral, essa dinâmica era influenciada, sobretudo, por entes parentais de geração anterior.

Ainda na graduação, em 2009, quando cursei a disciplina optativa Saúde da Família, pude aprofundar meus conhecimentos sobre a abordagem do sistema familiar. Isto se deu por meio do pensamento integrador da Teoria Sistêmica de Von Bertalanffy e terapeutas de família no enfoque da multirreferencialidade dos saberes à complexidade da família e instrumentos de investigação familiar como: Genograma, Ecomapa, Círculo Familiar de

Thrower, Ciclo de Vida Familiar de Durvall, Teste de Grafar e APGAR Familiar de Smilkstein.

A aproximação com a disciplina permitiu ainda o meu ingresso, em 2009, como membro do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão, cuja linha de pesquisa é “Família no seu ciclo vital” do Departamento de Saúde, da UESB. Essa experiência subsidiou o meu *pensar-agir* como enfermeiro, oferecendo suporte teórico-prático para trabalhar com famílias e comunidade, pois a partir da referida linha de pesquisa, realizávamos assistência às famílias que se encontravam em estado de vulnerabilidade social e fragilidade à saúde.

No ano de 2010, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde – Núcleo Enfermagem em Neonatologia– da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), através da qual agreguei conhecimentos para cuidar de RN pelas experiências obtidas em diversos cenários do contexto do processo saúde e doença desta faixa de idade. Ainda nesse período, vinculei-me ao Grupo de Estudo CRESCER (Grupo de Estudo e Pesquisas sobre Crianças e Adolescentes) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que desenvolve projetos de pesquisa e extensão voltados à saúde da criança e do adolescente e, de maneira específica, em comunidades quilombolas.

A partir das discussões realizadas no grupo de pesquisa CRESCER e das minhas experiências profissionais com RN, novas inquietações emergiram aguçando o interesse em pesquisar as influências intergeracionais no cuidado ao RN, no contexto de comunidades quilombolas.

Os quilombos são espaços habitados secularmente por descendentes de mulheres e homens escravizados, ex-escravizados e também de negros livres (SILVA, 2007). Indivíduos estes que são detentores de direitos culturais históricos e que tratam de questões relativas à preservação dos valores culturais da população negra (NERY, 2004).

Segundo Nery (2004), essas comunidades vêm, ao longo dos anos, resistindo às influências externas, buscando manter, reproduzir seus modos de vida, na tentativa de preservar sua identidade pela experiência vivida e pelo compartilhamento de suas diferentes trajetórias históricas, fortalecendo a manutenção das tradições de origem afro.

Neste sentido, Boehs (1994, p.125) traz que “a cultura influencia o valor e significado de saúde e doença, bem como das necessidades de cuidado”, já que esta é transmitida intergeracionalmente e sua influência pode se caracterizar em determinadas situações e contextos nas inter-relações intergeracionais no âmbito domiciliar.

Ainda, o cuidado ao RN deve ser visto na sua totalidade e integrado a aspectos sociais, culturais, ambientais e familiares – sendo a família a primeira unidade de cuidados na

assistência à saúde de seus membros sociedade (ELSEN, 2002; SILVA, 2007), e, em especial, neste estudo, aos quilombolas. As autoras citadas ainda ressaltam que os principais responsáveis pelo cuidado da família e pela assistência à saúde dos entes parentais são geralmente as mulheres, mães ou avós, reforçando a questão de gênero no cuidado e na transferência de saberes-fazer intergeracionais.

Linhares (2011) acrescenta que a saúde não depende tão somente das mães, ou seja, do gênero feminino, agrega também a rede de suporte de atenção dos profissionais de saúde, como também, da inter-relação com os fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais, e que, quando ocorre falha nesta inter-relação, as ações de saúde desestabilizam-se, causando prejuízo à saúde das pessoas.

Corroborando com essa opinião, Pereira e Rufino Neto (1982, p.243) argumentam que “é preciso ter em conta as relações sociais globais (ou seja, econômicas, políticas, culturais, etc.) ao nível da realidade social”. Segundo estes autores, as condições sociais da população afetada devem ser levadas em consideração como fator determinante de doença. Portanto, é necessário que as relações que determinam ou condicionam a presença do indivíduo num determinado ciclo de desenvolvimento sejam incluídas no estudo do processo saúde-doença. Além disso, estes mesmos autores comentam que para conceituar o processo saúde-doença numa perspectiva mais crítica devem-se considerar tanto valores objetivos (nível educacional, situação socioeconômica, dentre outros) quanto subjetivos (expectativas, desejos, atitudes, sentimentos, emoções, dentre outros).

Lisboa *et al* (2007) afirmam que a transmissão de valores culturais intergeracional permite preservar a identidade de uma família através de um legado estruturante de rituais e mitos e, assim, verificar se há validação desta compreensão em comunidades quilombolas.

O conhecimento popular tem estreita relação na contribuição do desenvolvimento da ciência, auxilia na tomada de decisão e ações de cuidados. No entanto, salienta Linhares (2011) que os profissionais de saúde devem ter um olhar mais acurado e responsável sobre as necessidades do RN.

Em relação à saúde neonatal, constata-se que anualmente nascem 130 milhões de crianças no planeta, cerca de quatro milhões morrem nas primeiras quatro semanas de vida. Dessas mortes, o número de óbitos no período neonatal é superior a 60%. No Brasil, em 2011, a mortalidade neonatal atingiu os índices de 10,6/1000 nascidos vivos, no Nordeste chega a 12,7/1000 e na Bahia 14,9/1000 (BRASIL, 2012).

Sobre estes dados numéricos, Volochko e Batista (2009) salientam que a mortalidade infantil em negros é 2,4 vezes maior que em brancos, e nas afecções perinatal essa proporção

equivale a 4,6 vezes mais, demonstrando correlação com os fatores: desigualdade racial e contextos quilombolas. Fatores igualmente validados por Soares e Menezes (2010), ao apresentarem que as características sócio-demográficas maternas, reprodutivas, assistenciais do RN, são importantes indicadores dos componentes da mortalidade infantil.

Guerrero (2007) traz que enquanto a mortalidade infantil vem diminuindo no país, nas comunidades quilombolas de Santarém, no Pará, esses valores são bastante expressivos e superam a média nacional, regional e estadual, classificando-se como alta, conforme critérios definidos pelo Ministério da Saúde.

A taxa de mortalidade infantil é tradicionalmente considerada como um indicador da situação de saúde das populações, sendo utilizada para definição das políticas públicas direcionadas à saúde infantil (FRANÇA, LANSKY, 2008). Sabendo-se que a taxa de mortalidade infantil em algumas comunidades quilombolas ainda encontra-se elevada, faz necessário o desenvolvimento de pesquisas que abordem a temática do cuidado desenvolvida aos RN dessas comunidades, para que se possa conhecer melhor as condições de saúde-doença e cuidado a essas crianças. Por conseguinte, reduzir a mortalidade infantil constitui-se compromisso dos gestores, *e da sociedade*, e sua redução faz parte das metas do milênio, compromisso das nações da ONU para o alcance de patamares de vida mais dignos à população mundial (UNITED NATIONS, 2000).

Baseado nestes pressupostos, apresento como **questões** que nortearam a pesquisa: Como o recém-nascido é cuidado em comunidades quilombolas? E, quais as influências intergeracionais no cuidado a esse RN?

Tendo em vista as questões norteadoras, apresento os seguintes objetivos:

### **Objetivo geral:**

- Apreender o cuidado prestado ao recém-nascido em comunidade quilombola e as influências intergeracionais neste cuidado.

### **Objetivos específicos:**

- Analisar os cuidados prestados ao recém-nascido em comunidade quilombola;
- Descrever as influências intergeracionais no cuidado prestado ao recém-nascido em comunidade quilombola;



- Identificar os fatores que interferem no cuidado prestado ao recém-nascido da comunidade quilombola em estudo.

Assim, foi necessário direcionar o olhar, enquanto pesquisador, aos RN de comunidades quilombolas, a fim de desvelar valores culturais e formas de cuidar transmitidos intergeracionalmente e observar se essa forma de cuidar tem sido eficaz para a manutenção da saúde e/ou contribuído para o adoecimento deste pequeno *ser*. Com uma descrição mais detalhada dos cuidados prestados e recebidos por essa população, podemos traçar estratégias que auxiliem no desenvolvimento do cuidado para que juntos possamos minimizar e/ou reduzir os riscos e danos à saúde do RN de comunidades quilombolas.

Dessa forma, almeja-se com essa pesquisa tanto contribuir com as produções científicas sobre o tema em questão, quanto possibilitar maior troca de conhecimentos entre os profissionais de enfermagem e a comunidade quilombola. Segundo Pettengill *et al* (2008), o RN faz parte de um “todo” que os profissionais de enfermagem devem reconhecer a fim de oferecer o melhor cuidado possível. Partindo-se da premissa de que a família é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, seu comportamento; a cultura em que está inserida e as relações estabelecidas são essenciais para o desenvolvimento do cuidar em enfermagem neste contexto.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

---

É indispensável estudar a natureza dos outros antes de darmos livre curso à nossa.  
(August Strindberg)

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura compreende um período de investigação científica que possibilita ao investigador ampliar sua compreensão sobre o fenômeno de sua investigação, de modo a encontrar as lacunas do conhecimento, tendo em vista as possibilidades de o estudo contribuir para a ciência e os sujeitos sociais em sua coletividade.

Assim, conhecer o estado da arte sobre cuidados ao RN, em comunidades quilombolas, é percorrer caminhos diversos, os quais tiveram como ponto de partida as bases de dados a partir do Portal de Periódicos CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e outras formas de divulgação do conhecimento, na tentativa de apreender/conhecer o fenômeno em estudo.

Como forma mais didática de apresentação dividiu-se este capítulo em três eixos temáticos, assim denominados: “**Um olhar acerca do cuidado ao recém-nascido**”; “**Contextualizando as comunidades quilombolas brasileiras**”; e, “**A família e os aspectos culturais transmitidos intergeracionalmente**”.

### 2.1 UM OLHAR ACERCA DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO

O cuidado permeia todo o processo de viver humano, adquirindo as peculiaridades de cada fase e etapa do ciclo vital. Desde o nascimento necessitamos de cuidado, e no período neonatal o ser humano apresenta-se em total dependência de outros para manutenção da vida.

Ao nascimento, o RN já necessita de cuidado especializado para avaliação de suas condições de vitalidade e do processo de saúde-doença e é, neste momento, que se iniciam também os cuidados preventivos e mantenedores de saúde. Esse pequeno *ser* durante todo o período neonatal dependerá de cuidadores que proporcionem as condições básicas de sobrevivência como: segurança, conforto, nutrição, higiene, entre outros, para que aquele possa crescer e se desenvolver.

Nesse cenário de cuidado ao RN, encontram-se os profissionais de saúde, cuidadores e familiares que participam com seus conhecimentos e experiências auxiliando e promovendo os cuidados necessários, para a manutenção da vida do RN.

Assim, o cuidado está tão intrínseco ao ser humano, e em especial ao RN, que se torna condição vital para este, apresentando uma relação estreita na constituição do *ser* e da vida.

Collière (1999) traz que o cuidado humano sempre esteve presente ao longo da história da humanidade, desde que surgiu a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer. Os seres humanos, como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta é um ato de vida, é permitir a vida continuar, desenvolver-se, e lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie.

Cuidar é, pois, manter a vida garantindo satisfação de um conjunto de necessidades vitais. “Velar, cuidar, tomar conta representa um conjunto de actos 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).

Boff (1999) traz que a palavra “cuidado” significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e concretiza-se no contexto da vida em sociedade. É um modo de estar com o outro, no que se refere às questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, entre as quais podemos citar: o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde e a própria morte.

Esse autor comenta ainda que o cuidado surge quando a existência de alguém ou algo é importante para quem cuida, representando, assim, uma “atitude” de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Aborda ainda que o cuidado, como modo de ser, perpassa toda a existência humana.

Para Collière (1999), cuidar é um ato individual quando prestamos a nós mesmos, e um ato de reciprocidade quando somos conduzidos a prestar a outras pessoas que, temporariamente ou definitivamente, necessitam receber cuidados para manter seu ciclo vital.

Nesse direcionamento, o cuidado ao RN, ao longo da história da humanidade, vem adquirindo novas abordagens e redefinições de suas práticas. Del Priore (2012), em sua obra, faz um breve relato acerca do cotidiano do cuidado ao recém-nascido, no Brasil, entre o período Colonial e Imperial. A autora traz que, ao nascer, o corpo do RN era banhado em líquidos espirituosos, como vinho ou cachaça, após o banho eram limpos com manteiga e outras substâncias oleaginosas e firmemente enfaixado para contê-los do frio. A cabeça era modelada, já no coto umbilical era aplicado óleo de rícino misturado à pimenta por acreditarem que contribuía para a cicatrização. Os RN descendentes de nagôs, ao nascer, costumavam ser enrolados, em panos umedecidos com um preparo de folhas, e no coto umbilical aplicava-se as mesmas folhas maceradas, e num rito de iniciação ao mundo dos vivos, imergia-se o RN três vezes na água (DEL PRIORE, 2012).

A mesma autora relata também que uma preocupação com os RN eram em resguardá-los contra o mau-olhado e o “assédio das bruxas”, dos quais eram protegidos através de

benzimentos por vários dias. Porém, não eram as bruxas as responsáveis pelo alto índice de mortalidade infantil nos primeiros tempos de colonização, mas sim as rígidas noções de resguardo e de agasalho que trouxeram da cultura portuguesa. Pois, naquela época, havia certo temor ao banho e ao ar livre (DEL PRIORE, 2012).

Segundo Del Priore várias hipóteses foram levantadas a respeito da mortalidade infantil, tais como:

O abuso de comidas fortes, o vestuário impróprio, o aleitamento mercenário com amas-de-leite atingidas por sífilis, boubas e escrófulas, a falta de tratamento médico quando das moléstias, os vermes, a 'umidade das casas', o mau tratamento do cordão umbilical, entre outras coisas (DEL PRIORE, 2012, p. 92).

No entanto, pouco a pouco, os manuais médicos vieram sugerindo as mães que substituíssem as pegajosas abluções com óleos por água e sabão, e que os RN fossem envolvidos em mantas suaves e folgadas, e sobre sua moleira colocava-se toucas de pano branco ou barretinho (DEL PRIORE, 2012).

Em relação à alimentação do período colonial, a autora afirma que já era valorizado o aleitamento materno, por considerarem saudável e um estimado remédio na prevenção e tratamento das doenças. No entanto, era comum dar-se ao RN alimentos engrossados com farinha. Segundo Del Priore (2012), a ênfase pela superalimentação, uma reação simbólica sobre a mal nutrição crônica, explica o recurso às papas nos meios populares e no seio da medicina tradicional; porém, esta prática era contrária a tradição da medicina ibérica. Para esta, alimentos grosseiros estavam associados ao desenvolvimento de crianças pouco inteligentes e a ingestão de pratos delicados, à fineza de espírito das crianças. Entretanto, pode-se dizer que tanto na cultura popular como na medicina tradicional, práticas que visavam engordar a criança eram utilizadas como forma de preservar a saúde.

No tocante ao sono, Del Priore relata que os recém-nascidos, filhos de escravas, eram embalados em xales, enrolados nas costas das mães negras escravizadas, acalentados em redes ou em raros bercinhos de madeira, sendo acalentados com cantigas de origem afro (DEL PRIORE, 2012).

Alguns destes cuidados e mitos ainda são preservados até os dias atuais, como se pode constatar na utilização de substâncias como: pós de teia de aranha, pó de sola de sapato, óleos, café, fumo, esterco, folhas e outras utilizadas no cuidado do coto umbilical, que podem conter bactérias que causarão riscos, danos e agravos à saúde do RN, predispondo-o a onfalites ou tétano neonatal. (SARAYVA, 2003; GALLAGHER; SHAH, 2009; LINHARES, 2010).

Complementando, Campos e Silva (2011) traz que, em uma comunidade rural de Minas Gerais, é mantida a tradição de resguardar o sétimo dia do RN, pois até o sétimo dia do seu nascimento, o bebê é colocado em um quarto escuro de onde não pode sair, bem como nada que lhe pertença, como suas roupas usadas ou a água empregada em seu banho. O banho deve ser dado da cintura para baixo e dentro do próprio quarto – chamado de quarto da fomentação –, cuja água usada no banho deve ser despejada dentro do próprio ambiente, ou seja, no chão que geralmente é de terra batida. Neste mesmo ambiente, o recém-nascido é bento pela fumaça das ervas queimadas que são utilizadas no banho.

Além disso, nesta comunidade, os RN não podem receber visitas, exceto das mães e parteiras. Entende-se que o RN é mais propenso a ser acometido por diversos males, e uma das maneiras de evitá-los seria guardar o bebê, e, assim, resguardá-lo, purificá-lo e protegê-lo por meio da prática do ritual do sétimo dia (CAMPOS; SILVA, 2011).

As autoras ainda complementam que, depois de passado o sétimo dia, as janelas são abertas, os panos são retirados, e ao bebê é permitido sair do quarto com sua mãe, quando ele pode ser visto por qualquer pessoa. É somente neste momento, ou seja, no oitavo dia, que se pode tirar a cobertura do RN. As pessoas mais velhas ressaltam que se as crianças não forem guardadas e fomentadas até o sétimo dia depois de nascidas, elas e a família certamente cumprirão sete sinas. A parteira de uma das comunidades afirma, por exemplo, que não deixa as mães exporem os filhos a qualquer tipo de claridade até o sétimo dia, a fim de se manter as tradições da fomentação e, assim, para não se correr o risco de o bebê ficar cego (CAMPOS; SILVA, 2011).

Linhares (2010) ratifica a existência de pessoas mergulhadas numa visão de mundo centrada em práticas populares de risco à saúde, baseadas em superstições. Nesse sentido, acreditam que existe a “malvada” que tem um significado de bruxa capaz de matar o RN no sétimo dia de vida, e que, por este motivo, o RN é mantido no quarto, sem tomar banho, até este referido dia.

Sarayva (2003) salienta que é importante considerar que alguns desses rituais de cura são prejudiciais para a saúde do RN. Reforça ainda que o uso indiscriminado de algumas plantas utilizadas na forma de chás, inalação ou aplicadas na pele do RN podem conter princípios ativos tóxicos, podendo causar conseqüentemente complicações ou adiar o processo curativo do coto umbilical, afetando à saúde do RN, visto serem mais susceptíveis aos processos infecciosos e doenças, razão pela qual os profissionais de saúde precisam estar atentos para as práticas populares.

A cultura de uso de substâncias nocivas persiste até os dias atuais, demonstrando a necessidade de adequação de alguns valores culturais para o desenvolvimento saudável das crianças, visto o risco de morbimortalidade a que estão submetidas, principalmente os RN (LINHARES et al, 2011). Entretanto identificar práticas de cuidados populares que colocam em risco à saúde, não significa desvalorizar os conhecimentos tradicionais que foram utilizados nos tratamentos e prevenção de doenças durante séculos, mas sim resgatar estes conhecimentos, buscando modificar comportamentos de risco.

Vale ressaltar a importância da orientação dos profissionais de saúde sobre os cuidados a serem prestados às crianças no período neonatal, uma vez que estas se encontram num período de vulnerabilidade, visto a imaturidade de seu sistema imunológico e maturação de seus órgãos.

Assim, na consulta de saúde infantil, faz-se necessário à promoção dos cuidados antecipatórios, orientados pela equipe de saúde, os quais incidem sobre um vasto leque de comportamentos promotores de saúde, em consonância com os hábitos de vida da família e comunidade.

Neste contexto, são utilizadas, muitas vezes, as orientações de cuidados que coincidem com as atividades que promovem a aprendizagem da família e cuidadores tais como: amamentação, promoção do aleitamento materno, banho, cuidados ao coto umbilical, vestuário, posição de deitar, ambiente adequado para o sono e repouso dentro do possível, hábitos intestinais, cólicas, massagem abdominal, interação família/RN, transporte, risco de quedas, aspiração de vômito, exposição solar, sinais de alerta que justifiquem recorrerem aos serviços de saúde (febre, icterícia, dificuldade respiratória, choro intenso, desconforto por dor abdominal, obstipação etc). Como também orientar a necessidade e importância das consultas periódicas, em que será investigado o cuidado, e avaliados os dados de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, como: dados antropométricos, avaliação física, postura, pele, cabeça (fontanelas), imunização, reflexos sensoriais e motores do RN, entre outros.

Nesse direcionamento, assentam-se as atuais orientações de estudiosos da área pediátrica e neonatal em relação a cuidados higiênicos, alimentação, sono e repouso, entre outros que permeiam o cuidado ao RN. No tocante à alimentação/nutrição, a recomendação do Ministério da Saúde, OMS, Associação Brasileira de Pediatria e estudiosos da área, converge para o aleitamento materno exclusivo como a nutrição adequada.

Para a manutenção da saúde do RN, deve-se proporcionar qualidade de sono e repouso deste pequenino, proporcionando um ambiente tranquilo, arejado e seguro (MARCONDES *et*

*al*, 2005). Vale salientar que o RN passa cerca de 16/18h dormindo por dia e sua qualidade de sono favorece o seu crescimento e desenvolvimento.

No asseio corporal do RN, os autores supracitados orientam que a prática do banho deve ser diária, pois visa à limpeza e proteção do revestimento externo do corpo, estímulo a circulação geral da pele, promove sensação de conforto e bem-estar. A prática do banho varia em sua forma de execução, segundo os recursos disponíveis. Para o RN, orienta-se que o banho seja de imersão, com curta duração, dando preferência para os mesmos horários do dia, antes de uma das refeições, e que esse ambiente seja um local sem corrente de ar. Deve-se utilizar banheira, água morna e fervida com temperatura entre 36,5-37,5°C, e sabão neutro. Durante o banho, é feita a higienização dos olhos, narinas (com umidificação das secreções e remoção com tecido macio), pavilhão auricular (devendo ser lavado diariamente com água e sabão, evitando-se a entrada de água, e enxugando-o com toalha), boca e genitálias, com material macio (MARCONDES *et al*, 2005).

Independente da forma como é dado o banho no RN, faz-se necessário, após este, realizar a limpeza e desinfecção do coto umbilical que, conforme estudo, deve ser realizado com a secagem da base com gaze estéril e a utilização do álcool a 70% para assepsia, por sua ação bactericida, e por favorecer a desidratação do coto (BRASIL, 2001; REZENDE, 2005; LINHARES, 2011).

O vestuário do RN, segundo Marcondes *et al* (2005), deve ser considerado como elemento importante de proteção para o corpo e de satisfação para as necessidades individuais, variáveis quanto à possibilidade de movimentação e de conforto térmico. A roupa do RN deve ser simples e folgada, sem cinteira ou faixa, deixando os braços e mãos livres, variando em quantidade e qualidade conforme as condições climáticas. As fraldas devem ser trocadas com frequência para favorecer o conforto e bem-estar da criança e prevenindo as dermatites. Vale ressaltar que, no período neonatal, o RN ainda se encontra em estado de maturação do sistema termo regulador, então sua temperatura corporal tem que ser avaliada periodicamente.

Outro cuidado direcionado ao RN é a realização dos banhos de sol matinais, sendo estes realizados no início da manhã e com duração de no máximo trinta minutos. Deve-se também observar e diagnosticar precocemente a icterícia, que acomete aproximadamente metade a dois terços dos RN durante os primeiros dias de vida, sendo percebida pela cor amarelada da pele (MARCONDES *et al*, 2005).

Dentre os cuidados preventivos e promotores da saúde do RN, orientados pelo Ministério da Saúde e Associação Brasileira de Pediatria, destaca-se a realização da



imunização que nesse período faz o uso da BCG-ID e Hepatite B. A triagem auditiva, ocular, do coração e a realização do teste do pezinho, permitindo uma detecção precoce de alguma anormalidade no RN.

Nesse contexto, percebe-se o quanto o RN é dependente de cuidados para a manutenção da vida, e seus cuidadores devem estar atentos para todos os sinais de alerta que esse pequeno *ser* pode apresentar, uma vez que estamos tratando de uma criança que só se comunica através do choro e de expressões corporais, necessitando de um olhar mais atencioso para poder decifrar suas necessidades em geral. Cuidar de um RN é ir além do que está posto, é perscrutar um caminho simbólico permeado de sensibilidade, sensações, interações e potencialidade, é interagir constantemente com a intersubjetividade desse *ser* indefeso e dependente de cuidados para o seu crescimento e desenvolvimento saudável.

Segundo Silva (2006), a maioria dos pais, sujeitos de seu estudo, não possui apoio familiar na prestação de cuidados ao RN, tendo estes a necessidade de desenvolverem as competências necessárias para o cuidar do seu bebê.

Nesse sentido, ressaltam-se as ações pertinentes de promoção de saúde e de qualidade desenvolvidas no contexto dos cuidados de saúde primários ao RN, uma vez que visam facultar aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função paternal. Desta forma, torna-se imperioso conhecer as dificuldades da família no cuidar do RN, para que se possa promover uma melhor adaptação aos seus novos papéis e desenvolver competências paternas no âmbito da prestação de cuidados (SILVA, 2006).

Linhares e Silva (2012) acrescentam que a concepção das puérperas e familiares, a respeito dos cuidados que atendam as necessidades básicas de saúde do RN no contexto domiciliar, está embasada na sua visão de mundo, valores, crenças e costumes, e nas experiências ao longo de sua vida; fundamentando a sua maneira de cuidar na própria cultura, aprendida e apreendida pelas influências intergeracionais familiares ou do convívio com sua rede social.

Compreender o universo relacional da família nas suas práticas de cuidados ao RN mostra-se necessário para o planejamento e gestão em saúde de um cuidado congruente entre o saber popular e científico. Para tanto, faz-se necessário ir ao encontro do que tem sido descrito nas bases conceituais que compõem a integralidade do cuidado e da prevenção de riscos e agravos à saúde, bem como rever paradigmas no direcionamento de tangenciar as práticas socioculturais no cuidado do RN (LINHARES; SILVA, 2012).

As autoras, supracitadas, acrescentam que as *multiversas* formas de cuidado popular mostram-se como saberes a serem perspectivados no âmbito do saber científico para uma

aproximação. O RN é um ser vulnerável, assim, caso não receba cuidados adequados, que assegurem sua sobrevivência e bem-estar, não sobreviverá. A maioria das mortes de RN pode ser totalmente prevenida, por medidas simples e de baixo custo que podem ser tomadas pelas puérperas, famílias e outros cuidadores (LINHARES; SILVA, 2012).

Assim, o cuidar do RN é algo complexo, é percorrer caminhos diversos e peculiares, é interagir com saberes populares, científicos, valores culturais, mitos, crenças, competências, conhecimentos, entre outros. É ainda, entrar num mundo das particularidades em meio da diversidade cultural.

Desvelar os cuidados ao RN em uma perspectiva cultural, não se mostrou um tarefa fácil, uma vez que foi revelada uma lacuna nas publicações acerca da temática. Diante do contexto, emerge a necessidade de desenvolver estudos que possam conhecer como é cuidado o RN nos diversos contextos sociais e, principalmente, em comunidades quilombolas.

## 2.2 CONTEXTUALIZANDO AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS BRASILEIRAS

Quilombo pode ser definido como esconderijo, aldeia, cidade ou conjunto de povoações em que se abrigavam escravos fugidos (ALMEIDA, 1989). São considerados grupos étnicos denominados “comunidades remanescentes de quilombos”, “quilombolas”, “comunidades negras rurais.” Constituídos pelos descendentes de escravos que, no processo de resistência e luta contra a escravidão, “originaram grupos sociais ocupando um território comum e compartilhando características culturais até os dias de hoje” (ALMEIDA, 1989).

De acordo com Martins (2008), o termo "*quilombo*" tem origem nos termos "*kilombo*" ou "*ochilombo*", presente também em outros idiomas falados por diversos povos bantus que habitam Angola, na África Ocidental. Inicialmente, designava um lugar de pouso utilizado por populações nômades ou em deslocamento; posteriormente, passou a significar acampamentos das caravanas que faziam o comércio de cera, escravos e outros itens cobiçados pelos colonizadores. Porém, no Brasil, o termo "*quilombo*" adquiriu o sentido de comunidades autônomas originadas dos agrupamentos de escravos fugitivos.

No entanto, hoje, esta definição abarca um conceito mais amplo, referindo-se a um modo de vida próprio de pessoas, que, muitas vezes, moram isoladas e geralmente alijadas dos benefícios sociais, não só pela dificuldade de acesso, mas também pelo descaso governamental.

As comunidades quilombolas são grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade. Já a Sociedade Brasileira de Antropologia define as comunidades

quilombolas como “grupos que desenvolveram práticas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos num determinado lugar”. São comunidades que se constituíram a partir de uma grande diversidade de processos, tanto durante a vigência do sistema escravocrata, que, por mais de 300 anos, subjugou negros trazidos da África para o Brasil, quanto após sua abolição no século XIX, enfrentando as desigualdades que se arrastam até o presente século (BRASIL, 2012).

O quilombo, como uma forma de organização, aconteceu em todos os lugares onde ocorreu a escravidão. A característica que une o quilombo do período colonial e o atual é a capacidade organizativa dos grupos. Dezenas de vezes destruídas, eles reaparecem em novos lugares, como arraigados focos de resistência.

Desde o início do sistema escravista, foram formados quilombos, em todas as regiões do país. Cabe ressaltar que essa experiência não é apenas brasileira. A organização de quilombos se fez presente nas diversas regiões das Américas, nas quais o regime escravista se estruturou. O primeiro deles é datado de 1522, na ilha de Hispaniola. As Comunidades Quilombolas receberam vários nomes nas diversas regiões do Novo Mundo: Quilombos, mocambeiros ou Mocambos, no Brasil; Palenques, na Colômbia e em Cuba; Cumbes na Venezuela; Maroons, no Haiti, Jamaica e nas demais ilhas do Caribe francês (BRASIL, 2012).

Rejeitando a cruel forma de vida, os negros buscavam a liberdade e uma vida com dignidade, resgatando a cultura e a forma de viver que deixaram na África. Para combater as opressões históricas da população negra, o movimento negro se mobilizou contribuindo para a elaboração das políticas públicas direcionadas a esse grupo populacional. A partir da mobilização, o Estado Brasileiro reconheceu os direitos das comunidades quilombolas na Constituição de 1988, por meio do Artigo 68 do Ato de Disposições Constitucionais Transitórias, que prevê aos quilombolas, que estejam ocupando suas terras, o reconhecimento da propriedade definitiva, devendo o Estado emitir os títulos. A apropriação do Artigo 68 pelos movimentos sociais reinterpreta os atributos de “remanescência”, ou seja, resquício, sobrevivência, conferindo ao termo “quilombola” um significado histórico dinâmico, em que é reconhecida a dívida da sociedade brasileira para com os grupos negros (BRASIL, 2012).

As comunidades quilombolas se caracterizam pela prática do sistema de uso comum de suas terras, concebidos por elas como um espaço coletivo e indivisível que é ocupado e explorado por meio de regras consensuais aos diversos grupos familiares que compõem as comunidades, cujas relações são orientadas pela solidariedade e ajuda mútua. Trata-se, portanto, de uma referência histórica comum, construída a partir de vivências e valores partilhados (BRASIL, 2012).

Além dos quilombos constituídos no período da escravidão, outros foram formados após a abolição formal da escravatura, pois continuaram a ser, para muitos, a única possibilidade de viver em liberdade. Constituir um quilombo tornou-se um imperativo de sobrevivência, posto que a Lei Áurea deixou os negros e negras abandonados à própria sorte.

De acordo com a Fundação Palmares, até agosto de 2014, já foram reconhecidas 2007 comunidades quilombolas nos vários estados brasileiros, sendo estas distribuídas nos 24 estados da seguinte forma: Alagoas (64), Amazonas (6), Amapá (33), Bahia (494), Ceará (42), Espírito Santo (30), Goiás (26), Maranhão (369), Minas Gerais (185), Mato Grosso do Sul (22), Mato Grosso (66), Pará (161), Paraíba (33), Pernambuco (112), Piauí (65), Paraná (35), Rio de Janeiro (29), Rio Grande do Norte (22), Rondônia (7), Rio Grande do Sul (94), Santa Catarina (12), Sergipe (27), São Paulo (46), Tocantins (27).

Após o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, foi estabelecido que para o reconhecimento e titulação das terras quilombolas, é necessário que esta passe por uma inspeção na qual será feita a identificação, reconhecimento, delimitação e demarcação das terras, que deverá ser realizada pelo Instituto Nacional de Credenciamento e Reforma Agrária – INCRA, sendo esse intitulado como Órgão competente, na esfera federal, para a titulação dos territórios quilombolas.

Com muita luta essas populações vêm conquistando seu reconhecimento e preservando suas culturas e tradições. No Brasil, as tradições e a cultura dessa população contribuíram para a formação da cultura afro-brasileira. No entanto, as populações quilombolas ainda são alvos de grande marginalização e de discriminação no seio da sociedade brasileira, sendo que os seus Índices de Desenvolvimento Humano estão entre os mais baixos do país (BRASIL, 2012).

Ao desvelar o estado da arte acerca das publicações referentes às condições de saúde desta população, pode-se constatar, nessas comunidades, o ínfimo número de estudos desenvolvidos, os quais demonstram que as condições de saúde encontram-se em situação precária, como veremos a seguir.

Silva *et al* (2006), em seu estudo desenvolvido nas comunidades quilombolas do Baixo Amazonas, constataram que a tríade espaço social/fome/processo saúde-doença envolve fatores relacionados com a organização fundiária e a demarcação de terras, além do modo de produção, a organização do trabalho e a sustentabilidade destas populações. Seus estudos revelaram que, nas comunidades pesquisadas, há elevadas prevalências de nanismo nutricional nas crianças menores de cinco anos (15,0%), de baixo peso em idosos (29,8%) e a ocorrência de doenças crônicas degenerativas, como a hipertensão e diabetes. A análise do

consumo alimentar mostrou que a quantidade de energia consumida é aproximadamente 73% abaixo do recomendado pelos parâmetros nutricionais internacionais e nacionais, havendo também baixo consumo de cálcio e ferro. Não obstante, foi observado elevado consumo de proteína, sobretudo proveniente de peixes.

Complementando a situação de saúde das comunidades quilombolas, Silva (2007) traz que as condições de vida da população quilombola de Caiana dos Crioulos estão bastante precárias, uma vez que os moradores não têm acesso a serviços de saúde satisfatórios e as projeções para um futuro próximo também são alarmantes; pois as condições ambientais e sanitárias são extremamente deficientes; o sistema de ensino atende até a oitava série; o acesso atual ao sistema de saúde é insatisfatório, pois moradores não dispõem nem de uma medicina curativa de qualidade, tampouco de uma preventiva.

Vicente (2003), em estudo realizado com remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira, no Sudoeste de São Paulo, evidenciou precariedade na situação socioeconômica, ausência de serviços de saúde e dificuldade no acesso a estes. A procura por serviços de saúde exigia percorrer grandes distâncias, visto que as equipes de saúde não saíam da sede do município. Ressalta ainda que em 1993, a taxa de mortalidade infantil na região onde estavam localizadas estas comunidades foi de 33,1 óbitos/1.000 nascidos vivos, enquanto que para o Estado era de 26,2 óbitos/1000 nascidos vivos.

Corroborando com o estudo acima, Guerrero *et al* (2007) também constatou elevada taxa de mortalidade infantil nas comunidades quilombolas de Santarém no Pará, atingindo um quantitativo de 38,6 óbitos por mil nascidos vivos. A distribuição da mortalidade infantil por área de moradia da população quilombola revelou maiores riscos de óbito para as crianças das comunidades localizadas em área de várzea, com 50,2 óbitos por mil nascidos vivos contra 30,4 por mil nascimentos em comunidades de terra firme.

Em estudo posterior nas mesmas comunidades estudadas por Vicente (2004), foi constatada baixa prevalência de desnutrição em crianças e adolescentes. Não obstante, a prevalência de anemia foi elevada (44,2%), em particular nos menores de quatro anos. As análises destacaram como fatores determinantes: a renda, o número de pessoas na casa, a ausência de esgoto, a ocorrência de imunização, a idade e o sexo.

Em relação às questões socioambientais, em comunidade quilombola do município de Senhor do Bonfim-BA, destaca-se a influência das condições de higiene pessoal e dos domicílios, pois o cuidado com a água e com os alimentos vem favorecendo as altas taxas de prevalência dos enteroparasitos e comensais. As precárias condições de vida da comunidade estudada indicam a necessidade de programas específicos de tratamento, saneamento e

educação, tanto domiciliares como peridomiciliares, e nos arredores das escolas, que garantam melhorias da qualidade de vida das crianças e adolescentes da comunidade (CABRAL-MIRANDA; DATTOLI; DIAS-LIMA, 2010).

Em outro estudo em comunidades quilombolas da Bahia, Carvalho (2010) constata uma grave situação de insegurança alimentar, relacionada à constante ameaça ao domínio e preservação dos seus territórios, onde exercem suas atividades de subsistência, bem como um precário acesso às políticas públicas. Nesse contexto, a implementação de ações políticas que possibilitem o desenvolvimento da economia solidária, a promoção da saúde e educação com valorização da cultura, direcionados a erradicar os fatores condicionantes da insegurança alimentar no país, devem ser prioritárias, principalmente dos grupos mais vulneráveis (CARVALHO, 2010).

Ao aprofundar seus estudos nas comunidades quilombolas de Santarém no Pará, Guerrero (2010), em sua tese, revela a existência de situações de vulnerabilidade social e de saúde, diferenciadas segundo a localização geográfica dos quilombos, o que guarda estreita relação com a sazonalidade climática, como também com as condições ambientais, socioeconômicas e demográficas. Além disso, fica evidente também que a atual situação de saúde das comunidades quilombolas investigadas está intimamente associada a processos históricos de longa duração, que interagem com vulnerabilidades contemporâneas. Nesse cenário de invisibilidade e vulnerabilidade das populações quilombolas, é importante refletir que caminhos estão tomando as políticas públicas para enfrentamento dos muitos desafios na área da saúde que se impõem para esse segmento da sociedade brasileira.

Neste contexto de vulnerabilidade de saúde das comunidades quilombolas, emergiu o estudo de Riscado, Oliveira e Brito (2010), o qual revela a situação das mulheres quilombolas de Alagoas que estão expostas a violência doméstica em níveis físico, sexual, psicológico, patrimonial e moral. Quanto ao racismo, as mulheres quilombolas disseram ser vítimas de preconceito racial, com expressões de subestimação, humilhação na rua, na escola, em festas, em atendimento em postos de saúde. Evidenciou-se também um alto grau de vulnerabilidade à infecção por DST/AIDS e outros agravos. Os dados obtidos também revelaram as precárias condições de vida, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a falta de prática preventiva para as doenças sexualmente transmissíveis.

Neste direcionamento referente às DST/AIDS nas comunidades quilombolas, estudo de Silva, Lima, Hamann (2010) constata que ainda há desconhecimento, por parte desta população, relacionado ao modo de contaminação e transmissão destas doenças, uma série de mitos sobre a doença ainda é predominante no imaginário dessas populações, tais como a

transmissão pela picada de insetos ou por banhar-se em rios ou lagos juntamente com pessoas portadoras do vírus. Os achados desse estudo reafirmam a situação de vulnerabilidade da população negra na questão do acesso e da utilização dos serviços de saúde.

Estes mesmos autores ainda trazem que não há dúvidas que a situação dessas comunidades não é ideal e não está próxima dela. E que não se podem descartar os esforços, nas últimas décadas, dos movimentos negros, das comunidades remanescentes de quilombo e dos governantes. As respostas ao Decreto 4.887, de 20 de novembro de 2003 (uma conquista desses movimentos), já são visíveis e trouxeram uma série de benefícios materiais e simbólicos para os quilombolas. Apesar das conquistas, muito ainda há de galgar, uma vez que o quadro só irá se modificar com políticas públicas de inclusão social que combatam o preconceito e possibilitem acesso ao pleno direito de cidadania, que não se faz por lei, mas com educação de qualidade, saúde, acesso à informação e direitos e deveres (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

Faz-se necessária uma intervenção efetiva e perene dos organismos do Estado na área da educação, da saúde, visando à promoção da equidade racial e de gênero e à saúde das comunidades quilombolas (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Corroborando com nosso pensar, Marques *et al* (2014) constatam que os serviços de saúde destinados à população quilombola, no que concerne aos atributos da atenção primária, não estão adequadamente presentes no processo assistencial. Considerando as dificuldades socioeconômicas e a vulnerabilidade da comunidade avaliada, este resultado assume maior dimensão, pois retrata a perversa iniquidade a que estão submetidos os quilombolas das comunidades avaliadas. O que representa um aspecto particularmente grave em relação aos resultados observados é o registro de escores baixos em uma comunidade tão sofrida e cronicamente esquecida. O rótulo de “PSF quilombola” não diferencia o resultado final do trabalho, pois não existe um reconhecimento das necessidades de saúde da população, ações de orientação familiar ou comunitária.

Assim, esse panorama de saúde identificado nas comunidades quilombolas brasileiras mostra a vulnerabilidade social dessa população, o que aponta para a urgente necessidade de efetivação das políticas públicas federais, estaduais e municipais, com programas abrangentes voltados para o estabelecimento de condições de habitação, saneamento básico, infraestrutura, alimentação, serviço de saúde, educação, entre outros. Ressalta-se, ainda, a necessidade de capacitação e incentivo às equipes dos programas PACS e PSF, haja vista sua relevância na assistência dessas comunidades.

Santos e Doula (2008) trazem que pensar nos quilombos, em seu sentido contemporâneo, significa pensar em grupos sociais cuja identidade se constrói em um processo dinâmico, na união de fatores diversos: história, cultura e relações de poder. É pensar em atores sociais detentores de discursos múltiplos que se constroem como sujeitos em suas relações com seus pares e com o universo externo às comunidades em que vivem. Ignorar as diferenças e peculiaridades desses sujeitos, certamente apresenta-se como um fator negativo para a construção de sua identidade.

Neste sentido, torna-se imprescindível o desenvolvimento de estudos qualitativos que aprofundem os conhecimentos acerca do modo de viver dos quilombolas, para assim conhecer sua cultura, seus valores, crenças, hábitos de vida e anseios. Os estudos encontrados apontam a precariedade do sistema de saúde e os altos índices de mortalidade infantil nas comunidades investigadas, mas poucos revelam sobre esse modo de viver e cuidar dessas pessoas.

Partindo das evidências que as comunidades quilombolas tentam preservar sua cultura e costumes intergeracionalmente, faz-se necessário apreender como são cuidados os RN nas comunidades quilombolas, como também identificar se existem influências intergeracionais nestes cuidados. Nesse sentido, para melhor compreender as questões que tangem a influência dos aspectos culturais transmitidos geracionalmente, reservamos, então, outro espaço para tal discussão; o subcapítulo que se segue.

### 2.3A FAMÍLIA E OS ASPECTOS CULTURAIS TRANSMITIDOS INTERGERACIONALMENTE

O cuidado ao recém-nascido, no contexto das famílias, é cercado de crenças e valores culturalmente transmitido intergeracionalmente, sendo que nas comunidades quilombolas a forma de cuidar adquire suas particularidades, uma vez que cada contexto social e intrafamiliar tenta manter seus valores, crenças, costumes e tradições; razão que inquieta estudiosos da área na busca de apreender o significado que esses grupos sociais constroem a respeito do processo de cuidar seus entes parentais.

Teixeira, Nitschke e Silva (2011) trazem que o envolvimento da família é fundamental no cuidado de um novo ser. É um momento em que se espera o direcionamento de seu olhar para o RN, quanto sua necessidade de proteção, segurança e nutrição.

Para a maioria das pessoas a família representa um esteio de relevante significância, tanto no que tange à estruturação de seus laços afetivos quanto nos referenciais de significância, apoio, cuidado e respeito (SILVA, 2007).



Segundo Silva (2007), a família é compreendida como uma unidade de interação entre os subsistemas que a compõem em sua totalidade e suas redes de relações mais amplas, ou seja, o universo de suas inter-relações, intra e extrafamiliar. É a família em si, o conjunto e a interseção de relação entre suas partes e o todo. No entanto, este é um tema oriundo de muitas definições, muitas das quais ao longo da história de estudos com família foram desviando-se do que se acredita ser *família*, uma vez que num sentido genérico ela muda e se adapta às circunstâncias históricas e às diferentes exigências dos estágios de desenvolvimento.

A família pode ser entendida como um complexo sistema de relações, em que seus membros compartilham um mesmo contexto social. É a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais, dos momentos de alegria, de tristeza e do surgimento de problemas (CASTILHO, 2003). Independente do tipo de situação, seus componentes vivenciarão juntos essas experiências, sendo que o problema vivenciado por um, provavelmente afetará a todos, em grau variado a depender do sentimento de pertença.

Nesse direcionamento, pretende-se identificar os vínculos parentais e as influências intergeracionais no cuidado ao RN. Alarcão (2006) diz que qualquer vínculo entre pessoas baseado em confiança, suporte mútuos e ideais comuns deve ser considerado como família, não sendo limitados apenas pela consanguinidade, casamento, parceria sexual ou adoção. Silva (2007) completa que esse novo conceito é resultado das transformações ocorridas em nossa sociedade, que influenciaram na visão de mundo dos indivíduos em relação a vários aspectos, inclusive quanto à maneira de enxergar a dinâmica familiar. Tal fato contribuiu para a conformação e surgimento de novos arranjos familiares.

A família é vista como a célula-tronco da nossa sociedade, na qual os valores morais, os princípios éticos, a cultura, a educação e outros conceitos são transmitidos e consolidados ao longo de gerações. O fenômeno transgeracional trata de valores e crenças que são compartilhados com as gerações passadas das famílias, apoiando-se em mitos familiares que configuram as histórias dos grupos estudados, que nesse trabalho será a comunidade quilombola.

É de geração em geração que se reconhecem as tradições familiares ancoradas, às vezes, nos mais rígidos e inflexíveis hábitos e atitudes do cotidiano, garantindo a sobrevivência do grupo em meio às transformações sociais e econômicas da sociedade. Contudo, nem sempre esta tradição é garantida pelos membros da família, perpetuando as práticas herdadas pelos parentes e ancestrais (LISBOA; FÉRES-CARNEIRO; JABLONSKI, 2007).

Os autores supracitados acrescentam que cada família tem uma vida cotidiana com um estilo de estar junto, apresentando diversas maneiras de encontros, sejam eles por gestos de afastamento ou de aproximação, envolvendo toques corporais, que por sua vez tornam-se mais significativos que as palavras. É nesse processo vital que prevalece um meio de expressão particular da cultura familiar, mesmo estando inserida num contexto sociocultural mais amplo. Os rituais familiares são processos vitais, garantindo formas de expressão e de comunicação dos afetos, das lembranças e da história propriamente dita através das gerações. Ainda, acrescentam que estes processos são constituídos por práticas sociais carregadas de simbolismo, sendo suas atribuições asseguradas pela identidade familiar configurada, também, a partir de outras referências grupais (LISBOA; FÉRES-CARNEIRO; JABLONSKI, 2007).

Corroborando com o pensamento anterior, Elsen (1994) complementa que o mundo das famílias é bastante complexo, e seu processo de viver é único, contudo também é compartilhado com outras famílias e grupos. A família volta-se internamente para atender às necessidades particulares de cada um de seus membros e para solidificar-se como um conjunto. A família também sente a necessidade de estabelecer outras relações sociais com outras pessoas e instituições na comunidade na qual está inserida. A autora ainda traz que a família é a principal unidade de cuidados de seus membros nos diferentes estágios do processo saúde-doença.

Para compreender esse contexto é importante conhecermos como as pessoas vivem, seus valores, suas crenças e os fatores relacionados à cultura, os quais influenciam as práticas de cuidado à saúde. Cada grupo ou comunidade possui peculiaridades que diferenciam a sua cultura de outra e como realizam o cuidado à saúde. Entender como o cuidado é praticado pelas famílias, exige conhecer as representações simbólicas utilizadas na transmissão deste saber, que não se esgotam; pelo contrário, se ampliam através das trocas de conhecimento entre os membros da família e o meio no qual convive (CEOLIN *et al*, 2011).

Os mesmos autores acrescentam que o convívio diário e a divisão do trabalho de acordo com o gênero propiciam a troca de experiências, valores e saberes entre os membros da família, que são diferenciados para o que é do homem e o que é da mulher.

Ceolin *et al* (2011), em seu estudo relacionado a transmissão de saberes entre as famílias acerca de plantas medicinais, constatam que o conhecimento sobre a utilidade das plantas na cura das doenças e no cuidado das pessoas, na maioria das vezes, é repassado das mulheres mais velhas para as mais novas. Eles ressaltam que a predominância do sexo feminino evidencia a importância das mulheres na transmissão do conhecimento entre as

gerações e a responsabilidade pela execução do cuidado em saúde na família, utilizando-se das plantas medicinais para a sua realização.

Morais (2013) acrescenta que a influência cultural também é percebida nos cuidados das intercorrências no primeiro ano de vida das crianças, situações em que as mulheres recorrem às práticas populares e à medicalização, evidenciando a interface entre o saber formal, evidenciado pela utilização das medicações alopáticas, e as práticas populares de cuidado, como chás, banhos, amuletos e as práticas religiosas, como as rezas e uso do óleo ungido na criança.

A aproximação da mulher com as práticas do cuidado é algo milenar. Desde o princípio da vida, para que houvesse manutenção e perpetuação da espécie humana, foi preciso cuidar, as mulheres sempre estiveram presentes nas práticas de cuidar, sendo elas responsáveis pelo cuidado da casa, das crianças, dos doentes, entre outros.

Segundo Silveira *et al* (2011), nas comunidades quilombolas, essa transmissão do cuidado intergeracional também é preservado, eles trazem que o cuidado tem uma forte influência cultural, de respeito ao conhecimento das pessoas com mais experiência na comunidade, sendo estes saberes repassados pelos “mais velhos”, os quais abarcavam tanto a causa das doenças como o seu tratamento. Sendo também o conhecimento repassado por aquelas pessoas da comunidade que já vivenciaram ou estão passando por situações semelhantes de cuidado, por isso está apta a fornecer informações úteis para o desempenho do cuidado. Ressalta ainda como parte integrante de todo o sistema de informações populares da comunidade quilombola, as crenças religiosas como fundamental no sentido de explicar as doenças e o cuidado que são perpetuados e transmitidos entre suas gerações.

O cuidado domiciliar de crianças, em comunidades quilombolas, é influenciado pela cultura e pelas interações sociais da família entre si e com a comunidade na qual está inserida, incluindo as práticas populares no sistema familiar e as especificidades do contexto sociocultural de um quilombo, processo este que interfere nas condições de saúde dessas crianças (MORAIS, 2013).

Oliveira *et al* (2006) dizem que as práticas populares têm se mantido como primeiro recurso utilizado pelas famílias para cuidar de seus entes. Definem as práticas populares como sendo todos os recursos utilizados por aquelas, por leigos 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.

No tocante a transmissão intergeracional das práticas de cuidado direcionadas ao RN, o estudo de Teixeira, Nitschke e Silva (2011), ao pesquisar a influência das mulheres-avós na

prática de amamentação, traz que no cotidiano da família, as mães-nutrizes dispensam cuidados ao pequeno ser; as mulheres-avós auxiliam nos cuidados a serem dispensados ao binômio mãe-filho, resolvendo os problemas biológicos e psicológicos que surgem no processo de amamentação, usando para tal seus saberes adquiridos de suas mães-sogra para sua filha-nora e neto na prática do aleitamento materno, e noutras que permeiam essa fase do ciclo vital familiar, ou seja, no cuidado a esse novo membro que é o RN.

As autoras trazem ainda que durante a criação e educação das filhas, as mães são as promotoras deste processo de formação de sujeito social. Assim, muitas vezes replicam o que aprenderam com suas próprias mães-avós no meio de pertença, configurando os saberes intergeracionais (TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011).

Segundo Carter e Mcgoldrick (1995), a condição de mulher-avó, neste processo da intergeracionalidade ativa na vida de suas filhas, noras e netos, pode contribuir ainda para aquilo que os autores chamam de um novo arrendamento de vida. Isto é, satisfazer o desejo de sobreviver por continuar contributiva aos seus entes familiares. Assim, fundem-se no cotidiano presente, o passado e o futuro no momento em que ensinam suas filhas e noras a cuidar de seus netos, caracterizando uma condição que estimula a revivescência das próprias experiências anteriores de criação dos seus filhos.

Em outro estudo de Teixeira e Nitschke (2008), referente ainda a aleitamento materno, traz que a mulher-avó é herdeira de um processo cumulativo de conhecimentos advindos de sua vivência e experiências adquiridas ao longo dos anos, tornando-a valorizada e respeitada. Porém nas questões referentes ao aleitamento materno, as mulheres-avós, muitas vezes, interferem incentivando o uso de líquidos e/ou outros alimentos. Acredita-se que estas atitudes das avós estejam relacionadas com o contexto histórico vivido pelas mesmas, quando a prática da amamentação ainda não era valorizada.

Segundo Linhares et al (2012), a mulher, desde muito cedo, adquire saberes que as pessoas mais velhas e experientes do seu contexto domiciliar difundem, para que esta, ao chegar à fase adulta, passe a desenvolver também os ensinamentos adquiridos. Constrói as suas ações de cuidado alicerçadas, cotidianamente, na sua história de vida sociocultural; busca e utiliza os saberes apreendidos no meio social de pertença, no contexto da intergeracionalidade. Compreender os valores culturais intergeracionais torna-se fundamental para abordagens de cuidados ao RN, uma vez que o ser humano desenvolve e percebe o cuidado de acordo com sua cultura, e sua concepção do que significa saúde e doença.

Constatou-se também uma maior presença de mulheres nos cuidados, reforçando os estudos quanto ser a mulher a responsável bem como vinculada ao papel de cuidadora. Trata-

se de uma questão de gênero, evidenciada também no seu estudo. Embora fosse identificada a presença do pai nos cuidados aos RN, estes cuidados assentavam-se, em sua maioria, em segurar no colo, dar o banho e ser provedor dos recursos mantenedores – o sustento alimentar, e outras despesas –, enquanto a puérpera e/ou outros membros do sexo feminino realizavam, além dos cuidados ao RN, atividades do lar (LINHARES et al, 2012)

Sarayva (2003) complementa que, no período neonatal, as mães começam a realizar com maior frequência os cuidados aos filhos; pois os RN são frágeis e a atenção é voltada para os eventuais problemas que possam vir a existir.

Linhares (2010) relata que a influência dos valores culturais no processo de cuidar do sistema familiar promove riscos de adoecimento referente às práticas de cuidados ao RN, no que concerne aos cuidados ao coto umbilical. Essas práticas se perpetuam nas famílias ao longo das gerações no contexto das vivências familiares.

A autora traz ainda que os padrões culturais, por vezes, anulam o saber profissional, de forma a apoiar-se nos saberes populares. Nesse sentido, constatou-se que a rede do contexto domiciliar das puérperas constitui-se como facilitadora de saberes populares no cuidado ao coto umbilical e banho do RN. Assim, entre as puérperas do seu estudo, encontram-se aquelas que tomavam suas decisões no cuidado ao RN, mesmo no âmbito familiar, confrontando com os saberes geracionais, de modo que se tornaram resilientes; e se empoderaram frente aos membros familiares mais idosos, aqueles que ditavam o cuidar a sua moda; construindo novos saberes, a partir de suas vivências e experiências observacionais no cotidiano no seu meio de inserção e no meio dos profissionais de saúde (LINHARES, 2010).

Neste contexto, Ceolin *et al* (2011) complementam que a transmissão do saber ocorre predominantemente no sistema informal de saúde, enquanto os profissionais de saúde são pouco citados. Isso, provavelmente, se justifica pelo despreparo e/ou descrença dos profissionais de saúde (sistema formal) quanto a esta prática popular de cuidado à saúde. Neste contexto, o enfermeiro deve buscar compreender as estruturas, os significados e os sentidos das diferentes culturas, seus valores e práticas de cuidado. Dessa maneira, deve procurar construir a partir deste conhecimento, advindo do saber popular, novas práticas de agir nos serviços de saúde, para que possamos alcançar a almejada integralidade no cuidado prestado ao indivíduo e a sua família; atuando, assim, na construção e reprodução de saberes e práticas integrais de cuidado e atenção à saúde (CEOLIN *et al*, 2011).

Nascemos e morrem os necessitando de cuidado, mas a qualidade do cuidado dependerá do respeito às especificidades culturais do grupo social em que é exercido, constatando-se que o mesmo é intergeracional. E que é necessário a aproximação entre

trabalhadores de saúde e a comunidade, considerando-se as particularidades culturais dos sujeitos cuidados (FLORES et al, 2010).

As comunidades quilombolas vêm, ao longo dos anos, resistindo às influências externas, buscando reproduzir as peculiaridades do seu modo de vida, mantendo sua identidade e fortalecendo a manutenção das tradições.

## **REFERÊNCIAL TEÓRICOMETODOLÓGICO**

---

As respostas vêm sendo formuladas concretamente pelo conjunto das pessoas que ensaiam práticas significativas em todos os lugares e em todas as situações do mundo atual. Portanto, não há um sujeito historicamente único. Muitos são os sujeitos destas mudanças. Elas se orientam por um novo sentido de viver e de atuar. Por uma nova percepção da realidade e por uma nova experiência do ser. Elas emergem de um caminho coletivo que se faz caminhando.

(Leonardo Boff)

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Para o embasamento teórico deste estudo, optou-se por trabalhar com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, uma vez que estamos abordando o cuidado ao RN em comunidades quilombolas, e compreende-se que o cuidado a esse pequeno *ser* é permeado de valores culturais transmitidos intergeracionalmente.

Toda e qualquer prática de enfermagem necessita de fundamentos teóricos. É a teoria que oferece fundamentação para que as práticas sejam desveladas em toda a sua magnitude, e em suas interfaces, como coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação ou avaliação dos cuidados de enfermagem.

#### 3.1 O CUIDAR FUNDAMENTADO NA TEORIA TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER

O cuidar é algo histórico e permeia todo processo relacional e as ações da humanidade. O cuidar sempre esteve presente na história da humanidade como forma de viver, de se relacionar e é considerado como essencial ao desenvolvimento humano. Cuidar é um fenômeno universal e cuidado; um tema complexo, polissêmico, pluridimensional que varia de uma cultura para outra, com implicações filosóficas, antropológicas, sociológicas, éticas, estéticas e tem despertado o interesse das diversas áreas do conhecimento, porque, de alguma forma, todos cuidam, independentemente de atuar ou não na área da saúde (TORRALBAROSELLÓ, 2009).

Para Waldow (2005), o termo cuidado humano diz respeito a todos os seres humanos, em relação uns com os outros, consigo mesmo e, em extensão, ao meio que os cerca, à natureza, enfim, ao universo. A autora complementa que o cuidado consiste em esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência, ajudando a pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura quando um sentido de harmonia interna é estabelecido, independentemente das circunstâncias externas (WALDOW, 2010).

O ser humano depende de cuidados desde o nascimento até a morte. Nesse percurso, está exposto a situações que exigem envolvimento de cuidados para ultrapassar e dar



continuidade à vida. Para além do nascimento, os cuidados perpassam todas as etapas da vida (COLLIÈRE, 2003).

O cuidado não é uma ação protecionista, nem paternalista, como se tem descrito ao longo da história, mas uma ação de responsabilidade, de respostas às necessidades do outro. Consiste em ajudar alguém a superar suas experiências dolorosas, mas não apenas no sentido físico do termo, mas também no sentido moral, psicológico, social e espiritual (TORRALBA ROSELLÓ, 2009). Esse cuidar pode ser exercido de forma profissional ou não profissional, mas com o intuito de suprir, temporariamente, aquilo que os seres humanos não estão capazes de fazer a si próprios (COLLIÈRE, 2003).

A pessoa que desempenha o cuidado, portanto, o cuidar, no seu verdadeiro sentido, interage com o outro, colocando em prática seu conhecimento, sua habilidade técnica, sua sensibilidade, ajudando-o a crescer. A pessoa que é cuidada, por sua vez, em sua experiência genuína, compartilha seu ser, sua experiência, seus rituais de cuidado, suas características, as quais contribuirão para o processo de cuidar de forma positiva. Vale ressaltar que ambos, cuidadora e ser que é cuidado, deverão se beneficiar por meio dos encontros de cuidado (WALDOW; BORGES, 2008).

Para Leininger (1995), o cuidado é uma necessidade humana essencial e que precisa ser explicado por uma perspectiva transcultural. Nesse direcionamento, a autora propõe uma nova visão de mundo, onde o indivíduo deva ser compreendido dentro de seu contexto, pois não pode ser separado de seu ambiente social e cultural. A pessoa deve ser vista como um todo, valorizando suas crenças, mitos e costumes.

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

A teoria da enfermeira norte-americana Madeleine Leininger se constitui em uma proposta para estabelecer uma ponte entre a enfermagem enquanto uma profissão do sistema oficial de saúde e a rede familiar e popular de saúde. Considera que o cuidado desenvolvido

possui características que são universais para o nascimento, desenvolvimento, manutenção da vida, recuperação da saúde e a morte digna (LEININGER, 1991; LEININGER, 2007).

A enfermeira Leininger, enquanto trabalhava em uma unidade psiquiátrica em meados dos anos 50, em Cincinnati, vivenciou o que denominou de choque cultural. Ela começou a perceber uma lacuna na compreensão dos fatores culturais que influenciavam no comportamento das crianças que estavam sob seus cuidados, e isso passou a preocupá-la em demasiado. A partir de então, Leininger passou a refletir sobre a inter-relação entre enfermagem e antropologia, e procurou adquirir conhecimentos específicos de antropologia para subsidiar sua assistência. Tal interesse fez com que Madeleine Leininger buscasse o programa de doutorado em Antropologia Psicológica, Social e Cultural da *University of Washington* (Seattle) em 1959, para fundamentar seus estudos nos aspectos conceituais relacionados à cultura, enfermagem e etnociência (ORIÁ; XIMENES; ALVES, 2005).

Destarte, Leininger constituiu-se na primeira enfermeira com o título de doutora em Antropologia ao concluir o curso em 1965. Ciente da importância de partilhar os conhecimentos adquiridos com sua formação e contribuir para a formação de enfermeiros transculturais, Leininger ofereceu, em 1966, o primeiro curso de Enfermagem Cultural na *University of Colorado*.

Para esta teórica, a Enfermagem Transcultural tem, como foco, o estudo e a análise comparativa de diferentes culturas, no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado, especialmente ao cuidado de enfermagem. Ela desenvolveu um corpo de conhecimento científico e humanizado capaz de viabilizar a prática do cuidado universal e que seja culturalmente específico.

Leininger e McFarland (2006) afirmam haver um cuidar/cuidado genérico e outro profissional. O genérico compreende o que pode ser encontrado em qualquer cultura do mundo sob as formas naturais, caseiras ou folclóricas e o profissional, aquele realizado por profissionais da Enfermagem ou quaisquer outros profissionais do sistema formal de saúde. Enfatiza que o cuidado transcultural é necessário para o desenvolvimento da prática assistencial de enfermagem. Esta teórica em sua obra definiu alguns termos como:

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

- **Saúde:** é um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a capacidade dos indivíduos ou grupos para desempenhar suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados.
- **Enfermagem:** uma profissão e uma disciplina científica aprendida e humanista enfocada no fenômeno e nas atividades do cuidado humano para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou readquirirem seu bem-estar em formas culturalmente significativas e benéficas ou para ajudar a pessoa a enfrentar a deficiência ou a morte.
- **Enfermagem Transcultural:** a enfermagem que desenvolve o cuidado às pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto saúde-doença.
- **Ser humano:** Leininger propõe que o ser humano é único, sendo singular e ao mesmo tempo múltiplo em sua cultura. Ele possui uma história de vida construída através dos tempos, influencia e é influenciado, atribuindo significados de acordo com seu entendimento, crença, valores e contexto sociocultural. O ser humano aprende e compartilha, através da interação, significados e papéis sociais que orientam suas ações durante o processo de viver. O ser humano não vive sozinho, ele nasce como membro de uma família. É na família que, na maioria das vezes, ele aprende a interagir social e culturalmente, adquirindo e desenvolvendo significados que serão, posteriormente, traduzidos em ações e comportamentos durante todo o seu processo de viver. O enfermeiro é também um ser humano, que desenvolve um trabalho profissional, interage com outros seres humanos e desenvolve papéis durante o processo de construção do cuidado, através do trabalho em grupo com esses familiares. É, portanto, um elemento facilitador desse processo.
- **Cultura:** são os valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos, pertencentes a um grupo específico que orientam os seus pensamentos, decisões e ações de forma padronizada.

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural tem como meta, segundo Leininger (1991), descobrir indutivamente, explicar, interpretar e prever o conhecimento do cuidado cultural e suas influências para entender e desenvolver modos para prover a cultura correspondente ao cuidado de enfermagem.

Leininger (1991) ainda traz que as culturas são os valores, crenças, ritos, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneiras padronizadas. Um pressuposto

relacionado à cultura é o de que os seres humanos são seres culturais capazes de sobreviver ao passar do tempo, através de sua capacidade de prestar cuidado aos outros, de todas as idades, em vários ambientes e de muitas maneiras. Os valores culturais derivam da cultura e identificam maneiras desejáveis de ação e conhecimento. Esses valores culturais são, comumente, mantidos pela cultura, por longos períodos de tempo, e servem para orientar a tomada de decisões dos membros da cultura.

Leininger propôs um modelo teórico-conceitual denominado de *Sunrise Enabler*, simbolizado pelo Sol nascente, tendo como conceitos centrais a cultura como componente da Antropologia e cuidado como o componente da Enfermagem. Este modelo é uma visão pictórica da teoria e um guia para as enfermeiras utilizarem na realização de avaliações culturais das pessoas que são cuidadas (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Assim, o modelo de *Sunrise* é dividido em quatro níveis, como descritos a seguir:

- **Nível um** – é aquele em que a visão de mundo (abstrato) e o nível do sistema social direcionam o estudo das percepções do mundo para fora da cultura. Este nível leva ao estudo da natureza, do significado e dos atributos do cuidado.
- **Nível dois** – é o que oferece conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde.
- **Nível três** – é o que focaliza o sistema popular, o sistema profissional e, nele, a enfermagem. Inclui-se neste nível a característica de cada sistema e os aspectos do cuidado de cada um, possibilitando identificar semelhanças e diferenças ou diversidade cultural de cuidados e universalidade cultural de cuidado.
- **Nível quatro** – é o nível das decisões e ações de cuidado em enfermagem, e envolve a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/restauração cultural do cuidado. Neste nível ocorre o cuidado de enfermagem.

A seguir encontra-se o Modelo *Sunrise* de Leininger, o qual sintetiza, na figura, o que fora descrito acima.

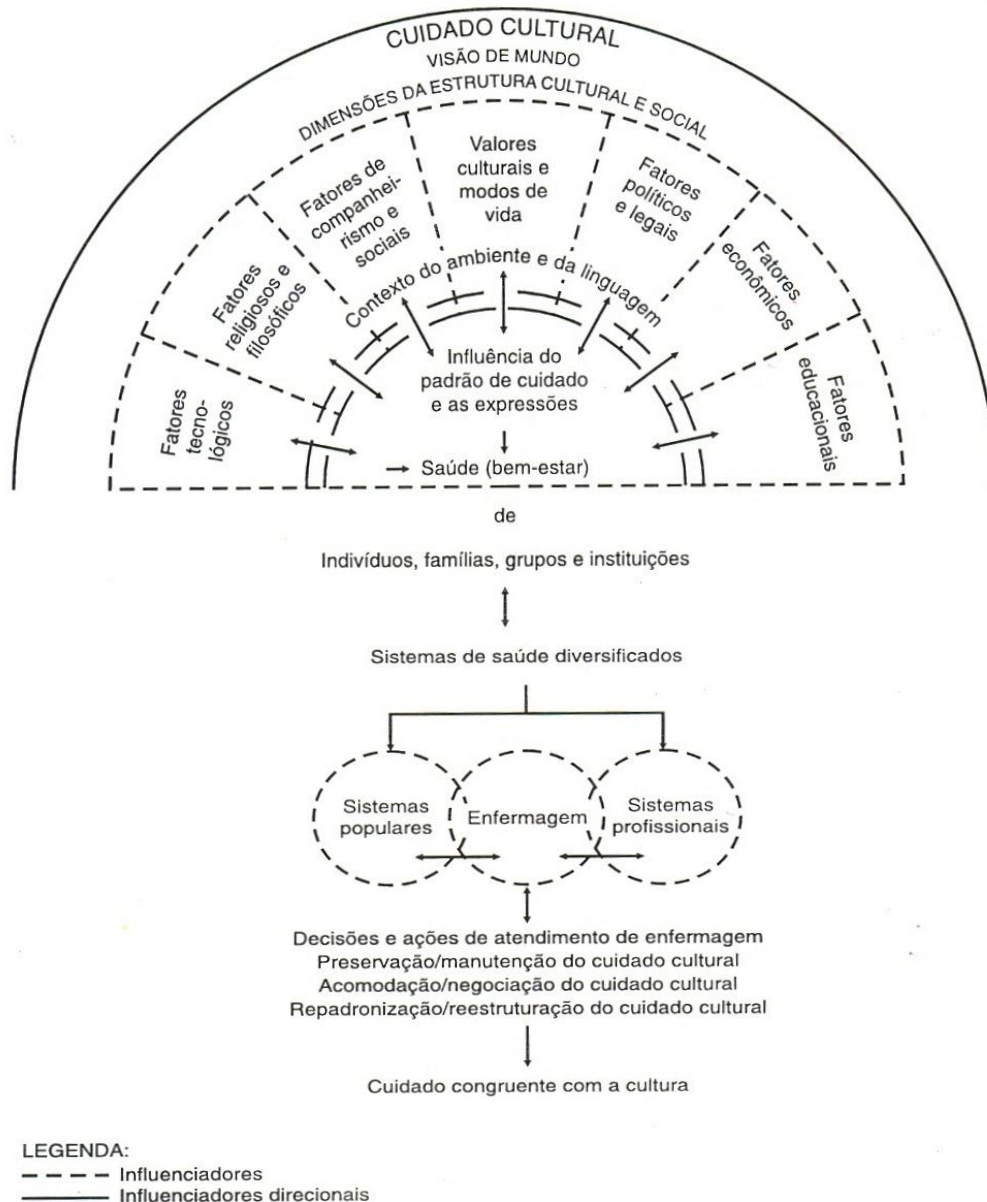


Figura 1: Modelo *Sunrise* de Leininger. In: GEORGE, J. B., **Teorias de Enfermagem: os fundamentos a prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Arte Medicas Sul, 2000.

Segundo Erdtmann e Erdmann (2003), esta visualização teórica dentro do desenho de Leininger aguça a enfermeira pesquisadora a buscar a compreensão do conjunto em sua prática assistencial, ao mostrar a ligação teoria-prática. Assim como, amplia a visão, num horizonte aberto, sobre o cotidiano, proporcionando um cuidado mais harmônico em relação à perspectiva da pessoa e de sua família. Ainda, oportuniza ao profissional, reflexões constantes, induzindo-o a mudanças quando estas se fizerem necessárias.

Leininger (1991) refere que o modelo é essencial para ajudar o pesquisador a pressentir um mundo cultural de vida com diferentes forças ou influências das condições humanas que precisam ser consideradas ou descobertas para o cuidado humano. O modelo

Sunrise tem como objetivo auxiliar o estudo da maneira como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde dos indivíduos, das famílias, grupos e instituições, bem como o cuidado oferecido a eles, numa cultura.

SEIMA *et al* (2011) salienta que, alicerçada no conhecimento científico e no conhecimento popular, o profissional de enfermagem tem a possibilidade de com o *ser* cuidado decidir sobre as ações que devem ser preservadas, negociadas ou repadronizadas, na busca de cuidado significativo e satisfatório para ambos. Elas trazem ainda que os profissionais têm demonstrado interesse em trabalhar com a cultura do indivíduo, visto que o modo de viver, crenças e valores interferem e influenciam na qualidade de cuidados envolvidos. Cuidar vai além de procedimentos técnicos, a compreensão do modo de viver do outro fornece ao ser cuidado subsídios que favorecem a reflexão e a autonomia para a decisão.

Ratificando Moura *et al* (2005) diz que é importante conhecermos o contexto cultural, os valores, as crenças, os rituais e o modo de vida do indivíduo e de suas famílias, numa perspectiva de construção de um novo paradigma para abordagem da saúde e da doença.

Nesse direcionamento, e por entender que os profissionais necessitam conhecer a cultura, crenças e valores do *ser* que ele cuida, propomos essa teoria como embasamento para nosso trabalho. Uma vez que se almeja, no estudo, apreender como é cuidado o RN em comunidade quilombola, como também descrever as influências intergeracionais, neste cuidado. Sabe-se que percorrer esse caminho necessitará de um aprofundamento no universo de significados desta comunidade, na tentativa de alcançar os objetos propostos e para isso traçamos um percurso, o qual se acredita ser suficiente para atender a nossa proposta de trabalho, como pode ser analisado no capítulo que se segue.

## 3. 2. CAMINHO METODOLÓGICO

### 3.2.1 Natureza da Pesquisa

Versa em uma pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, que foi fundamentada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural proposta por Leininger, que se mostrou assertiva e pertinente ao estudo, possibilitando contemplar com mais propriedade o conjunto de elementos que envolvem a temática proposta, que nesse estudo foram as influências intergeracionais no cuidado de RN em Comunidade Quilombola.

A abordagem descritiva da pesquisa teve como objetivo a descrição de características do cuidado ao RN em comunidades quilombolas, os fenômenos ou estabelecimento de relações do cuidado, estudando as características deste grupo, suas opiniões, atitudes, crenças e a influência intergeracional do cuidar. Polit, Beck e Hungler (2004) traz que o estudo qualitativo, em geral, é descritivo, uma vez que se preocupa com os indivíduos em seu ambiente natural em toda a sua complexidade e baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e definida por seus atores que neste estudo foram as famílias de RN da comunidade Quilombola de Vila Monte Alegre.

A abordagem exploratória teve como finalidade esclarecer como é cuidado o RN na comunidade quilombola em estudo, tendo em vista a formulação de problemas cujo objetivo foi proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo acerca deste cuidado (GIL, 2008).

Nesse contexto, optou-se por uma pesquisa de natureza qualitativa, a qual permite uma maior aproximação e aprofundamento da realidade dos fatos. Minayo *et al* (2010) acrescentam que o estudo qualitativo privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, entendem que, na sua homogeneidade fundamental, relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças.

A abordagem qualitativa se preocupa em observar aspectos mais profundos da complexidade humana permitindo a interface mais detalhada sobre hábitos, atitudes e tendências do comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2004), que neste estudo foi no modo como é cuidado o RN nesta comunidade quilombola de Vila Monte Alegre.

Deste modo, envolver a natureza qualitativa denota o interesse do (a) pesquisador (a) em conhecer as “qualidades” do objeto, preocupando-se com uma realidade que não pode ser

quantificada, mas sim apreendida, a partir de seus significados, aspirações e valores (MINAYO *et al*, 2010).

### 3.2.2 Colaboradores da Pesquisa

Os colaboradores desta pesquisa foram sete mães de RN, uma bisavó parteira e cuidadora, três avós, e quatro cuidadoras e familiares de crianças de até 02 anos, da comunidade quilombola de Vila Monte Alegre, que cuidam ou cuidaram destas, no período neonatal. A delimitação da amostra seguiu o critério de saturação dos dados. Segundo Fontanela *et al* (2008, p. 17), a saturação “é usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação dos novos componentes”. Polit, Beck e Hungler (2004) também relatam que a saturação consiste em amostrar até o ponto em que não há mais informação nova, pois os dados se repetem de maneira redundante.

Como critério de inclusão dos colaboradores foram estabelecidos os seguintes requisitos: ser nativos e se reconhecer como quilombola; ser membro da família de um RN ou criança de até 02 anos (neste estudo foram compreendidos como membro familiar as pessoas com vínculo afetivo); ter prestado cuidados àqueles; e, ter capacidade de responder aos instrumentos da pesquisa. E como critérios de exclusão: não enquadrar nos critérios de inclusão; desistir de sua participação; o RN possuir alguma malformação ou doença crônica; e o RN não ter vivenciado o período neonatal na comunidade.

Para a aproximação com os colaboradores, os pesquisadores entraram em contato, previamente, com o líder comunitário da comunidade quilombola de Vila Monte Alegre, solicitando a esse que encaminhasse um convite aos familiares de RN ou crianças de até 02 anos. Neste convite foi agendada uma reunião com as famílias, momento este que foi apresentado o projeto de pesquisa a comunidade. Essa reunião ocorreu na Associação Comunitária de Vila Monte Alegre.

Em seguida foram selecionados todos os colaboradores e familiares que se enquadravam nos critérios da pesquisa e que se mostraram favoráveis em participar desta, e, assim, foram realizadas visitas aos domicílios, onde foram aplicados os instrumentos para coleta das informações e verificado como é cuidado o RN na comunidade, como também conhecer suas crenças, valores, cultura e hábitos de vida.

O nome dos colaboradores no Genograma foi preservado, utilizando pseudônimos de sua escolha, deixando-os livres para autodenominarem com algum nome de sua preferência.



As entrevistas foram identificadas com a letra “E” e numerada pela ordem sequencial dos entrevistados.

Nesse direcionamento para um melhor conhecimento dos colaboradores deste estudo, estes serão apresentados nos quadros 1 e 2 que se seguem:

**QUADRO 1:** COLABORADORES – Mães de recém-nascidos da comunidade quilombola de Monte Alegre.

<b>Pseudônimo</b>	<b>Idade atual</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Renda familiar</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Número de filhos</b>	<b>Número de filhos Vivos</b>	<b>Domicílio Próprio</b>	<b>Número de Pessoas residentes no domicílio</b>	<b>Religião</b>
<b>Jasmin E1</b>	31	União Estável	Fundamental Incompleto	+/- R\$800,00	Serviços Gerais	02	02	SIM	04	Católica
<b>Rosa E2</b>	34	União Estável	Fundamental Incompleto	+/- R\$700,00	Do Lar	03	03	SIM	05	Católica
<b>Margarida E3</b>	27	Separada	Fundamental Incompleto	+/- R\$400,00	Serviços Gerais	02	02	SIM	03	Católica
<b>Gatinha E4</b>	21	Casada	Fundamental Completo	+/- R\$270,00	Do Lar	03	02	NÃO	11	Evangélica
<b>Girassol E5</b>	24	União Estável	Fundamental Completo	+/- R\$200,00	Serviços Gerais	02	02	SIM	04	Católica
<b>Edi E6</b>	18	Casada	Fundamental Completo	+/- R\$270,00	Do Lar	01	01	NÃO	11	Evangélica
<b>Orquídea E7</b>	16	União Estável	Fundamental Completo	+/- R\$200,00	Do Lar	01	01	NÃO	03	Católica

FONTE: Arquivos da pesquisa.

**QUADRO 2: COLABORADORES –** Cuidadores e familiares de recém-nascidos da comunidade quilombola de Monte Alegre.

<b>Pseudônimo</b>	<b>Idade atual</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Renda Familiar</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Número de filhos</b>	<b>Número de filhos Vivos</b>	<b>Domicílio Própria</b>	<b>Número de Pessoas residentes no domicílio</b>	<b>Religião</b>	<b>Parentesco</b>
<b>Dona Parteira E8</b>	68	Viúva	Sabe assinar o nome	+/- 600,00	Aposentada	11	10	SIM	02	Católica	Cuidadora de RN; Sogra de Jasmin e Rosa; Avó de Girassol; Tia de Margarida, Gatinha e Edi.
<b>Dona Girassol E9</b>	45	União Estável	Fundamental Incompleto	+/- R\$400,00	Do Lar	05	05	SIM	04	Católica	Mãe de Girassol
<b>Dona Jade E10</b>	54	Casada	Fundamental Incompleto	+/- R\$400,00	Do Lar	08	07	SIM	05	Católica	Cuidadora de RN; Cunhada de Jasmin e Rosa; Tia de Girassol.
<b>Jurubeba E11</b>	32	Casada	Fundamental Completo	+/- R\$400,00	Do Lar	05	05	SIM	07	Católica	Prima de Girassol; Sobrinha de Jasmin e Rosa.
<b>Dona Jasmin E12</b>	50	Casada	Fundamental Incompleto	+/- R\$800,00	Do Lar	10	06	SIM	06	Católica	Cuidadora de RN; Cunhada de Jasmin e Rosa; Tia de Girassol.
<b>Maracujá E13</b>	33	Casada	Fundamental Completo	+/- R\$800,00	Do Lar	04	04	SIM	06	Católica	Prima de Girassol; Sobrinha de Jasmin e Rosa.

<b>Manga E14</b>	48	Casada	Fundamental Completo	+/- R\$400,00	Do Lar	03	03	SIM	07	Católica	Mãe de Orquídea.
<b>Helena E15</b>	48	Casada	Sabe assinar o nome	+/- R\$400,00	Do Lar	07	06	SIM	11	Evangélica	Mãe de Gatinha, Edi e Margarid.

FONTE: Arquivos da Pesquisa.

### 3.2.3 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na **comunidade quilombola** Vila Monte Alegre a qual se encontra no centro da Ilha de Boipeba-BA, localizada entre Moreré e São Sebastião (Cova da Onça).

Para entender os hábitos, costumes e a forma de cuidar de um indivíduo, família e comunidade, conhecer sua história, origens, crenças, valores, representações, cultura e modo de viver, dados foram coletados pelos pesquisadores em suas vivências na comunidade durante o desenvolvimento da pesquisa, e serão apresentados a seguir.

A Comunidade Quilombola da Vila Monte Alegre, localizada na Ilha de Boipeba-BA, inicialmente dividida em velha Boipeba (Morere) e São Sebastião, com muita luta e esforço dos líderes locais foi reconhecida como uma nova comunidade. Para isso, os moradores e líderes comunitários fizeram um levantamento cultural o qual demonstrou que Monte Alegre e Moreré eram comunidades completamente diferentes; aquela não era uma comunidade ribeirinha como esta, e sim uma comunidade voltada para a agricultura de subsistência e a mariscagem para alimentação.

Assim, após essa divisão, as lideranças locais conquistaram a titulação de Comunidade Remanescente Quilombola de Monte Alegre.



**FIGURA 2:** Casas de Monte Alegre.



**FIGURA 1:** Paisagens de Monte Alegre.

A história da comunidade se inicia com a vinda do Senhor Cardeal (homem negro de origem afro, da região de Sumbauna), o qual, na adolescência, iniciou o trabalho com a pesca e mariscagem; na idade adulta, foi despertando os dons espirituais e de parteiro.

As atividades, como parteiro, iniciaram com a realização de um parto de risco:

*[...] ele (Senhor Cardeal) estava voltando da mariscagem, em sua canoa, e lá adiante ele avistou uma casa com as luzes acesas, e bem de longe ouvia uns gemidos, ele foi se aproximando e cada vez mais os gemidos de dor ficavam mais fortes [...] ao aproximar da casa ele lá estava um canoa sendo preparada (naquele tempo não existia 'savêro', não*

*existia lancha, era canoa a pano, a remo) para' levar a parturiente para Cairú, pro médico [...] Aí, ele foi passando com o samburá na cabeça, viu aquele movimento, um entra e sai [...] e a mulher gemendo muito. Foi quando ele arriou da canoa, pediu licença aos donos da casa e entrou. Tava a parteira, lá, tentando fazer o parto e não conseguia, o bebê não conseguia sair.*

Nesse momento, ele (Senhor Cardeal) disse: “O que é que esta ‘criatura’ tem?”

Aí, elas disseram: “Tá avexada pra dá a luz e a parteira disse que não tem como nascer aqui. Só viajando, para encontrar um médico em Cairú.

Ele (Senhor Cardeal) disse: “A senhora dá licença eu ir rezar a barriga dela?”

Aí, eles disseram: “Ah, se a parteira não está resolvendo nada, o que é que este menino vai fazer?”.

A dona da casa disse: “Deixa ele entrar para vê’.

Aí, ele entrou, tirou o chapéu, colocou-o em cima do banco, entrou no quarto, se benzeu, consertou a barriga da parturiente e começou a rezar. Assim que terminou de rezar ele (Senhor Cardeal) disse: “Agora, quem é a parteira? Se prepare que o menino já vai nascer. Não vai precisar viajar”.

O pessoal que estava na casa não acreditou no que ele disse.

Ele (Senhor Cardeal) disse: “Olha, eu vou para casa tomar um banho e daqui a pouco eu quero saber o resultado”.

Quando ele estava saindo lá na porteira da casa escutou o choro do menino.

Pronto. Desse dia em diante o pessoal da região botou fé nele e acreditou. Qualquer mulher que estava em trabalho de parto e começava a sentir as dores, a família vinha logo chamar ele (Senhor Cardeal), sempre ele se apegava aos seus guia (Santos) e a força que Deus deu a ele, ele resolvia tudo, fazia os partos e cuidava do bebê. [Dona Parteira].

A partir desse caso relatado pela filha do Senhor Cardeal, ele se tornou referência em toda essa região da Ilha de Boipeba. Esse seu legado como parteiro foi transmitido e ensinado entre seus entes parentais. A Filha do Senhor Cardeal, a qual o substituiu como a parteira tradicional da comunidade, iniciando suas práticas por volta dos 12 anos conjuntamente com seu pai, auxiliando as mulheres no processo de parturição. No tocante aos Dons religiosos, Senhor Cardeal realizava encontros religiosos nas comunidades, e cultivava a crença religiosa do candomblé, que, segundo os relatos dos familiares, incorporava “entidades”, e era referência espiritual em toda a região.

A comunidade quilombola de Monte Alegre até os dias atuais ainda mantém muito forte a crença religiosa de origem Afro, deixada pelo progenitor Senhor Cardeal.

*[...] eu com minha família buscamos sempre ta preservando as datas religiosas com festejo e novenas, por exemplo (no mês de maio tem as rezas comemorando o mês de Maria, ai todos os dias aqui em minha casa fazemos as rezas e damos as bênçãos [...]). Quando chega junho vem as reza de Santo Antônio com as celebrações durante treze noite que antecede o seu dia. Terminando os festejos de Santo Antônio, inicia os preparatórios e as rezas de São João. Na noite de São João é uma festança aqui na comunidade [...] alí, na casa da minha filha, os meninos ligam o som, dançam e*



**FIGURA 3:** Mesa de Santos na Casa de Dona Parteira.

*brincam até tarde [...] a festa' de São João é muito bom [...] o pessoal fica brincando a noite toda, quando dá três e meia para quatro horas ai, ai todos descem la para a praia com os instrumento fazendo as batucada [...] com os tamborzinho cantando e dançando em direção a fonte. Chegando lá tem o altarzinho [...] la dentro da fonte está o altar com o retrato de Yemanjá [...] Ai, fica uma pessoa decretada ali mesmo para conduzir as orações [...] ai vai todos vestidos com roupa branca, quem não tem, vai com qualquer uma roupinha composta [...] ai fica uma pessoa La na fonte para colocar s caldeirões de água na cabeça das pessoas [...] são três caldeirões, ai ficam dançando e cantando, quando acaba continua tudo cantando e tomando muito licor [...] ai pronto, ficam brincam até quando querem. [Dona Parteira]*

*[...] para o banho de são João a gente começa os preparativos na véspera, faz as comidas típicas como o milho asado e cozido, arroz doce, canjica, muito licor de jenipapo. Para festejar a gente faz um forrozão a noite toda, e a partir de três horas da manhã a gente para o forro, pega os tambores, faz uma batucada aqui dentro com todo mundo e depois a gente desce para uma fonte que tem la embaixo, pra gente grande e pequeno, e vamos tomar o banho de são João, a gente amanhece o dia lá embaixo, quando sobe os que aqueça ainda, vão pelas portas tomando licor, comendo arroz e os que não aqueça vai embora dormir, quando acorda emenda de novo! [E12].*

Após o período dos festejos de São João, prosseguem os festejos de São Pedro e a comemoração do 02 de julho, momentos que são festejados pela comunidade com celebrações religiosas, danças típicas, comidas e bebidas. Outro momento de celebração religiosa muito forte, na comunidade, é a comemoração do dia de São Cosme e Damião.

*[...] no dia 27 de setembro, minha filha dá o caruru, em homenagem e festejo a São Cosme e Damião, nesse dia eles batem o candomblé, até uma hora, duas horas [...] Conforme a quantidade de gente que tem. [...] e quando chega esse tempo vem muita gente de fora, chamados de veranistas [...] tem um grupo de Minas Gerais que gosta bastante e sempre vem para as comemorações. [...] tem também a Festa de Natal e de Reis [...] a de Reis isso, aqui, enche de gente para vê a gente cantar e dançar Reis [...]. [Dona Parteira]*

A comunidade, ao longo dos anos, vem buscando manter e preservar os ensinamentos e práticas socioculturais transmitidas intergeracionalmente. Sua população é de aproximadamente 120 habitantes, todos descendentes ou cônjuges da família do Senhor Cardeal. O território da comunidade não é muito extenso e se localiza no pico de um morro, cercada pela vegetação de Mata Atlântica; o povoado é constituído de três ruas, assim, denominadas por eles: Rua de Cima, Rua do Meio e Rua de Baixo, totalizando cerca de 26 casas, 01 escola, 01 restaurante e 01 Associação Comunitária com Cozinha artesanal.

As casas são de taipa 85%; cerca de 95% é provida de rede elétrica; 100% da sua população não tem serviço de esgotamento sanitário, nem água encanada e potável; as dejeções são realizadas em cercados ou no mato; o lixo produzido é descartado na mata ao redor das casas e alguns o desprezam em sacos para serem coletados, periodicamente, pelo serviço público da prefeitura; a sua principal fonte de renda é a agricultura familiar(mandioca,

banana e a cana-de-açúcar), mariscagem e o programa social bolsa família. Vale salientar que, nessa comunidade, não há serviço de saúde, a Unidade Básica de Saúde encontra-se no povoado de Boipeba, aproximadamente a 30 km.

Os homens da comunidade costumam trabalhar com agricultura, mariscagem e também na construção civil como pedreiros (a partir da capacitação oferecida pela Empresa Petrobrás, na construção do centro comunitário). As mulheres, em sua maioria, ocupam-se em tomar conta dos filhos e serviços domésticos, outras trabalham nos hotéis de Moreré.

As famílias são numerosas e extensas constituídas por homens e mulheres jovens. Como atividade de lazer, além das festas religiosas, no cotidiano da comunidade, as pessoas costumam se reunir nos finais de semana e feriados para beber e dançar. Segundo os moradores, bem como podemos observar durante as nossas visitas, a comunidade aparenta ser tranquila, sem índices de violência; as crianças costumam ficar na rua brincando. Foi observado que as famílias são (co)responsáveis no cuidar das crianças umas das outras, até mesmo na educação.

A religião predominante é o catolicismo atrelado ao candomblé, mas tem um pequeno número que se consideram Evangélicos; no entanto celebram os dias religiosos como festejos tradicionais.

A alimentação, além da agricultura familiar, é rica em mariscos, peixe, plantas frutíferas da Mata Atlântica. Estas questões de nutrição e perspectivas de vida necessitam de um melhor aprofundamento com pesquisas acerca da temática.

A comunidade não possui uma representatividade política e os governantes locais não buscam investir na comunidade; posto que em nossas visitas constatamos que as condições de saúde da população são precárias.

### **3.2.4 Aspectos Éticos da Pesquisa**

O estudo foi pautado nas diretrizes estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, incorporando sob a ética do indivíduo e da coletividade a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, com vistas a assegurar os direitos e deveres dos colaboradores da pesquisa (BRASIL, 2012). O mesmo só foi iniciado após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, o qual foi direcionado pela Plataforma Brasil, tendo aprovação com o **CAAE:16594413.8.0000.5531**.



Após aprovação no CEP, foram explicados aos colaboradores, os objetivos, a relevância da pesquisa, deixando-os livres para aceitar ou rejeitar a participação.

A anuência dos colaboradores foi determinada mediante livre e espontânea deliberação por meio do seu consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), em termo próprio, lido (pelo colaborador ou pelos pesquisadores), e assinado pelos colaboradores em duas vias. Para garantir o anonimato e sigilo foi atribuído codinome aos envolvidos conforme os nomes por eles mesmos sugeridos, como mostrados nos Quadros 1 e 2 anteriores deste capítulo, ainda foram respeitada sua privacidade e intimidade, como assegurada a liberdade de desistir de sua participação a qualquer momento, podendo entrar em contato via telefone com os pesquisadores que estão disponíveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2012).

Os colaboradores também foram orientados para o fato de que não haveria benefícios financeiros para nenhuma das partes e que as informações fornecidas serão confidenciais, de modo que as falas não permitirão identificar os colaboradores envolvidos.

Cabe ressaltar que o estudo ofereceu alguns riscos como, por exemplo, o constrangimento/desconforto para relatar suas histórias. No entanto, não houve nenhum relato que indicasse esse desconforto. As entrevistas foram realizadas em locais reservados nos domicílios dos colaboradores.

Foi informado, ainda, que os resultados obtidos no estudo serão divulgados em meio acadêmico e científico através de apresentações em eventos e publicações de artigos científicos.

### **3.2.5 Técnicas para Coleta das Informações**

Os dados da pesquisa consistiram nas informações que o pesquisador se propôs a colher juntamente com os colaboradores envolvidos no estudo. Nesta pesquisa, foram coletados dados qualitativos, ou seja, descrições, narrativas, percepções, opiniões, relatos obtidos por meio de conversas com os colaboradores da comunidade quilombola de Monte Alegre (entrevista) e anotações detalhadas sobre o comportamento de todos em seu cenário natural (diário de campo) (POLIT *et al*, 2004).

Para alcançar os objetivos propostos, fez-se necessário utilizar as seguintes técnicas de coleta de dados: os instrumentos diagnósticos para família baseado do Modelo Calgary – Genograma, Ecomapa; entrevista semiestruturada; e, o diário de campo.

O **Genograma** é um mapa esquemático e proporciona uma visão de um quadro trigeracional de uma família e seu desenvolvimento, uma vez que pode ser usado para mapear a família em cada ciclo de vida (SILVA; FIGUEREIDO, 2006). Foi utilizado para identificar a estrutura familiar da comunidade quilombola de Vila Monte Alegre, como também a estrutura familiar dos RN e crianças de até dois anos que foram inclusas nessa pesquisa. Essa estratégia visou identificar quais os membros da família residem no mesmo espaço-tempo-social, de modo a compreender as relações e interações do processo de viver familiar, bem como conhecer o histórico familiar a fim de selecionar os colaboradores que foram entrevistados, com o objetivo de apreender o cuidado prestado ao RN nesta comunidade quilombola. Tal instrumento permitiu investigar também as influências intergeracionais no cuidado a esses RN.

O **Ecomapa** - é uma representação gráfica dos vínculos relacionais constituído pelas pessoas e suas estruturas sociais do meio em que habita (AGOSTINHO, 2007; SILVA; FIGUEREIDO, 2006). Foi utilizado para conhecer a rede vincular extrafamiliar, na identificação de ambientes-contextos influenciadores do cuidado ao RN. O mesmo, também avaliou a intensidade das relações vinculares da família.

A **entrevista** semiestruturada foi realizada individualmente, em local privativo e apropriado, permitindo a privacidade e a qualidade da gravação em áudio. Essa é uma forma de interação social, um diálogo assimétrico entre pesquisador e pesquisado bem como foi estabelecido um vínculo de confiança entre as partes de modo a alcançar a profundidade do que se investiga.

Ainda neste contexto, Gil (2008) afirma que a entrevista semiestruturada possibilita a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano. Os dados obtidos na entrevista foram suscetíveis a classificação; oferecendo flexibilidade, para que possa esclarecer o significado das perguntas e adaptá-las mais facilmente aos sujeitos e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista.

O **diário de campo** foi utilizado como recurso para anotar as impressões dos pesquisadores, as observações a respeito da comunicação não verbal e do contexto do cuidado ao RN na comunidade quilombola, configurando a nota dos pesquisadores, usando para tanto o exercício da memória recente.

Estes instrumentos seguiram os princípios enunciados pelos autores que fundamentam o processo de análise deste estudo, Miles e Huberman (1984) enunciam que o uso de *multiversos* recursos de técnicas de coleta de dados possibilita melhor exploração dos dados e

maior compreensão do fenômeno estudado, o que favoreceu o alcance dos objetivos deste estudo.

### 3.2.6 Análise dos Dados

Após a aproximação com os colaboradores e a realização da coleta das informações, os dados foram analisados pelos pesquisadores, em local seguro e em sigilo, conforme será detalhado a seguir:

**Primeiro**– as entrevistas começaram a ser analisadas imediatamente ao seu término: iniciando com a escuta sensível do gravador, em local silencioso, para compreensão da fala.

**Segundo** – após a transcrição das entrevistas, seguiu a releitura das mesmas num processo exaustivo de idas e vindas das quais emergiu as categorias.

**Terceiro** – o genograma e o ecomapa foram trabalhados individualmente no Word num processo tipo *design* gráfico dando conformidade as figuras para apresentação no estudo e sua explicação.

**Quarto e último passo** – Organização de todo o material no constructo final de apresentação do trabalho.

Para o desenvolvimento da análise dos dados foi utilizado o modelo interativo de interpretação e compreensão, sugerido por Miles e Huberman (1984), o qual consiste num modelo de análise qualitativa, compreende os seguintes componentes:

**Redução dos dados** – essa etapa compreende a formulação da questão problema e das inquietações como discorridas na introdução. Foi um processo de seleção, contração, simplificação, abstração e transformação do material compilado. Tratando-se de uma operação contínua que se iniciou antes e se processou durante e após o recolhimento dos dados, como se pode observar no *delineamento dos passos* sustentados na revisão de literatura, referencial teórico e metodologia.

**Organização e apresentação dos dados** – etapa de estruturação das informações e dados coletados na comunidade, como também o tratamento dos dados, emergindo as categorias de análise, que, nesse trabalho, foram delineadas na forma de dois artigos, que apresentam as categorias que respondem aos objetivos propostos.

**Verificação das conclusões** – etapa que consistiu na atribuição do significado aos dados reduzidos e organizados através das discussões atreladas a revisão de literatura e o referencial teórico que veio subsidiando a análise. Essa etapa permeou todo o estudo sendo enovelada

desde o momento da inquietação que fez emergir o projeto e que conduziu a fase de considerações finais alcançadas neste estudo.

## **RESULTADOS**

---

A natureza só permite aos gênios uma filha: sua obra.  
(Monteiro Lobato)

## 4. RESULTADOS

Os resultados desse estudo serão apresentados em forma de dois manuscritos que estão formatados de acordo com as normas dos periódicos selecionados para a submissão.

A seleção dos temas abordados nos manuscritos visa contemplar os objetivos propostos no estudo. Dessa maneira, com vistas a responder o primeiro objetivo específico, analisar os cuidados prestados ao recém-nascido em comunidade quilombola, foi elaborado o primeiro manuscrito intitulado “Cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola: uma abordagem transcultural”.

Para atender o segundo objetivo, descrever as influências intergeracionais no cuidado prestado ao recém-nascido em comunidade quilombola foi elaborado o manuscrito “Influência intergeracional no cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola à luz da Teoria Transcultural”.

O terceiro objetivo, identificar os fatores que interferem no cuidado prestado ao recém-nascido da comunidade quilombola, foi contemplado dentro dos resultados apresentados nos dois manuscritos.

O alcance do objetivo geral, apreender o cuidado prestado ao recém-nascido em comunidade quilombola e as influências intergeracionais neste cuidado, foi contemplado nos dois manuscritos apresentados com os resultados da pesquisa.

#### 4.1 MANUSCRITO 1: Cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola: uma abordagem transcultural

Manuscrito será submetido à Revista Acta Paulista de Enfermagem, da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo e foi elaborado conforme as instruções para autores, disponíveis no link: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0103-2100&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0103-2100&lng=pt).

## **Cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola: uma abordagem transcultural<sup>1</sup>** **Care of the newborn in maroon community: a cross-cultural approach**

Lucas Amaral Martins<sup>2</sup>  
 Climene Laura de Camargo<sup>3</sup>

### **Resumo**

**Objetivo:** analisar os cuidados prestados ao recém-nascido em comunidade quilombola à luz da Teoria Transcultural.

**Método:** pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria Transcultural. Realizada entre junho de 2013 a junho de 2014, com 15 mães e cuidadores de RN da comunidade quilombola da Vila Monte Alegre – Boipeba/BA. Utilizou-se como instrumentos de coleta o genograma, ecomapa, entrevista semiestruturada e o diário de campo. A análise foi baseada no modelo interativo de análise de conteúdo.

**Resultados:** identificou-se os cuidados prestados ao RN no nascimento, com a alimentação, higiene, sono/repouso, coto umbilical, cuidados preventivos, além de identificar o itinerário terapêutico. Algumas dessas práticas de cuidado expõem o RN a riscos e danos à saúde.

**Conclusão:** o cuidado ao recém-nascido vem preservando os valores socioculturais, costumes, crenças, saberes populares e práticas de cuidados transmitidos entre as gerações desde o período colonial do Brasil.

**Descritores:** Cuidado do Lactente; Recém-nascido; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Enfermagem Transcultural; Saúde Pública.

### **Abstract**

**Objective:** to examine the care provided to the newborn in the light maroon community of Cross-Cultural Theory.

**Method:** qualitative research, grounded in Transcultural Theory. Conducted from June 2013 to June 2014, with 15 mothers and caregivers of infants of maroon community of Vila Monte Alegre - Boipeba / BA. Were used as instruments to collect the genogram, ecomap, semi-structured interview and the field diary. The analysis was based on the interactive model of content analysis.

**Results:** we identified the care of the newborn at birth, with feeding, hygiene, sleep / rest, umbilical stump, preventive care, and identify the therapeutic itinerary. Some of these care practices expose infants to risks and damage to health.

**Conclusion:** care for newborns see preserving the socio-cultural values, customs, beliefs, folk knowledge and care practices transmitted between generations since the colonial period of Brazil.

**Keywords:** Infant Care; Newborn; Ancestry Group African Continent; Transcultural Nursing; Public Health.

---

<sup>1</sup> Pesquisa extraída da Dissertação “Cuidado ao Recém-nascido em comunidade quilombola e a influência Intergeracional”, apresentada ao Programa de Pós Graduação da Universidade Federal da Bahia;

<sup>2</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

<sup>3</sup> Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Pública. Docente do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

Conflitos de Interesse: não há conflitos de interesses a declarar.



## **Introdução**

Anualmente nascem 130 milhões de crianças no planeta, cerca de quatro milhões dessas morrem nas primeiras quatro semanas de vida. Dessas mortes, destaca-se o número de óbitos no período neonatal que ultrapassa 60%. No Brasil, em 2011, a mortalidade neonatal atingiu os índices de 10,6/1000 nascidos vivos, no Nordeste chega a 12,7/1000 e na Bahia 14,9/1000.<sup>(1,2)</sup> Quando se enfoca a mortalidade infantil na população negra, esta se apresenta 2,4 vezes maior quando comparada a brancos.<sup>(3,4)</sup>

Estudos apontam que enquanto a mortalidade infantil vem diminuindo no país, em algumas comunidades quilombolas, esses valores são bastante expressivos e superam a média nacional, regional e estadual, classificando-se como alta, conforme critérios definidos pelo Ministério da Saúde.<sup>(5)</sup>

Vale ressaltar que os quilombos são espaços habitados secularmente por descendentes de escravizados, e negros livres que preservam sua cultura, crenças, tradições, costumes – intergeracionalmente transmitidos – no seu modo de cuidar.<sup>(6)</sup>

Diante do exposto, das vivências nessas comunidades e das lacunas identificadas na revisão da literatura quando se pesquisa o cuidado ao RN quilombola, direcionamos o olhar enquanto pesquisadores no intuito de desvelar o cuidado cultural oferecido a esses recém-nascidos. Na Teoria Transcultural de Leininger, o cuidado é compreendido como sendo uma necessidade humana essencial, no qual o indivíduo deve ser compreendido dentro de seu contexto sociocultural e valorizado nas suas crenças e costumes, não podendo, pois, se desvincular desse contexto.<sup>(7)</sup>

Nesse direcionamento, traçamos como objetivo analisar os cuidados prestados ao recém-nascido em comunidade quilombola à luz da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural proposta por Madeleine Leininger. Realizada no período de junho de 2013 a junho de 2014, na comunidade quilombola de Vila Monte Alegre, Boipeba-BA. A aproximação com a comunidade teve início no ano de 2008, através de atividades de ensino-pesquisa-extensão do Grupo de Estudos e Pesquisa a Saúde da Criança e Adolescente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Os colaboradores desta pesquisa foram 15 familiares que cuidaram do RN no período neonatal, sendo 07 mães, 01 bisavó parteira e cuidadora, 03 avós, e 04 cuidadoras/familiares. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser nativos e se reconhecer como quilombola; ser membro da família de um RN ou criança de até 02 anos; e, ter prestado cuidados ao mesmo. Como critérios de exclusão: familiares que cuidavam de RN com alguma malformação ou doença crônica; e, o familiar não ter vivenciado na comunidade o período neonatal do RN. Ressaltamos que no período em que foi realizada a coleta de dados, a comunidade possuía 09 famílias com crianças de até 02 anos, sendo que destas, 08 foram selecionadas.

A coleta das informações ocorreu no domicílio dos colaboradores utilizando como técnica: Genograma e Ecomapa; entrevista semiestruturada; e, o diário de campo. Inicialmente construiu-se o Genograma, para conhecer a estrutura e composição de cada família, e posteriormente o Ecomapa para identificar as relações estabelecidas e a rede vincular extra-familiar, rede essa capaz de influenciar no cuidado ao RN.

Após esta etapa, seguiu-se com a entrevista, realizada individualmente e em local privativo que permitiu garantir a privacidade e a qualidade da gravação em áudio. Essa técnica permite além da interação social, um diálogo assimétrico capaz de estabelecer um vínculo entre pesquisador e pesquisado de modo a alcançar a profundidade do que se investiga. O diário de campo foi utilizado como recurso para anotar as impressões dos pesquisadores, as observações a respeito da comunicação não verbal e do cuidado prestado ao RN.

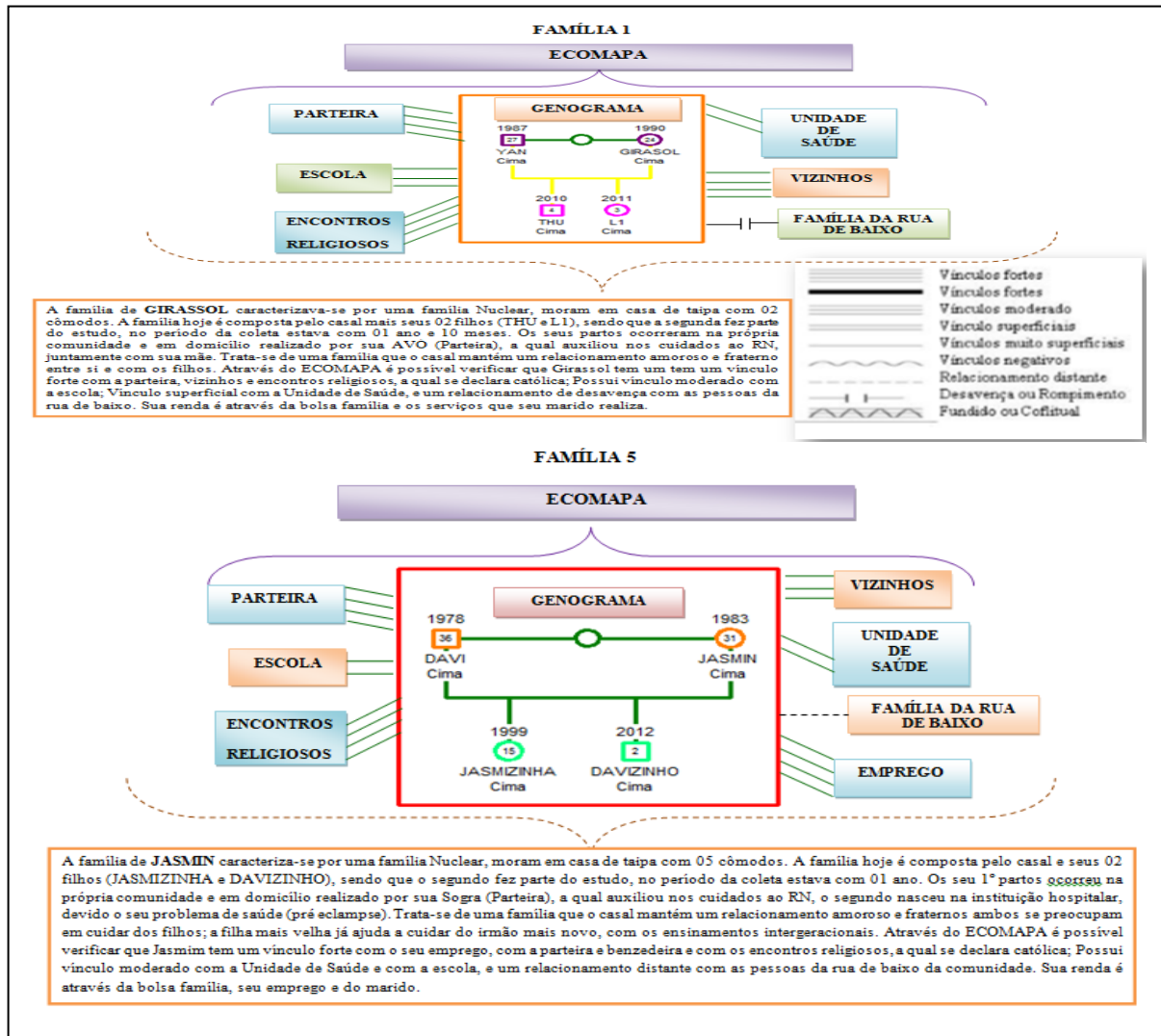
A análise dos dados constituiu em Análise de Conteúdo num processo dinâmico e cíclico, de idas e vindas que possibilitou vislumbrar sete categorias, as quais constituem as unidades de análise.<sup>(8)</sup>

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

## **Resultados**



A figura 2 ilustra duas famílias que foram aleatoriamente selecionadas para representar os vínculos estabelecidos pelas famílias e sua respectiva rede de suporte social no cuidado ao RN.



**Figura 2** – Genograma e Ecomapa da Família 1 e 5 da comunidade quilombola em estudo.

O ecomapa retrata um forte vínculo intrafamiliar bem como das famílias com a parteira, com as práticas religiosas, com os vizinhos e com o trabalho; com a escola apresenta um vínculo moderado; já com os serviços de saúde os vínculos se mostraram enfraquecidos.

### Cuidados ao Recém-Nascido no Nascimento

O nascimento do recém-nascido geralmente ocorre na comunidade, em contexto domiciliar, e assistido por uma parteira local e por familiares, pessoas essas que possuem um saber e experiência apreendida culturalmente com seus antepassados e transmitidas de gerações a gerações.

*[...] a criança nasce, amarra três barbantes no cordão umbilical e corta [...] depois damos o banho preparado com água quente, álcool e três pedrinha de sal virgem e sabão de barra virgem, para tirar os maus olhados, impurezas e prevenir doenças de pele [...] depois seco ele todinho, passo polvilho, enrolo um pano na barriga com um buraco no umbigo, e passo uma faixa por cima apertando [...] visto ele e depois tem alfazema [...] agente coloca umas brasinha, coloca a alfazema em cima e deixa ele tomar aquela fumacinha, ficam bem cheiroso e serve de remédio [...] depois boto ele lá no cantinho da cama [...]depois vamos tomar a temperada e festejar o nascimento [...].(E8)*

*[...]um menino nasceu enrolado com o cordão umbilical no pescoço [...] foi um trabalho para tirar [...]ele ficou pretinho [...] ai agente tirou desenrolou todinho [...] peguei nos pezinhos dele botei ele de cabeça para baixo e balancei, balancei... Quando eu dei o ultimo balanço forte, ele chorou e viveu [...]. (E4)*

### **Práticas Alimentares com o recém-nascido**

A alimentação do recém-nascido não é mantida somente com o leite materno. Nos primeiros dias são introduzidos complementos, engrossantes e papinhas, pois acreditam que o leite materno não é suficiente para matar a fome da criança. Segundo os relatos, as mães que não produzem leite no pós-parto têm suas crianças alimentadas com chá ou por outra mulher quilombola que esteja produzindo leite no período:

*[...] quando eles nascem já vão querendo peito, aí a mãe tem que dar [...] quando não tem agente faz um chá de erva-doce e vai dando na mamadeirinha até chegar o leite [...] quando tem outra mulher amamentando agente leva [...] elas dão o peito [...]. (E12)*

*[...] aqui os meninos com três, quatro dias [...] quando eles são muito chorão, que eles sentem fome, a gente faz um mingauzinho [...] e eles come, fica satisfeito e param de chorar [...].(E5)*

*[...] com oito dias, já dou bananinha batida, porque meus filhos nunca usaram mamadeira [...]. (E10)*

*[...] o meu leite não tava sustentando [...] ele sentia fome e chorava [...] depois que comecei a dar mingau, papinhas cozida no fogo, banana cozida e o leite do peito [...] ele dormia tranqüilo [...]. (E1)*

### **Cuidados higiênicos**

Os hábitos de higiene corporal são fundamentais para a promoção do conforto e bem estar do recém-nascido. O banho diário, a troca de fraldas, o asseio com as vestimentas

favorecem a promoção da saúde e a prevenção de doenças e são identificados nas práticas dos cuidadores na comunidade.

*[...] o banho da três vezes ao dia [...] às nove horas, meio dia e quinze horas [...] não da mais tarde para não pegar resfriado! [...] agente bota a água para esquentar, coloca na banheira, ela morninha que é para poder não queimar o bebê, coloca um pouco de álcool na água para matar os micróbios e evitar doença, porque a água aqui não é tratada [...] depois da o banho com sabonete [...] enxuga bem sequinho, depois passa talco e troca de roupa!(E8)*

*[...] tem muito cuidado no banho para não cair água no ouvido e nem afogar o bebê [...] a banheira fica dentro do quarto por causa do vento, quando acaba seca, passa a pomadinha para não ficar assadura, enxuga e coloca a roupa [...] sempre que a fraldinha ta suja troca para não fazer assadura!(E4)*

*[...] quando termina o banho agente lava logo as roupinhas deles com sabão virgem e coloca no sol para matar os micróbios [...] antes de usar agente passa com o ferro quente [...].(E3)*

### **Cuidando do Coto Umbilical**

O coto umbilical é uma estrutura corpórea que os cuidadores mantêm uma atenção especial até sua cicatrização, devido ao risco de infecção. Os quilombolas preservam a utilização de óleos, pós e medicamentos para a queda rápida do coto, mantendo assim seus preceitos e tradições:

*[...] quando da banho, enxugar bem, colocar um oleosinho, mertiolate [...] depois passa uma faixa para umbigo não ficar grande [...] de três a cinco dias aquele umbigo cai [...]. (E8)*

*[...] passava um pozinho [...] com três a quatro dias o umbigo caía [...] a gente começa a cuidar para não pegar infecção [...]. (E12)*

*[...] o umbigo, a gente seca bem, depois coloca um paninho por causa das moscas e depois coloca uma cintinha e a frauda por cima! [...] quando tá inflamado, a gente coloca polvilho! (E15)*

### **O Sono e Repouso do RN**

O sono e repouso são primordiais para o processo de crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Os quilombolas, aqui, estudados, costumam cantar para suas crianças antes de dormir e quando adormecem são colocados na cama dos pais na posição preferencialmente ventral (bruço) por acreditarem que é a posição mais confortável.

*Pra dormi [...] eu tenho que pegar ele para ninar até dormi. É tem que cantar [...]. (E10)*

*[...] ele dorme de bruço na cama [...]. (E3)*

*[...] coloca para dormir no colo, cantava canção de ninar [...] depois coloca na cama [...].*  
(E13)

*[...] meu marido quando bota ele para dormir, canta musicas religiosas [...].* (E7)

### **Cuidados Preventivos**

Os cuidadores se baseiam em seus conhecimentos, habilidades, crenças e aprendizados para preservar e manter a saúde dos neonatos, para tanto utilizam os saberes populares e os recursos dos serviços de saúde para livrá-los de doenças:

*[...] ele tomou a primeira vacina com treze dias de nascido, quando foi fazer o teste do pezinho [...] não tinha aqui no centro de saúde [...] ele sempre tomou vacina [...] porque já aconteceu com muitas crianças de adoecer [...].*(E9)

*[...] leva no posto de Boipeba para fazer acompanhamento com a enfermeira [...] ela indica como é que faz para ele não ficar doente [...] mas agente faz mais o que agente sabe, ela mal vem aqui [...].*(E11)

*[...] a gente conzinha banho de folha para evitar coceira e proteger a pele [...] se ele chora [...] faz chá de erva-doce, erva-cidreira, chá de laranja da terra e coloca um pouco de açúcar [...].* (E8)

*[...] quando ta com olhado eu levo pra rezar [...] com vassourinha santa, peão fedegoso [...].*  
(E5)

### **Itinerário Terapêutico no cuidado aos Recém-Nascidos**

A comunidade não possui nenhum tipo de serviço de saúde para atendimento da população. A unidade de referência mais próxima localiza-se em um vilarejo vizinho. Dessa forma, quando algum RN adoecer inicialmente utiliza dos seus conhecimentos populares para o tratamento das doenças e quando não alcança melhora, esses recorrem a um serviço de saúde de referência, necessitando percorrer um longo itinerário:

*Quando ele caia doente a primeira coisa que eu recorro é a casa de Dona Parteira [rezadeira e benzedeira da comunidade]. É uma pessoa que tem mais idade, sabe das coisas que é para dar [...].* (E2)

*[...] se não melhorar procura outras providências, vai procurar o posto de saúde [...] ai agente liga para a vila pedindo o trator, se o trator estiver desocupado vem pegar, se não tiver, coloca a criança na rede e vai embora caminhando de baixo de sol ou de chuva [...].*  
(E5)

*[...] se fosse uma febrezinha agente dava o remédio [...] mas se for causa de urgência, agente leva para o vilarejo “X”, quando não dá jeito lá, agente levava para a cidade A, e se lá não tiver médico, temos que pegar uma ambulância para a cidade B que é a nossa referência [...]. (E1)*

## **Discussão**

Constatamos como limitação do estudo, o fato da pesquisa ter sido realizada em uma única comunidade quilombola. Entretanto, a pesquisa qualitativa propõe uma análise em profundidade, de um contexto localizado e uma discussão dos resultados em uma perspectiva abrangente, uma vez que uma pesquisa cultural não é generalizada.

Para analisar os cuidados prestados ao recém-nascido em comunidade quilombola a luz da Teoria Transcultural foi necessário despirmos de valores preconcebidos para mergulharmos num mundo particular, capaz de transformar o saber empírico preservado intergeracionalmente em dados científicos, de modo a contribuir com a melhoria da qualidade de vida e de saúde dos neonatos.

O submergir, no contexto do cuidado ao RN, possibilitou averiguar que o cotidiano de cuidar do neonato no que concerne ao nascimento, alimentação, higiene, sono e repouso, cuidados com o coto umbilical e cuidados preventivos da saúde é pautado em conhecimentos, experiências, valores, costume e crenças próprios de sua cultura e de sua visão de mundo. Assim, na perspectiva dos cuidadores e à luz dos seus conhecimentos, suas práticas de cuidado ao RN são assertivas, pois preservam à saúde, previnem as doenças e potencializa o bom crescimento e desenvolvimento dos seus RN.

Foi revelado que, algumas das práticas adotadas pelos cuidadores como a introdução de engrossantes e alimentos nos primeiros dias de vida; aleitamento cruzado; utilização de substâncias deletérias no cuidado ao coto umbilical; posicionamento ventral do RN na hora de dormir; automedicação, administração de ervas e chás entre outros, vão de encontro aos saberes científicos recomendados por especialistas e pelo Ministério da Saúde no que tange ao cuidado ao RN; expondo-os muitas vezes a condições de risco a saúde e tornando-os mais vulneráveis ao adoecimento.

Observa-se que o saber popular e cultural predomina no modo de cuidar, preservando assim, práticas realizadas desde o período colonial brasileiro. Autores trazem que, naquele período o RN ao nascer era submetido a rituais de banho em líquidos espirituosos; benzidos e defumados com incensos para protegê-los de mau-olhado e das bruxas; no coto umbilical aplicava óleo de rícino misturado com ervas para uma rápida cicatrização; a alimentação era



mantida com o aleitamento materno, e alimentos engrossados com farinha e papinhas. No tocante ao sono, os pequeninos costumavam dormir sendo acalentados com cantigas de origem afro.<sup>(9)</sup>

É importante considerar que alguns desses rituais de cura e práticas de cuidado são prejudiciais à saúde do RN. A cultura do uso indiscriminado de substâncias nocivas no coto umbilical e algumas plantas utilizadas na forma de chás, inalação ou aplicadas na pele do RN podem conter princípios ativos tóxicos afetando e comprometendo à saúde do RN.<sup>(10)</sup>

Como discutido, a forma de cuidar do RN, nos quilombos, que preserva os saberes culturais diverge das atuais orientações dos profissionais da área e do serviço de saúde. Nesse sentido, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde tenham uma relação mais proximal com a comunidade, de modo que esses profissionais possam atrelar o saber cultural e popular às práticas baseadas em princípios científicos readequando dessa forma o cuidado ao RN. O distanciamento dos serviços de saúde do contexto dos quilombos expõe à população a situação de vulnerabilidade, isso também é constatado em outros quilombos estudados.<sup>(11-14)</sup>

Compreender as práticas de cuidados ao RN quilombola mostra-se necessário para o planejamento e gestão em saúde, de modo a tornar possível ofertar um cuidado permeado entre o saber popular e o saber científico. Torna-se imprescindível ir ao encontro do que tem sido descrito nas bases conceituais a fim de manter a integralidade do cuidado e prevenir riscos e agravos à saúde, para tanto se torna indispensável rever paradigmas no direcionamento de tangenciar o cuidado social-cultural ao RN.<sup>(10)</sup>

Há um cuidar/cuidado genérico e outro profissional. O genérico compreende o que pode ser encontrado em qualquer cultura do mundo sob as formas naturais, caseiras ou folclóricas, e o profissional, que é realizado por profissionais da Enfermagem ou quaisquer outros profissionais do sistema de saúde. Já o cuidado transcultural, baseado na compreensão e no respeito da cultura local e na adequação desta com o saber científico, é fundamental para o desenvolvimento de uma prática assistencial de enfermagem, uma vez que esse profissional necessita de uma integração real e profícua com a população que atende, visando garantir um cuidado de qualidade.<sup>(15)</sup>

## **Conclusão**

Constatamos que o cuidado ao recém-nascido, na comunidade quilombola, é atrelado a saberes socioculturais e seus hábitos de cuidar advém do período Colonial do Brasil, sendo que alguns destes expõem a risco e danos a saúde do RN.

Os profissionais e serviços de saúde não estão alinhados com o contexto da comunidade. Há uma carência de adequação dos locais de cuidados ao RN como os preconizados pelo Ministério da Saúde, o que aponta para a necessidade de serviços de saúde mais atuantes e voltados para atender as necessidades desses grupos específicos.

### **Agradecimentos**

Pesquisa realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

### **Referências**

1. Brasil, MS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. DataSUS, 2012. [online]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acessado em 20 de junho de 2014.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas, 2010. [online]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>>. Acessado em: 25 de maio de 2012.
3. Volochko A, Batista LE. Saúde nos Quilombos. São Paulo: Instituto de Saúde – SESSP, São Paulo: GTAE – SESSP, 2009. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/Temas09.pdf>> Acessado em: 24 de maio de 2012.
4. Soares ES, Menezes GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. Epidemiol. Serv. Saúde; Brasília, 19(1):51-60; jan-mar 2010.
5. Guerrero AFH, et al. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. Saude soc.2007; 16(2): 103-110.
6. Silveira CL, Budó MLD, Ressel LB, Oliveira SG, Simon BS. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de quilombos. Cienc Cuid Saude; 2011 Jul/Set; 10(3):585-592.
7. Leininger M. Theoretical questions and concerns: response from the theory of culture care diversity and universality perspective. NursSci Q. 2007; 20(1):9-13.
8. Miles MB, Huberman M. Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craftp. Educationalresearcher, 1984.
9. 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. 5ª ed. – São Paulo: Contexto, 2012.
10. Linhares EF, Silva LWS. Cuidado com o coto umbilical do recém-nascido sob a ótica dos seus cuidadores. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 3, p. 968-985, 2012.
11. Cabral-Miranda G, Dattoli VCC, Dias-Lima A. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. Revista De Patologia Tropical. 39(1): 48-55. jan.-mar. 2010.
12. Riscado JLS, Oliveira MAB, Brito AMBB. Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS

- em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. *Saúde Soc. São Paulo*, 19(2): 96-108, 2010.
13. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/AIDS por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, 19(2): 109-120, 2010.
  14. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2014; Fev [citado 2014 Ago 01]; 19(2): 365-371. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200365&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200365&lng=pt).
  15. Leininger M, Mcfarland MR. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2. ed. Sudbury. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers, 2006.

## 4.2 MANUSCRITO 2: Influência intergeracional no cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola a luz da Teoria Transcultural

Manuscrito será submetido à Revista Texto e Contexto de Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e foi elaborado conforme as instruções para autores, disponíveis no link: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/>.

## **Influência intergeracional no cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola à luz da Teoria Transcultural<sup>1</sup>**

### **Intergenerational influence in the care of newborn maroon community in the light of Transcultural Theory**

Lucas Amaral Martins<sup>2</sup>

Climene Laura de Camargo<sup>3</sup>

**Resumo:** O objetivo deste estudo é descrever as influências intergeracionais no cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola. Pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria Transcultural. Realizada na comunidade quilombola da Vila Monte Alegre – Boipeba/BA, com 15 mães e cuidadores de RN. Utilizou-se como instrumentos de coleta o genograma, ecomapa, entrevista semi-estruturada e o diário de campo. A análise foi baseada no modelo interativo de análise de conteúdo. Resultados demonstraram que o cuidado ao recém-nascido sofre influência intergeracional pautados nos valores socioculturais das famílias, sendo esses ensinados pelas mulheres no contexto domiciliar; as famílias se articulam para cuidar o RN formando uma rede de suporte social; resistindo as influências externas, como também de profissionais de saúde. Faz-se necessário que os profissionais de saúde busquem se aproximar do contexto de cuidado nas comunidades quilombolas para que possam direcionar e ressignificar o cuidado ao RN baseado em princípios científicos, porém atrelado ao saber popular transmitido intergeracionalmente.

**Descritores:** Recém-nascido. Cuidado do lactente. Diversidade cultural. População negra. Enfermagem Neonatal.

**Abstract:** The aim of this study is to describe the intergenerational influences in the care of newborn in maroon community. Descriptive and exploratory qualitative research, grounded in Transcultural Theory. Held in maroon community of Vila Monte Alegre - Boipeba / BA with 15 mothers and caregivers of newborns. Were used as instruments to collect the genogram, ecomap, semi-structured interview and the field diary. The analysis was based on the interactive model of content analysis. Results demonstrated that the care of the newborn undergoes guided intergenerational influence on socio-cultural values of families, these being taught by women in the home context; families are linked to care RN forming a network of social support; resisting external influences, as well as health professionals. It is necessary that health professionals seek to approach the context of care in maroon communities to reframe and direct care based on scientific principles to the RN, but tied to popular knowledge transmitted intergenerational.

**Keywords:** Newborn. Infant care. Cultural diversity. Black population. Neonatal Nursing.

---

<sup>1</sup> Pesquisa extraída da Dissertação “Cuidado ao Recém-nascido em comunidade quilombola e a influência intergeracional”, apresentada ao Programa de Pós Graduação da Universidade Federal da Bahia;

<sup>2</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

<sup>3</sup> Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Pública. Docente do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

Conflitos de Interesse: não há conflitos de interesses a declarar.

## **Introdução**

O cuidado ao recém-nascido (RN) na comunidade quilombola é permeado por crenças, valores sociais e culturais que são intergeracionalmente transmitidos. Tal fato inquieta estudiosos da área no intuito de apreender o significado que esses grupos sociais atribuem ao processo de cuidar bem como de conhecer as particularidades do cuidado que são repassados de geração a geração.

Como exemplo de culturas preservadas intergeracionalmente, podemos citar as comunidades quilombolas que vêm, ao longo dos anos, mantendo as tradições no cuidado aos seus entes parentais e, na tentativa de preservar os valores culturais da população negra resiste às influências externas, reproduz seus modos de vida, compartilha suas distintas trajetórias históricas e preserva a identidade adquirida com a experiência de vida. Nessa perspectiva, os quilombolas respeitam tanto o conhecimento das pessoas com mais experiência na comunidade, os “mais velhos”, bem como daqueles que já vivenciaram situações similares de cuidado ao RN.<sup>1</sup>

Destarte, entender como o cuidado é praticado pelas famílias quilombolas exige que se mergulhe nas representações simbólicas utilizadas na transmissão deste saber, que não se esgota, pelo contrário, amplia-se através das trocas intergeracionais de conhecimento entre os membros da família e o meio onde convivem.<sup>2</sup>

Autores ressaltam que as práticas populares têm se mantido como primeiro recurso utilizado pelas famílias para cuidar de seus entes. Definem as práticas populares como sendo todos os recursos utilizados por estas, por leigos e por terapeutas populares, em que a apreensão do saber se constrói no cotidiano, transmitido de geração a geração, e cujo saber não está ligado a serviços formais de saúde.<sup>3</sup>

Compreender os valores culturais intergeracionais torna-se então fundamental para as abordagens de cuidados ao RN, uma vez que o ser humano desenvolve e percebe o cuidado de acordo com sua cultura, e sua concepção do que significa saúde e doença. Sobre esse aspecto, emerge a reflexão quanto à necessidade de capacitação da enfermagem no desenvolvimento contínuo de potencialidades interdisciplinares com as ciências humanas e sociais, e no encontro de saberes que considere os valores culturais e as especificidades de cada contexto de cuidado ao RN.<sup>4</sup>

Acrescenta-se ainda que o enfermeiro deve procurar construir a partir deste conhecimento, advindo do saber popular, novas práticas de agir nos serviços de saúde, para que se alcance a tão almejada integralidade do cuidado prestado ao indivíduo e a sua família.<sup>2</sup>

Nesse contexto, elegeu-se a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural<sup>5</sup> para embasar este estudo, por considerar que a Enfermagem Transcultural tem como focos o estudo e a análise comparativa de diferentes culturas, no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado. Esta teoria tem o propósito de desenvolver um corpo de conhecimento científico e humanizado capaz de desenvolver o cuidado às pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença.

Os seres humanos nascem e morrem necessitando de cuidados, porém a qualidade desse cuidado está intrinsecamente relacionada ao respeito às especificidades culturais do grupo social onde se está inserido.<sup>6</sup>

Diante das nossas experiências relacionadas à promoção da saúde em comunidades quilombolas onde identificamos o modo peculiar de uma população em cuidar da própria saúde, e da lacuna da produção científica acerca dessa temática, direcionamos o olhar enquanto pesquisadores no intuito de desvelar o cuidado intergeracional oferecido aos RN. Assim, traçamos como objetivo deste estudo descrever a influência intergeracional no cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural proposta por Madeleine Leininger. Realizada no período de junho de 2013 a junho de 2014, na comunidade quilombola de Vila Monte Alegre, sendo essa localizada na Ilha de Boipeba Bahia-Cairú-BA e composta por aproximadamente 120 habitantes. A aproximação com a comunidade teve início no ano de 2008, através de atividades de ensino, pesquisa e extensão do Grupo de Estudos e Pesquisa a Saúde da Criança e Adolescente (CRESCER) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Os colaboradores desta pesquisa foram 15 familiares que cuidam ou cuidaram do RN no período neonatal, sendo 08 mães, 01 bisavó parteira e cuidadora, 02 avós, e 04 cuidadoras/familiares. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser nativos e se reconhecer como quilombola; ser membro da família de um RN ou criança de até 02 anos (neste estudo foram concebidas como membro familiar as pessoas com vínculo afetivo); e, ter

prestado cuidados àquele. Como critérios de exclusão: familiares que cuidavam de RN com alguma malformação ou doença crônica; e, o familiar não ter vivenciado, na comunidade, o período neonatal do RN. Ressaltamos que no período em que foi realizada a coleta de dados, a comunidade possuía 09 famílias com crianças de até 02 anos, sendo que destas, 08 foram selecionadas.

A coleta das informações ocorreu no domicílio dos colaboradores utilizando os seguintes instrumentos: diagnósticos para família baseado no Modelo Calgary - Genograma e Ecomapa; entrevista guiada por formulário semiestruturado; e, o diário de campo. Inicialmente construiu-se o Genograma para conhecer a estrutura e composição de cada família, e posteriormente o Ecomapa para identificar as relações estabelecidas e a rede vincular extra-familiar, rede essa capaz de influenciar no cuidado ao RN.

Após esta etapa, seguiu-se com a entrevista, realizada individualmente e em local privativo que permitiu garantir a privacidade e a qualidade da gravação em áudio. Esse instrumento permite além da interação social, um diálogo assimétrico capaz de estabelecer um vínculo entre pesquisador e pesquisado de modo a alcançar a profundidade do que se investiga. O diário de campo foi utilizado como recurso para anotar as impressões dos pesquisadores, as observações a respeito da comunicação não verbal e do cuidado prestado ao RN na comunidade quilombola.

Estes instrumentos seguiram os princípios de Miles e Huberman<sup>7</sup>, autores que fundamentaram o processo de análise deste estudo, e que defendem o uso de *multiversos* recursos de técnicas de coleta de dados, uma vez que possibilita melhor exploração dos dados e maior compreensão do fenômeno estudado, fato que favoreceu o alcance do objetivo propostos.

A análise dos dados constituiu em Análise de Conteúdo num processo dinâmico e cíclico, de idas e vindas que possibilitou vislumbrar cinco categorias, as quais constituem as unidades de análise.

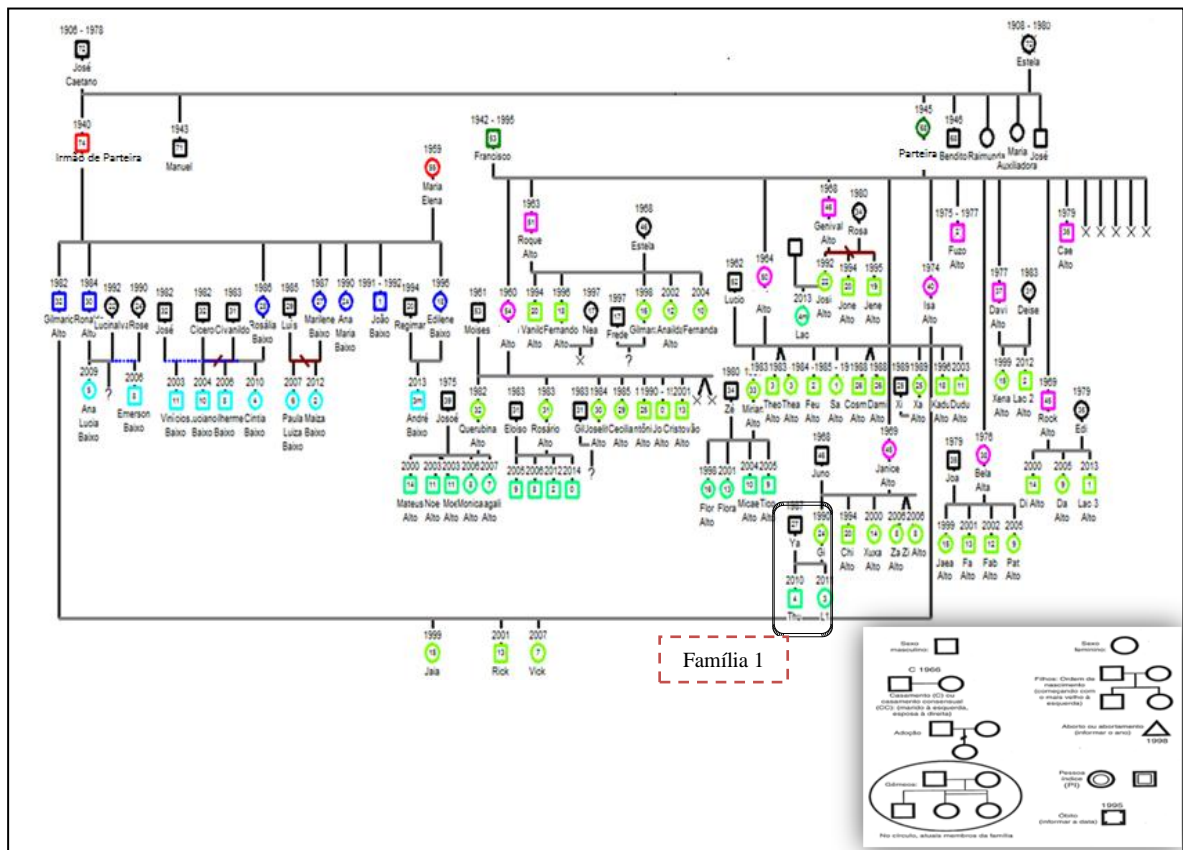
O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos conforme a resolução 466/12, sob aprovação do comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob CAAE:16594413.8.0000.5531.

## **Resultados**



Para conhecer os hábitos, costumes, crenças, valores e as formas de cuidado de um indivíduo, de uma família e de uma comunidade, faz-se necessário mergulhar na história, nas origens, no modo de viver e na cultura dos envolvidos.

Desse modo, para descrever as influências intergeracionais no cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola numa perspectiva transcultural e para dispormos de subsídios para analisar esse contexto de cuidado, tornou-se necessário imergir nessa comunidade, visando desvelar o modo de viver e de cuidar desse povo, para tanto contou-se com o apoio do Genograma, conforme apresentado na figura que se segue.



**Figura 1** – Genograma das famílias da comunidade quilombola.

Constatou-se pelo Genograma que nesta comunidade quilombola predomina-se a família nuclear e algumas reconstituídas; são famílias extensas com grande quantidade de filhos e que possuem uma ancestralidade comum. Identificou-se ainda que o cuidado ao RN é transmitido intergeracionalmente e perpassa por cinco gerações.

Em relação aos casais, esses realizam o matrimônio ainda na adolescência; há um número reduzido de divórcio; as mulheres costumam trabalhar em domicílio com as atividades domésticas e o cuidado das crianças, já os homens trabalham com a pesca, mariscagem e com atividades na construção civil. Nas famílias há uma tendência a gemelaridade e abortamentos; os partos ocorrem em sua maioria no contexto domiciliar,

realizado por parteiras tradicionais; em relação à mortalidade foram evidenciados seis óbitos infantis na faixa etária de 0-08 anos, todos por causas evitáveis.

A religião predominante é a católica resguardando os preceitos do candomblé (em consonância com o sincretismo religioso perpetuado, principalmente na região nordeste, desde o período colonial); em relação à educação os adultos possuem nível fundamental incompleto; residem em casas de taipa (85%), não possuem saneamento básico, nem água potável. Nesta comunidade há uma escola que funciona até o quarto ano fundamental e não tem serviço de saúde pública, o atendimento mais próximo encontra-se em um vilarejo a aproximadamente 30 km.

A figura 2 ilustra duas famílias que foram aleatoriamente selecionadas para representar os vínculos estabelecidos pelas famílias e sua respectiva rede de suporte social no cuidado ao RN.

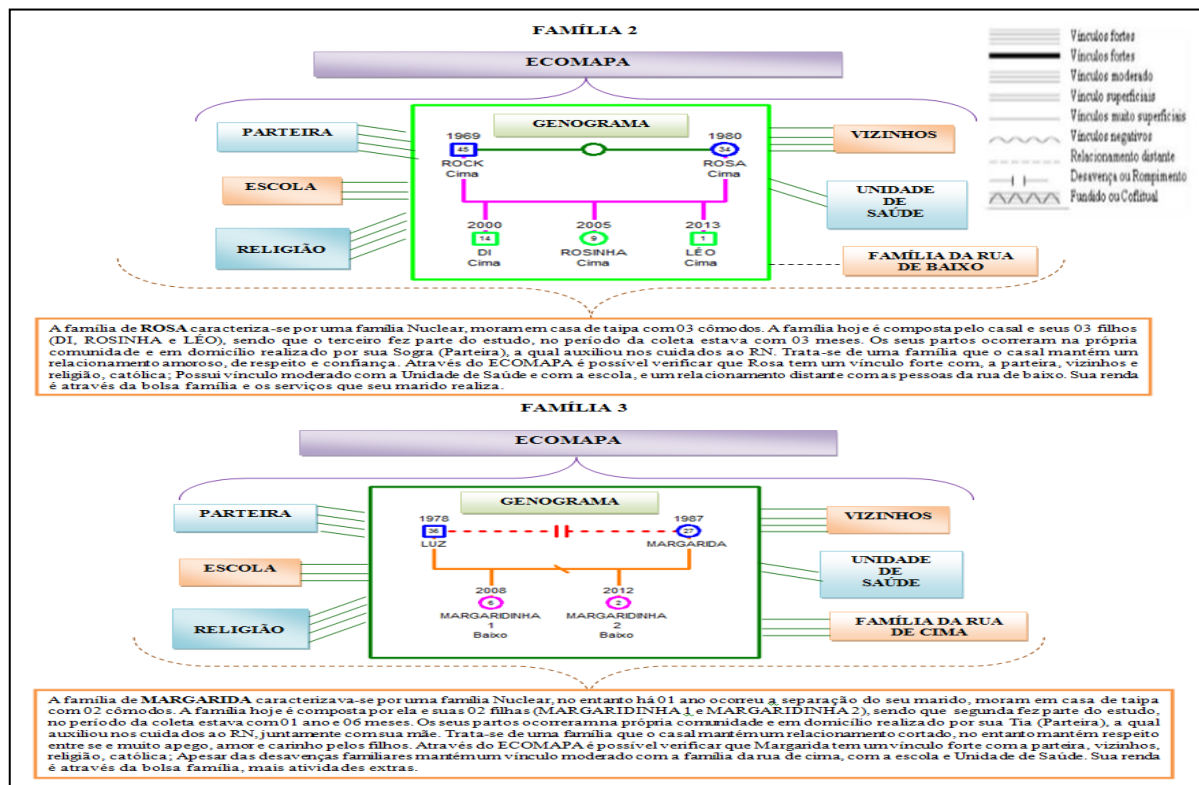


Figura 2 – Genograma e Ecomapa da Família 2 e 3 da comunidade quilombola em estudo.

O ecomapa retrata um forte vínculo intrafamiliar bem como das famílias com a parteira, com as práticas religiosas e com os vizinhos; com a escola apresenta um vínculo moderado; já com os serviços de saúde os vínculos se mostraram enfraquecidos.

Dando continuidade a discussão será apresentada as categorias que emergiram da coleta das informações.

### ***A integração e o apoio familiar nos cuidados ao RN***

O cuidado ao RN no contexto do quilombo é permeado por peculiaridades familiares que respaldam no saber sociocultural que se adquire intergeracionalmente. Para cuidar o novo ser a família articula-se e estabelece uma rede de suporte para garantir o cuidado de forma profícua, à parturiente e ao RN de modo a preservar os saberes, crenças e costumes intrafamiliares. Observa-se que há uma mobilização de todos os familiares como mãe, avó, sogra, irmã, pai, entre outros, para garantir a vida e saúde do neonato.

*[...] durante o resguardo [...] não faço nada, sempre de repouso [...] quem cuida do bebê é minha avó e minha mãe, elas que cuidam [...]. (E3)*

*[...] quando tive os gêmeos foi difícil, mas tinha minha mãe, minha avó e minha irmã e todas me ajudavam [...]. (E11)*

*[...] minha mãe vinha me ajudar pela manhã, minha irmã vinha à tarde e meu marido ajudava a noite, sempre tinha alguém aqui comigo durante o resguardo para não ficar só, cuidando da criança [...]. (E5)*

*[...] quem cuidou dele (RN) foi ela (sogra), dava o banho, dava o leite, e dava comida até meus 42 dias de resguardo, então depois disse quem cuidava dele era eu [...]. (E4)*

*Ele (Pai do RN) ajuda assim, se tiver chorando ajuda pegando no colo, porque banho essas coisas assim eles não ajudam é só a gente mesmo. (E10)*

### ***A família como "escola de aprendizado" para cuidar do RN***

No quilombo, o cuidado ao RN é transmitido intergeracionalmente entre os entes parentais e sua rede vincular. As pessoas mais velhas que detêm o saber vão difundindo o seu conhecimento para aqueles mais novos que não vivenciaram o cuidado. Os ensinamentos relacionados ao cuidado ao RN iniciam-se no contexto domiciliar, quando as pessoas mais novas experienciam cuidar de irmãos, sobrinhos, primos, entre outras crianças da comunidade, cuidado esse prestado principalmente pelas mulheres e adolescentes quilombolas. Cabe ressaltar, que nesta comunidade estudada, os primeiros cuidados prestados ao RN foram realizados e transmitidos aos outros por um homem (tataravô da maioria) chamado Senhor Cardeal, sendo que, na atualidade, quem repassa estes ensinamentos são as mulheres.

*[...] essas meninas daqui todas elas, quando elas têm o bebê delas, elas já sabem [...] minha mãe e eu sempre ensinamos [...] porque elas tomam conta dos irmãos, já vão vendo como é que faz e quando elas têm os delas, não tem preocupação de nada [...] elas tomam conta desses sobrinhos tudo ai [...]. (E10)*

*[...] sempre cuidando das crianças, por exemplo, minha irmã tá grávida e eu vou passar para ela como é que eu cuido do bebê, porque o dela é o primeiro! [...] É, vai passando de família para família [...]. (E2)*

*[...] quando minha mãe faleceu meu pai que me ensinou a cuidar dos meus dois irmãos, então quando eu tive meus dois filhos eu já sabia um pouco o que era a vida, a vida de cuidar de filho, então agradeço a Deus, primeiramente a Deus e a meu pai que me ensinou esse pouquinho, agora eu sei o que é filho, como ter, como cuidar, já sei de tudo um pouco [...]. (E4)*

*[...] meu pai era parteiro. Eu, da idade de 12 para 13 anos, ele me levava quando ia fazer parto [...] eu fui tendo alguma intuição, fui aprendendo e comecei [...] quando meu pai morreu, aí, eu fiquei fazendo os partos aqui na comunidade [...] hoje quando eu vou fazer parto eu levo minhas filhas e netas [...]. (E8)*

### **A rede de suporte social para o cuidado do RN**

A comunidade quilombola dispõe de uma rede de suporte social que auxilia as famílias em cuidar dos RN. Essa rede é composta por pessoas de confiança e respeito na comunidade, pessoas essas dotadas de saber e habilidades no cuidado ao RN. Dentre elas, destaca-se as parteiras, curandeiras e pessoas dotadas de saber popular, as quais utilizam em suas práticas rituais, rezas, símbolos, simpatias, crendices populares que lhes foram transmitidos pelas gerações mais velhas e são preservadas no cuidado a esse pequeno *ser*.

*[...] ela (Parteira) vinha ajudava a dar banho, minha mãe ajudava também a cuidar do umbigo [...] até o umbigo cair [...] depois que caiu minha mãe começou a cuidar, depois de minha mãe foi eu que cuidei [...]. (E13)*

*[...] quando nós parimos aqui [...] as vizinha tudo vem ajudar [...] aqui nem precisa preocupar porque todo mundo ajuda a cuidar das crianças [...] esses dias mesmo que eu tava de resguardo [...] quem levo ele (RN) pra tomar a vacina foi ela (vizinha) ali que já ia com o filho dela [...].(E9)*

*[...] eu tive a ajuda de dona (parteira), os primeiros dia foi ela quem cuidou dele, ela que tinha o cuidado com alimentação, curativo do umbigo [...]. (E4)*

*[...] quando ele (RN) caía doente a primeira coisa que eu recorro é a casa dela (Benzedeira). Ela é uma pessoa que tem mais idade, sabe mais das coisas que é para dar, se é um chá, um remédio, então hoje em dia eu não tenho minha mãe, mas tenho ela como referência, ela sabe das coisas que eu tenho de fazer com meus filho [...].(E6)*

*[...] os pessoal daqui tem muito cuidado com negócio de criança [...] é gente boa gosta de ajudar as pessoas, ainda mais quando ganham um neném [...] a maioria da comunidade ajuda a cuidar de menino [...]. (E1)*

### **O saber popular na essência do cuidado ao RN quilombola**

Essa categoria nos revela como o saber cultural influencia no processo saúde-doença dos RN quilombolas. A família utiliza de suas crenças religiosas, conhecimento de plantas medicinais, crendices, rituais de cura e hábitos de cuidar aprendida com seus antepassados

preservando dessa forma o conhecimento popular transmitido entre as gerações da comunidade.

*[...] quando o bebê ta doente, ele é cuidado aqui mesmo, dá um banho de folha, dá um remédio que os mais velhos passam pra gente, e ai cuida aqui mesmo [...]. (E3)*

*[...] Quando tá com mal olhado agente pede para rezar [...] Minha mãe, sempre é ela que reza [...] eu não pego assim pessoas para rezar não, enquanto tem mamãe [...] quando não tiver mais ela, ai agente começa a rezar [...] ela ensina [...]. (E10)*

*[...] quando o RN ta sentido uma dor, febre ou cólica agente sempre da um chá, faz um xarope de folha [...] tudo remédio que agente aprendeu com meu avó e minha mãe [...] nos cura eles aqui mesmo [...].(E8)*

*O primeiro banho quando ele nasce, agente esquentava água bota três pedrinhas de sal e passa um sabão em pedra, sabão virgem [...] daqueles que lava a roupa [...] meu avó falava que servia de remédio até pra pele e livrava das doenças [...].(E12)*

*[...] quando ele ta com dor na barriga agente da chá de erva-doce, vassoura de relógio, chazinho fresco, malva branca que é bom pra limpar o intestino [...] o que meu avô sempre fazia [...] ele ensinava o que podia fazer e o que não podia, e agente vai passando um pro outro pra livrar as criança das doença [...].(E4)*

### **A dicotomia entre o saber popular e o científico**

A sobreposição do saber popular em detrimento do saber científico na comunidade quilombola se revelou de maneira significativa. Os quilombolas em estudo, demonstram agir na perspectiva de preservar os seus costumes fato que os tornam resistentes a novos aprendizados e influências externas.

*[...] a enfermeira falava para dar só leite de peito [...] mas ele era muito chorão e eu dava engrossantes de farinha [...] porque minha mãe falou que sempre cuidou dos dela assim [...] tão tudo ai saudável [...]. (E4)*

*[...] quando eles (RN) nascem aqui, agente usa o cordãozinho para amarrar o umbigo [...] no hospital usa uns pregadozinhos [...] aqui agente usa cordão [...] na época de meu avô, é assim que ele fazia [...].(E14)*

*[...] com sete dias as criança da gente não saia pra fora, não toma vento, não pode tomar banho, fica só dentro do quarto; quando é pela tarde tem que passar um pano molhado, quando acaba passa bem talco, trocava a roupinha, mas do quarto ele não saia [...] para livrar do mal de sete dias [...] que é um tipo de doença que “poca a pele” da criança toda, o umbigo fica todo preto e se a pessoa não tem cuidado ele não escapa [...] mas hoje como tem muita medicina o pessoal da cidade já não faz [...]. (E8)*

*[...] o pessoal mais novo fala que o umbiguinho pode jogar fora [...] aqui na comunidade a gente guarda e depois enterra, porque meu avô dizia que aquela tripinha tinha que ser enterrada para que bicho não comece, porque se barata, rato essas coisa pegar, é isso que faz as crianças ficarem ladrão, pegando as coisas dos outros, ai a gente colocava isso na cabeça e a gente tem muito cuidado para que isso não aconteça, a gente tem medo disso acontecer e o filho da gente passar por coisa que a gente pode evitar, não é isso!(E13)*

### **Discussões**

Como visto nas categorias apresentadas, a família está envolvida no processo de cuidar dos seus membros, e em especial do RN, e cuida embasada na sua concepção de saúde

e doença apreendida no meio sociocultural onde vive e se relaciona. A família é vista como a célula-tronco da sociedade, na qual os valores morais, os princípios éticos, a cultura, a educação e outros conceitos são transmitidos e consolidados ao longo das gerações. A intergeracionalidade do cuidado se refere a valores e crenças que são compartilhados com as gerações passadas e que se apoiam em crenças familiares.

Verifica-se o envolvimento da família e da rede de suporte social no cuidado ao RN na comunidade quilombola, cuidado este pautado no saber popular de uma ancestralidade africana e que se preserva no meio intrafamiliar a partir dos ensinamentos e tradições transmitidos por gerações. É notória a figura feminina predominando no cuidado ao RN, no entanto vale salientar que o primogênito do cuidado ao parto e RN, neste quilombo, em específico, foi um homem. Na atualidade a figura masculina continua presente nos cuidados prestados ao RN, mesmo que de uma maneira secundária.

O envolvimento da família é fundamental no cuidado de um novo ser. É um momento em que se espera o direcionamento de seu olhar para o RN, quanto sua necessidade de proteção, segurança, nutrição, higiene e prevenção de doença. Durante a criação e educação das filhas, as mães são as promotoras deste processo de formação de sujeito social. Assim, muitas vezes replicam o que aprenderam com suas próprias mães-avós e em seu meio social, configurando os saberes intergeracionais.<sup>8</sup>

A mulher, desde muito cedo, adquire saberes que as pessoas mais velhas e experientes transmitem para que, ao chegarem à fase adulta, estas passem a desenvolver também, os ensinamentos adquiridos. As ações de cuidado são alicerçadas, cotidianamente, na sua história de vida sociocultural e utiliza os saberes apreendidos no meio social de pertença no contexto da intergeracionalidade.<sup>4</sup>

Corroborando com os achados desta pesquisa, outros estudiosos desta temática constataam que há uma maior presença de mulheres nos cuidados ao RN. Embora tenha sido identificada a presença do pai nos cuidados ao RN, estes cuidados assentavam-se em sua maioria em segurar no colo, dar o banho e ser provedor dos recursos mantenedores – o sustento alimentar, e outras despesas –, enquanto a puérpera e/ou outros membros do sexo feminino realizavam, todos os cuidados ao RN, além de desenvolverem as atividades do lar.<sup>4</sup>

As parteiras, as quais assistem o parto natural em domicílio, utilizando de suas práticas de cuidado sempre permeadas por rituais, rezas, símbolos, simpatias, crendices populares, detêm um saber que lhes foi transmitido por outras parteiras da família garantindo a intergeracionalidade no cuidado. Geralmente, a parteira tradicional cuida sem retorno financeiro, por amor, solidariedade, coragem, e pela satisfação de assegurar a vida, daquele

que está para nascer, bem como da mulher em trabalho de parto. Assim, essas são vistas como experientes, são respeitadas pelas pessoas de sua rede social, ou seja, se tornam um marco de confiabilidade nas suas relações de convivência.<sup>9</sup>

Compreender os valores culturais intergeracionais torna-se fundamental para abordagens dos cuidados ao RN, a comunidade quilombola em estudo buscar a preservação de seu saber cultural nas práticas de cuidado ao RN, no processo de saúde e adoecimento, utilizando de rituais, crendices, tradições, costumes e habilidades com plantas na prevenção e tratamento dos males que acomete os RN.

Dentre as práticas de cuidados ao RN, baseados em saberes populares, estão o uso de chás de ervas, banhos com plantas e ainda a utilização de diversas substâncias e objetos para sanar os desconfortos provocados ao RN, como também recorrem às práticas de cura sobrenaturais, como benzimentos, unções; isso porque há a problemática de falta de profissionais de saúde, falta de remédios, possibilitando recorrer a práticas e saberes do senso comum (influenciadas pelo conhecimento indígena, africano e europeu) para resolver os problemas cotidianos, através da ervas, rezas, chás, bênçãos.<sup>10,11</sup>

O uso de chás e de certas ervas para tentar acalmar ou tratar os males que acometem as crianças se mostrou como uma prática frequente nas comunidades, que tanto pode ser trazida da família de origem, como aprendida a partir da interações com novas pessoas significantes, como a sogra ou mesmo conhecidos e profissionais de saúde.<sup>12</sup> Um dos aspectos que explica o uso das práticas populares enquanto recurso terapêutico é o da experiência individual que, ao longo do tempo e através da sociedade, exprime uma cultura, influenciando nas explicações dadas aos acontecimentos e na escolha de decisões, provocando muitas vezes repercussões sociais, cuja intensidade é proporcional à quantidade de pessoas que faz adesão a tais práticas.<sup>10</sup>

As plantas medicinais ou os “preparados” são elencados pela comunidade quilombola como os primeiros recursos diante de situações de menor ou maior gravidade no processo saúde-doença dos RN, visto que a comunidade detém conhecimentos sobre as plantas medicinais e sobre as enfermidades mais recorrentes na região, fato que valoriza o saber popular.<sup>13</sup> No entanto, vale ressaltar que algumas plantas, utilizadas na forma de chás, inalação ou aplicadas na pele do RN, podem conter princípios ativos tóxicos e comprometer à saúde do RN.<sup>14</sup>

Os levantamentos etnomédicos demonstram uma forte influência da herança cultural africana na medicina popular do Brasil e a manutenção dessa herança pode ser mais visível

em uma camada negra e/ou mestiça da população, a qual exemplificamos com as comunidades remanescentes quilombolas.<sup>15</sup>

O cuidado baseado no saber popular permeia o cotidiano das mães, por estas serem as principais protagonistas dos cuidados domiciliares prestados aos filhos. Embora a maioria dessas práticas não seja cientificamente recomendada pelos profissionais de saúde, são utilizadas rotineiramente, pois estão pautadas na vivência das mães ou das mulheres que circundam o meio no qual elas estão inseridas.<sup>11</sup>

Torna-se então fundamental que os profissionais de saúde, que atuam em comunidades quilombolas se apropriem do saber e da cultura dessas mães e cuidadoras tradicionais, de modo a aliar as crenças, valores, e tradições ao conhecimento científico, visando alcançar um ponto de convergência entre esses saberes para que um cuidar mais assertivo e livre de danos assegure a saúde do neonato.

O saber popular deve ser compreendido e acrescido de conhecimentos e atitudes respaldados pelo saber científico, pois esses conhecimentos populares (benzeduras, chás caseiros e simpatias) que perpassam gerações e fazem parte do contexto da população, dificilmente são passíveis de mudanças.<sup>12</sup>

Os relatos dos colaboradores revelam o quanto a comunidade busca preservar suas crenças, costumes, valores, hábitos e tradições no cuidado ao RN, no entanto os profissionais de saúde, ao transmitir o saber científico para a população, no cuidar dessas crianças, não têm tido resultados positivos nas práticas cotidianas, uma vez que o saber sociocultural e intergeracional quilombola é mais valioso e verídico no contexto da comunidade quilombola.

Os achados reforçam a importância e, ao mesmo tempo, a necessidade de os profissionais de saúde, a saber, os enfermeiros conhecerem profundamente a fitoterapia como prática complementar ao cuidado, para que possam orientar as pessoas sobre a forma adequada do cultivo, conservação e preparo das ervas. De tal modo, os profissionais de saúde que atuam numa comunidade quilombola, particularmente, devem valorizar essas práticas, uma vez que estão arraigadas aos saberes e formas de cuidados de saúde da população, possibilitando o resgate do cuidado transcultural, como proposto por Leininger.<sup>10</sup>

Autores complementam que a transmissão do saber ocorre predominantemente no sistema informal de saúde. Isso, provavelmente, se justifica pelo despreparo e/ou descrença dos profissionais de saúde (sistema formal) quanto a esta prática popular de cuidado à saúde. Neste contexto, o enfermeiro deve buscar compreender as estruturas, os significados e os sentidos das diferentes culturas, seus valores e práticas de cuidado. Deve ainda procurar construir a partir deste conhecimento, advindo do saber popular, novas práticas de agir nos



serviços de saúde, para que se possa alcançar a almejada integralidade no cuidado prestado a saúde do indivíduo e a sua família.<sup>2</sup> E, no caso deste estudo, no cuidado ao RN de comunidades quilombolas.

Para Leininger<sup>5</sup>, a enfermeira deve resgatar medidas para a preservação cultural, negação ou acomodação do cuidado, e às vezes reestruturar o cuidado com base nas crenças e culturas de cada indivíduo. Essa atitude configura-se em um passo importante para a consolidação do cuidado culturalmente congruente à saúde.

## **Conclusão**

Constatamos que o cuidado ao RN na comunidade quilombola é permeado por influências intergeracionais, as famílias buscam manter e preservar os saberes culturais neste cuidado. A figura feminina é a principal mantenedora dos costumes e saberes, perpetuando entre as gerações e sendo o contexto domiciliar o primeiro lócus de aprendizagem das pessoas mais jovens no cuidados ao RN.

A comunidade desse estudos e articula em uma rede de apoio, garantindo o cuidado ao RN e dando suporte social a mãe. O saber popular sobressai ao saber científico, mostrando a necessidade de os profissionais de saúde se aproximarem do contexto de cuidado nas comunidades para que possam direcionar e ressignificar o cuidado ao RN baseado em princípios científicos, porém atrelado ao saber popular transmitido intergeracionalmente.

Ressalto ainda que o Genograma e Ecomapa foram instrumentos imprescindíveis para conhecer as famílias e identificar a história de cuidado direcionado ao RN bem como para conhecer a rede vincular de apoio e de suporte social no cuidado ao RN em comunidade quilombola. As informações colhidas a partir desses instrumentos permitiram além de subsidiar a análise e discussão dos dados, conhecer as influências intergeracionais no cuidado ao RN, objeto desse estudo.

## **Referências**

1. Silveira CL, Budó MLD, Ressel LB, Oliveira SG, Simon BS. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de quilombos. *Cienc. Cuid. Saude*; 2011 Jul/Set; 10(3):585-592.

2. Ceolin T, Heck RM, Barbieri RL, Schwartz E, Muniz RM, Pillon CN. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. *RevEscEnferm USP*. 2011; 45(1):47-54. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>. Acessado em 10 de abril de 2013.
3. Oliveira ATSA, 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.
4. Linhares EF, Silva LWS, Rodrigues VP, Araújo RT. Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 828-36.
5. Leininger M. Theoretical questions and concerns: response from the theory of culture care diversity and universality perspective. *NursSci Q*. 2007; 20(1):9-13.
6. Flores GC, Borges ZN, Denardin-budóM, Mattioni FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre (RS); 2010 set;31(3):467-74.
7. Miles MB, Huberman M. Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craft. *Educationalresearcher*, 1984.
8. Teixeira MA, Nitschke RG, Silva LWS. A prática da amamentação no cotidiano familiar \_ um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), São Paulo, junho 2011: 205-221.
9. Linhares EF. Influência intergeracional familiar no cuidado do coto umbilical do recém-nascido e interfaces com os cuidados profissionais. 2010. 185p. Dissertação – Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié/BA, 2010. Disponível em:<>. Acessado em 10 de setembro de 2012.
10. Morais AC. O Cuidado às Crianças Quilombolas no Domicílio à luz da Teoria Transcultural de Leininger. 2013. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2013. Disponível em:<<http://www.pgenf.ufba.br/sites/pgenf.ufba.br/files/AISIANE%20CEDRAZ%20MORAIS.pdf>>. Acessado em 10 de junho de 2014.
11. Costa AC PJ, Bandeira LPL J, Araújo MFM G et al. Saberes populares no cuidado ao recém-nascido com enfoque na promoção da saúde. *R. pesq.: cuid. fundam. online* 2013. abr./jun. 5(2):3626-35.

12. Tomeleri KR, Marcon SS. Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):272-80.
13. Lima ARA, Heck RM, Vasconcelos MKP, Barbieri RL. Ações de mulheres agricultoras no cuidado familiar: uso de plantas medicinais no sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2014 Abr-Jun; 23(2): 365-72.
14. Linhares EF, Silva LWS. Cuidado com o coto umbilical do recém-nascido sob a ótica dos seus cuidadores. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 3, p. 968-985, 2012.
15. Almeida MZ. *Plantas Mediciniais*. 3 ed. Salvador: EDUFBA, 2011. 221 p.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Você não pode ensinar nada um homem; você pode apenas ajudá-lo a encontrar a resposta dentro dele mesmo.  
(Galileu Galilei)

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para tecer as considerações finais desta pesquisa, faz-se necessário resgatar todas as leituras, vivências, conhecimentos e aprendizagens que adquirimos durante essa trajetória. Desenvolver pesquisa em comunidade quilombola não se mostrou uma tarefa fácil, e sim um caminhar desafiador; uma vez que nos deparamos com situações distintas do nosso cotidiano de cuidado, em especial vivenciar o cuidado ao RN em uma comunidade tão peculiar. Cuidar desse que exigiu uma imersão no cotidiano da comunidade para compreender o modo de cuidar dessa população que resguarda um saber sociocultural preservando os valores, crenças e costumes do período colonial.

Constata-se que a revisão de literatura e referencial teórico-metodológico foram escolhidos de modo assertivo, já vez que esse alicerce construído previamente nos fundamentou para poder caminhar seguramente no contexto sócio cultural de cuidado ao RN em comunidade quilombola; considerando a complexidade que envolve analisar valores, crenças, saberes e práticas tão arraigadas pelo senso comum, em cada núcleo familiar. Dessa forma, a Teoria de Leininger, por certo, fez-nos entender a etnoenfermagem na compreensão do papel do enfermeiro transcultural para desenvolver suas práticas de cuidado embasadas no saber sociocultural das famílias atrelado aos conhecimentos científicos, buscando uma unificação em detrimento da sobreposição de saberes.

Nesse sentido, podemos inferir que para esse tipo de estudo a Teoria Transcultural oferece os requisitos necessários para o alcance dos objetivos propostos em resposta à questão norteadora que subsidiou toda a interpretação dos dados e subsequente análise. Ressalta-se, ainda, que percorremos até o segundo nível do modelo de *Sunrise* proposto pela teoria, o qual oferece conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde.

Assim, não adentramos os níveis três e quatro, que focalizam o sistema popular, o sistema profissional e, neste, a enfermagem, bem como as decisões e ações de cuidado em enfermagem, e envolve a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/restauração cultural do cuidado.

O submergir no contexto do cuidado ao RN possibilitou aos pesquisadores averiguar que o cotidiano de cuidar do neonato perpassou pelos cuidados ao nascimento, pelos cuidados com a alimentação, a higiene, hábitos de sono e repouso, cuidados com o coto umbilical e

cuidados preventivos da saúde, os quais são pautados em conhecimentos, experiências, valores, costumes e crenças próprios de sua cultura e de sua visão de mundo.

No entanto, foi identificado neste estudo que o modo de cuidar, desta comunidade quilombola, remete-nos ao período Colonial, pois algumas das práticas adotadas, como a introdução de engrossantes e alimentos nos primeiros dias de vida; aleitamento cruzado; utilização de substâncias deletérias no cuidado ao coto umbilical; posicionamento ventral do RN na hora de dormir; automedicação, administração de ervas e chás, entre outros, são ainda mantidos nesse contexto de cuidado, expondo-os muitas vezes a condições de risco, tornando-os mais vulneráveis ao adoecimento.

Constatamos que o cuidado ao RN na comunidade teve historicamente uma forte influência da figura masculina, mas na atualidade destaca-se a figura feminina, sendo esta a principal mantenedora dos costumes e saberes perpetuando entre as gerações. O contexto domiciliar configura-se como o primeiro lócus de aprendizagem das pessoas mais jovens no cuidados ao RN.

Os profissionais e serviços de saúde não estão alinhados com o contexto do cuidado ao RN na comunidade quilombola, revelando que, além dos problemas originados pela falta de acesso aos serviços de saúde, vivenciados pela população em estudo, há uma carência de adequação entre práticas locais de cuidados ao RN com as preconizadas pelo Ministério da Saúde, o que aponta para a necessidade de serviços de saúde mais atuantes e voltados para atender às necessidades desses grupos específicos.

Acreditamos que este estudo poderá contribuir para os profissionais de saúde, repensarem as suas práticas culturais, na construção de estratégias educativas de saúde que possibilitem maior aproximação do seu cuidar com os sujeitos e comunidades. Isso implica (re)significar a práxis de enfermagem e outros profissionais de saúde, projetando-a para uma relação que valorize o outro enquanto sujeito ativo para continuidade do cuidar e valorização de suas culturas. Ainda, ressalta-se a necessidade dos profissionais incluírem-se na rede de apoio para o cuidado cotidiano, emergindo como importante suporte para as famílias e fortalecimento dos saberes culturais desta comunidade.

Ressaltamos ainda que o Genograma e Ecomapa foram instrumentos imprescindíveis para conhecer as famílias e identificar a história de cuidado direcionada ao RN bem como para conhecer a rede vincular de apoio e de suporte social no cuidado ao RN em comunidade quilombola. As informações colhidas, a partir desses instrumentos, permitiram, além de subsidiar a análise e discussão dos dados, conhecer as influências intergeracionais no cuidado ao RN, objeto desse estudo.

Assim, pontuamos a necessidade do desenvolvimento de um esforço coletivo entre gestores, profissionais de saúde e comunidade quilombola, para que reivindiquem a implantação das Políticas Públicas de Saúde para a população negra e quilombola, de modo a sustentar os seus programas, para que possamos de fato buscar modificar a realidade de abandono e vulnerabilidade de saúde que essa população se encontra, na tentativa de ir ao encontro dos princípios do SUS, e também que busquem a horizontalidade, ao invés da verticalidade, aproximando-se das realidades do contexto para implantação de programas a população Negra.

Pretende-se com este estudo inquietar outros estudiosos, profissionais de saúde, acadêmicos de enfermagem e de áreas afins a enveredar por este contexto temático na tentativa de construção de conhecimentos teórico-práticos capazes de nortear o cuidado ao RN, e igualmente tornar-se um estímulo para a elaboração de novos estudos, pesquisas e ações extensionistas, a fim de se prevenir agravos, riscos e danos à saúde do RN, como também subsidiar a atuação dos profissionais de saúde que lidam diretamente no cuidado às famílias no seu contexto intergeracional quilombola, visto a escassez de estudos que abordem essa temática.

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

## REFERÊNCIAS

- ALARCÃO, M. **(Des)equilíbrios familiares – Uma visão sistemática**. Coleção Psicologia Clínica e Psiquiatria. 3ª ed., Janeiro 2006.
- ALMEIDA, A. W. B. de. Os Quilombos e as Novas Etnias. “É necessário que nos libertemos da definição arqueológica”. São Luís (MA), 1998.
- BOEHS, A. E. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de família em expansão. In: BUB, L. I. R. e (orgs.) **Marcos para a prática de enfermagem com família**. Florianópolis: UFSC, 1994.
- BOFF, L. **Saber Cuidar Ética do Humano** - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012b. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. [acesso em 2013 jun 5]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
- BRASIL. 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.
- BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. Programa Brasil Quilombola. Comunidade Quilombolas Brasileiras – Regularização Fundiária e Políticas Públicas. Brasília, 2012.
- CABRAL-MIRANDA, G.; DATTOLI, V. C. C.; DIAS-LIMA, A. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. **Revista De Patologia Tropical**. 39(1): 48-55. jan.-mar. 2010.
- CAMPOS, L. C. M.; SILVA, K. C. V. A prevenção do mal-dos-sete-dias ou mal-de-umbigo por meio da prática da fomentação: reconhecimento, compreensão e valorização dos saberes tradicionais. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**. São Paulo, julho 2011. Disponível em: <[http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308191730\\_ARQUIVO\\_TextoLuanaCamposKeniaSilva.pdf](http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308191730_ARQUIVO_TextoLuanaCamposKeniaSilva.pdf)>. Acessado em: 11 de abril de 2013.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- CARVALHO, A. S. **Concepções sobre segurança alimentar e nutricional pelos quilombolas da comunidade de Tijuáçu, Bahia: uma abordagem etnográfica sobre o PAA**. 2010. 145 p. Dissertação Apresentada a Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife; 2010.
- CASTILHO, T. Painel: Família e Relacionamento de Gerações. **Congresso Internacional Co-Educação de Gerações, SESC**. São Paulo. Outubro, 2003.



CEOLIN, T.; HECK, R. M.; BARBIERI, R. L.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; PILLON, C. N. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **RevEscEnferm USP**. 2011; 45(1):47-54. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>. Acessado em 10 de abril de 2013.

CERVENY, C. M. O. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**, da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Traduzido por Maria Leonor Braga Abecasis. Porto. LIDEL – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COLLIÈRE, M. F. **Cuidar...** a primeira arte da vida (2ª ed.). Loures: Lusociência, 2003.

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, 2012.

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

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

ERDTMANN, B. K.; ERDMANN, A. L. O modelo do sol nascente e razão sensível na enfermagem. **RevBrasEnferm**, Brasília (DF). 2003, set/out;56(5):523-527.

FERREIRA, H. da S. et al. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2011, vol.30, n.1, pp. 51-58.

FLORES, G. C.; BORGES, Z. N.; DENARDIN-BUDÓ, M. L.; MATTIONI, F. C. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS); 2010 set;31(3):467-74.

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

FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Informe de situação e tendências: Demografia e Saúde**. Textos de apoio, Texto 3.RIPSA. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Belo Horizonte, 2008.

GALLAGHER, P. G.; SHAH, S. S. O. **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.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRERO, A. F. H. et al. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. **Saude soc.** 2007, vol.16, n.2, pp. 103-110.

GUERRERO, A. F. H. **Situação Nutricional de Populações Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém, Pará – Brasil.**2010. 150f. Tese – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: s.n., 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas**, 2010. [online]. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>>.

Acessado em: 25 de maio de 2012.

LEININGER, M. **Cultural care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing Press; 1991.

LEININGER, M. **Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practices.** 2ª ed. [S.I.]: McGraw-Hill; 1995. 727p.

LEININGER, M.; MCFARLAND, M., R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.** 2. ed. Sudbury. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers, 2006.

LEININGER, M. Theoretical questions and concerns: response from the theory of culture care diversity and universality perspective. *NursSci Q.* 2007; 20(1):9-13.

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

LINHARES, E. F. **A saúde do coto umbilical.**3ª.ed.- Jequié-BA: UESB, 2011.

LINHARES, E. F.; [SILVA, L.W.S.](#); NUNES, E. C. D. A.; MARTINS, L. A.; CERQUEIRA, D.S. Desvelando saberes empírico-científicos nas ações extensionistas de cuidado ao recém-nato e família. **Revista Conexão UEPG**, v. 7, p. 222-229, 2011.

LINHARES, E. F.; SILVA, L. W. S.; RODRIGUES, V. P.; ARAÚJO, R. T. Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 828-36.

[LINHARES, E. F.](#); SILVA, L. W. S. Cuidado com o coto umbilical do recém-nascido sob a ótica dos seus cuidadores. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, p. 968-985, 2012.

LISBOA, A. V.; FERES-CARNEIRO, T.; JABLONSKI, B. Transmissão intergeracional da cultura: um estudo sobre uma família mineira. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.12, n.1, p.51-59, jan./abr. 2007.

MARCONDES, E.; VAZ, F. A. C.; RAMOS, J. L. A.; OKAY, Y. **Pediatria básica – Pediatria Geral e Neonatal.** 9. ed. São Paulo: SARVIER, 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 2007.

MARQUES, A. S.; FREITAS, D. A.; LEÃO, C. D. A.; OLIVEIRA, S. M.; PEREIRA, M.M.; CALDEIRA, A. P. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciênc. saúde coletiva** [periódico na Internet]. 2014; Fev [citado 2014 Ago 01]; 19(2): 365-371. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200365&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200365&lng=pt)>.

MILES, M. B.; HUBERMAN, M. (1984). Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craft. In: LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. **Investigação qualitativa: fundamentos e prática**. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

MILES, M. B.; HUBERMAN, M. **Drawing valid meaning from qualitative data**: toward a shared craft. Educational researcher, 1984.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 7. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MORAIS, A. C. **O Cuidado às Crianças Quilombolas no Domicílio à luz da Teoria Transcultural de Leininger**. 2013. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2013.

MOURA, M. A. V., et al. Teoria transcultural em pesquisas de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm** 2005 dez; 9 (3): 434 - 40.

NERY, T. C. S. Saneamento: ação de inclusão social. **Estud. av.** 2004, vol.18, n.50, pp. 313-321.

OLIVEIRA, A. T. S. A. et al. Crençices e Práticas Populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.19, n.1, p.11-18, nov. 2006.

ORIÁ, MOB; XIMENES, LB; ALVES, MDS. Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. **Online Braz J Nurs** [online] 2005 August; 4(2). Disponível em:<[www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm)>. Acessado em 30 de março de 2013.

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.

PETTENGILL, M.A.M. et al. O cuidado centrado na criança e sua família: uma perspectiva para a atuação do enfermeiro pediatra. In: ALMEIDA, F.M.; SABATÉS, A.L. **Enfermagem pediátrica**: a criança, o adolescente e sua família. São Paulo: Manole, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RISCADO, J. L. de S.; OLIVEIRA, M. A. B. de; BRITO, A. M. B. B. de. Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, supl.2, p.96-108, 2010.

SANTOS, A.; DOULA, S. M. Políticas públicas e quilombolas: questões para debate e desafios à prática extensionista. **Revista Extensão Rural**, DEAER/PGE<sub>x</sub>R – CCR – UFSM, Ano XV, n° 16, Jul – Dez de 2008.

SARAYVA, A. M. **Os saberes populares praticados no cuidado ao recém-nascido**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade do Estado do Pará, Belém, 2003.

SEIMA, M.D. et al. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. **Esc. Anna Nery**. 2011, vol.15, n.4, pp. 851-857.

SILVA, A. C. F. C. **Cuidar do recém-nascido: o enfermeiro como promotor das competências parentais**. 2006. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta; 2006. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/726>>. Acessada em: 12 de abril de 2013.

SILVA, J. A. N. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saude soc.** 2007, vol.16, n.2, pp. 111-124.

SILVA, L. W. S. **A dinâmica de relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2**. 2007. Tese – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SILVA, M. J.G.; LIMA, F. S. da S.; HAMANN, E. M. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, supl.2, p.109-120, 2010.

SILVEIRA, C. L.; BUDÓ, M. L. D.; RESSEL, L. B.; OLIVEIRA, S. G.; SIMON, B. S. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de quilombos. **CiencCuidSaude**; 2011 Jul/Set; 10(3):585-592.

SOARES, E. S.; MENEZES, G. M.S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiol. Serv. Saúde**; Brasília, 19(1):51-60, jan-mar 2010.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Texto contexto - enferm.** 2008, vol.17, n.1, pp. 183-191.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; SILVA, L. W.S.da. A prática da amamentação no cotidiano familiar \_ um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós . **Revista Temática Kairós Gerontologia**, 14(3), São Paulo, junho 2011: 205-221.

UNITED NATIONS MILLENNIUM DECLARATION.UN, 2000. Disponível em:  
<<http://www2.ohchr.org/english/law/millennium.htm>>. Acesso em: 18 janeiro de 2012.

VICENTE, J. P. Os remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira no Sudoeste de São Paulo: piora na situação socioeconômica e de saúde? (Carta ao Editor). **Pediatria**, 2003; 26(1): 63-65.

VICENTE, J. P. **Prevalência da desnutrição em crianças e adolescentes em comunidade de remanescentes de quilombos no sudeste do Estado de São Paulo, Brasil**. 2004. Tese – Universidade de São Paulo; 2004.

VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. **Saúde nos Quilombos**. São Paulo: Instituto de Saude – SESSP, São Paulo: GTAE – SESSP, 2009. Disponível em:  
<<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/Temas09.pdf>> Acessado em: 24 de maio de 2012.

WALDOW, V. R. **O Cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo**.Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 3 ed. - Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2010.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, Agosto, 2008. Disponível em:<[scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000400018&lng=en&nrm=iso](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Accesson 13 Apr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400018>.

## **APÊNDICE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

## **APÊNDICE A - ORIENTAÇÃO AOS COLABORADORES**

### **TÍTULO DO PROJETO: “CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS E A INFLUÊNCIA INTERGERACIONAL”**

Venho aqui te convidar para participar de uma pesquisa que tem o interesse de apreender como é cuidado o recém-nascido nas comunidades quilombolas e se neste cuidado existem influências intergeracionais. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Programa de Mestrado da Escola de Enfermagem Universidade Federal da Bahia pelo Mestrando Lucas Amaral Martins, tendo como orientadora a Doutora Climene Laura de Camargo.

Para que eu possa apreender este cuidado ao RN, vou necessitar utilizar alguns recursos como uma entrevista gravada, construir um genograma e o ecomapa de sua família, e anotar as informações e impressões de nossos encontros em um diário de campo. Ainda, serão colhidos alguns dados sócio-demográficos para conhecer cada pessoa entrevistada.

Os resultados dessa pesquisa serão divulgados através da dissertação, artigos enviados para periódicos e eventos científicos, nos quais garantiremos o anonimato com uso de pseudônimos. Informamos que para garantir sua privacidade, a entrevista será realizada no local da sua casa que achar mais apropriado, e esta será guardada por nós, pesquisadores, durante cinco anos e solicitamos autorização para decidir sobre o destino delas depois deste tempo. Serão mantidos o respeito e o anonimato da sua identidade, não havendo qualquer associação entre os dados obtidos e o seu nome. Os benefícios desta pesquisa estão na possibilidade de apreender como os recém-nascidos são cuidados na comunidade quilombola e como os profissionais de saúde podem interferir e aprender com este processo. Este estudo norteará a prática de profissionais que atuam nestas comunidades quilombolas e servirá como apoio para (re)estruturação de ações dos órgãos públicos que atuam naquelas e para a própria população sobre como utilizar as práticas populares de saúde no cuidado ao RN sempre de maneira positiva.

Esta pesquisa poderá causar riscos de constrangimentos durante a entrevista por abordar o cuidado desenvolvido com o RN desde o nascimento; caso ocorra, nós, como enfermeiros, estaremos oferecendo um apoio emocional a vocês. Assim, você tem total

liberdade para não participar ou deixar de responder as perguntas que lhe causem algum desconforto, ou mesmo pode desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem penalização alguma e sem nenhum prejuízo, mesmo tendo acordado anteriormente. Nós, pesquisadores, esclarecemos que não haverá ônus para os participantes da pesquisa e nos responsabilizamos por qualquer tipo de dano previsto ou não, neste termo de consentimento, prestando-lhe assistência integral, e/ou indenização caso seja necessário.

Caso concorde em participar, convido você a assinar esse termo, sendo que uma cópia ficará em suas mãos e outra com os pesquisadores. Estaremos à sua disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida sobre a pesquisa a qualquer momento que deseje. Este projeto e Termo de consentimento Livre e Esclarecido serão apreciados pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA, caso sinta alguma dúvida sobre os documentos, poderá entrar em contato com o CEP pelo telefone 3283.7615. End.: Rua Augusto Viana, S/N, Bairro Canela CEP.: 40 110 060 – Salvador-BA.

Monte Alegre-BA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Lucas Amaral Martins  
Pesquisador Responsável/EEUFBA

---

Climene Laura de Camargo  
Orientadora





**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Sinto-me suficientemente esclarecido(a) com as orientações fornecidas pelo Mestrando Lucas Amaral Martins. Entendi que serei entrevistado(a) e a entrevista será gravada, e observada dentro do meu contexto familiar, que poderei me recusar a participar a qualquer momento da pesquisa. Não terei despesas com o projeto. Terei minha identidade e da minha família preservada. Existe a possibilidade (risco) de constrangimento com as perguntas; mas, caso me sinta constrangida poderei interromper a entrevista sem ônus para mim. Ainda, poderei receber informações a qualquer tempo que achar necessário. Compreendi que os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em Dissertação, congressos e em revistas científicas.

Ficou claro para mim que este projeto intitulado “**Cuidado ao recém-nascido em comunidades quilombolas e a influência intergeracional**” passou por um Comitê de Ética em Pesquisa.

Diante destas considerações, registro o meu de acordo.

---

Colaborador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Lucas Amaral Martins; Fone (71) 91467494.

Climene Laura de Camargo; Fone (71)81028578.

Programa de Pós Graduação da Universidade Federal da Bahia; (71)32837631.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

## **APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES**

### **PESQUISA – CUIDADA AO RECÉM-NASCIDO EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS E A INFLUÊNCIA INTERGERACIONAL**

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

##### **1. Dados sócio-demográficos**

Número da entrevista: \_\_\_\_\_

Abreviatura do nome: \_\_\_\_\_ Pseudônimo: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Idade: \_\_\_\_\_

Raça/Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela

Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Separado ( ) União estável

( ) Outros \_\_\_\_\_

Religião: ( ) católica ( ) evangélica ( ) espírita ( ) outra (qual) \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) analfabeto/sabe assinar o nome ( ) 1 a 4 anos de escolaridade ( ) 5 a 8 anos de escolaridade ( ) 9 a 11 anos de escolaridade ( ) 11 anos de escolaridade ou mais

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Número de familiares residentes no domicílio: \_\_\_\_\_

Renda mensal familiar \_\_\_\_\_ Benefícios \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Possui casa própria: \_\_\_\_\_ Quantos cômodos têm na residência: \_\_\_\_\_

Possui Saneamento básico na residência: \_\_\_\_\_ Possui rede elétrica: \_\_\_\_\_

##### **2. Dados relativos ao tema em estudo**

- a) Conte como a senhora cuida ou cuidou do RN em relação a:
  - Alimentação, Higiene, Coto Umbilical, Sono/repouso, Cuidados preventivos à saúde, cuidados relacionados à doença?
- b) Com quem você aprendeu a cuidar de RN?
- c) Quais as tradições ou os costumes que vocês preservam no cuidado ao RN?
- d) Quais os fatores que interferem nos cuidados prestados ao RN?



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE D – SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE CAMPO DE PESQUISA

**ASSOCIAÇÃO DE MORADORES E AMIGOS DE MORERÉ E  
MONTE ALEGRE – AMAMOS**

Eu, Kátia Alexandre Barbosa, responsável pelas Relações Públicas da Associação de Moradores e Amigos de Moreré e Monte Alegre, estou ciente e autorizo os pesquisadores Climene Lauro de Camargo e Lucas Amaral Martins a desenvolverem nestas comunidades o projeto de pesquisa intitulado: **“Cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola e a influência intergeracional nesse cuidado”**. Declaro conhecer as Normas e Resolução que norteiam a prática de Pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução CNS 466/12, de estar ciente das co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, do compromisso de garantir a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa aqui recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Salvador, 31 de março de 2014.

---

Kátia Alexandre Barbosa

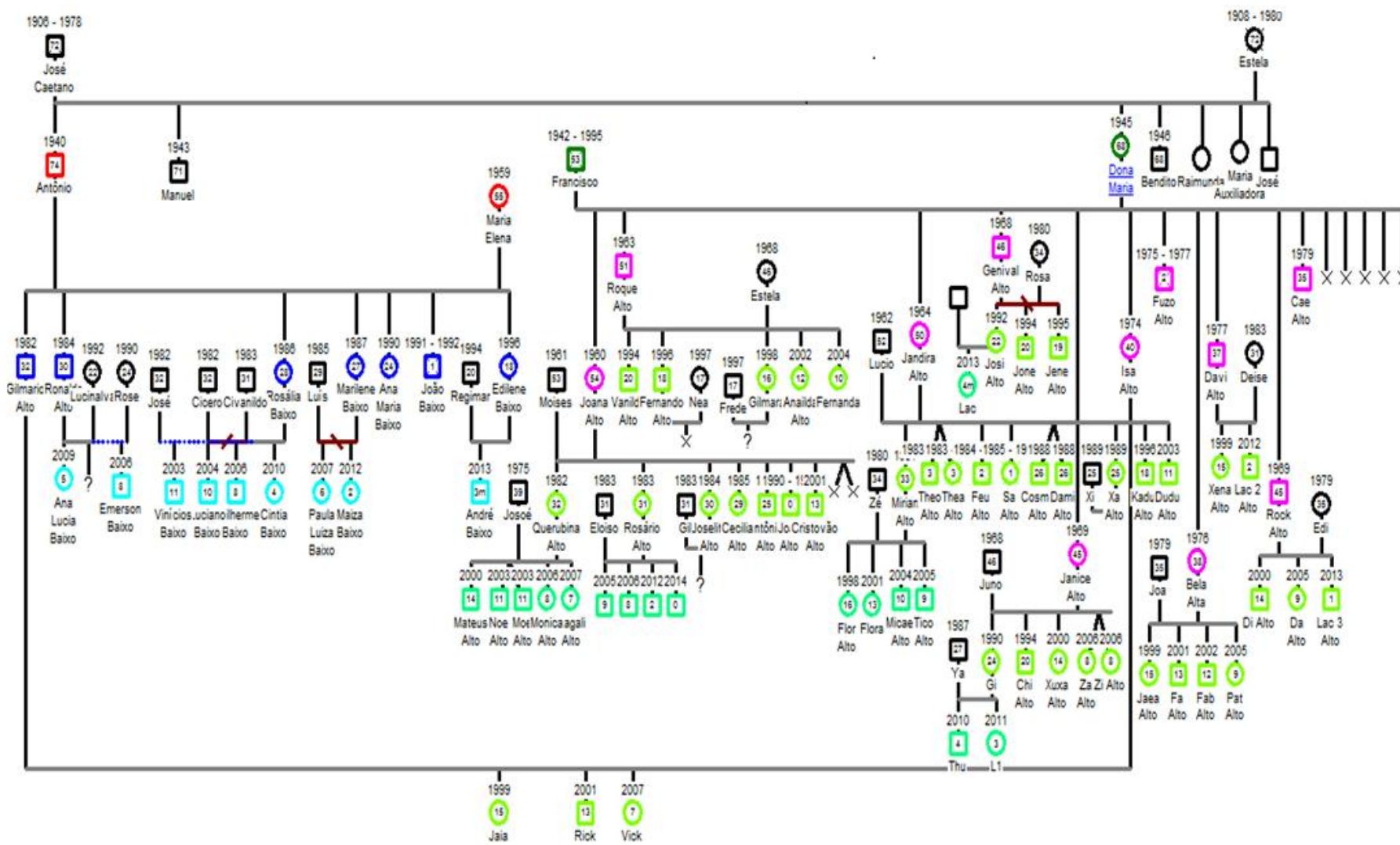
## **APÊNDICE E – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO GENOGRAMA E ECOMAPA DAS FAMÍLIAS DA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE VILA MONTE ALEGRE**

O genograma trata-se de uma representação gráfica do desenho da família, sendo este confeccionado pelos pesquisadores juntamente com as mães, cuidadores e familiares de RN, buscando conhecer a geracionalidade, relações e vínculos das famílias. Vale ressaltar que a entrevista semi-estruturada também serviu de instrumento para complementação dos dados. O Genograma Familiar é utilizado em pesquisa qualitativa cujo enfoque seja a família, em suas fases do ciclo vital mapeando eventos familiares, nesse caso específico, o cuidado ao RN. Concomitantemente verificam-se as inter-relações entre seus componentes e no caso dessa pesquisa a preservação do modo e hábitos de cuidar o RN na sua geracionalidade (MCGOLDRICK; GERSON, 1995).

Buscando, elucidar as informações familiares no que concerne ao cuidado ao RN e as influências intergeracionais, estaremos apresentando, inicialmente, o Genograma das famílias; em seguida o genograma com ecomapa da família-domiciliar de mães de RN que participaram do estudo.

Nesta apresentação gráfica foi possível elucidar as vinculações parentais, sentimentos, emoções, afinidades, distanciamentos, conflitos, crenças, valores e atitudes dos colaboradores no tocante ao cuidar o RN da Comunidade Quilombola de Vila Monte Alegre.

## GENOGRAMA COMPLETO DA FAMÍLIA QUE CONSTITUI A COMUNIDADE QUILOMBOLA DE MONTEALEGRE

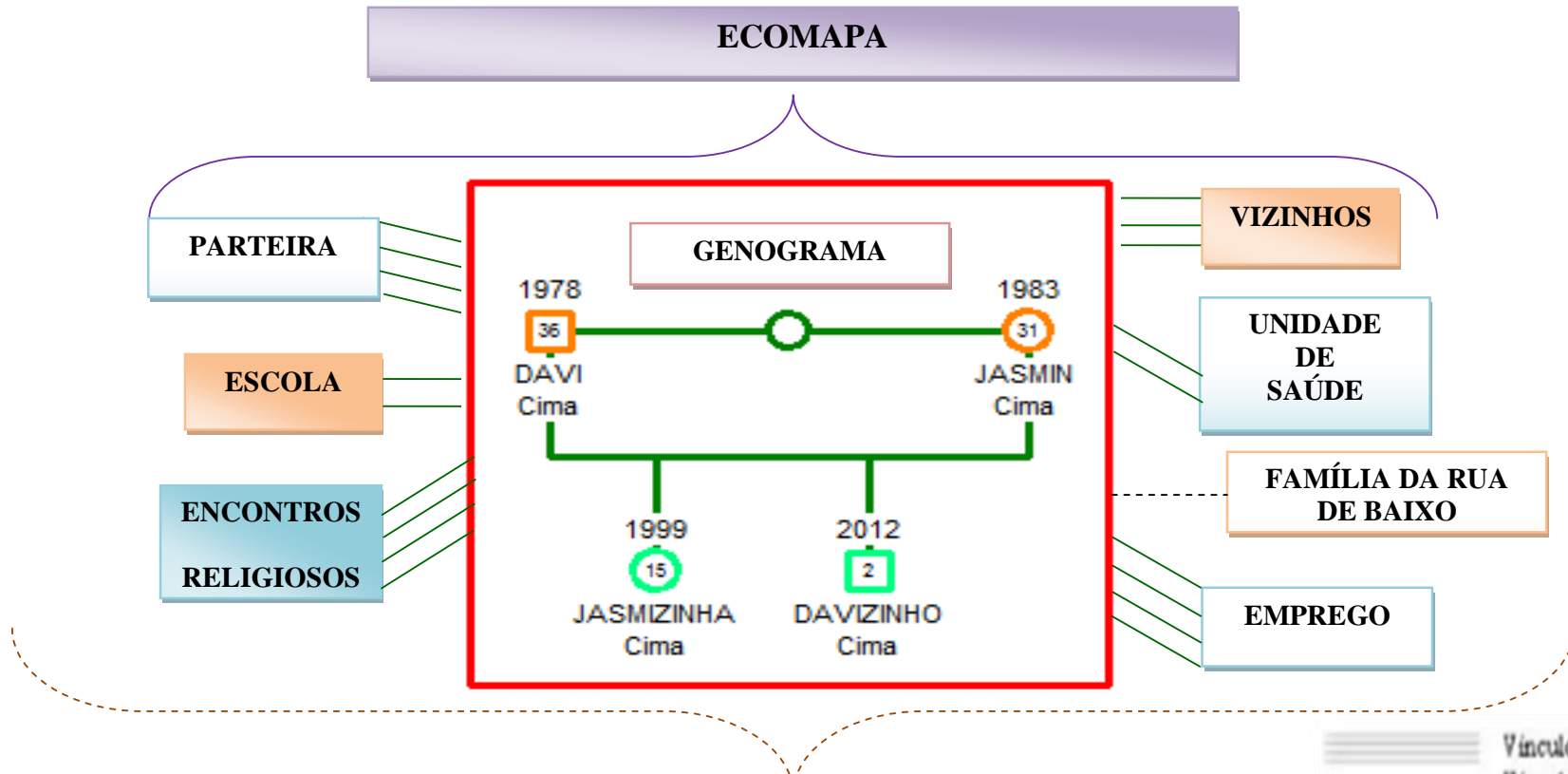


No Ápice do Genograma, encontram-se os progenitores da comunidade o Senhor Cardial e sua esposa “Estela”, os quais já foram a óbito na década de 80, com 72 anos de vida cada. Como frutos dessa união deixaram sete filhos, dos quais quatro moram na comunidade quilombola de Vila Monte Alegre. Aqui, neste trabalho, iremos descrever a família do seu 1º filho (Irmão da Parteira) e da 3ª filha (Dona Parteira), os quais têm uma relação com os colaboradores deste estudo.

Constatamos pelo genograma que na comunidade quilombola predominam a família nuclear e algumas reconstituídas; são famílias extensas com grande quantidade de filhos e possuem uma ancestralidade comum; foi possível identificar a intergeracionalidade no cuidado ao RN culturalmente preservado entre cinco gerações; a maioria dos casais realiza o matrimônio ainda na adolescência; há um número reduzido de divórcio; as mulheres costumam trabalhar em domicílio com as atividades domésticas e o cuidado das crianças, já os homens trabalham com pesca, mariscagem e com atividades na construção civil. Nas famílias há uma tendência a gemelaridade e abortamentos; os partos ocorrem em sua maioria no contexto domiciliar, realizado por parteiras tradicionais; em relação à mortalidade foram evidenciados seis óbitos infantis na faixa etária de 0-08 anos, todos por causas evitáveis.

A seguir encontram-se o genograma domiciliar e ecomapas das famílias de RN que constituíram os colaboradores para este estudo.

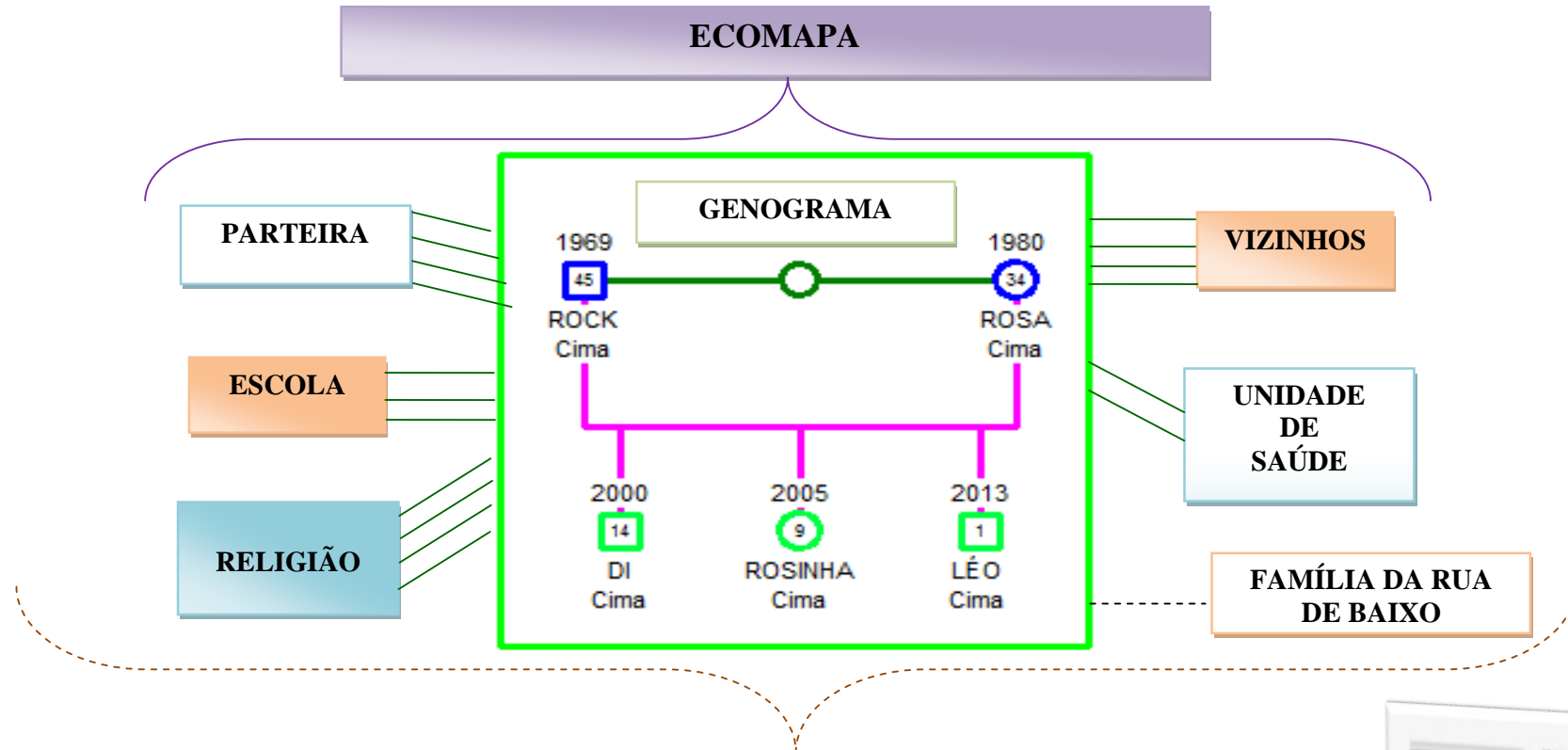
FAMÍLIA 1



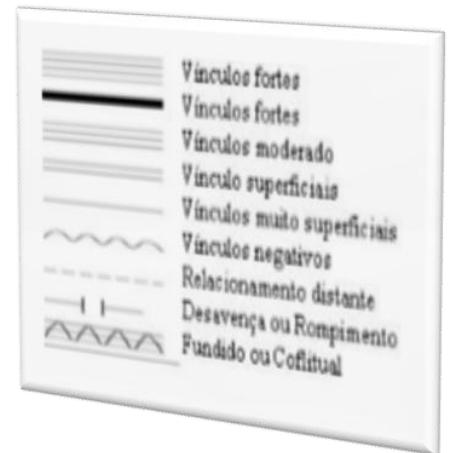
A família de **JASMIM** caracteriza-se por uma família Nuclear, moram em casa de taipa com 05 cômodos. A família hoje é composta pelo casal e seus 02 filhos (JASMINZINHA e DAVIZINHO), sendo que o segundo fez parte do estudo, no período da coleta estava com 01 ano. Os seu 1º parto ocorreu na própria comunidade e em domicílio, realizado por sua Sogra (Parteira), a qual auxiliou nos cuidados ao RN, o segundo nasceu na instituição hospitalar, devido o seu problema de saúde (pré-eclamps). Trata-se de uma família que o casal mantém um relacionamento amoroso e fraterno em que ambos se preocupam em cuidar dos filhos; a filha mais velha já ajuda a cuidar do irmão mais novo, com os ensinamentos intergeracionais. Através do ECOMAPA é possível verificar que Jasmim tem um vínculo forte com o seu emprego, com a parteira e benzedeira e com os encontros religiosos, a qual se declara católica. Possui vínculo moderado com a Unidade de Saúde e com a escola, e um relacionamento distante com as pessoas da rua de baixo da comunidade.

- Vínculos fortes
- Vínculos moderado
- Vínculo superficiais
- Vínculos muito superficiais
- Vínculos negativos
- Relacionamento distante
- Desavença ou Rompimento
- Fundido ou Cofitual

## FAMÍLIA 2

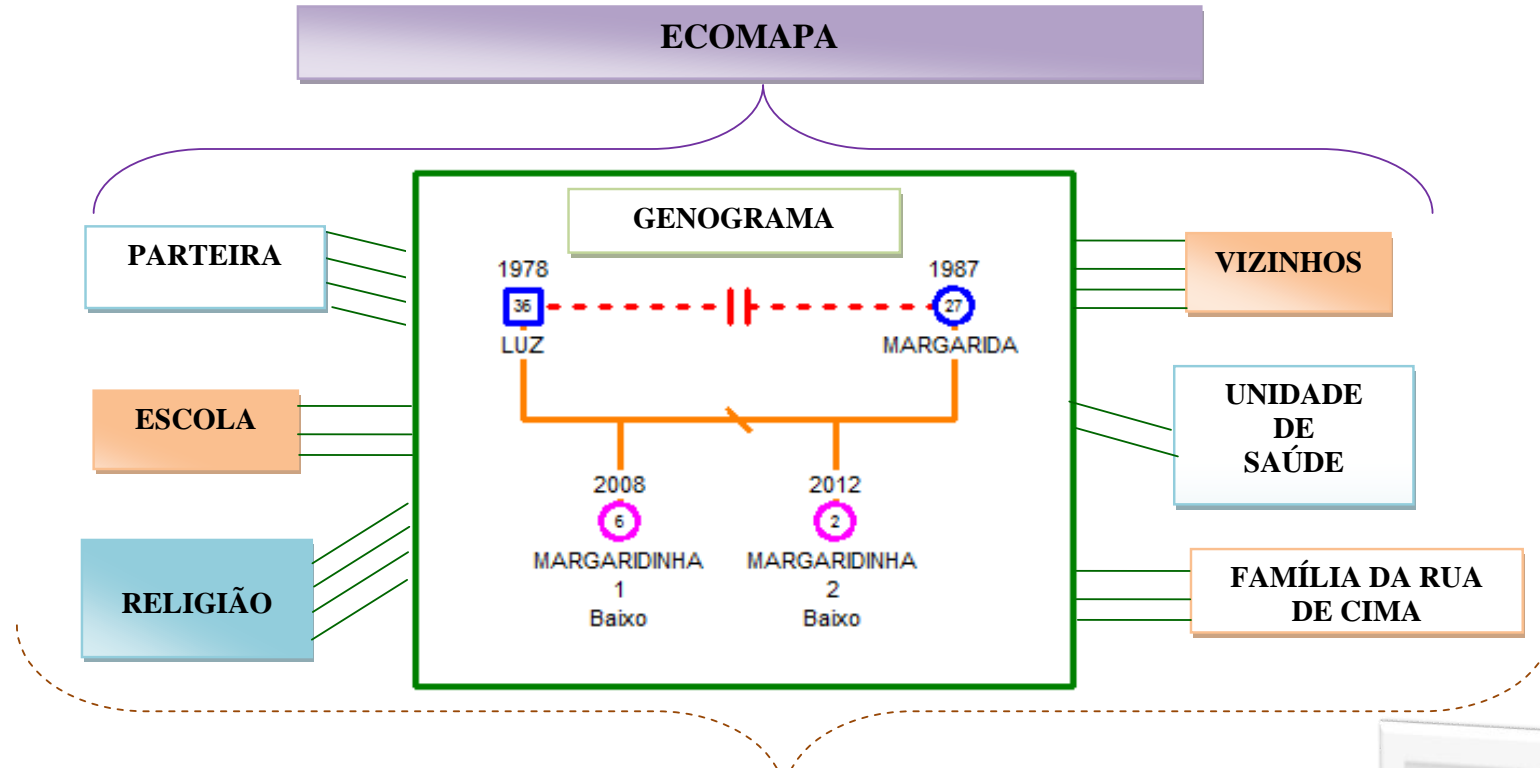


A família de **ROSA** caracteriza-se por uma família Nuclear, que mora em casa de taipa com 03 cômodos. A família hoje é composta pelo casal e seus 03 filhos (DI, ROSINHA e LÉO), sendo que o terceiro fez parte do estudo, no período da coleta estava com 03 meses. Os seus partos ocorreram na própria comunidade e em domicílio realizado por sua Sogra (Parteira), a qual auxiliou nos cuidados ao RN. Trata-se de uma família que o casal mantém um relacionamento amoroso, de respeito e confiança. Através do ECOMAPA é possível verificar que Rosa tem um vínculo forte com a parteira, vizinhos e religião, católica. Possui vínculo moderado com a Unidade de Saúde e com a escola, e um relacionamento distante com as pessoas da rua de baixo. Sua renda é através da bolsa família e os serviços que seu marido realiza.





### FAMÍLIA 3

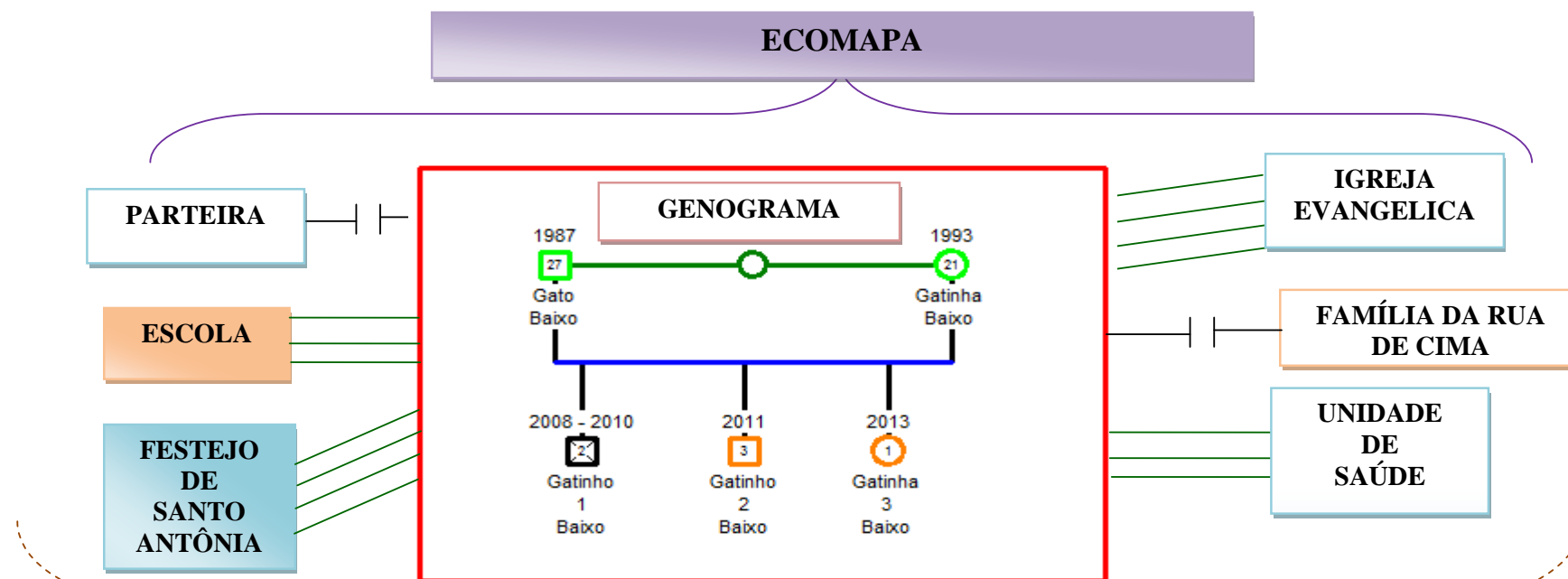


A família de **MARGARIDA** caracterizava-se por uma família Nuclear, que mora em casa de taipa com 02 cômodos, no entanto há 01 ano ocorreu a separação do seu marido. A família hoje é composta por ela e suas 02 filhas (MARGARIDINHA 1 e MARGARIDINHA 2), sendo que segunda fez parte do estudo, no período da coleta estava com 01 ano e 06 meses. Os seus partos ocorreram na própria comunidade e em domicílio realizado por sua Tia (Parteira), a qual auxiliou nos cuidados ao RN, juntamente com sua mãe. Trata-se de uma família que o casal mantém um relacionamento cortado, no entanto mantém respeito entre si e muito apego, amor e carinho pelos filhos. Através do ECOMAPA é possível verificar que Margarida tem um vínculo forte com a parteira, vizinhos, religião, católica; Apesar das desavenças familiares mantém um vínculo moderado com a família da rua de cima, com a escola e Unidade de Saúde. Sua renda é através da bolsa família, mais atividades extras.

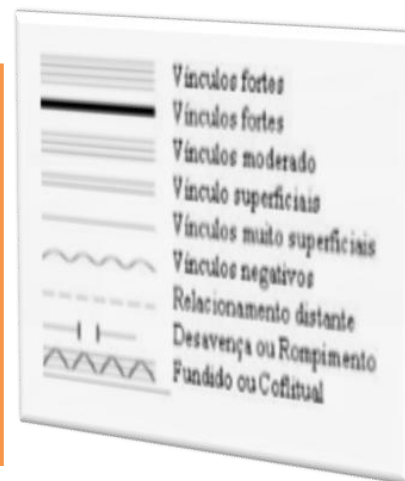
	Vínculos fortes
	Vínculos moderado
	Vínculo superficiais
	Vínculos muito superficiais
	Vínculos negativos
	Relacionamento distante
	Desavença ou Rompimento
	Fundido ou Cofitual

## FAMÍLIA 4

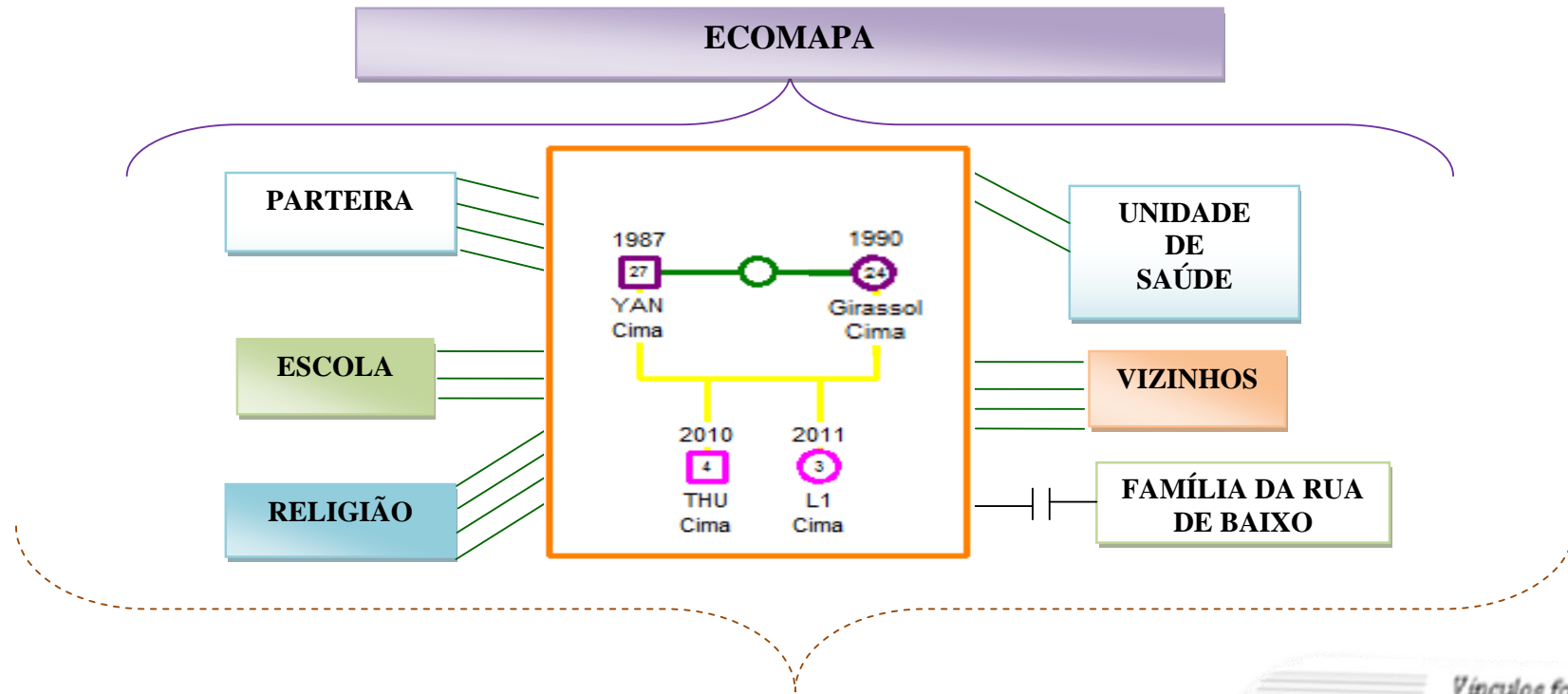
## ECOMAPA



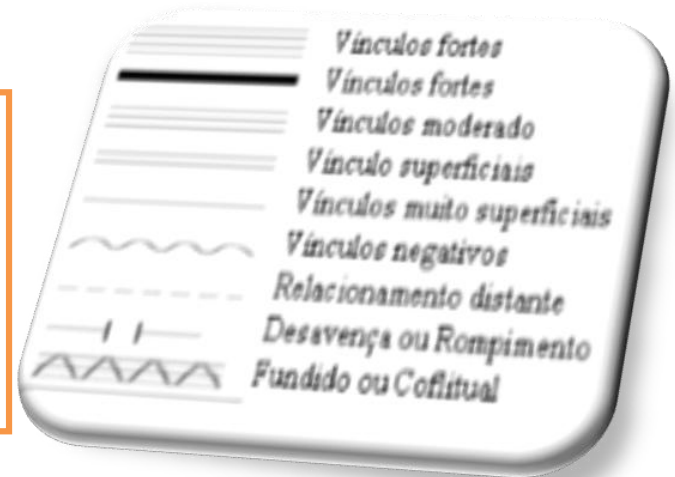
A família de **GATINHA** caracteriza-se por uma família Nuclear, que mora na rua de baixo da comunidade, em casa de taipa com 04 cômodos. A família é composta por um casal jovem com três filhos, sendo que o primeiro (Gatinha 1) foi a óbito com menos de dois anos, vítima de afogamento em uma bacia com água. Os outros dois filhos (Gatinho 2 e Gatinha 3), fizeram parte do estudo. Na primeira visita dos pesquisadores a essa família, Gatinho 2 estava com 01 ano e 09 meses e Gatinha estava gestante do terceiro filho. Durante o transcorrer da pesquisa, Gatinha teve sua terceira filha (Gatinha 3), todos os seus filhos foram concebidos na instituição Hospitalar de Valença. Trata-se de uma família com uma boa relação de afeto entre eles e religiosa. Gatinha conta que se vinculou a Igreja Evangélica através de sua mãe, e informa ter conhecido seu marido neste ambiente, através do ECOMAPA identificamos que ela tem um vínculo moderado com a Igreja, apesar de ser Evangélica mantém um vínculo forte com os festejos de Santo Antônio; Vínculo forte com a Unidade de Saúde e Moderado com a escola. Nota-se também uma desavença com a Família da rua de Cima. Sua renda é através da bolsa família, mais atividades extras.

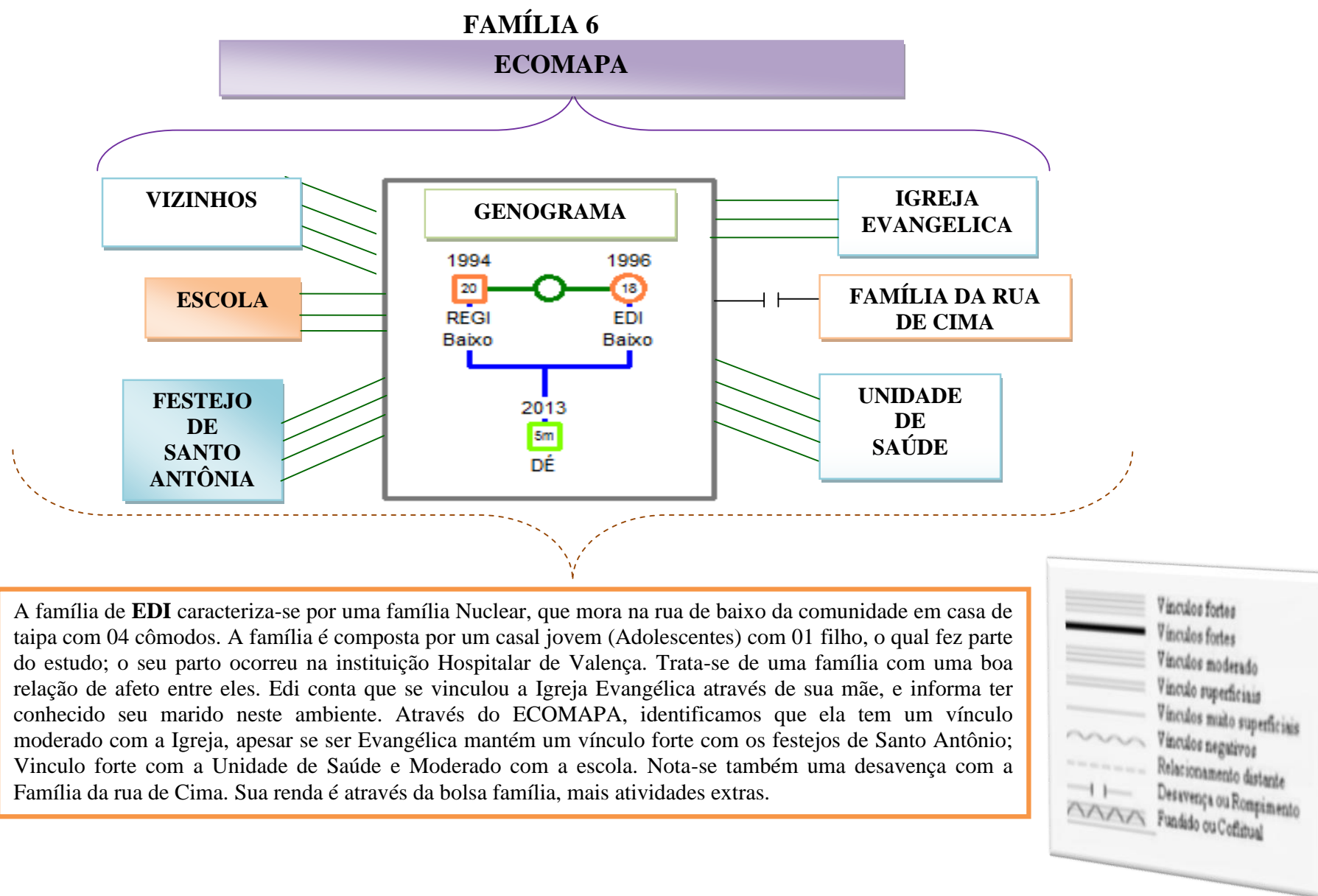


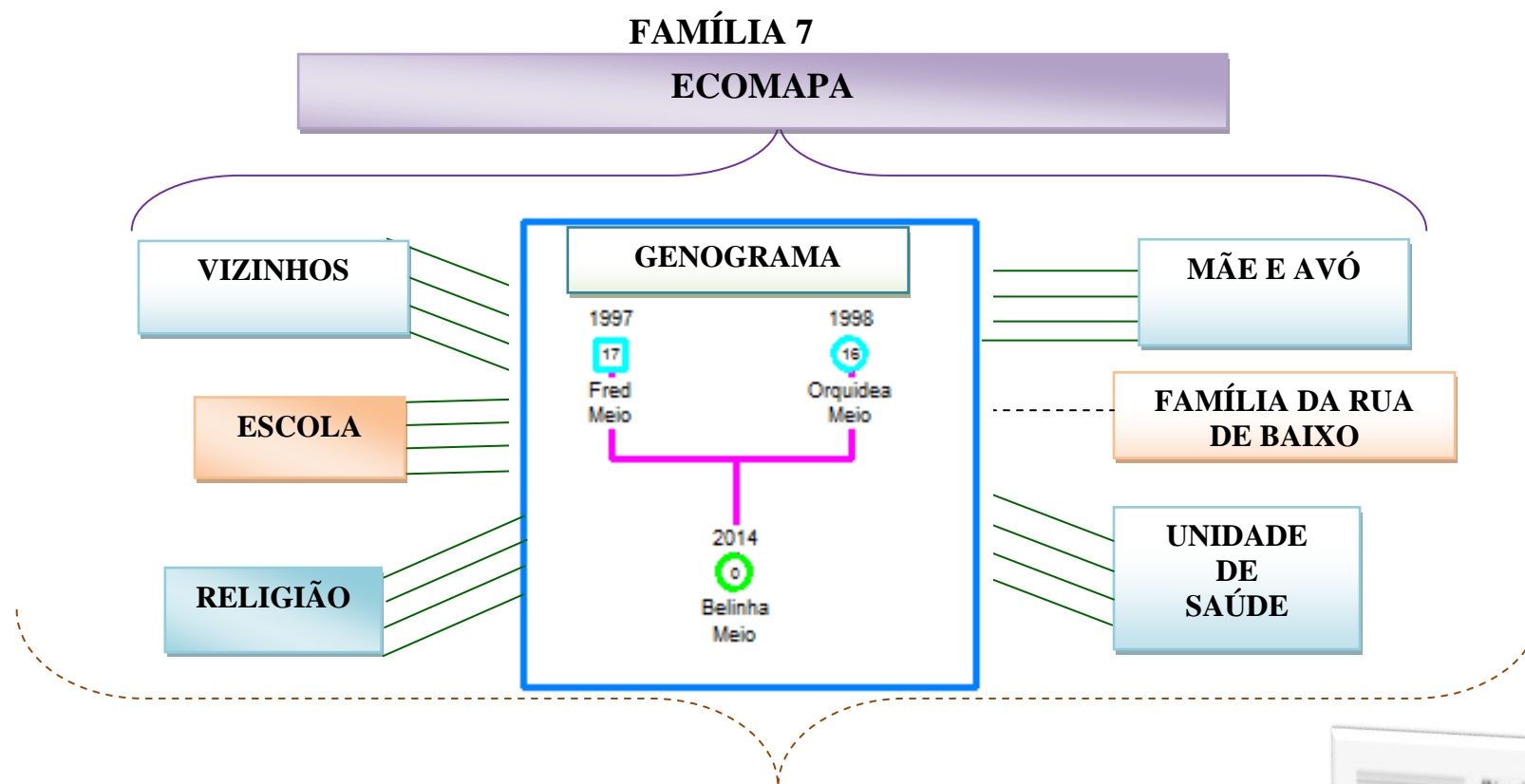
FAMÍLIA 5



A família de **GIRASSOL** caracterizava-se por uma família Nuclear, que mora em casa de taipa com 02 cômodos. A família hoje é composta pelo casal e 02 filhos (THU e L1), sendo que a segunda filha fez parte do estudo, no período da coleta estava com 01 ano e 10 meses. Os seus partos ocorreram na própria comunidade e em domicílio, sendo realizado por sua AVÓ (Parteira), a qual auxiliou nos cuidados ao RN, juntamente com sua mãe. Trata-se de uma família que o casal mantém um relacionamento amoroso e fraterno entre si e com os filhos. Através do ECOMAPA é possível verificar que Girassol tem um vínculo forte com a parteira, vizinhos e encontros religiosos, a qual se declara católica; Possui vínculo moderado com a escola; Vínculo superficial com a Unidade de Saúde, e um relacionamento de desavença com as pessoas da rua de baixo. Sua renda é através da bolsa família e os serviços que seu marido realiza.







A família de **Orquídea** caracteriza-se por uma família Nuclear, que mora na rua do meio da comunidade em casa de taipa com 04 cômodos. A família é composta por um casal jovem (Adolescentes) com 01 filho, o qual fez parte do estudo; o seu parto ocorreu na instituição Hospitalar de Valença. Trata-se de uma família com uma boa relação de afeto entre eles e com os familiares e filho. Através do ECOMAPA, identificamos que ela tem um vínculo forte com a Unidade de Saúde, vizinhos, religião e escola. Nota-se também um relacionamento distante com a Família da rua de baixo. Sua renda é através da bolsa família, mais atividades extras.




## **ANEXOS**




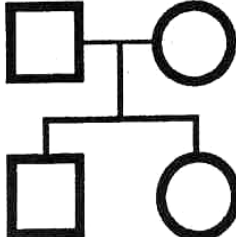
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

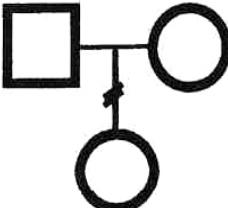
## ANEXO A – SÍMBOLOS UTILIZADOS NOS GENOGRAMAS


Sexo masculino: 

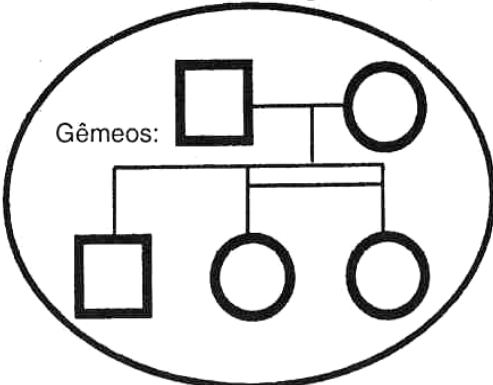
Sexo feminino: 

C 1966  
  
Casamento (C) ou casamento consensual (CC): (marido à esquerda, esposa à direita)


Filhos: Ordem de nascimento (começando com o mais velho à esquerda)  


Adoção  


Aborto ou abortamento (informar o ano)  
  
1998

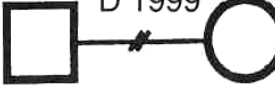
Gêmeos:  


Pessoa índice (PI)  


Óbito (informar a data)  
  
1995

No círculo, atuais membros da família

Separações conjugais (informar a data)  
  
S 1998

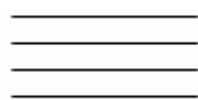

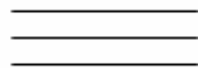
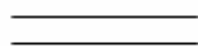


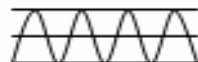
Divórcio (informar a data)  
  
D 1999

Fonte: WRIGHT, Lorraine M; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3a.ed. São Paulo: Roca, 2002. p.86



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**ANEXO B – SÍMBOLOS UTILIZADOS NOS DIAGRAMAS DE VÍNCULOS -  
PSICOFIGURA DE MITCHELL**

	VÍNCULOS FORTES
	VÍNCULOS FORTES
	VÍNCULOS MODERADOS
	VÍNCULOS SUPERFICIAIS
	VÍNCULOS MUITO SUPERFICIAIS
	VÍNCULOS NEGATIVOS
	RELACIONAMENTO DISTANTE
	DESAVENÇA OU ROMPIMENTO
	FUNDIDO OU CONFLITUAL

Fonte: WRIGHT, Lorraine M; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3a.ed. São Paulo: Roca, 2002.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar** – uma estrutura para a terapia familiar. 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

AGOSTINHO, Manuela; REBELO, Luís. Família: do conceito aos meios de avaliação. **Rev. Port. Clínica Geral** . Portugal, 1988, n.º. 32, p. 6-17.



## Anexo C – Parecer consubstanciado

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CUIDADO AO RECÊM-NASCIDO EM COMUNIDADE QUILOMBOLA E A INFLUÊNCIA INTERGERACIONAL

**Pesquisador:** LUCAS AMARAL MARTINS

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 16594413.8.0000.5531

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 339.411

**Data da Relatoria:** 07/08/2013

#### **Apresentação do Projeto:**

Pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, que terá como cenário a comunidade quilombola de Ilha de Maré-BA. Os sujeitos serão avós, mães, pais e outros familiares de RN ou lactente de até 03 meses, da comunidade quilombola, que cuidam ou cuidaram do mesmo, no período neonatal, assim, será utilizado o critério de saturação para a delimitação dos sujeitos. Foi analisado pelo CEP e, conforme o último

parecer Consubstanciado n.325.688, havia sido considerado com pendência.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Apreender o cuidado prestado ao recém-nascido em uma comunidade quilombola e as Influências Intergeracionais neste cuidado.

**Objetivo Secundário:** Identificar os cuidados prestados ao recém-nascido em uma comunidade quilombola; Descrever as Influências Intergeracionais no cuidado prestado ao recém-nascido em uma comunidade quilombola; Identificar os fatores que Interferem no cuidado prestado ao recém-nascido da comunidade quilombola em estudo.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
Bairro: Canela CEP: 41.110-060  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-7815 Fax: (71)3283-7815 E-mail: cepes.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



Continuação do Parecer: 325.411

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Vide parecer Consubstanciado CEP n. 325.688.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide parecer Consubstanciado CEP n. 325.688.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Conforme solicitado no parecer Consubstanciado CEP n. 325.688, foi reapresentado o TCLE com a adequação da linguagem à compreensão dos participantes da pesquisa.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foi atendido o item requerido no parecer Consubstanciado CEP n. 325.688, e considera-se que o protocolo não apresenta pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A plenária homologa o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo Relator.

SALVADOR, 23 de Julho de 2013

---

Assinador por:  
KARINA ARAUJO PINTO  
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Vieira S/N 3º Andar  
Bairro: Canela CEP: 41.110-060  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-7815 Fax: (71)3283-7815 E-mail: cnpes.ufba@ufba.br