



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

O EXERCÍCIO DA MATERNIDADE EM RECLUSÃO

UMA OPORTUNIDADE PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Isabel Maria Quelhas Lima Engrácia Antunes

Sob orientação da Professora Doutora Margarida Maria da Silva Vieira
Sob coorientação da Professora Doutora Alexandrina Maria Ramos Cardoso

Instituto de Ciências da Saúde

setembro, 2014

AGRADECIMENTOS

PORQUE ESTE CAMINHO FOI TRILHADO NUM DOS PERÍODOS MAIS DIFÍCEIS DA MINHA VIDA, QUERO AGRADECER,

À Professora Doutora Margarida Vieira, pelo que acreditou e valorizou este trabalho, pela sabedoria partilhada, pela escuta e pela estima.

À Professora Doutora Alexandrina Cardoso, pelo rigor exigido no percurso, pela disponibilidade atenta, pela força nos momentos de menos firmeza.

À Universidade Católica Portuguesa, pelas facilidades concedidas durante a realização deste curso.

A toda a equipa multidisciplinar do Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo, mas em particular ao Enfermeiro José Carlos Rocha pelo interesse e a disponibilidade com que acompanhou este processo.

Às mães reclusas, que me permitiram entrar no seu espaço e dar-se a conhecer...

À minha Mãe, pela forma como cuidou de mim num tempo tão difícil para ambas...por ser o meu exemplo de força e de fé.

À amiga Constança, por caminhar sempre comigo...amparando-me nas fraquezas e celebrando as conquistas, com uma amizade impar.

À amiga Clara, pela presença e pelo apoio incondicionais em todos os momentos, pela serenidade nos tempos de desnorte.

Ao amigo Paulo Alves, pelas “feridas” que foi curando.

À amiga Maria João, pela ajuda na pesquisa e pelas “discussões” profícuas.

Ao Vasco e à Rita, pelo respeito e a maturidade com que superaram as minhas ausências e limitações, por me inspirarem...sempre.

Ao Paulo, pelo amor...que tudo supera.

Ao meu PAI,

*Porque a sua memória o traiçooou
e não deixa que se recorde deste momento...*

RESUMO

Assumindo que, por um lado, a enfermagem se desenvolve na assistência das pessoas em face das respostas aos diversos processos de vida e, por outro, que a reclusão representa um contexto adverso, reconhecemos o exercício da maternidade em reclusão como uma área de atenção dos enfermeiros. Contudo, a literatura disponível não explicita esta circunstância particular, abrindo lugar a este estudo sobre a assistência de enfermagem às mães reclusas com filhos ao seu cuidado. As opções metodológicas foram sustentadas por pressupostos do paradigma qualitativo, utilizando como método de investigação a *grounded theory*. O desenho de investigação correspondeu a um percurso de etapas, conduzido pela recolha e análise comparativa constante dos dados, que permitiu ditar a sua sucessão. As mães com filhos ao seu cuidado reclusas num estabelecimento prisional e os enfermeiros do serviço de saúde da instituição constituíram os participantes do estudo. Os procedimentos de recolha utilizados para alcançar o *corpus de dados* foram a entrevista, na qual se aplicou também o “Instrumento de Avaliação das Competências Maternas”, o *focus group* e a análise documental. Verificou-se que as mães reclusas com filhos ao seu cuidado percorrem um caminho que começa por enfrentar a reclusão como mãe, passa por ajustar-se à reclusão e à maternidade e permite a (re) construção da identidade materna, configurando um processo de “tornar-se mãe reclusa”. A assistência de enfermagem a estas mães desenrola-se num percurso de cuidados que integra a caracterização, o diagnóstico e as intervenções de enfermagem e que corresponde a um processo para conhecer as mães reclusas e atender ao exercício da maternidade. Concluiu-se que o exercício da maternidade em reclusão encerra diversos constrangimentos, quer para as mães reclusas, quer para os cuidados de enfermagem, mas também algumas oportunidades para ambas as partes nestas circunstâncias: por um lado, a maternidade pode constituir uma oportunidade para a reclusa ser *mais mãe* e, por outro, pode representar para os enfermeiros uma oportunidade para *mais enfermagem*. Reflete-se ainda sobre os limites do estudo e as oportunidades de desenvolvimento de investigação em enfermagem nesta área e contexto específico.

Palavras-chave: exercício da maternidade; reclusão; assistência de enfermagem

ABSTRAT

Assuming that, on the one hand, nursing develops in assisting people in the face of the answers to the various life processes and, secondly, that incarceration is an adverse context, we recognize the exercise of motherhood in reclusion as an area of attention nurses. However, the available literature does not explain this particular circumstance, opening way for this study on nursing care for reclusive mothers with children in their care. The methodological options were supported by assumptions of qualitative paradigm, using as research method grounded theory. The research design corresponded to a step route, conducted by collection and constant comparative analysis of the data, which allowed dictate their succession. The mothers with children in their care in a prison and nurses of the institution's health services were the study participants. The procurement procedures used to achieve the data corpus were the interview, in which he also applied the "Assessment Instrument of Maternal Skills ", the focus groups and document analysis. It was found that the reclusive mothers with children in their care go a path that begins to face imprisonment as a mother goes through adjust to the confinement and maternity and allows the (re) construction of maternal identity by setting up a process " become reclusive mother. " Nursing care to these mothers held over a course of care that integrates the characterization, diagnosis and nursing interventions and corresponding to a process to meet the reclusive mothers and meet the exercise of motherhood. It was concluded that the exercise of motherhood in reclusion contains several constraints, either for reclusive mothers or for nursing care, but also some opportunities for both parties in these circumstances: on the one hand, motherhood can be an opportunity for be more reclusive mother and, on the other, can represent an opportunity for nurses to more nursing. It reflects also on the limits of the study and research development opportunities in nursing in this area and specific context.

Keywords: exercise of motherhood; reclusion; nursing care

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	21
1.1 CONCEITOS E CONTEXTOS	21
1.1.1 <i>A parentalidade vs o exercício da maternidade</i>	22
1.1.2 <i>A reclusão como contexto</i>	32
1.2 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	41
1.3 QUESTÕES E FINALIDADE DO ESTUDO.....	42
1.4 VISÃO GERAL DA TESE.....	44
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	47
2.1 DESENHO DO ESTUDO	49
2.2 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	53
3. DO EXERCÍCIO DA MATERNIDADE	59
3.1. DA PERSPETIVA DAS MÃES E DA AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS MATERNAS.....	59
3.2 ENTRE O DEVER, O QUERER E O SABER SER MÃE	82
3.2.1 <i>Enfrentando a reclusão como mãe</i>	82
3.2.2 <i>Ajustando-se à reclusão e à maternidade</i>	87
3.2.3 <i>(Re) construindo a identidade materna</i>	123
4. DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	129
4.1 DA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS E DA ASSISTÊNCIA DOCUMENTADA	129
4.2 A CARATERIZAÇÃO DO CASO E O MOTIVO DE INTERNAMENTO.....	133
4.2.1 <i>A caraterização do caso</i>	133
4.2.2 <i>O motivo de internamento nos serviços clínicos prisionais</i>	138
4.3 OS FOCOS DE ATENÇÃO E OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	141
4.4 AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	145
4.4.1 <i>As intervenções autónomas</i>	145
4.4.2 <i>As intervenções interdependentes</i>	156
5. ENTRE OS CONSTRANGIMENTOS DA RECLUSÃO E AS OPORTUNIDADES DE SER MAIS	161
5.1 NO TORNAR-SE MÃE RECLUSA.....	161
5.2 NO CONHECER AS MÃES RECLUSAS E NO ATENDER À MATERNIDADE	171
6. CONCLUSÃO.....	179

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	183
ANEXOS	193
ANEXO I - AUTORIZAÇÕES DE ACESSO AO ESTABELECIMENTO PRISIONAL ESPECIAL DE SANTA CRUZ DO BISPO	195
ANEXO II - INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO DAS MÃES RECLUSAS PARA A ENTREVISTA	201
ANEXO III - INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS ENFERMEIROS PARA O <i>FOCUS GROUP</i>	205
ANEXO IV - GUIÃO DE ENTREVISTA ÀS MÃES RECLUSAS.....	209
ANEXO V - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS – ADAPTADO GRAVIDEZ	213
ANEXO VI - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS – ADAPTADO 0/3 ANOS.....	219
ANEXO VII - ESPECIFICAÇÕES DO CONTEÚDO DOS INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS.....	229
ANEXO VIII - GUIÕES TEMÁTICOS DAS SESSÕES DE <i>FOCUS GROUP</i>	251

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – ABORDAGEM AO CONTEXTO	50
FIGURA 2 - DESENHO DO ESTUDO	51
FIGURA 3 - ESQUEMA DA ORGANIZAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E CATEGORIA CENTRAL, RELATIVOS AO EXERCÍCIO DA MATERNIDADE	125
FIGURA 4 – FOCOS DE ATENÇÃO DOCUMENTADOS PELOS ENFERMEIROS, POR CASO E FATORES RELACIONADOS	141
FIGURA 5 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM INFERIDOS DA DOCUMENTAÇÃO DOS ENFERMEIROS, POR CASO, JUÍZO E FATORES RELACIONADOS	142
FIGURA 6 - VIGILÂNCIA RELACIONADA COM O DESEMPENHO DO PAPEL MATERNAL POR CASOS	147
FIGURA 7 - INTERVENÇÕES RELACIONADAS COM O DESEMPENHO DO PAPEL MATERNAL, POR CASOS	149
FIGURA 8 - VIGILÂNCIA RELACIONADA COM OS PERÍODOS DE GRAVIDEZ OU DE PUERPÉRIO, POR CASOS	152
FIGURA 9 - VIGILÂNCIA RELACIONADA COM O ESTADO GERAL DA MÃE E/OU GRÁVIDA, POR CASOS ..	154
FIGURA 10 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS COM O ESTADO GERAL DA MÃE E/OU GRÁVIDA, POR CASOS	155
FIGURA 11 – INTERVENÇÕES INTERDEPENDENTES DE ENFERMAGEM.....	157
FIGURA 12 - ESQUEMA DA ORGANIZAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E CATEGORIA CENTRAL, RELATIVOS À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	158

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: PREPARAR A CASA E O ENXOVAL PARA O RECÉM-NASCIDO	69
QUADRO 2 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: ASSEGURAR A HIGIENE DA CRIANÇA E VESTIR E DESPIR VESTUÁRIO	70
QUADRO 3 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: TRATAR DO COTO UMBILICAL	70
QUADRO 4. COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: ALIMENTAR A CRIANÇA: AMAMENTAR (CONHECIMENTO)	71
QUADRO 5 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: ALIMENTAR A CRIANÇA: AMAMENTAR (HABILIDADE)	71
QUADRO 6 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: ALIMENTAR A CRIANÇA: ALIMENTAR COM BIBERÃO	72
QUADRO 7 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: COLOCAR A ERUCTAR	72
QUADRO 8 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: LIDAR COM A REGURGITAÇÃO	72
QUADRO 9 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: PROMOVER O DESMAME	72
QUADRO 10 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: ALIMENTAR A CRIANÇA - INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS	73
QUADRO 11 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: LIDAR COM O CHORO	74
QUADRO 12 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: CRIAR HÁBITOS: DORMIR E/OU SONO E REPOUSO	74
QUADRO 13 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: GARANTIR A SEGURANÇA/PREVENIR ACIDENTES	75
QUADRO 14 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: VIGIAR A SAÚDE DO FILHO	75
QUADRO 15 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: VIGIAR A SAÚDE DO FILHO – DENTIÇÃO	76
QUADRO 16 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: RECONHECER O PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL	76
QUADRO 17 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: RECONHECER O PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO - CAPACIDADE SENSORIO-MOTORA	76
QUADRO 18 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: RECONHECER O PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO - DESENVOLVIMENTO DA IMAGEM CORPORAL	77
QUADRO 19 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: RECONHECER O PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO - DESENVOLVIMENTO SOCIAL-COMUNICAÇÃO	77
QUADRO 20 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: RECONHECER O PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO - REGRESSÃO	77
QUADRO 21 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: RECONHECER O PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO - ELIMINAÇÃO: TREINO SANITÁRIO	77
QUADRO 22 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: RECONHECER O PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO - TEMPERAMENTO	77
QUADRO 23 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: LIDAR COM OS PROBLEMAS COMUNS - FEBRE	78
QUADRO 24 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: LIDAR COM OS PROBLEMAS COMUNS - OBSTRUÇÃO NASAL	78
QUADRO 25 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: LIDAR COM OS PROBLEMAS COMUNS - OBSTIPAÇÃO	78

QUADRO 26 - COMPETÊNCIA PARENTAL E INDICADORES: LIDAR COM OS PROBLEMAS COMUNS -	
DIARREIA	78
QUADRO 27 - EXEMPLO DE QUADRO DA ANÁLISE	80
QUADRO 28 - EXEMPLO DE QUADRO DA CODIFICAÇÃO ABERTA.....	80
QUADRO 29 - EXEMPLO DE QUADRO DA CODIFICAÇÃO AXIAL.....	81
QUADRO 30 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CASOS POR MOTIVOS DE INTERNAMENTO.....	140

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES QUANTO AO NÍVEL DE ESCOLARIDADE.....	102
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES QUANTO À ATIVIDADE PROFISSIONAL.....	102
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS RECLUSAS QUANTO À IDADE.....	103
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES QUANTO AO ESTADO CIVIL	103
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES QUANTO AO TEMPO DE RECLUSÃO CUMPRIDO.....	103
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES QUANTO AO ÍNDICE OBSTÉTRICO.....	104
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES QUANTO AO TIPO DE PARTO	105
TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES EM FUNÇÃO DO SUPORTE RECEBIDO NOS CUIDADOS À CRIANÇA	106
TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES EM FUNÇÃO DA ATITUDE FACE À NECESSIDADE E PROCURA DE INFORMAÇÃO	107
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES EM FUNÇÃO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO UTILIZADAS	107
TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVA AO LOCAL DE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ.....	108
TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS RELATIVA AO LOCAL DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL ANTES DA RECLUSÃO.....	109
TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA: PREPARAR A CASA E O ENXOVAL	110
TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA: ASSEGURAR A HIGIENE E VESTIR E DESPIR VESTUÁRIO.....	111
TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO À HABILIDADE NA COMPETÊNCIA: ASSEGURAR A HIGIENE E VESTIR E DESPIR VESTUÁRIO.....	111
TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA: TRATAR DO COTO UMBILICAL.....	112
TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO À HABILIDADE NA COMPETÊNCIA TRATAR DO COTO UMBILICAL.....	112
TABELA 18 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA: ALIMENTAR A CRIANÇA - AMAMENTAR.....	113
TABELA 19 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO À HABILIDADE NA COMPETÊNCIA: ALIMENTAR A CRIANÇA - AMAMENTAR.....	114
TABELA 20 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA: ALIMENTAR A CRIANÇA - ALIMENTAR COM BIBERÃO.....	115
TABELA 21 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO À HABILIDADE NA COMPETÊNCIA: ALIMENTAR A CRIANÇA - ALIMENTAR COM BIBERÃO.....	115
TABELA 22 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA: COLOCAR A ERUCTAR.....	116
TABELA 23 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO À HABILIDADE DEMONSTRADA NA COMPETÊNCIA: COLOCAR A ERUCTAR.....	116
TABELA 24 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO À HABILIDADE NA COMPETÊNCIA: LIDAR COM A REGURGITAÇÃO.....	116

TABELA 25 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA: DE PROMOVER O DESMAME	116
TABELA 26 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA: ALIMENTAR A CRIANÇA – REALIZAR A INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS.....	117
TABELA 27 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO À HABILIDADE NA COMPETÊNCIA: ALIMENTAR A CRIANÇA – REALIZAR A INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS	117
TABELA 28 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA: LIDAR COM O CHORO	118
TABELA 29 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO À HABILIDADE NA COMPETÊNCIA: LIDAR COM O CHORO	118
TABELA 30 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA CRIAR HÁBITOS: DORMIR E/OU SONO E REPOUSO	118
TABELA 31 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO À HABILIDADE NA COMPETÊNCIA CRIAR HÁBITOS: DORMIR E/OU SONO E REPOUSO	118
TABELA 32 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA: GARANTIR A SEGURANÇA/PREVENIR ACIDENTES	119
TABELA 33 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO À HABILIDADE NA COMPETÊNCIA: GARANTIR A SEGURANÇA/PREVENIR ACIDENTES	119
TABELA 34 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA: VIGIAR A SAÚDE DO FILHO.....	120
TABELA 35 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO À HABILIDADE NA COMPETÊNCIA: VIGILÂNCIA DE SAÚDE DO FILHO.....	120
TABELA 36 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA: RECONHECER O PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL.....	121
TABELA 37 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO AO CONHECIMENTO NA COMPETÊNCIA LIDAR COM OS PROBLEMAS COMUNS: FEBRE.....	122
TABELA 38 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES RELATIVO À HABILIDADE NA COMPETÊNCIA LIDAR COM OS PROBLEMAS COMUNS: FEBRE; OBSTRUÇÃO NASAL; OBSTIPAÇÃO; DIARREIA	122

1.INTRODUÇÃO

1.1 CONCEITOS E CONTEXTOS	21
1.1.1 A parentalidade <i>vs</i> exercício da maternidade	22
<i>O exercício da maternidade</i>	26
<i>Contextos e condições influenciadoras do processo de maternidade</i>	29
1.1.2 A reclusão como contexto	32
Dentro dos muros	33
<i>A organização e a estrutura</i>	35
<i>Os serviços clínicos</i>	40
1.2 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	41
1.3 QUESTÕES E FINALIDADE DO ESTUDO	42
1.4 VISÃO GERAL DA TESE	44

1. INTRODUÇÃO

Este estudo insere-se numa linha de investigação que privilegia a família enquanto espaço de saúde e desenvolvimento, com um enfoque específico na parentalidade, abrindo lugar estudo do exercício da maternidade como um processo, na especificidade do contexto de reclusão materna. A assistência de enfermagem desenvolvida neste âmbito, nomeadamente no que se relaciona com as competências maternas para o exercício do papel maternal, determina a problemática em estudo.

Neste capítulo pretende-se abordar os aspetos centrais que enformam o estudo, e que se afiguram como essenciais no enquadramento concetual do mesmo. Apresentam-se a justificação do estudo, as questões orientadoras e a finalidade do estudo, que caracterizam o percurso de investigação e uma visão geral do relatório da tese, que reúne as informações centrais da estrutura e conteúdos do relatório.

1.1 CONCEITOS E CONTEXTOS

Assumimos como conceito central a parentalidade, reconhecendo-o como uma área de atenção de Enfermagem, abrindo lugar ao exercício da maternidade como especificidade que dele deriva.

A reclusão representa um contexto onde simultaneamente se desenrola o exercício da maternidade e os enfermeiros assistem as mães e os seus filhos reclusos.

1.1.1 A parentalidade vs o exercício da maternidade

A temática da *parentalidade*¹ tem vindo a ser relevante para muitas disciplinas, incluindo a Enfermagem. Reconhecendo que não se trata de uma preocupação nova, assumimos que se reveste de atualidade e pertinência para o aumento do conhecimento quer disciplinar, quer profissional da Enfermagem.

Sabemos que o ser humano nasce incapaz de se cuidar, necessitando por isso que os cuidados sejam desenvolvidos por outros, cabendo essa responsabilidade habitualmente ao pai e à mãe, ou quem os substitua, estendendo-se por um período mais ou menos longo até atingir a capacidade de se cuidar.

As crianças percorrem uma trajetória de crescimento e desenvolvimento, que envolve a satisfação das suas necessidades e superação de dificuldades e que por serem diferente ao longo das sucessivas etapas desenvolvimentais, implicam também um cuidado adaptado a esta circunstância. O rol destas necessidades a atender pode ser variável, mas tem sido possível elencar um núcleo proeminente de domínios que englobam as necessidades essenciais das crianças e que podemos considerar como universais: as necessidades biológicas e físicas e as necessidades emocionais de amor e afeto, segurança, disciplina e autoridade, independência e autoestima (Hockenberry, et al., 2011).

O pai e a mãe têm a responsabilidade primária de assegurar, as condições necessárias para que a criança cresça e se desenvolva, garantindo a sobrevivência, segurança e bem-estar da criança (Hockenberry, et al., 2011) e de

¹ Assumimos a definição de Parentalidade emanada pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2011): *Acção de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém – nascido na unidade familiar; comportamento para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados*

o concretizar de forma completa e harmoniosa (Belsky, 1984; Canavarro, 1999; Pires, 1990).

Neste sentido, compreendemos que das práticas parentais, muito depende e serão estas mesmas determinantes, no processo de crescimento e desenvolvimento da criança até à vida adulta.

A parentalidade tem o potencial para promover a saúde e o bem-estar da criança ou, por outro lado, comprometer o crescimento físico e emocional da criança (Gage, et al., 2006).

Contudo, sabemos que o desígnio de ser pai ou mãe, nem sempre é simples e isento de intercorrências. Pode representar para os aqueles, um tempo de alegria e satisfação e uma função afetiva e socialmente compensadora (Relvas, 2000), mas também pode constituir uma experiência crítica nas suas vidas (Nystrom, et al., 2004; D, et al., 2000). Na verdade, o nascimento de um filho traz grandes alterações na vida dos progenitores, sendo frequentemente considerado como o evento mais importante, ameaçador e desafiador da vida adulta de qualquer pessoa (Nystrom, et al., 2004; Athea, 2003; Canavarro, 2001).

O evento de ter um filho constitui um tempo de mudança para cada elemento da família, mas também para a adaptação e a organização da mesma enquanto unidade, no sentido de um ajustamento às condições inerentes que emergem da nova condição. Exige alterações no papel da mãe e no papel de pai, nos papéis conjugais, bem como modifica significativamente as relações parentais anteriores. É assim necessária uma aprendizagem relativa aos cuidados à criança, que também implica uma reorganização individual, conjugal e profissional. Novos papéis precisam ser apreendidos, novas relações têm que ser desenvolvidas e as relações existentes até então têm que ser redesenhadas (Hudson, et al., 2001; Kralik, et al., 2006; Lowdermilk, et al., 2008; Lorensen, et al., 2004).

Relativamente ao pai e à mãe, é necessária a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades para o desempenho do papel parental. Esta necessidade também o é para os que já têm outros filhos, já que o contínuo crescimento e desenvolvimento da criança implicam sucessivas mudanças para os pais, no sentido da adequação do exercício do seu papel às necessidades de cada filho. A dinâmica familiar tem também que se tem que ajustar à incorporação de um novo membro na família, sendo necessário que por um lado, cada elemento se adapte individualmente, mas simultaneamente seja capaz de adequar o seu papel às reais necessidades geradas na unidade familiar (Lorensen, et al., 2004).

Os comportamentos parentais interferem no processo de parentalidade e traduzem influências significativas no desenvolvimento das crianças. Ou seja, o modo como atendem e satisfazem as necessidades dos filhos, é contudo variável, e está dependente de uma diversidade de fatores que importa atentar (Belsky, 1984; Pires, 1990). Alguns aspetos como: o nível de conhecimento (Athea, 2003; McDermott, 2006; Secco, et al., 2003), as experiências e educação recebida (White, 1999), o sistema de valores e de crenças (McDermott, 2006), a estrutura familiar e outras experiências de vida (Athea, 2003), têm sido considerados como relevantes na influência que aportam ao comportamento parental.

A parentalidade corresponde a um processo irreversível, que tem início durante a gravidez e engloba mudanças a diferentes níveis. Desencadeia alterações na forma de viver do indivíduo e da família, que surgem como respostas ao evento, dando dar lugar a uma nova e diferente fase e estilo de vida (Meleis, et al., 2000; Kralik, et al., 2006; Chick, et al., 2005).

Trata-se assim de uma travessia, de uma passagem de um estado para outro, correspondendo então a um processo de transição (Shumacher, et al., 1994; Meleis, et al., 2000). Implica um intervalo de tempo que decorre entre a rutura

com o habitual e conhecido, a vivência das mudanças advindas do evento gerador de transição, culminando com o atingir novamente o equilíbrio (Kralik, et al., 2006; Meleis, et al., 2000).

A transição tem assumido relevo na investigação em enfermagem, no sentido do desenvolvimento do conhecimento quer da disciplina, quer da profissão. Na verdade, assumimos que a transição possa ser considerado como um conceito central para a enfermagem, já que como nos elucida Meleis, et al (2000), a relação assistencial enfermeiro-cliente desenvolve-se frequentemente durante os períodos de instabilidade gerados pelas transições vividas pelos indivíduos, quer sejam estas do tipo desenvolvimental, situacional, organizacional, ou de saúde-doença.

A transição pode ser única, quando se trata de uma experiência isolada, que se encontra representada num dos tipos referidos, ou poderá ser múltipla, sempre que a experiência vivida engloba mais do que um tipo de transição, podendo estas acontecerem de forma simultânea ou sequencial na vida do indivíduo (Meleis, et al., 2000; Shumacher, et al., 1994; Chick, et al., 2005).

A transição é contudo uma experiência muito particular de cada pessoa, já que se diferencia no conjunto das respostas pessoais que cada um desenvolve face ao evento gerador da transição. Estas respostas são influenciadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções das pessoas, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas alterações na percepção individual de bem-estar (Shumacher, et al., 1994; Meleis, et al., 1994).

A transição para a parentalidade tem sido a transição de caráter desenvolvimental que mais tem merecido a atenção nos estudos de enfermagem.

O exercício da maternidade

Refletir sobre o exercício da maternidade leva-nos indubitavelmente aos trabalhos das autoras Reva Rubin (1967,1984) e Ramona Mercer (1981,1985,2004). Rubin foi a primeira enfermeira a delinear o modelo designado por *Maternal Role Attainment*, que assumimos por tradução Consecução do Papel Maternal, no qual clarificou os seus processos, modelos e referências (Koniak-Griffin, 1993).

Por seu lado Mercer, constitui-se como seguidora dos trabalhos de Rubin, evidenciando nos seus estudos essa mesma influência (Meighan, 2004).

Importa clarificar que no desenvolvimento dos seus estudos, Mercer apurou que a consecução do papel maternal corresponde a um processo que envolve uma relevante experiência de transformação de vida, que se prolonga no tempo no sentido de acompanhar as sucessivas etapas desenvolvimentais da criança, trazendo inevitáveis e contínuas transformações na identidade materna. Corresponde assim a um evento que se enquadra e reflete uma transição, pelo que a autora, anos mais tarde, propõe a substituição da designação anterior por *Becoming a Mother*, que traduzimos por Tornar-se Mãe (Mercer, 1995; Mercer, 2004).

Rubin (1984) considera que processo de consecução do papel maternal se trata de um processo calmo, contínuo, mas não passivo. Defende ainda que, longe de ser uma função feminina intuitiva, constitui um processo social e cognitivo complexo, que é apreendido, recíproco e interativo (Rubin, 1967 a; Rubin, 1967 b). O seu desenvolvimento evidencia a progressão por estádios progressivos, que se iniciam na gravidez, ou até mesmo pode ter início quando a mulher tenta engravidar (Mercer, 2006), implicando mudanças pessoais e interpessoais, que se fazem pela incorporação das tarefas maternas, permitindo atingir a identificação materna (Rubin, 1984; Mercer, 1995).

Trata-se assim de um processo, no qual a mãe adquire as competências para o desempenho do papel maternal e, integra esses comportamentos no conjunto de outros papéis que integram a sua vida, sentindo-se confortável e confiante com a sua identidade materna (Mercer, 1985; Mercer, 1995; Mercer, et al., 1994). Por sua vez, o papel maternal é definido como sendo o comportamento materno que é apreendido na interação com uma criança em particular, que tem início no processo de aquisição da identidade materna e, continua ao longo de todo o desenvolvimento da criança (Mercer, 1995). Este papel inclui uma mistura de aspetos como: alimentar, cuidar, ensinar, orientar, proteger e amar, contribuindo estes para o melhor desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo da criança até à idade adulta (Mercer, 1995).

Salienta-se dos aspetos anteriores a premissa de que o processo de consecução do papel maternal, só pode ser considerado como concluído com sucesso, se for alcançada a identidade materna, como etapa final do percurso.

O processo de reformulação da identidade materna é desenvolvido em quatro fases – *antecipatória, formal, informal e pessoal* (Rubin, 1967 a; Rubin, 1967 b; Mercer, 1985; Mercer, 1981). A *fase antecipatória* diz respeito ao período anterior ao desempenho efetivo do papel e caracteriza-se pelo ajustamento psicológico e social da mãe, incluindo a incorporação das expectativas inerentes ao exercício do papel. Neste período, é frequente a existência de fantasias sobre o seu filho e sobre as suas próprias características no novo papel, podendo incluir a preparação para a nova fase de vida, tendo em conta as mudanças que tal irá exigir. A *fase formal* corresponde a um período que se inicia com o nascimento do filho e constitui-se como o tempo do real desempenho das tarefas maternas. Nesta fase, frequentemente, os comportamentos são largamente influenciados por fontes formais e externas, tais como os profissionais da saúde ou outros significativos, emergindo um desempenho de papel fundamentalmente de acordo com as expectativas dos outros. A *fase informal* caracteriza-se por uma

crescente inclusão do cunho pessoal do pai e da mãe, no desempenho do papel. Apesar de ainda ser possível encontrar neste período as influências exteriores no exercício do papel, estas são substancialmente substituídas pelas decisões e opções parentais. A *fase pessoal* surge como a continuação natural da fase anterior, representando a concretização de desempenho do papel muito próprio de cada mãe/pai, que apenas a eles pertence e é assumido perante os outros. Este estadió significa o atingir de competência e de confiança no exercício do papel, aportando harmonia e bem-estar, compatível com a aquisição da identidade materna.

Estas fases poderão, contudo, não serem percebidas e identificadas separadamente, sendo possível a sua sobreposição. Também sobre o tempo que medeia entre a primeira fase e esta última, este pode ser muito variável, estando dependente de inúmeras circunstâncias relativas à mãe, à criança, à família e ao ambiente, podendo ser atingido num mês, ou por outro lado, demorar vários meses (Mercer, 1981; Mercer, 2006; Rubin, 1984).

Mercer (1995) defende que a identidade materna é alcançada quando a mãe se sente em harmonia com o seu desempenho, bem como em consonância com as suas expectativas como mãe. Esta identidade vai sendo desenvolvida, e corresponde a um percurso que pode ser percorrido em quatro estádios principais: a ligação mãe-filho; o sentir-se competente nos cuidados ao filho; o movimento para uma nova normalidade; a expressão de satisfação no exercício do papel maternal. (Mercer, 1995; Mercer, 2006; Mercer, et al., 2006).

A ligação mãe-filho inicia-se na gestação, com a ligação ao feto e a preparação para a maternidade. Nesta primeira fase a mulher estabelece um compromisso com a gravidez, no que se relaciona com as diligências próprias para o cuidado seguro do feto. Na segunda fase, o bebé vai sendo incluído no contexto familiar, a mãe vai recuperando a sua forma física, e vai aprendendo e incorporando os cuidados necessários ao filho. Também neste período são conseguidos por parte

da mãe, a autoconfiança e percepção de competência nos cuidados. Segue-se uma fase que corresponde a uma nova normalidade na dinâmica de vida, com o reconhecimento e aceitação das transformações individuais e familiares geradas pela chegada de um filho. O reforço da confiança e competência nos cuidados maternos, o integrar do novo papel na sua vida, mas principalmente a harmonia e o prazer expressos pela mãe em relação a estas circunstâncias, correspondem a um período de harmonia e estabilidade, compatíveis com o alcance da identidade materna (Mercer, 1995; Mercer, et al., 2006; Mercer, 2006).

Contextos e condições influenciadoras do processo de maternidade

O processo de maternidade é influenciado por diversos fatores, sendo possível identificar e descrever diferentes variáveis que o podem afetar (Mercer, 1995; Koniak-Griffin, 1993; Mercer, et al., 2006; Hockenberry, et al., 2011). Esta interferência pode ser parcial ou total, e a inter-relação de fatores pode concorrer para facilitar, ou por outro lado, ser dificultadora do processo (Koniak-Griffin, 1993). As práticas parentais dependem não só da capacidade individual dos progenitores, para responder às necessidades dos filhos, mas também de uma matriz de outros fatores (Clulow, 1991).

No modelo descrito por Mercer, são considerados os seguintes elementos: *o microsistema; o mesossistema; o macrosistema*, (Mercer, 1995; Meighan, 2004).

Estes três contextos envolvem a díade mãe-criança e cada um influencia e interage com o outro, interferindo no processo de tornar-se mãe e no desenvolvimento da criança (Mercer, 2006). O microsistema corresponde ao ambiente mediato no qual ocorre o processo de tornar-se mãe e inclui o funcionamento da família, a relação pai/mãe e ainda o apoio social. Trata-se do contexto que tem maior influência na consecução do papel maternal, pois é aqui que se desenrolam as interações do pai, da mãe e do bebé. O mesossistema

engloba, influência e delimita o microsistema e, inclui a família alargada, a escola, o trabalho, a igreja e outras entidades dentro da comunidade mais próxima da mãe. Embora a díade mãe-filho não esteja aqui contida, o mesossistema pode determinar, em parte, o que acontece ao desenrolar do papel maternal. O macrosistema refere-se às consistências culturais existentes e transmitidas e inclui as influências sociais, políticas e culturais sobre os outros dois sistemas. O impacto do ambiente dos cuidados de saúde no tornar-se mãe tem origem no macrosistema (Mercer, 1995; Mercer, 2006; Meighan, 2004).

Os estudos têm focado um relacionamento entre diversos fatores, e alguns dos componentes do processo de tornar-se mãe, no que diz respeito: ao desenvolvimento da confiança materna, à formação da ligação mãe-filho e à aquisição das competências para cuidar do filho (Koniak-Griffin, 1993; Mercer, 1981; Mercer, 1985).

Dos aspetos possíveis de identificar como capazes de ter impacto no processo de maternidade, destacam-se, por um lado, os fatores relacionados com o pai e a mãe, tais como: a idade, a escolaridade, a conjugalidade, o nível de experiências anteriores (Beger, et al., 1996; Mercer, et al., 1994; Athea, 2003; Mercer, 1981), os cuidados que os próprios receberam; os fatores psicossociais, como o ambiente social, o estatuto social, os sistemas de apoio parental (Mercer, 1981), o sentir-se confiante e preparado para o processo de maternidade e a perceção de mestria (Mercer, 1981). Por outro lado, foram identificados os fatores relacionados com a criança, tais como: o temperamento, o estado de saúde, nomeadamente a situação de prematuridade e a aparência da criança (Mercer, 1981).

Torna-se desde logo possível identificar duas pessoas fulcrais, quando se trata da referência ao processo de maternidade – a mãe e a criança, sendo ambas, porém, influenciadas por outros elementos que fazem parte do seu ambiente,

tais como o pai e outros membros da família (Mercer, 1995; Koniak-Griffin, 1993).

Podemos apontar a idade como um fator que pode interferir no desenrolar do processo de maternidade. Quando se trata de mães adolescentes, estas encerram maior risco, em relação ao desempenho maternal, do que as mulheres adultas (Mercer, 1981; Koniak-Griffin, 1993; Brouse, 1985), já que normalmente não possuem os recursos necessários para o cabal cumprimento das obrigações inerentes ao papel materno (Thomson, et al., 1998). As razões podem ser várias e prendem-se com a imaturidade psicológica (Koniak-Griffin, 1993; Belsky, 1984; Mercer, et al., 1994), o pouco conhecimento acerca do crescimento e desenvolvimento da criança, e apresentarem necessidades inerentes à sua própria etapa de desenvolvimento, que frequentemente colidem com as necessidades dos filhos (Secco, et al., 2003; Koniak-Griffin, 1993). Estes fatores surgem com alguma frequência associados a outras circunstâncias, tais como baixo índice de escolaridade e vida familiar instável, fato que concorre para um maior comprometimento no processo de maternidade (Koniak-Griffin, 1993)

A situação conjugal constitui-se também como influente no desenvolvimento deste processo (Clulow, 1991; Benzies, et al., 2004; Koniak-Griffin, 1993). O nascimento de uma criança implica ajustes no funcionamento da família e o que até então se constituía como uma díade focada nos adultos, dá lugar a uma tríade focada na criança. Quer o bom relacionamento entre o pai e a mãe, quer o ajuste conjugal, concorrem para uma melhor adaptação ao papel maternal (Clulow, 1991; Koniak-Griffin, 1993).

Também a confiança no desempenho do papel assume um importante lugar na adaptação ao processo de maternidade, desde o período pré-natal até à primeira infância da criança. A experiências anteriores da mãe com crianças e as suas expectativas pré-natais, acerca das suas competências para compreender

os sinais que o filho lhe transmite e o prestar os cuidados que ele necessita, predizem quão confiante no papel ela estará após o seu nascimento.

1.1.2 A reclusão como contexto

O contexto prisional pode ser abordado por diferentes áreas do conhecimento, mas dir-se-ia que é praticamente inexistente, no que diz respeito à área disciplinar de Enfermagem.

Esta realidade é ainda mais notória, tratando-se de reclusão feminina em geral, e da maternidade vivida em reclusão, em particular.

Contudo, são algumas as premissas que levam a considerar este enfoque como pertinente para a disciplina e para a profissão.

A prisão constitui um contexto social, destinado à punição, e que inclui a privação da liberdade, por atos socialmente ilícitos e juridicamente sancionáveis, cometidos pelos cidadãos.

As prisões são vulgarmente ilustradas como instituições totalitárias, com características segregativas, homogeneizantes, normalizantes e estigmatizantes. As instituições totais refletem as relações de autoridade e de poder que se estabelecem entre os vários universos, reduzindo o quotidiano dos sistemas de valores e práticas das várias subculturas e refletindo um processo de estigmatização e de enculturação (Foucault, 2010).

A experiência de reclusão representa um evento significativo nos processos de vida de qualquer pessoa, correspondendo a um processo de transição, que entre outras repercussões, terá implicações na saúde de quem a vive. Sabemos que a transição é uma área de atenção dos enfermeiros, sempre que interfere com a saúde, ou quando as respostas a essa transição constituem comportamentos que se relacionam com a saúde (Chick, et al., 1986). Em reclusão torna-se possível e

até provável, que a transição vivida possa ser múltipla, ou seja, cada indivíduo possa experienciar simultaneamente mais do que um tipo de transição, aportando esta situação um carácter de especial complexidade para a assistência de enfermagem.

Também entre a população reclusa, são frequentes vários problemas de saúde, donde se destacam: doenças infecciosas (VIH – SIDA; Hepatite; Tuberculose); alcoolismo; toxicoddependência; depressão (Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, 2014).

A população reclusa tem vindo a aumentar nas últimas décadas. E, embora a reclusão afete primordialmente o sexo masculino constata-se no nosso país, um número ligeiramente crescente de mulheres detidas, revelando os dados do último trimestre do ano 2013, que a população feminina representa 5,9% da totalidade dos reclusos, num total de 835 mulheres em reclusão (Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, 2014). Acresce o facto preocupante de que o índice de reclusão feminina, em Portugal, se tem vindo a destacar como um dos mais elevados da Europa (Matos, et al., 2007).

Incluídas nestas mulheres detidas, encontram-se as mães que em reclusão têm o filho ao seu cuidado. Sobre este grupo específico da população reclusa, não constam contudo dados oficiais esclarecedores, que permitam saber sobre a sua evolução no nosso país.

Pela razão de que era necessário conhecer o que não conhecíamos, saber mais para além do sabíamos, propusemo-nos à exploração do contexto de reclusão.

Dentro dos muros

O contexto de reclusão representou para nós, numa fase inicial, um lugar de total desconhecimento, sobre o qual conseguíamos imaginar muitos cenários,

mas sobre os quais verdadeiramente nada sabíamos. O desconhecimento do contexto e a incerteza da viabilidade da investigação produziu em nós alguns sentimentos de receio e dúvidas que foram suplantados pela vontade de investigar sobre o desconhecido.

Na seleção do contexto específico para o desenvolvimento do estudo, que teria necessariamente de corresponder a uma realidade prisional que contemplasse a reclusão das mães com filhos ao seu cuidado, constatamos a existência de duas instituições no âmbito nacional, uma situada a norte e outra no sul do país. Por razões de facilidade geográfica no acesso, optamos por desenvolver o estudo no Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo (EPESCB), situado no concelho de Matosinhos.

Afigurou-se fundamental começar pelo princípio, ou seja conseguir **uma aproximação à realidade** que nos permitisse conhecer o contexto ao nível da sua estrutura, da sua organização e dos seus intervenientes, e por seu intermédio, definir melhor os objetivos do estudo e os procedimentos de recolha de dados. Após a respetiva autorização para acesso, realizamos períodos de permanência no contexto, que foram determinantes para a exploração e o conhecimento inicial que pretendíamos.

Utilizamos a *observação* como técnica para a recolha da informação, permitindo-nos em seguida, vislumbrar que mais e diferentes dados iríamos necessitar para a consecução dos objetivos do estudo. A organização da informação recolhida, bem como a sua simultânea análise, determinou a prossecução do processo de recolha e de análise de nova informação.

Neste tempo, privilegamos a observação dos espaços, das dinâmicas e das pessoas, mas também o diálogo com elementos de referência ligados à estrutura funcional da instituição, que nos permitiram melhor conhecer e até compreender os inúmeros aspetos que integram a realidade prisional. Tivemos

oportunidade de conhecer o estabelecimento prisional na sua quase totalidade, detendo uma particular atenção aos espaços importantes para as mães reclusas com filhos ao seu cuidado, tais como: a ala prisional que lhes é destinada, que inclui refeitório e recreio próprios, e a cela que compartilham com o filho, a creche, a escola, a biblioteca, e a cantina que se destina à aquisição obrigatória de alguns produtos.

Este conhecimento foi enriquecido pelas explicações simultâneas fornecidas pelo elemento do corpo de guardas prisionais que nos acompanhou nas visitas institucionais, mas com especial ênfase, destacamos toda a informação que o Enfermeiro chefe dos serviços clínicos partilhou connosco ao longo dos diferentes momentos de permanência na instituição.

A área dos serviços clínicos² constituiu também um setor que consideramos necessário conhecer com especial atenção. Aqui situam-se os recursos humanos e materiais associados aos cuidados de saúde em geral, e aos cuidados de enfermagem em particular.

Tivemos ainda a oportunidade de diálogo com a educadora de infância e com o psicólogo como elementos da equipa multiprofissional que prestam serviço em regime de exclusividade no EPESCB, e que lidam direta e particularmente com a mãe e criança reclusas.

A organização e a estrutura

A organização nacional dos serviços prisionais classifica os estabelecimentos prisionais, em função do nível de segurança e do grau de complexidade de gestão (Assembleia da República, 2009). Em função do nível de segurança existem: estabelecimentos de segurança especial; estabelecimentos de segurança

² Por serviços clínicos é denominada a área do estabelecimento prisional que incorpora as instalações e os profissionais da área dos cuidados de saúde.

alta e estabelecimentos de segurança média. A complexidade de gestão comporta um grau elevado e um grau médio e afere-se em função da classificação de segurança, da lotação, das características da população prisional, da diversidade de regimes, dos programas aplicados e da dimensão dos meios a gerir (Assembleia da República, 2009).

A fim de melhor responder às situações de sobrelotação, dimensão exígua, da progressiva degradação das instalações e, ainda da dispersão de mulheres do norte do país por outros estabelecimentos prisionais, o estado preconizou o aumento da capacidade de acolhimento do sistema através da construção ou remodelação dos estabelecimentos prisionais. Considera ainda que a fórmula preferencial para atingir tais objetivos, consiste na construção de edifícios de raiz, adaptados desde a sua conceção às especificidades da vida prisional nas suas várias vertentes (Ministério da Justiça, 2004).

Sob este desígnio é criado pelo Decreto-lei nº 145/2004 de 17 de junho, o Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo (EPESCB). Trata-se de um edifício que se destina exclusivamente à população reclusa feminina, com uma lotação de 354 lugares, preventivas e condenadas, vindo colmatar lacunas como a exígua e progressiva degradação das instalações com a mesma vocação existentes na região, e a dispersão de mulheres do norte do País dispersas pela região (Ministério da Justiça, 2004). A sua área de afetação territorial abrange os distritos de Viana do Castelo, Braga, Vial Real, Bragança, Porto, Aveiro, Coimbra e Leiria.

Esta instituição corresponde à implementação de um projeto-piloto de cooperação na área da gestão prisional, em parceria com uma entidade privada - a Santa Casa da Misericórdia do Porto, entendendo-se que toda a complexidade e diversidade da gestão dos estabelecimentos prisionais

comportam um conjunto de atividades que podem ser melhor desenvolvidas por entidades privadas.

É assumida uma partilha de responsabilidades, na qual são salvaguardadas as funções específicas do estado relativas à segurança, vigilância, da articulação com os tribunais e do tratamento penitenciário, em articulação com a responsabilidade privada por um leque de outras áreas também necessárias a todo o funcionamento e apoio prisional. Dentro destas, encontram-se a prestação de serviços no domínio da saúde, creche, restauração, cantina, manutenção e conservação das instalações e equipamentos, assistência religiosa e espiritual, ensino e formação profissional (Ministério da Justiça, 2004).

O EPESCB possui uma estrutura composta por vários edifícios, nos quais funcionam as diferentes áreas do estabelecimento. Na área destinada às celas, esta é composta por quatro alas, com refeitório e recreio próprios, obrigando a que cada reclusa que se encontre detida numa ala, não frequente as referidas áreas de uma outra ala. Esta estrutura concorre para uma maior organização e maior segurança, quer para as reclusas, quer para os restantes funcionários da instituição.

As mães reclusas com filhos a cargo encontram-se numa das alas que lhes está destinada. As celas que ocupam são contudo, de dimensões e condições equivalentes a qualquer uma das celas das restantes alas, que as reclusas ocupam individualmente.

Como áreas comuns e de funcionamento e manutenção geral do EPESCB, existem lavandaria, cozinha, oficinas de trabalho, ginásio, biblioteca, salas de aula, creche e cantina.

Neste último espaço, as reclusas *devem* adquirir algum do material que lhes é indispensável tanto para si como para o seu filho, como por exemplo: produtos de higiene pessoal e de limpeza da cela, e *podem* também aqui fazer a aquisição

de outros produtos para si e para o seu filho, alimentares ou não, que são opcionais e que constituem extras, como por exemplo: guloseimas, bolachas, perfume, entre outros.

A creche recebe os filhos das mães reclusas, a partir dos seis meses e até aos cinco anos, com um funcionamento diurno, entre as nove e a cinco da tarde. Trata-se de um espaço que inclui salas para as crianças se manterem com atividades, sala/quarto para descanso/sono, quartos de banho e fraldário, sala de refeições, tendo ainda um recreio exterior próprio.

A ocupação do tempo da reclusa dentro da prisão é uma intencionalidade que se pretende que concorra para a sua reabilitação e que promova a sua reinserção social e laboral, aquando da saída em liberdade.

Neste sentido, o trabalho da reclusa dentro da prisão é uma situação permitida, diríamos mais, até aconselhada, pelo que em praticamente todas as referidas áreas de serviços, estão integradas reclusas que partilham funções com outros profissionais pertencentes à instituição. Ainda na perspetiva da maximização do tempo de reclusão, as reclusas dispõem da possibilidade de frequentar diferentes níveis de ensino escolar de acordo com as habilitações que já possuem.

Prestam serviço neste estabelecimento prisional diferentes **grupos profissionais**, distribuídos por diferentes áreas principais, tais como: administração, segurança (corpo de guardas prisionais), educação e ensino, reeducação social, serviços administrativos e, serviços de saúde. O regime de trabalho/tempo na instituição é variável entre os referidos grupos, existindo situações de regime total ou parcial de trabalho afeto à instituição.

Os guardas prisionais estão presentes em todas as áreas fundamentais do estabelecimento prisional, e num total de 131 elementos, sendo que este número não é constante, podendo sofrer alguma variação.

O número de mulheres do corpo de guardas prisional representa 64% da totalidade do grupo profissional. A figura de chefe de ala³ é sempre ocupada por um elemento feminino.

Na área da educação e ensino, a instituição conta com uma educadora de infância e duas auxiliares educativas que prestam serviço na creche da instituição.

Por razões óbvias interessa destacar os aspetos que dizem respeito à **área da saúde**, tentando sintetizar a realidade e as diretrizes que existem sobre a prestação de cuidados de saúde em meio prisional.

A equipa de saúde conta com diferentes elementos, tais como médicos de diferentes especialidades - clínica geral, psiquiatria, pediatria, ginecologia e obstetrícia, medicina dentária – que fazem atendimento programado em dias úteis, psicologia clínica, terapia ocupacional e auxiliares de ação médica. Integram ainda a equipa os serviços farmacêuticos e os serviços de nutrição, igualmente com prestação de serviços em dias úteis.

A equipa de enfermagem é composta por oito enfermeiros, dos quais um enfermeiro chefe, sendo o único grupo profissional da área da saúde que cumpre um regime de horário de trabalho completo na instituição, e que abrange as 24 horas diárias.

Sobre **os cuidados de saúde** existe informação orientadora contida num documento próprio, cuja elaboração pela respetiva tutela, visou reunir e sistematizar, o conjunto de regras e procedimentos estruturadores dos cuidados de saúde à população reclusa, no sistema prisional português (Direção Geral dos Serviços Prisionais, 2012). Estas orientações servem, por um lado, para uniformizar os cuidados de saúde entre os diferentes estabelecimentos

³ O chefe de ala é o elemento do corpo de guardas prisionais que detém a responsabilidade máxima pela segurança e funcionamento da respetiva ala, e que assume esta função de forma fixa durante um período de tempo.

prisionais e, por outro, para definir as regras e os deveres funcionais a que se encontram obrigados os profissionais da área da saúde.

Os serviços clínicos

Esta é a área da instituição na qual se situam os recursos humanos e materiais associados aos cuidados de saúde em geral e, aos cuidados de enfermagem em particular, sendo considerada uma unidade de saúde integrada no EPESCB, tendo como missão a prestação de cuidados de saúde à população reclusa e filiação afeta ao EPESCB.

Os serviços clínicos possuem um regulamento próprio, tendo a reclusa e o filho não só que cumprir as regras gerais vigentes, estando também vinculadas a cumprir algumas determinações próprias relativas quer ao regime de ambulatório, quer ao regime de internamento.

Fazem parte desta unidade, gabinetes para consultas, sala de trabalho, destinada ao atendimento de enfermagem das mulheres e crianças reclusas, a sala de armazenamento e preparação de medicação, copa para apoio de confeção alimentar.

Este espaço inclui ainda área destinada ao internamento das reclusas, com enfermarias/cela e quartos/cela, para atender a situações com necessidades de assistência de enfermagem especiais.

O internamento de reclusas concretiza-se nas situações que exijam vigilância clínica 24h/dia e, por decisão da equipa clínica, sendo pertinente salientar, que a informação/opinião emanada pelo enfermeiro, sobre a sua necessidade ou não assume preponderância na equipa clínica.

Os casos de internamento correspondem a situações muito variadas, como a recuperação pós-operatória, o cumprimento de regime medicamentoso específico, a descompensação psiquiátrica, entre outros.

De forma particular destacamos os internamentos relativos à mãe e à criança, e que se processam de forma “obrigatória” em determinadas situações como: na admissão no estabelecimento prisional de qualquer grávida ou mãe com filho ao seu cuidado e, ainda no período de puerpério.

1.2 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O estudo que desenvolvemos emerge fundamentalmente de uma dupla asserção que importa explicitar e que se prende, por um lado, com o exercício da maternidade enquanto área de atenção da assistência de enfermagem e, por outro, com a circunstância do desenvolvimento desta assistência, em contextos especialmente adversos, no qual se inclui a reclusão.

O exercício da maternidade assume-se não com novidade, mas com atualidade, como uma área de interesse e de preocupação para a Enfermagem. Constatamos na nossa história, que desde muito cedo os enfermeiros assistiram as mães no processo de maternidade, atendendo às suas necessidades, às da criança e, às de ambos enquanto díade (Quelhas, 2005). Na atualidade contudo, somos confrontados com novas e diferentes realidades e circunstâncias, que envolvem e influenciam o processo de maternidade (Cardoso, 2011), sendo importante para a Enfermagem, não só o seu conhecimento, mas fundamentalmente a sua congruência com os cuidados prestados.

As competências maternas ocupam um lugar de relevo no processo de maternidade, pela influência direta que exercem na saúde da criança, nomeadamente sobre o seu crescimento e desenvolvimento sadios. Torna-se assim determinante, a aquisição por parte da mãe dos conhecimentos e das

habilidades inerentes ao papel, necessários para as decisões e ações seguras sobre os cuidados aos filhos, bem como para alcançar a identidade materna.

A assistência de enfermagem desenvolve-se junto das pessoas, e face às respostas aos diversos processos de vida que enfrentam. Os contextos em que o fazem são muito diversos e, dos mesmos fazem parte alguns que se podem considerar como especialmente adversos, no qual incluímos a reclusão. Na verdade, os enfermeiros prestam cuidados na prisão, em regimes variados, aos reclusos em geral e, às mães reclusas com filhos ao seu cuidado em particular.

Contudo, sobre este fenómeno não se conhecem estudos que permitam conhecer e compreender esta realidade, encontrando-se em aberto este espaço para o aumento do conhecimento próprios da disciplina e da profissão de enfermagem.

1.3 QUESTÕES E FINALIDADE DO ESTUDO

As questões de investigação surgem no seguimento do atrás referido, e para a clarificação do procurado, pretende-se saber:

- Como se caracteriza a aquisição e o desenvolvimento das competências para o exercício da maternidade das mulheres reclusas com filhos ao seu cuidado?
 - Qual o perfil sociodemográfico das mães reclusas com filhos ao seu cuidado?
 - Quais as fontes de informação utilizadas pelas mães reclusas com filhos ao seu cuidado, para a aquisição do conhecimento e das habilidades inerentes ao exercício do papel maternal
 - Quais os indicadores das competências maternas em que maior número de mães reclusas com filhos ao seu cuidado, apresenta falta de conhecimentos?
 - Quais os indicadores das competências maternas em que maior número de mães reclusas com filhos ao seu cuidado, não demonstra habilidades?
 - Quais os indicadores das competências maternas em que menor número de mães reclusas com filhos ao seu cuidado, apresenta falta de conhecimentos?

- Quais os indicadores das competências maternas em que menor número de mães reclusas com filhos ao seu cuidado, não demonstra habilidades?
- Que dificuldades relacionadas com o exercício da maternidade enfrentam as mães reclusas com filhos ao seu cuidado?

- Como se caracteriza o modelo de enfermagem em uso na assistência às mães reclusas com filhos ao seu cuidado?
 - Quais os focos de atenção de enfermagem na assistência às mães reclusas com filhos ao seu cuidado?
 - Quais os diagnósticos de enfermagem na assistência às mães reclusas com filhos ao seu cuidado?
 - Quais as intervenções de enfermagem na assistência às mães reclusas com filhos ao seu cuidado?
- Como se poderá constituir uma assistência de enfermagem promotora do exercício da maternidade das mães reclusas com filhos ao seu cuidado?

Em face do que não se conhece, e sob a premissa de que é necessário saber mais para fazer melhor, pretendemos que o estudo conduza a um conhecimento da circunstância do exercício da maternidade em contexto de reclusão, que inclui necessariamente os aspetos relacionados com mães reclusas com filhos ao seu cuidado, bem como com assistência de enfermagem que lhes é prestada neste âmbito. Perspetivando que os cuidados de enfermagem se podem constituir como significativos neste enfoque, concorrendo para a promoção do desempenho maternal, assumimos como **finalidade**

Desenvolver uma explicação sobre a assistência de enfermagem no exercício da maternidade das mães reclusas com filhos ao seu cuidado

Na realização deste percurso de investigação, vislumbramos poder desocultar dimensões relacionadas com o fenómeno em estudo, destacando:

- Caracterizar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências para o exercício da maternidade em reclusão.
- Descrever a assistência de enfermagem prestada às mães reclusas com filhos ao seu cuidado, no âmbito do exercício da maternidade em reclusão

- Propor orientações para a assistência de enfermagem, visando otimizar o exercício da maternidade em reclusão.

1.4 VISÃO GERAL DA TESE

Este relatório encontra-se dividido em seis capítulos.

No presente capítulo, introdutório, procurou-se contextualizar a problemática que fundamenta o estudo, através da exploração dos conceitos centrais que são mobilizados. Apresenta-se o que diz respeito à exploração e conhecimento do contexto de reclusão, nomeadamente com a referência à sua estrutura, dinâmicas e intervenientes. Inclui-se a apresentação da justificação, das questões orientadoras e da finalidade do estudo.

No segundo capítulo, apresentam-se as opções metodológicas que nortearam a consecução do estudo, sendo o dispositivo do percurso de investigação clarificado através do desenho do estudo. Termina-se com a referência aos procedimentos formais e éticos.

No terceiro capítulo, relacionado com o exercício da maternidade em reclusão, descrevem-se os elementos do percurso efetuado na recolha e tratamento da informação e os resultados que emergiram.

No quarto capítulo, relacionado com a assistência de enfermagem às mães em reclusão, descrevem-se os elementos do percurso efetuado na recolha e tratamento da informação e os resultados que emergiram.

No quinto capítulo, procura-se com base nos resultados obtidos e em função das questões de investigação, apresentar os aspetos explicativos do estudo adotando o interface que resulta dos constrangimentos e das oportunidades associados ao exercício da maternidade em reclusão.

No sexto capítulo apresentam-se as principais conclusões do estudo, referem-se as suas limitações e abre-se lugar a sugestões para futuras investigações.

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS

2.1 DESENHO DO ESTUDO	49
2.2 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	53

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Em face da problemática que enforma o estudo, bem como das questões que o norteiam, abrimos lugar à referência da metodologia utilizada e da sua necessária justificação, prosseguindo com a apresentação do desenho do estudo através da clarificação do seu dispositivo de investigação.

Apresentam-se também os aspetos éticos que foram salvaguardados ao longo de todo o processo de investigação.

Este estudo enquadra-se numa abordagem qualitativa, encerrando as suas características definidoras. Dentro destas, poderemos salientar que, nos propomos compreender um fenómeno associado a um contexto, analisar e interpretar as informações recolhidas; realizar recolha de dados ricos em pormenores, relativamente a pessoas, locais e conversas, com o objetivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural; conseguir detalhes acerca dos fenómenos tais como sentimentos, pensamento e emoções; explorar uma área acerca da qual existe pouco conhecimento (Strauss, et al., 2008; Polit, et al., 2008; Bogdan, et al., 1994; Streubert, et al., 2002).

Na perspetiva de Morse (2006), a investigação qualitativa foca os aspetos da complexidade humana, a sua capacidade de dar forma e gerar as suas próprias experiências, para enfatizar a compreensão da experiência humana tal como é vivida, reunindo e analisando dados narrativos, subjetivos, em suma de natureza qualitativa. É contudo importante realçar que embora os dados possam ser subjetivos, a sua recolha e análise obedecem a técnicas e ferramentas objetivas e rigorosas, que por sua vez asseguram a validação dos achados (Morse, 2006).

No âmbito da metodologia qualitativa, e uma vez mais atentando no que pretendemos estudar, consideramos a opção pela *grounded theory*⁴ como o método mais adequado para o estudo.

Ancoramos a nossa convicção na perspectiva dos seus autores de referência, considerando que o fenómeno que nos propomos investigar, nomeadamente a intenção de compreender a sua natureza, o seu significado, e a concretização da investigação no próprio ambiente onde se desenrola a realidade, constituem elementos essenciais desta metodologia (Strauss, et al., 2008).

A *grounded theory* é considerada uma forma de pensamento e estudo da realidade social e dos processos que a caracterizam. Esta constitui uma abordagem utilizada para explorar processos sociais nas interações, pretendendo o poder explicativo do fenómeno e não a sua generalização (Strauss, et al., 2008). Trata-se de uma abordagem de investigação qualitativa utilizada para explorar os processos sociais nas interações humanas, e a meta dos investigadores que utilizam este método é descobrir as explicações teóricas de um determinado fenómeno (Streubert, et al., 2002).

Também Charmaz (2005) reforça a ideia da adequabilidade do referido método à nossa pesquisa, pois considera que a *grounded Theory* consiste essencialmente num conjunto de guias analíticos flexíveis que permitem ao investigador focar a sua colheita de dados e construir indutivamente uma teoria, através de sucessivos níveis de análise dos dados e de desenvolvimento concetual.

De acordo com Strauss, et al. (2008) a *grounded theory* é aquela que deriva dos dados, sistematicamente recolhidos e analisados através do processo de investigação. Neste método, a recolha de dados, a análise e a teoria mantêm uma relação recíproca. O investigador não inicia o projeto com uma teoria preconcebida. Em vez disso começa com uma área de estudo e o que é relevante

⁴ Assumimos o termo na língua original, por não considerarmos qualquer tradução vulgarmente utilizada, como representativa da sua concetualização

para essa área, emerge. Trata-se de uma metodologia cuja finalidade é a teorização a partir dos dados sistematicamente recolhidos e analisados e comparados (Strauss, et al., 1998).

Na *grounded theory*, os dados são centrais na atenção do investigador, e estes dados podem ser produzidos a partir de diferentes fontes, sendo igualmente aconselhável que se recorram a variadas técnicas para os obter (Strauss, et al., 1998; Strauss, et al., 2008; Stern, 1998; Streubert, et al., 2002), numa tentativa de os confirmar uns aos outros (Lopes, 2003).

2.1 DESENHO DO ESTUDO

O desenho do estudo pretende referenciar de forma global e sistematizada o plano geral dos elementos de investigação concebidos para dar resposta às questões de investigação, definindo os aspetos específicos relativos ao desenrolar do processo, sustentados por um método de investigação.

O estudo foi delineado de modo a revelar as competências maternas das reclusas com filhos ao seu cuidado para o exercício da maternidade em reclusão, bem como a determinar a assistência de enfermagem prestada neste âmbito à referida população.

O desenvolvimento do estudo correspondeu a um percurso que foi progredindo numa dinâmica de diferentes etapas, que se sucederam e derivaram umas das outras, em consequência das intencionalidades e das necessidades que foram emergindo entre cada uma delas.

Foi assim necessário um conhecimento preliminar do contexto da reclusão, visando uma aproximação à realidade que nos permitisse definir melhor a

problemática e os objetivos do estudo, tal como graficamente representado em seguida.

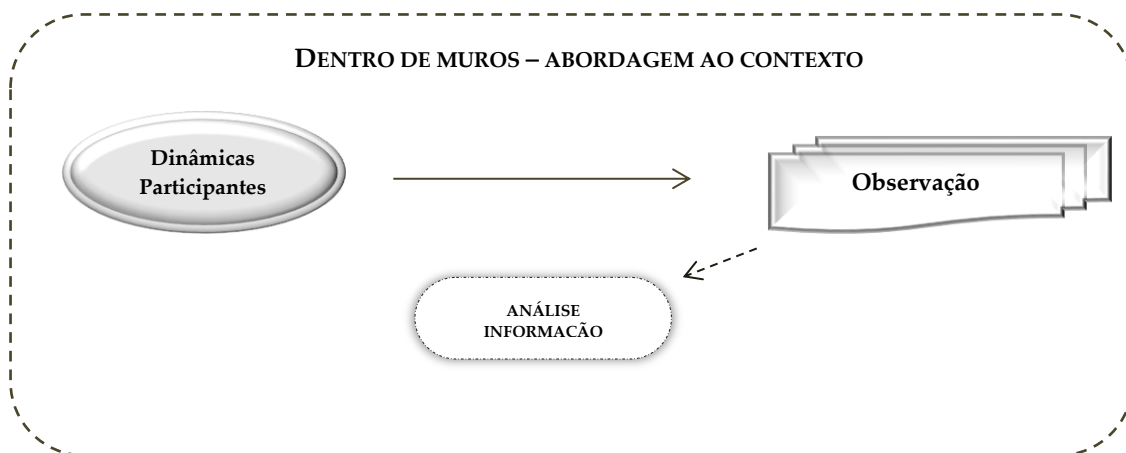


Figura 1 – Abordagem ao contexto

Derivada desta etapa, de carácter exploratório, reconhecemos a necessidade de abordagem das mães reclusas com filhos ao seu cuidado, concretizada por um lado na recolha dos seus testemunhos e, por outro, na avaliação clínica das suas competências, presentes e passadas, para assumir os cuidados ao filho a seu cuidado.

Em face dos achados anteriores, afigurou-se necessário conhecer a assistência de enfermagem às mães reclusas com filhos ao seu cuidado, operacionalizada através da própria perspectiva dos enfermeiros e da análise da documentação de enfermagem.

Para melhor clarificação do desenho do estudo, apresenta-se a representação do percurso de investigação que salienta a dinâmica desenvolvida pela articulação entre as diferentes etapas que o compõem, respetivos participantes e técnicas de recolha de dados (Figura 2).

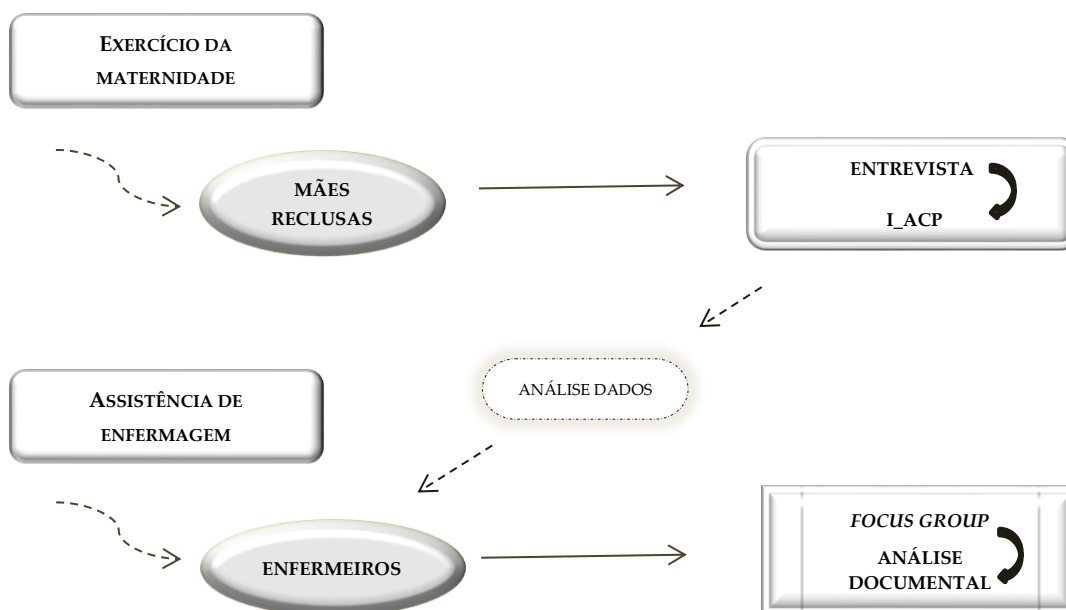


Figura 2 - Desenho do estudo

A análise dos dados representa uma fase central no uso da metodologia da *grounded theory*, surgindo num processo simultâneo de recolha e de análise dos dados (Strauss, et al., 2008; Stern, 1998; Fernandes, et al., 2002; Streubert, et al., 2002).

Em congruência com este pressuposto, procedemos à recolha, organização, codificação e análise dos dados desde o início do estudo. Este procedimento permitiu a orientação do processo de recolha perseguindo pistas reveladas pela análise dos dados, dando início ao processo da *grounded analysis*.

A codificação dos dados assume um lugar de destaque neste processo, pois permite descobrir as categorias⁵ e as suas características, a relação daquelas com as subcategorias⁶ e a necessidade de recolha de novos dados (Lopes, 2003).

⁵ *Categorias* são conceitos derivados dos dados e que representam fenómenos

⁶ *Subcategorias* são conceitos que pertencem à categoria, dando explicações e informações adicionais do tipo: quando, onde, como e porquê um fenómeno tende a ocorrer.

Trata-se assim de um processo dinâmico e fluido, que inclui a recolha e a análise sistemática e rigorosa dos dados, mas simultaneamente conta com a capacidade do investigador para dar sentido e significado aos dados, conseguido através de questionamento e comparação constantes (Strauss, et al., 2008; Stern, 1998).

A codificação dos dados incluiu três tipos de operações: a codificação aberta, a codificação axial e a codificação seletiva (Charmaz, 2005; Strauss, et al., 2008; Stern, 1998), sendo que todos os procedimentos que lhe estão associados visam identificar, desenvolver e relacionar conceitos⁷.

A codificação aberta ditou a abertura dos dados para a identificação dos conceitos por meio das suas propriedades⁸ e dimensões⁹. Os dados foram divididos, examinados e comparados, na procura eventos, acontecimentos, interações, similaridades e diferenças que, conduziram à formação de conceitos, que, por sua vez sofreram o agrupamento em categorias. Estas emergiram por via do relacionamento e características comuns dos conceitos.

A codificação axial representou o reagrupamento dos dados que foram anteriormente divididos e, consistiu no processo de relacionar as categorias às suas subcategorias, no intuito de melhor explicar os fenómenos em estudo. Na verdade, ao emergirem as subcategorias, tornou-se possível conferir um maior poder explicativo aos conceitos.

A codificação seletiva representou o emergir da categoria central, conseguido através de um processo contínuo ao longo do tempo de recolha e análise dos dados e resultante da integração e especificação de categorias.

⁷ *Conceito* é entendido como o conjunto de acontecimentos, eventos, objetos e ações/interações conceptualmente semelhantes em natureza ou relacionados no significado (Strauss, et al., 2008)

⁸ *Propriedades* são características ou atributos gerais ou específicos de uma categoria; a delimitação do que define e dá significado a essa categoria (Strauss, et al., 2008)

⁹ *Dimensões* representam o âmbito ao longo do qual as propriedades gerais variam, dando especificação à categoria (Strauss, et al., 2008)

A *grounded analysis* permitiu assim descobrir as categorias e as suas propriedades, a relação das categorias com as subcategorias e com a categoria central (Strauss, et al., 2008).

2.2 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

No desenvolvimento de um estudo com seres humanos, bem como a natureza qualitativa da investigação, no qual são explorados aspetos relacionados com as experiências pessoais, os procedimentos éticos assumem algumas particularidades específicas.

Em face do que pretendemos estudar em geral, mas particularmente tendo em conta o contexto e particular vulnerabilidade dos participantes do estudo, consideramos serem circunstâncias que aportam ao presente estudo procedimentos éticos específicos.

Foram solicitadas todas as inerentes autorizações à instituição na qual desenvolvemos o estudo, para as etapas exploratória e da recolha de dados (Anexo I), tratando-se de um processo moroso.

Com a autorização fomos informados do impedimento de utilizar qualquer dispositivo eletrónico para a gravação das entrevistas.

Neste processo de investigação, assumimos os princípios éticos que se impõem, os quais podemos destacar e sistematizar:

- **Clarificar o carácter *voluntário* da participação;**

A decisão de participar no estudo foi voluntária. Cada uma das pessoas participantes teve consciência que a sua participação poderia ser cancelada em qualquer fase do mesmo.

- **Assegurar o *consentimento informado dos participantes*;**

O consentimento informado constitui um procedimento de especial importância em qualquer estudo e que garante a aceitação voluntária da participação após devidamente informado sobre o estudo. A formalização do consentimento foi assegurada pela assinatura dos respectivos documentos por parte dos participantes (Anexos II e III).

Tivemos apenas uma situação na qual a mãe não sabia assinar, pelo que procedemos à leitura do documento escrito e o consentimento foi-nos dado de forma verbal.

- **Esclarecer os *benefícios e prejuízos do estudo*;**

Tendo em consideração a vulnerabilidade da população reclusa, foi assegurado que não iriam decorrer alterações na sua condição na instituição pela participação, ou não, no estudo.

Foram divulgados o que perspetivamos virem a ser benefícios futuros para a população de mães reclusas com filhos ao seu cuidado e para a melhoria da assistência de enfermagem neste âmbito. Consideraram-se como benefícios para a população reclusa que participou apenas a oportunidade de partilha e aprendizagem sobre os cuidados aos seus filhos. Para os enfermeiros a oportunidade de reflexão e contribuição para a melhoria do exercício profissional.

- **Garantir a *confidencialidade dos dados*;**

Garantiu-se a confidencialidade dos dados obtidos, mantendo reservada fonte de dados e sem qualquer referência que permita, atualmente e no futuro, a

relação com os seus emissores; garantiu-se a sua utilização apenas no âmbito do estudo e das publicações que lhe são inerentes.

Toda a informação obtida indiretamente, não relacionada com o presente estudo é matéria de sigilo profissional.

3. DO EXERCÍCIO DA MATERNIDADE

3.1 DA PERSPETIVA DAS MÃES E DA AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS MATERNAS...	59
Procedimentos de recolha de dados	60
População e amostra.....	61
Adaptação do Instrumento de Avaliação das Competências Parentais	63
Adaptação do Instrumento de Avaliação das Competências Parentais no período de gravidez	64
Adaptação do Instrumento de Avaliação das Competências Parentais no período dos 0 aos 3 anos	67
Procedimentos de análise dos dados	79
3.2 ENTRE O DEVER, O QUERER E O SABER SER MÃE.....	82
3.2.1 Enfrentando a reclusão como mãe	82
<i>Os primeiros sentimentos.....</i>	83
<i>Entre a culpa e o castigo</i>	83
<i>Sozinha ou com o filho – a dúvida</i>	84
<i>Das regras e das restrições da reclusão</i>	85
3.2.2 Ajustando-se à reclusão e à maternidade	87
<i>Entre a obrigação de cuidar e o dar sentido à vida</i>	88
<i>A relação com o pai do filho</i>	90
<i>A família fora da prisão</i>	93
<i>Ser mãe e reclusa estrangeira</i>	94
<i>Sob o próprio olhar e o olhar dos outros</i>	95
<i>Do aprender ao saber cuidar do filho</i>	97
<i>Atender à saúde e à doença do filho</i>	98
<i>Ajudar o filho a crescer.....</i>	100
<i>Os conhecimentos e as habilidades.....</i>	101
3.2.3 (Re) construindo a identidade materna	123
<i>Uma oportunidade para a mãe e para o filho.....</i>	123
<i>Ligar-se ao filho e sentir-se mãe daquele filho.....</i>	124

3. DO EXERCÍCIO DA MATERNIDADE

A observação e o conhecimento do contexto permitiram a clarificação dos principais aspetos, relacionados com a sua estrutura e organização, os seus intervenientes e os cuidados de saúde, orientando-nos para uma abordagem seguinte, centrada nas mães reclusas com filhos ao seu cuidado.

O primeiro enfoque do estudo visa descrever o exercício da maternidade em reclusão. Neste âmbito, afigurou-se como necessário dirigir a abordagem sob dois prismas que se complementam e sustentam o que procuramos. Por um lado, atendemos à perspectiva das mães reclusas com filhos ao seu cuidado e, por outro e, após a anterior, percebemos a necessidade de caracterizar as suas competências maternas para o cuidado do filho.

3.1. DA PERSPETIVA DAS MÃES E DA AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS MATERNAS

Iniciamos a abordagem junto das **mães reclusas com filhos ao seu cuidado**, no intuito de **compreender o que é ser mãe em reclusão na sua própria perspectiva**. Pretendíamos assim a auscultação de testemunhos, que evidenciassem o que pensam e o que sentem, nas suas próprias palavras (Polit, et al., 2008), acerca das suas experiências de ser mãe em reclusão.

Para a compreensão do fenómeno em estudo, afigurou-se em seguida determinante **caracterizar as competências maternas das mães reclusas com filhos ao seu cuidado, relativas ao nível de conhecimentos e de habilidades**

que possuem para esse cuidado. A avaliação das competências parentais resulta da apreciação clínica das necessidades de aprendizagem das mães sobre cuidados à criança.

Procedimentos de recolha de dados

Para conhecermos o exercício da maternidade em reclusão na perspetiva das mães reclusas, optamos pela *entrevista* como técnica de recolha de dados, atendendo a que esta proporciona uma compreensão da realidade (Bogdan, et al., 1994; Polit, et al., 2008) e permite o envolvimento do entrevistador e do entrevistado. Foi utilizada a entrevista semiestruturada (Fortin, 2003; Streubert, et al., 2002), por permitir a formulação e a sequência das questões não predeterminadas, com questões abertas, que lançaram aspetos importantes, mas que simultaneamente permitiram às entrevistadas a possibilidade de não se restringirem às mesmas.

As entrevistas foram individuais e tiveram lugar em diferentes gabinetes de consulta situados na área dos serviços clínicos e não na cela. Por isso, a chamada de cada mãe reclusa para a entrevista foi realizada pelo elemento do corpo de guardas prisional que em cada um dos momentos que a realizamos se encontrava de serviço na área dos serviços clínicos. No início do contacto com cada mãe, procedemos à nossa apresentação e ao esclarecimento do motivo e do objetivo da nossa presença.

Iniciamos a abordagem por uma questão aberta: “*como tem sido para si ser mãe na prisão?*”, permitindo às entrevistadas iniciar o discurso de uma forma livre e abrangente. Conduzimos a restante entrevista orientados por um *guião de entrevista* (Anexo IV) composto por um conjunto de questões voltadas para o conhecimento de aspetos que se relacionavam com a pergunta inicial, sempre

tendo em conta o fluir do discurso, a adesão e o interesse de cada reclusa. Resultaram assim entrevistas e testemunhos diferentes, respetivamente na sua duração e aprofundamento de ideias.

Foram realizadas sem recurso a gravação, por impedimento normativo da instituição, sendo utilizado o apontamento manuscrito do discurso, seguido de imediato de transcrição para meio digital, no sentido da obtenção mais rigorosa e fiel dos testemunhos. Este procedimento, de registo dos dados emergentes da entrevista constituiu uma situação complexa e morosa. A sua complexidade prende-se com a necessidade de realizar a entrevista com uma dupla e simultânea tarefa, ou seja por um lado, a de escuta e de observação, e por outro, a escrita, necessariamente atenta e rigorosa, na intencionalidade da reprodução exata das palavras das entrevistadas.

Algumas entrevistas foram interrompidas, por motivos de obrigações laborais dentro da instituição, ou mesmo de exigência de cumprimento de horário das refeições. Nestas situações, demos continuidade numa outra hora do mesmo dia, ou num outro dia, que tentamos sempre que fosse o mais breve possível.

População e Amostra

Embora fosse nossa intenção proceder à entrevista de toda a população de mães reclusas com filhos ao seu cuidado no contexto em estudo, consideramos como critério de exclusão, por razões facilmente compreensíveis, as mães reclusas com filhos ao seu cuidado que não possuísem capacidade de compreensão e/ou expressão da língua portuguesa. Aplicados os critérios, foram excluídas três mães, resultando uma amostra de conveniência com quinze participantes. A todas as participantes foi realizada a entrevista, que permitiu numa primeira

fase fazer a caracterização da amostra. A duração média da entrevista foi de 74 minutos, entre um máximo de 100 minutos e um mínimo de 35 minutos.

Em termos de *caracterização da amostra*, as mães apresentaram idades compreendidas entre os vinte e dois e os trinta e oito anos; onze eram de nacionalidade portuguesa, das quais sete de etnia cigana; duas de nacionalidade venezuelana, uma de nacionalidade paraguaia, uma de nacionalidade brasileira; maioritariamente viviam em união de facto antes da reclusão, tinham filhos com idades compreendidas entre um mês e os dois anos e oito meses; o tempo de reclusão já cumprido variou entre os quatro meses e os cinco anos e seis meses; treze foram mães em reclusão; em oito casos os pais do filho estavam reclusos, um estava com pulseira eletrónica e um era ex-recluso.

A análise dos dados determinou que prosseguíssemos com a avaliação clínica das competências maternas, pelo que utilizamos nesta etapa o *Instrumento de Avaliação das Competências Parentais*¹⁰ (I_ACP)¹¹, por sistematizar a avaliação nos domínios do conhecimento e da habilidade, para assumir os cuidados ao filho, desde a gravidez e até ao sexto mês de idade da criança. O I_ACP envolve duas partes. Uma parte centrada na caracterização sociodemográfica, obstétrica e parental da mãe. Outra parte orientadora da avaliação dos conhecimentos e das habilidades associadas a cada uma das competências maternas que inclui: alimentar a criança- amamentar ou alimentar por biberão; colocar a eructar; assegurar a higiene e manter a pele saudável; tratar do coto umbilical; vestir e despir; lidar com o choro; garantir a segurança e prevenção de acidentes; lidar com os problemas comuns na criança; promoção e vigilância da saúde; criar hábitos para dormir; estimular o desenvolvimento; reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal; preparar a integração do novo

¹⁰ Competências parentais- “conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança.” (Cardoso, 2011 p. 52)

¹¹ O Instrumento de Avaliação das Competências Parentais foi construído e validado na população Portuguesa por Cardoso (2011).

elemento na família; preparar a casa para receber o recém-nascido; e, preparar o enxoval.

O conteúdo do I_ACP resultou da análise dos discursos das mães e dos pais e da revisão da literatura, na procura de identificar as necessidades de aprendizagem parentais. Do dispositivo de investigação emergiu um instrumento que englobou as 17 competências parentais enunciadas e que agregam um total de 193 indicadores. A validade de conteúdo foi assegurada pelo procedimento de desenvolvimento do instrumento e pela análise de peritos.

Os valores de consistência interna, pode considerar-se que o I_ACP revelou ser fiável para medir as competências parentais. O coeficiente KR20 foi de 0,94 na versão materna. Também na análise da consistência interna das subescalas obtiveram-se valores significativos (Streubert, et al., 2002; Belsky, 1984; Marôco, et al., 2006). Nas mães, observou-se na subescala dos conhecimentos valor de *alpha de Cronbach* de 0,86 e na subescala das habilidades 0,66.

A utilização deste instrumento necessitou uma adaptação, por forma a melhor se adequar ao contexto da maternidade em reclusão, e que se clarifica em seguida.

Adaptação do Instrumento de Avaliação das Competências Parentais

A adaptação prende-se com a sua utilização numa abordagem transversal, já que se pretende a avaliação das competências maternas num dado momento, e não uma aplicação de carácter longitudinal. Foi usado para avaliar as competências parentais, quer os do passado, quer os atuais.

Assim, optamos por realizar a divisão do documento em dois, um a usar em reclusas grávidas e outro a usar em reclusas já com o filho.

O período de tempo até aos seis meses de vida da criança, previsto no I_ACP, corresponde à fase mais crítica do desempenho parental (Cardoso, 2011). Contudo, sabemos que a necessidade de assegurar os cuidados ao filho perdura no tempo. Já em reclusão, as crianças podem permanecer aos cuidados da mãe até aos cinco anos de idade, consideramos necessário alargar o período de tempo a que se reporta a avaliação das competências maternas, e fizemo-lo até aos três anos de idade, decisão que se justificará um pouco mais à frente no trabalho.

De forma a clarificar a adaptação do I_ACP, segue-se a especificação dos aspetos mantidos e excluídos, da sua reordenação, bem como as justificações inerentes às decisões.

Adaptação do Instrumento de Avaliação das Competências Parentais no período de gravidez

A adaptação do instrumento de competências parentais do período de gravidez visou, como já referido, a adequação e a organização das competências parentais, dos domínios do conhecimento, à realidade da maternidade em reclusão, passando a ser denominado Instrumento de Avaliação das Competências Parentais – Adaptado - Gravidez (I_ACP – A-G) (Anexo V).

Assim, procedemos essencialmente à exclusão de indicadores, que se afiguraram como não aplicáveis à população em estudo. Contudo, efetuamos simultaneamente pontuais alterações visando a melhor aproximação à circunstância de reclusão, que fomos conhecendo.

Relativamente à caracterização da população grávida reclusa, e por se considerarem de total adequação, foram mantidas e consideradas as seguintes variáveis:

- sociodemográficas da mãe e do pai (idade, profissão, escolaridade, estado civil); obstétricas (idade gestacional, índice obstétrico, gravidez planeada/desejada, complicações durante a gravidez, caracterização do parto anterior, idade do(s) filho(s); caracterizadoras do comportamento de procura de informação de informação durante a gravidez (atitude face à procura de informação e fontes de informação); caracterizadoras da experiência anterior de cuidados a crianças (amamentar e lidar com complicações relacionadas; colocar a eructar; alimentar com biberão, dar banho; trocar a fralda; tratar do coto umbilical e lidar com o choro)

Salienta-se de forma inicial, a supressão de todos os indicadores que visam a avaliação do Pai, já que a reclusão da grávida ou mãe impede a participação directa do mesmo nos cuidados ao filho. Foram igualmente suprimidos os três momentos de avaliação previstos no instrumento, bem como o dado relativo às semanas de gestação, já que iremos assumir apenas um momento de avaliação e a informação acerca das semanas de gestação surge nos dados iniciais. Procedeu-se à omissão dos itens sobre o local de vigilância da gravidez e o local de contacto, visto que as reclusas realizam a vigilância obstétrica na instituição prisional e a nossa abordagem será inevitavelmente na mesma. A previsão de suporte social e de ajuda no amamentar, foram igualmente eliminados, dado que a reclusa é a única pessoa a cuidar do seu filho em reclusão (atentar no compromisso de cuidado assumido pela grávida ou mãe), não se prevendo qualquer ajuda consistente no tomar conta. Foram ainda suprimidos os itens relativos à opção da mãe sobre o local de vigilância do filho, frequência de sessões de preparação para o parto/parentalidade, atendendo a que a primeira é realizada na instituição prisional e, não é proporcionado qualquer preparação da grávida para a parentalidade.

Foram globalmente mantidos os aspetos caracterizadores do conhecimento relativos a alguns cuidados antecipatórios inerentes ao nascimento do filho

(preparar a integração do novo elemento na família, preparar o enxoval; caracterizadores do conhecimento relativo aos cuidados a crianças até aos seis meses de idade (amamentar e lidar com complicações relacionadas; colocar a eructar; alimentar com biberão; dar banho; trocar fralda; tratar do coto umbilical; lidar com o choro).

No âmbito deste conhecimento antecipatório ao nascimento, afigurou-se contudo necessário proceder à retirada dos aspetos relativos à preparação da casa para receber o RN (que inclui o conhecimento inerente sobre as características do quarto, para aquisição do berço/cama, do material para dar banho, para o material para transporte e passeio do bebé). Efetivamente, tais circunstâncias não se afiguram ajustadas à realidade de reclusão, senão vejamos: o quarto da criança consiste na cela da mãe, a qual compartilham, sendo este o local onde a criança dorme e lhe são realizados os cuidados de higiene. Sobre a disposição da cela e o material que utiliza (berço/cama, utensílios e produtos de higiene), a mãe reclusa não decide a escolha, fazendo uso do que lhe é fornecido pela instituição.

Ainda poderemos referir que foi eliminado o aspeto relativo ao conhecimento de critérios de escolha para aquisição de material para alimentar a criança com leite adaptado (biberões e tetinas), em virtude de ser igualmente um material fornecido pela instituição, e sobre o qual a mãe reclusa não poderá optar.

Foram mantidos os aspetos sobre a experiência materna anterior nas competências: amamentar; alimentar com biberão; colocar a eructar; dar banho; trocar a fralda; tratar do coto umbilical e lidar com o choro. A resposta *sim* representa experiência anterior na tarefa em questão e a resposta *não* representa sem experiência anterior.

Adaptação Instrumento de Competências Parentais do período dos 0 aos 3 anos de idade

Importa neste momento justificar a decisão de delimitar o período de avaliação das competências maternas do nascimento até aos três anos de idade. Reforçando a ideia de que o exercício da maternidade corresponde a um processo contínuo, que sabemos quando se inicia, mas que é variável o seu término, constatamos contudo que é nos primeiros anos de vida da criança, que os cuidados que recebem se assumem como mais determinantes no seu desenvolvimento futuro (Mercer, 1995; Hockenberry, et al., 2011).

Na realidade, as necessidades de cuidados à criança vão sendo diferentes ao longo do seu crescimento, pelo que as tarefas parentais não cessam, mas sim modificam-se e adaptam-se a cada etapa alcançada e percorrida pela criança (Mercer, 2004). Os primeiros seis meses de vida da criança parecem corresponder ao intervalo de tempo, no qual é necessária a integração simultânea ou sucessiva, de uma maior panóplia de habilidades e de conhecimentos inerentes ao exercício do papel (Mercer, 1985; Pridham, et al., 1992; Lowdermilk, et al., 2008), sendo que a mestria no desempenho do papel parece ser percebida por volta dos quatro a seis meses após o nascimento da criança (Mercer, 1981; Mercer, 1995). Os restantes meses até ao ano de idade são ainda repletos de múltiplas e diferentes alterações desenvolvimentais da criança.

Do mesmo modo, entre o um e os três anos de idade, o desenvolvimento da criança prossegue a um ritmo acelerado e são evidenciadas neste período novas aquisições, particularmente relacionadas com os domínios sensório-motor, domínio cognitivo e desenvolvimento social, implicando assim que as competências maternas promovam o desenvolvimento e acompanhem este processo.

O I_ACP passará a ser denominado Instrumento de Avaliação das Competências Parentais – Adaptado 0/3 anos (I_ACP – A-0/3).

Relativamente à caracterização da população de mães reclusas, e por se considerarem de total adequação, foram consideradas as seguintes variáveis:

- sociodemográficas da mãe e do pai (idade, profissão, escolaridade, estado civil);
- obstétricas (local de vigilância da gravidez; idade gestacional, índice obstétrico, gravidez planeada/desejada, complicações durante a gravidez, caracterização do parto anterior; caracterizadoras do comportamento de procura de informação durante a gravidez (atitude face à procura de informação e fontes de informação));
- parto e nascimento (local e tipo de parto; complicações durante e/ou pós-parto; presença do pai no parto e percepção da experiência);
- criança (idade gestacional ao nascimento; sexo; peso; APGAR ao 1.º e 5.º min; complicações neonatais);
- suporte social efetivo (quem ajudou a cuidar do bebé e que tipo de ajuda recebeu);
- caracterizadoras do comportamento de procura de informação durante a gravidez (atitude face à procura de informação e fontes de informação).

Relativamente às competências parentais, foram dois os procedimentos essenciais que orientaram a adaptação do documento. Por um lado, foram reincorporadas algumas competências consideradas no documento original, e que constavam do documento em relação ao período da gravidez, pela sua importância para traçar o nível de preparação das mães para o exercício do papel. Por outro, procedeu-se à inclusão de novos indicadores, que permitem conhecer a preparação das mães para o cuidado ao filho até aos 3 anos de idade.

Para a determinação destes indicadores e dimensões, recorreremos à revisão da literatura, utilizando como fontes principais algumas obras fundamentais na área e da Nursing Outcomes Classification (NOC).

Em face dos referidos procedimentos, bem como da premissa de avaliação da totalidade dos indicadores das competências num único momento, emergiu a necessidade de uma adequação e de uma organização no novo documento.

Assim, da conjugação dos dois procedimentos, apresenta-se a respetiva organização das competências, indicadores e dimensões que emergiram.

Relativamente às competências *preparar a casa e o enxoval para o recém-nascido*, foram agrupadas num só item, dado o seu inter-relacionamento, e reincorporamos a dimensão do conhecimento.

Quadro 1 - Competência parental e indicadores: Preparar a casa e o enxoval para o recém-nascido

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Preparar a casa e o enxoval para o recém-nascido	Conhecimento sobre as características do quarto do recém-nascido	10
	Conhecimento sobre as características do berço/cama	
	Conhecimento sobre as características do equipamento a adquirir/adaptar: para dar banho	
	Conhecimento sobre as características do equipamento a adquirir: cadeira de transporte	
	Conhecimento sobre as características equipamento a adquirir: carrinho de passeio	
	Conhecimento sobre critérios de escolha da roupa para o bebé	
	Conhecimento sobre cuidados gerais no tratamento da roupa do bebé	
	Conhecimento sobre critérios de escolha e uso de chupeta	
	Conhecimento sobre critérios de escolha das fraldas e toalhetes	
Conhecimento sobre o que é necessário levar para o hospital		

Em relação à competência *assegurar a higiene da criança e vestir e despir vestuário*, foram incorporados os indicadores da dimensão do conhecimento e mantidos os indicadores da dimensão da habilidade.

Quadro 2 - Competência parental e indicadores: Assegurar a higiene da criança e vestir e despir vestuário

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Assegurar a higiene da criança e vestir e despir vestuário	Conhecimento sobre material necessário e condições prévias para o banho Conhecimento sobre critérios para escolher os produtos de higiene a usar Conhecimento sobre frequência e horário do banho Conhecimento sobre lavar os olhos (pálpebras) /ouvidos Conhecimento sobre como dar banho Conhecimento sobre como e quando cortar as unhas Conhecimento sobre material necessário para a troca de fralda Conhecimento sobre critérios de uso sobre produtos de higiene perineal Conhecimento sobre lavar o períneo (se menino/se menina) Conhecimento sobre sinais de eritema da fralda Conhecimento sobre fatores de risco/medidas de prevenção do eritema da fralda	11
	Habilidade para reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, a água e testar a temperatura e aquecer o ambiente Habilidade para dar banho Habilidade para adotar medidas para prevenir acidentes durante o banho Habilidade para cortar as unhas Habilidade para escolher vestuário adequado à temperatura Habilidade para vestir e despir a criança Habilidade para reunir o material para a higiene perineal e troca da fralda Habilidade para lavar e secar a zona coberta pela fralda Habilidade para adotar medidas de prevenção do eritema da fralda Habilidade para reconhecer sinais de eritema da fralda Habilidade para tratar o eritema pela fralda	11

No que se refere à competência *tratar do coto umbilical*, reincorporamos a dimensão do conhecimento e mantivemos a dimensão da habilidade.

Quadro 3 - Competência parental e indicadores: Tratar do coto umbilical

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Tratar do coto umbilical	Conhecimento sobre material necessário para a desinfecção do coto umbilical Conhecimento sobre quando é esperado a queda do coto umbilical Conhecimento sobre como e com que frequência desinfetar o coto umbilical Conhecimento sobre estratégias para promover a mumificação e cicatrização Conhecimento sobre sinais de infecção do coto umbilical	5
	Habilidade para reunir o material necessário para a desinfecção do coto umbilical Habilidade para desinfetar o coto umbilical Habilidade para manter o coto umbilical seco	3

Em relação ao *alimentar a criança: amamentar*, reincorporamos a dimensão do conhecimento inerente aos aspetos relacionados com a amamentação. Por considerarmos a inter-relação, associamos os indicadores relativos à extração e conservação de leite materno e dos efeitos de substâncias nocivas na amamentação, bem como os indicadores relacionados com complicações associadas à amamentação - a fissura e o ingurgitamento mamário.

Quadro 4. Competência parental e indicadores: Alimentar a criança: amamentar (conhecimento)

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Alimentar a criança: amamentar	Conhecimento sobre benefícios da amamentação	13
	Conhecimento sobre características do colostro e do leite	
	Conhecimento sobre critérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas	
	Conhecimento sobre critérios para decidir o intervalo e duração das mamadas	
	Conhecimento sobre sinais de ingestão nutricional e hídricas suficientes	
	Conhecimento sobre frequência das refeições	
	Conhecimento sobre sinais de fome	
	Conhecimento sobre sinais de saciedade	
	Conhecimento sobre posição da mãe e do filho	
	Conhecimento sobre sinais de pega adequada	
	Conhecimento sobre estratégias para manter o bebê acordado durante a mamada	
	Conhecimento sobre sinais de produção e liberação de leite	
	Conhecimento sobre medidas que estimulam/comprometem a lactação	
Alimentar a criança: amamentar	Conhecimento sobre diferença entre subida do leite vs ingurgitamento mamário	3
	Conhecimento sobre fatores de risco de ingurgitamento mamário	
	Conhecimento sobre medidas de prevenção do ingurgitamento mamário	
Alimentar a criança: amamentar	Conhecimento sobre fatores de risco de fissura do mamilo	2
	Conhecimento sobre medidas de prevenção de fissura do mamilo	
Alimentar a criança: amamentar	Conhecimento sobre influência da alimentação da mãe no leite (composição)	4
	Conhecimento sobre efeitos da ingestão de cafeína na criança	
	Conhecimento sobre efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança	
	Conhecimento sobre efeitos de fumar/fumo do tabaco na criança	
Alimentar a criança: amamentar	Conhecimento sobre estratégias para manter a lactação/amamentação	4
	Conhecimento sobre como extrair leite para armazenar	
	Conhecimento sobre condições e material para armazenar leite materno	
	Conhecimento sobre como descongelar leite materno	

Mantivemos a dimensão da habilidade para amamentar, bem como ainda nesta dimensão, os aspetos relacionados com as complicações associadas à amamentação.

Quadro 5 - Competência parental e indicadores: Alimentar a criança: amamentar (habilidade)

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Alimentar a criança: Amamentar	Habilidade para identificar sinais de ingestão nutricional suficiente	9
	Habilidade para identificar sinais de fome	
	Habilidade para identificar sinais de ejeção de leite	
	Habilidade para adotar posição confortável e posicionar a criança	
	Habilidade para assegurar pega adequada	
	Habilidade para estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada	
	Habilidade para interromper a sucção antes de retirar a criança da mama	
	Habilidade para adotar medidas adequadas de higiene das mamas	
	Habilidade para reconhecer o efeito na criança dos alimentos que a mãe ingere	
Alimentar a criança: Amamentar	Habilidade para reconhecer sinais de fissura do mamilo	3
	Habilidade para implementar medidas de tratamento	
	Habilidade para reconhecer sinais de cicatrização	
Alimentar a criança: Amamentar	Habilidade para reconhecer sinais de ingurgitamento mamário	3
	Habilidade para implementar medidas de alívio do ingurgitamento mamário	
	Habilidade para extrair leite manualmente/com bomba	

Ainda no que se refere à competência *alimentar a criança: alimentar com biberão*, mantivemos as dimensões do conhecimento e da habilidade.

Quadro 6 - Competência parental e indicadores: Alimentar a criança: alimentar com biberão

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Alimentar a criança: alimentar com biberão	Conhecimento sobre material: biberões e tetinas e critérios de escolha	4
	Conhecimento sobre métodos de lavagem e esterilização	
	Conhecimento sobre como preparar o leite adaptado	
	Conhecimento sobre como alimentar a criança por biberão	
Alimentar a criança: alimentar com biberão	Habilidade para garantir a limpeza e a esterilização adequada do material	3
	Habilidade para preparar o leite de acordo com as indicações, na quantidade adequada às necessidades nutricionais	
	Habilidade para alimentar a criança com técnica correta	

Relativamente às competências de *colocar a eructar*, reincorporamos a dimensão do conhecimento e mantivemos a dimensão da habilidade.

Quadro 7 - Competência parental e indicadores: Colocar a eructar

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Colocar a eructar	Conhecimento sobre benefícios da eructação	2
	Conhecimento sobre posicionar a criança para eructar	
	Habilidade para posicionar a criança para promover a eructação	1

No *lidar com a regurgitação*, mantivemos a dimensão da habilidade nos indicadores.

Quadro 8 - Competência parental e indicadores: Lidar com a regurgitação

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Lidar com a regurgitação	Habilidade para adotar medidas de prevenção da regurgitação	2
	Habilidade para reconhecer a diferença entre regurgitação e vômito	

No *promover o desmame*, mantivemos a dimensão do conhecimento nos indicadores.

Quadro 9 - Competência parental e indicadores: Promover o desmame

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Promover o desmame	Conhecimento sobre estratégias para o desmame	2
	Conhecimento sobre sinais de desenvolvimento que indicam que a criança está apta para iniciar outros alimentos	

Na continuidade dos aspetos relacionados com a competência parental de *alimentar a criança*, associamos a *introdução de novos alimentos*, na qual mantivemos os indicadores relativos à dimensão do conhecimento, mas realizamos a incorporação de cinco novos itens. Estes dizem respeito a aspetos como a frequência das refeições, a ingestão de líquidos, os erros alimentares, os comportamentos da criança associados à refeição e as estratégias para lidar com estes comportamentos. Estes constituem indicadores que importa avaliar entre o um e os três anos de vida, por se relacionarem com mudanças significativas no domínio da alimentação nesta faixa etária.

Quadro 10 - Competência parental e indicadores: alimentar a criança - introdução de novos alimentos

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Alimentar a criança - introdução de novos alimentos	Conhecimento sobre critérios de introdução de novos alimentos na dieta da criança Conhecimento sobre possíveis reações gastrointestinais ao alimento Conhecimento sobre modo de preparar o alimento Conhecimento sobre critérios de escolha do equipamento para alimentar a criança Conhecimento sobre frequência das refeições Conhecimento sobre ingestão de líquidos Conhecimento sobre erros alimentares Conhecimento sobre comportamentos da criança associados à refeição Conhecimento sobre estratégias para lidar com os comportamentos da criança associados à refeição	9

Na competência *lidar com o choro*, mantivemos as informações relativas à percepção do choro e à experiência anterior em lidar com bebés a chorar, bem como os itens relativos às dimensões do conhecimento e da habilidade. Foi mantida também a avaliação sobre a cólica e a sua distinção da síndrome de cólica, tendo em conta que o mesmo constitui uma das razões frequentes de choro da criança, bem como um dos principais motivos de preocupação dos pais.

Quadro 11 - Competência parental e indicadores: Lidar com o choro

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Lidar com o choro	Conhecimento sobre padrão esperado de choro e tipos de choro Conhecimento sobre estratégias de consolo Conhecimento sobre sinais de cólica/síndrome de cólica Conhecimento sobre fatores de risco de cólica/síndrome de cólica Conhecimento sobre medidas de alívio da dor abdominal	5
	Habilidade para distinguir as necessidades da criança pelo tipo de choro Habilidade para confortar o bebê quando chora	2
	Habilidade para reconhecer sinais de cólica/distinguir síndrome de cólica Habilidade para adotar estratégias para reduzir choro excessivo Habilidade para implementar medidas de alívio da dor abdominal	3

Em relação aos aspetos que dizem respeito aos hábitos de dormir, criamos uma competência mais abrangente *criar hábitos: dormir e/ou sono e repouso*, na qual mantivemos alguns indicadores mas, concluiu-se da necessidade da introdução de alguns novos, permitindo avaliar também o conhecimento e a habilidade de gerir as mudanças e os eventuais problemas relacionados com esta situação, e que se vão processando ao longo do crescimento da criança, com especial significado até aos três anos de idade.

Quadro 12 - Competência parental e indicadores: Criar hábitos: dormir e/ou sono e repouso

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Criar hábitos: dormir e/ou sono/repouso	Conhecimento sobre alterações ao padrão de sono e vigília, ao longo do tempo Conhecimento sobre estratégias para criar hábitos para dormir Conhecimento sobre comportamentos das crianças associados ao sono Conhecimento sobre estratégias face aos problemas de sono	4
	Habilidade para utilizar estratégias para criar hábitos para dormir Habilidade para utilizar estratégias para lidar com os problemas de sono	2

No que diz respeito à competência *garantir a segurança e prevenir acidentes*, mantivemos a dimensão da habilidade mas incorporamos a dimensão do conhecimento. Relativamente aos indicadores, mantivemos os indicadores existentes, mas introduzimos alguns outros que permitem a avaliação de outros acidentes de maior frequência na faixa etária entre um e os três anos.

Quadro 13 - Competência parental e indicadores: Garantir a segurança/prevenir acidentes

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Garantir a segurança e prevenir acidentes	Conhecimento sobre medidas de prevenção de queimaduras	10
	Conhecimento sobre medidas de prevenção de queimaduras solares	
	Conhecimento sobre medidas de prevenção de quedas	
	Conhecimento sobre medidas de prevenção de asfixia/sufocação/aspiração	
	Conhecimento sobre medidas de prevenção de afogamento	
	Conhecimento sobre medidas de prevenção de envenenamento	
	Conhecimento sobre medidas de prevenção de electrocução	
	Conhecimento sobre medidas de prevenção de SMSL	
	Conhecimento sobre medidas de prevenção com animais domésticos	
	Conhecimento sobre medidas para transportar a criança com segurança	
	Habilidade para adotar medidas de prevenção de queimaduras	10
	Habilidade para adotar medidas de prevenção de queimaduras solares	
	Habilidade para adotar medidas de prevenção de quedas	
	Habilidade para adotar medidas de prevenção de asfixia/sufocação/aspiração	
	Habilidade para adotar medidas de prevenção de afogamento	
	Habilidade para adotar medidas de prevenção de envenenamento	
	Habilidade para adotar medidas de prevenção de electrocução	
Habilidade para adotar medidas de prevenção de SMSL		
Habilidade para adotar medidas de prevenção com animais domésticos		
Habilidade para adotar medidas para transportar a criança com segurança		

No que se refere à competência *vigiar a saúde do filho*, mantivemos os indicadores relativos à dimensão do conhecimento, e dentro desta competência, incorporamos de novo os indicadores respeitantes à dentição, dado que se trata de um aspeto com especial ênfase a partir dos seis meses de idade, e que se prolonga ao longo do crescimento da criança, sendo necessário avaliar no que se relaciona com: a frequência da higiene oral, material e produtos utilizados, método de escovagem, alimentos cariogénicos e problemas dentários.

Quadro 14 - Competência parental e indicadores: Vigiar a saúde do filho

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Vigiar a saúde do filho	Conhecimento sobre reações às vacinas Conhecimento sobre coloração icterícia e icterícia Conhecimento sobre achados normais na pele da criança Conhecimento sobre medidas de proteção contra infeções Conhecimento sobre sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde	5

Quadro 15 - Competência parental e indicadores: Vigiar a saúde do filho – dentição

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Vigiar a saúde do filho: dentição	Conhecimento sobre quando surgem os primeiros dentes e sinais que o evidenciem	8
	Conhecimento sobre medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes	
	Conhecimento sobre frequência da higiene oral	
	Conhecimento sobre material e produtos utilizados	
	Conhecimento sobre método de escovagem dentária	
	Conhecimento sobre alimentos cariogênicos	
	Conhecimento sobre problemas dentários	
	Conhecimento sobre quando consultar o dentista	
	Habilidade para adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes	2
	Habilidade para adotar medidas de higiene oral	

No que diz respeito à competência de *reconhecer o padrão do crescimento e do desenvolvimento* normais mantivemos os itens relativos à dimensão do conhecimento.

Contudo, foram incorporados novos aspectos que se relacionam com a referida competência e que emergiram como necessários avaliar face à faixa etária de um aos três anos, surgindo assim outros indicadores que lhe estão associadas, tal como a seguir evidenciado.

Neste período do desenvolvimento da criança assumem importância, as etapas principais relacionadas com o desenvolvimento sensório-motor, o desenvolvimento psicossocial e, o desenvolvimento cognitivo.

Quadro 16 - Competência parental e indicadores: Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal	Conhecimento sobre padrão de aumento de peso esperado	4
	Conhecimento sobre padrão de eliminação intestinal	
	Conhecimento sobre padrão de sono	
	Conhecimento sobre marcos do desenvolvimento	

Quadro 17 - Competência parental e indicadores: Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - capacidade sensório-motora

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - capacidade sensório-motora	Conhecimento sobre motricidade grossa	4
	Conhecimento sobre motricidade fina	
	Conhecimento sobre desenvolvimento psicossocial	
	Conhecimento sobre desenvolvimento cognitivo	

Quadro 18 - Competência parental e indicadores: Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - desenvolvimento da imagem corporal

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - desenvolvimento da imagem corporal	Conhecimento sobre capacidade da criança para descrever a aparência das pessoas Conhecimento sobre capacidade da criança para reconhecer a sua própria identidade Conhecimento sobre comportamentos da criança relativamente à sexualidade	3

Quadro 19 - Competência parental e indicadores: Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - desenvolvimento social-comunicação

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - desenvolvimento social-comunicação	Conhecimento sobre o desenvolvimento da linguagem da criança Conhecimento sobre formas de brincar da criança ao longo do tempo	2

Quadro 20 - Competência parental e indicadores: Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - regressão

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - regressão	Conhecimento sobre fatores que desencadeiam a regressão Conhecimento sobre comportamentos que evidenciam regressão	2

Quadro 21 - Competência parental e indicadores: Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - eliminação: treino sanitário

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - eliminação: treino sanitário	Conhecimento sobre aquisição de independência para uso do sanitário Conhecimento sobre fatores que podem afetar o treino Conhecimento sobre diferença do controlo vesical diurno e noturno Conhecimento para utilizar estratégias para o treino sanitário	4

Quadro 22 - Competência parental e indicadores: Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - temperamento

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento Temperamento	Conhecimento sobre indicadores do temperamento até ao 1º ano de vida Conhecimento sobre indicadores do temperamento até ao 2º ano de vida Conhecimento sobre indicadores do temperamento até ao 3º ano de vida Conhecimento sobre acessos de raiva e negativismo	4

Relativamente à competência de *lidar com os problemas comuns*, mantivemos os indicadores relativos à *febre, obstrução nasal, obstipação e diarreia*, tendo contudo sido assumido nestes indicadores a substituição da avaliação da

dimensão do conhecimento pela dimensão da habilidade, por considerarmos que, sendo estas intercorrências frequentes no processo de desenvolvimento da criança, existe a necessidade de que haja preparação da mãe para lidar com a sua presença ao longo do tempo. Na febre e por ser uma das situações mais frequentes com as quais as mães lidam, assumimos também a dimensão do conhecimento relativo a dois aspetos.

Quadro 23 - Competência parental e indicadores: Lidar com os problemas comuns - febre

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Lidar com os problemas comuns: febre	Conhecimento sobre a presença de sinais de febre	2
	Conhecimento sobre medidas de diminuição da temperatura corporal	
	Habilidade para avaliar a temperatura corporal	2
	Habilidade para implementar medidas de diminuição da temperatura corporal	

Quadro 24 - Competência parental e indicadores: Lidar com os problemas comuns - obstrução nasal

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Lidar com os problemas comuns: obstrução nasal	Habilidade para reconhecer a presença de sinais de obstrução nasal	2
	Habilidade para implementar medidas de alívio da obstrução nasal	

Quadro 25 - Competência parental e indicadores: Lidar com os problemas comuns - obstipação

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Lidar com os problemas comuns: obstipação	Habilidade para reconhecer a presença de sinais de obstipação	2
	Habilidade para implementar medidas de estimulação da eliminação intestinal	

Quadro 26 - Competência parental e indicadores: Lidar com os problemas comuns - diarreia

Competência parental	Indicadores	Total de itens
Lidar com os problemas comuns: diarreia	Habilidade para reconhecer a presença de sinais de diarreia	2
	Habilidade para implementar medidas de prevenção da desidratação	

A partir da (re) identificação dos indicadores, que resultou da agregação de indicadores presentes no documento original, com os que emergiram como necessários de avaliação em face do alargamento da faixa etária até aos três anos, obtivemos um total de 189 indicadores, dos quais 30 incorporados de novo. Foram simultaneamente redefinidos os critérios de diagnóstico relativos a

cada uma das dimensões do conhecimento e da habilidade associados às competências parentais (Anexo VI).

Procedimentos de análise dos dados

A análise dos dados provenientes da *entrevista* das mães reclusas acerca da circunstância da maternidade em reclusão na sua própria perspectiva seguiu os procedimentos de codificação já descritos, pelo que se apresenta a título exemplificativo os procedimentos que utilizamos em relação à entrevista.

A cada entrevista foi atribuído uma letra – E (traduz entrevista), e um número – E1 ...até E15, atribuído por ordem cronológica da sua realização. A respetiva transcrição já referida incluiu a referência às condições da realização da entrevista, aos sentimentos e expressões que acompanharam os discursos, que fomos incorporando como notas e como memos¹², de forma a serem utilizados como subsídio na análise e na interpretação dos dados. Este procedimento conduziu desde logo a uma primeira análise, que embora resultante de uma leitura flutuante, nos permitiu fazer emergir alguns conceitos centrais. Em seguida foi feita a análise linha-a-linha dos testemunhos, criando um documento em forma de quadro com três colunas, no qual se incorporaram os extratos dos testemunhos, os conceitos que emergiram, e as anotações pertinentes.

¹² *Memo* é o registo que o investigador realiza acerca das análises, pensamentos, interpretações e questões, que orientam a colheita e análise subsequente (Strauss, et al., 2008)

Quadro 27 - Exemplo de quadro da análise

Unidades de registo	Conceitos	Notas e Memos
<i>"não temos como lhe dar tudo, quero dar-lhe um comer a gosto dela e não posso."</i> E2	Impossibilidade de alimentar o filho a seu gosto	Nota- Relato acompanhado de lagrimas nos olhos Memo- Como será viver esta situação? Como ultrapassam esta limitação?
<i>"cuido deste filho como dos outros, acho que deve ser assim".</i> E5	Dever de cuidar o filho	Memo- Que aspetos relativos ao cuidado consideram para atribuírem esta semelhança?

Este procedimento permitiu gerar e definir categorias e ajustá-las em termos de propriedades e dimensões, encontrando um fio condutor que nos conduziu para uma análise mais afunilada e, assim, agrupar as categorias em termos das suas propriedades e dimensões, dando lugar ao aparecimento das subcategorias.

Na análise de cada testemunho mantivemos um questionamento e uma comparação constante sobre os dados, que se constituiu pela interrogação e a comparação de como cada informação seria igual ou diferente em relação à informação anterior.

Quadro 28 - Exemplo de quadro da codificação aberta

Categorias	Propriedades/Dimensões	Subcategorias
Cuidar do filho	<p>O significado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidar porque é seu dever - Responsável única pelo filho - Central na sua vida <p>A aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sozinha - Com os profissionais - Não precisa aprender <p>Os Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimentos - Capacidades 	<p>Cuidar por dever</p> <p>Responsabilidade de cuidar</p> <p>Cuidar como sentido de vida</p> <p>Aprender pela prática</p> <p>Aprender com os outros</p> <p>Sem necessidade de aprender</p> <p>Saber sobre o crescimento do filho</p> <p>Estimular o desenvolvimento do filho</p>

Seguiu-se o reagrupamento da informação, num processo de relacionamento das categorias entre si e com as subcategorias ao longo das linhas orientadoras relativas às suas propriedades e dimensões. Nesta fase pretende-se uma organização dos dados em torno de um “eixo” de uma categoria, visando a maior compreensão dos fenómenos.

Quadro 29 - Exemplo de quadro da codificação axial

Categorias e Subcategorias	Eixo
Cuidar do filho Cuidar por dever Responsabilidade de cuidar Cuidar como sentido de vida	Cuidar do filho: entre a obrigação e o sentido de vida
Aprender pela prática Aprender com os outros Sem necessidade de aprender	Aprender a cuidar do filho
Saber sobre o crescimento do filho Estimular o desenvolvimento do filho	Ajudar o filho a crescer

As competências maternas representam um enfoque no nosso estudo, tal como exibido no capítulo introdutório deste trabalho, podendo ser alicerçado em duas premissas fundamentais. Por um lado, porque integram de forma importante, dir-se-ia até determinante, o processo de exercício da maternidade, e desta forma, traçam uma influência direta no crescimento e desenvolvimento da criança. Por outro, a assunção de que a assistência de enfermagem se ocupa do apoio ao desempenho materno, tendo a necessidade de conhecer as necessidades da população alvo dos seus cuidados, a fim de conduzir o seu processo de diagnóstico, identificar o diagnóstico e planear e implementar as intervenções de enfermagem.

Os dados oriundos do **I_ACP-A-0/3** foram documentados numa tabela construída para o efeito, na qual foram lançados numericamente os indicadores de competências ajuizados com “Sim” ou “Não” ou Não aplicável (N/A). Dado o tamanho da amostra, bem como a metodologia utilizada, os dados não

sofreram apenas tratamento estatístico descritivo, permitindo conhecer as características das mães reclusas com filhos ao seu cuidado, assim como o diagnóstico das competências parentais.

Reforça-se que a aplicação do I_ACP – A-0/3 foi realizada como “guião orientador” da entrevista clínica de uma abordagem mais ampla junto da população em estudo, numa perspetiva alargada acerca das competências maternas, tendo igualmente sido utilizados notas e menos.

Neste processo, a avaliação das habilidades nem sempre foi possível e/ou adequado através da visualização da mãe na realização das mesmas. Nestas situações, solicitou-se à mãe que descrevesse com pormenor como faz, ou fazia, determinada habilidade.

3.2 ENTRE O DEVER, O QUERER E O SABER SER MÃE

Apresentamos os resultados que explicam e caracterizam a aquisição de competências maternas das mães reclusas para os cuidados ao filho, alicerçados numa dupla abordagem, que decorre por um lado, da perspetiva das próprias sobre o ser mãe em reclusão, e por outro, da avaliação da suas competências para o exercício da maternidade.

3.2.1 Enfrentando a reclusão como mãe

As mães reclusas percorrem a travessia da reclusão, experienciando diferentes circunstâncias, que se configuram inicialmente com o enfrentar da dupla situação de estar reclusa com um filho aos seus cuidados.

Os primeiros sentimentos

Da auscultação das mães reclusas e relembrando que iniciamos a abordagem pela pergunta: *como tem sido para si ser mãe em reclusão?*

Surgiram de forma imediata palavras que revelam alguns dos primeiros sentimentos que assolam estas mães, e que foram maioritariamente compatíveis com dor e tristeza. Estas foram muitas vezes acompanhadas por expressões faciais e corporais, tais como lágrimas e cerrar de olhos, que corroboram o significado das palavras,

"uma mãe ser mãe cá dentro dói..." "é muito horroroso".E2

"ser mãe aqui é terrível".E1

"é muito difícil ser mãe aqui ".E7

"ser mãe aqui é complicado...é triste".E7

Entre a culpa e o castigo

Os discursos mostraram-se sucintos mas, reconhecendo o impacto das primeiras palavras, percecionamos que as mães reclusas viviam o seu processo de reclusão com o filho com dificuldade e tristeza, por vezes caracterizando-o como sendo terrífico, horrível e doloroso.

A par destes sentimentos, as mães revelam sentirem-se culpadas por se encontrarem reclusas, percebendo que este é o castigo inevitável para os seus atos, mas a culpa assume-se como mais intensa por trazerem consigo o seu filho, que embora inocente, foi arrastado para a prisão. Na verdade, os filhos acompanham as mães em reclusão por opção materna, mas percecionamos que em diversas situações, não existe alternativa a esta situação, atendendo às muitas situações de desestruturação familiar, poucos recursos em famílias numerosas, ou mesmo nos casos de reclusas estrangeiras cujo nascimento do filho ocorreu já em reclusão.

“aqui não é sitio para uma criança...eu é que estou presa não ela [a filha].”E3

“eu sei que tenho que pagar pelo que fiz”... mas eu é que fiz asneiras, não ele [o filho]”E4

“custa-me muito estar aqui com o meu filho, não por mim mas por ele [o filho] que não tem culpa de estar aqui.”E6

“sinto-me culpada por ele [o filho] estar aqui.”E10

O sentimento de culpa assola duplamente estas mães reclusas, por um lado oriundo da ilicitude dos atos praticados, e por outro, e porventura sentido com maior intensidade, a culpabilização pela responsabilidade no castigo de alguém inocente – o filho.

Observamos que este é um sentimento que permanece ao longo do tempo de reclusão, já que foi percebido junto das reclusas numa fase inicial de cumprimento da pena, mas também evidenciado pelas reclusas que já se encontravam próximo de sair em liberdade.

Sozinhas ou com o filho – a dúvida

Em estreita relação com o sentimento de culpa, encontramos mães com muitas dúvidas entre estarem reclusas sozinhas ou acompanhadas pelo filho. Esta interrogação acompanhou muitos dos discursos das mães reclusas, cuja situação de ter e manter ou não o filho consigo, tinha constituído e constituía uma opção.

“não sei se ele [o filho] estaria melhor lá fora, tinha outras coisas mas não me tinha a mim...”“ele [o filho] agora é muito pequenino, quando for maior vamos ver”. E1

“ela [a filha] está a ficar grande para estar aqui...mas não sei... mas acho que vou manda-la [a filha] embora antes dos três anos...custa-me muito...mas está a ficar grande para estar aqui, precisa de conhecer outras coisas...de descobrir outras coisas.”E5

“todos os dias penso que o [o filho] devia mandar para a rua¹³, mas não sei...se calhar ia gostar mais, era melhor, para ver outras coisas.”E4

¹³ A expressão *mandar para a rua*, é vulgarmente utilizada pelas mães reclusas, significando fazer o filho sair da prisão, temporária ou definitivamente. Assim, a palavra rua encontra-se associada a liberdade e não a situações de mendicidade e afins.

A dúvida sobre o lugar do filho permanece também ao longo da reclusão, e intensifica-se porventura com o crescimento da criança, nas quais as mães se mostram especialmente preocupadas em proporcionar diferentes experiências de desenvolvimento para os seus filhos. Sentimos também, que estas interrogações acompanhadas de um olhar expectante, procuravam uma opinião sobre o que devia ser feito, ou uma solução para as suas incertezas, fazendo pensar que pretendiam ajuda para esta tão grande decisão.

Encontramos também a expressão de algumas certezas, nas quais as mães reclusas não equacionam a hipótese de o filho não as acompanhar. Realça-se que os argumentos apresentados para esta decisão, bem como as consequências que tal situação poderia ter, centram-se na mãe, na sua vontade e no quanto seria para ela intolerável desprender-se do filho, não sendo referidos os aspetos relacionados com os interesses da criança.

“quero que o meu filho fique comigo até eu sair...ainda faltam dois anos.”E7

“não ponho sequer a hipótese de a minha filha ir para a rua ...quero ficar com ela [a filha].”E9

“queria manda-la [a filha] para fora ...mas não consegui ficar sem ela [a filha].”E10

“não penso sequer em ficar sem a minha filha, manda-la [a filha] para a rua...eu morria, ficava sem comer, sem dormir....”E2

Das regras e das restrições da reclusão

A reclusão impõe regras que conduzem a restrições de uma forma geral, e a condicionantes do exercício da maternidade em particular e, que foram verbalizados pelas mães com descontentamento e lamento. As situações relacionadas com a alimentação do filho assumem destaque, sendo percebido que não só consideram que a alimentação das crianças não é adequada, como manifestam lamento pelo facto de não conseguirem cumprir a tarefa parental da confeção da alimentação do seu filho.

“Temos muitas limitações...só come [o filho] o que lhe dão e não é em condições. Por ex. este fim-de-semana andou a comer sopa de batata.” E5

“gostava de lhe [ao filho] fazer a comida...a comida é muito fraca, as crianças comem o mesmo que nós”.E11

“não lhe [ao filho] posso dar a comida que quero”. E9

“se fosse lá fora dava-lhe [ao filho] outras coisas”.E5

“não temos nada para lhes [aos filhos] dar antes de dormirem”.E11

Também o uso da roupa e objetos próprios de cada criança pode não ser possível, já que o estabelecimento prisional disponibiliza grande parte do que é necessário neste âmbito. Trata-se contudo de material que é partilhado pelas diferentes crianças reclusas, que vão ficando de uns para os outros e, este facto remete para a impessoalidade dos diferentes objetos, para o mau estado de conservação dos mesmos, e para a impossibilidade de escolha e decisão por parte da mãe de acordo com os seus gostos e preferências.

“Sinto-me mal por não poder usar as coisinhas dele [do filho] por ex.: o carrinho, a banheira, os produtos. Se não tivéssemos até compreendia, mas tendo não acho bem”. E1

“as coisas às vezes estão muito estragadas...pois passam por muitas crianças” “algumas vezes usou cores que não são de rapaz...que eu não gostava de lhe [ao filho] por”.E6

“a muito custo consegui que deixassem entrar algumas roupinhas”.E1

“aqui quase nada é de ninguém...é tudo de todos...e isto custa a quem é mãe e quer ter as coisinhas dela.”E9

O acompanhamento da criança reclusa internada em instituição hospitalar exterior revela-se alterado pelas normas prisionais. Na verdade, a mãe reclusa não usufrui da legislação que vigora no nosso país (Ministério da Saúde, 1987; Ministério da Saúde, 1981), sendo esta sobreposta pelas normativas próprias da organização prisional. A mãe reclusa que tem o filho em regime de internamento hospitalar funciona como visita do seu filho, estando dependente de toda a organização do serviço prisional interno e externo para o fazer. Usualmente é-lhe permitida uma visita diária e por um período que constatamos não ser superior a cerca de duas horas. Esta realidade é sentida pelas mães reclusas como muito penalizador do seu papel de mãe, originando sofrimento e preocupação.

Percebemos ainda que, em virtude de atrasos burocráticos, as mães reclusas podem ser impedidas de ver o seu filho durante vários dias de internamento, podendo este até ser nos primeiros dias de vida, facto que assumimos como comprometedor do processo de vinculação e da ligação mãe-filho.

O período de internamento conjunto de mãe e filho que coincide com o nascimento da criança é também verbalizado como muito custoso e inesquecível pelo sofrimento causado. Percecionamos que tal se relaciona fundamentalmente com alguns dos procedimentos que usualmente são realizados à criança por alguém muito próximo de ambos, tais como o vestir pela primeira vez o bebé e o transporte no regresso da maternidade, e que na situação de mãe reclusa, tal não é frequentemente viável.

“nada é igual...ela[a filha] esteve internada um mês e só podia visita-la um hora por dia.”E8
“Estive uma semana sem ver o meu filho internado...tive de fazer um pedido à diretora que demorou uma semana a chegar...e veio a autorização para ir uma hora por dia vê-lo [ao filho] ...que passava rapidinho.”E15
“mas tudo tinha mudado...eu parecia que não sabia pegar nele[no filho]...o cheiro dele não era o mesmo...parecia que não era o meu filho”.E15
“quando tive a minha filha fui acompanhada por uma guarda e há coisas que me custaram muito que não vou esquecer nunca...foi a guarda que a [a filha]vestiu e quando vim embora do hospital viemos numa carrinha fechada.” E7
“quando ele [o filho] esteve internado, chorei o tempo todo...só de saber que não tinha ninguém que lhe desse beijinhos, colo, uma balanceada.” E15

3.2.2 Ajustando-se à reclusão e à maternidade

Seguindo-se a uma fase de enfrentamento da realidade prisional, na qual são vividos os primeiros sentimentos e dúvidas, conhecidas as suas regras e condicionantes, a mãe reclusa experiencia uma outra situação que corresponde usualmente ao ajustamento necessário à sua nova condição – de reclusa.

Para que o filho possa acompanhar a mãe em reclusão, impõe-se que esta assegure na íntegra todos os cuidados ao filho, com algumas exceções, que se relacionam com a confecção de alimentação e a vigilância da saúde que são proporcionados pela instituição prisional.

Entre a obrigação de cuidar e o dar sentido à vida

O cuidar do filho representa contudo para as mães reclusas entendimentos diferentes que pudemos identificar como variando entre o cuidar por dever e obrigação, mas também, foi possível perceber que, este cuidado pode representar um sentido de vida para a mãe, a concretização de um grande desejo e até a centralidade na sua vida.

Por um lado foi evidente que, para algumas mulheres o cuidado do filho significa um dever, que por um lado associam à figura materna, entendendo-a, provavelmente por convicção cultural, como a principal responsável pelos mesmos, e por outro como uma obrigação que resulta das normativas prisionais, como já referido.

.....
"eu é que trato do meu filho em tudo. Sei que tenho esse dever aqui." E1

"cuido desta filha como dos outros [filhos], acho que deve ser assim." E6

"o lugar dos filhos é com a mãe, somos nós que temos de tratar deles" E4

Por outro, e atrevemo-nos a designar como diametralmente oposto, surgem os testemunhos que evidenciam que o filho e os cuidados que lhe presta constituem uma centralidade na vida das mães, mostrando o quão desejado foi este filho e assumindo-se felizes no desempenho do seu papel materno.

.....
"a minha vida é tomar conta dele [do filho] e gosto muito, estou muito contente." E6

"eu vivo para ela [a filha]". E2

"aqui o tempo é todo para ele [o filho]". E1

“há muito que queria engravidar e numa precária fugi e arranjei-o[o filho] ...fiquei muito feliz”.E12

“ele[o filho] veio dar sentido à minha vida...era tudo o que eu queria, foi a melhor coisa que me aconteceu”.E12

Entre estes dois polos, percebemos também, que o cuidado ao filho em reclusão pode ser vivido e encarado ainda com outros contornos.

Um deles prende-se com a “normalidade” que algumas mães evidenciam quando se referem ao seu desempenho das tarefas maternas, comparando-o com os cuidados maternos que prestaram a qualquer outro dos seus filhos. São assumidas pelas mães grande parte das tarefas maternas, organizadas de acordo com o que é expectável numa rotina diária de uma mãe que trabalha fora de casa e tem o seu filho numa creche/infantário.

Na verdade, foi frequente a afirmação de que em relação às tarefas maternas, as mães reclusas consideram que “são as mesmas mães”, que cuidam de igual forma os seus filhos em reclusão ou aqueles que cuidaram em liberdade.

“amamento-o, dou-lhe banho, ponho-o a dormir...faço tudo”.E1

“dou-lhe o leitinho de manhã, visto-o e levo-o à creche. Depois vou trabalhar e vou busca-la à creche às 17h. Depois dou-lhe banho e dou-lhe a sopinha e depois adormece por volta das 20h e dorme a noite toda.”E4

“tomo conta deste filho como dos outros”. E5

“acho que trato deste filho como se estivesse lá fora...”. “fazemos o que for preciso”.E12

“ele está na creche só de manhã ...depois dou-lhe de comer e fica comigo”. E14

“ando com ela no carrinho e vou um bocadinho lá fora quando está bom.”E13

Percebemos também que algumas mães reclusas manifestam dificuldades em cuidar do filho, quer por adoecerem, quer por se sentirem cansadas e/ou incapazes de resolver algumas das dificuldades nos cuidados. Também é perceptível a demissão do papel de mãe em algumas das circunstâncias mais difíceis, justificado com cansaço e falta de paciência para o filho.

“tive uma depressão depois do parto e durante 1,5 anos não consegui tomar conta dela[a filha] ...não consegui ser mãe...não me senti bem como mãe. E9

“não consegui dar de mamar, e fiquei muito cansada” E15

“às vezes tenho dificuldade em que ele [o filho] durma, e já não sei o que fazer” E8
“ela [a filha] só adormece às 23h e ela [a filha] não me deixa desligar a televisão...ela [a filha] é que manda.” E2
“estou sem paciência para ela [a filha] ...estou cansada” E3
“ela [a filha] não se entretém, só faz asneiras...e eu deixo-a...não tenho paciência” E3

Simultaneamente contudo vislumbramos que, o cuidado do filho recluso também pode ser encarado como um entretenimento, que funciona em benefício da própria mãe, no sentido em que contribui para preencher o seu tempo de reclusão e, a sensação que este tempo decorre assim mais rápido.

“enquanto trato dela [a filha] estou entretida”. E4
“ajuda [a filha] muito a passar o tempo”. E5

Ter o filho consigo representa ainda, para algumas mães, uma ajuda a torna-la mais forte e capaz de superar as dificuldades da reclusão e, constitui até um motivo de bom comportamento que irá permitir quiçá uma libertação mais precoce.

“estar aqui presa era muito mais difícil sem ela [a filha], ajuda a dar força. E8
“É ela [a filha] que me dá força para aguentar tudo. E10
“ele [o filho] ajuda-me muito a querer sair.” E12
“ajuda muito a não fazer asneiras. E7

A relação com o pai do filho

Estar em reclusão, implica mudanças na organização e nos relacionamentos familiares em geral, e na relação com o pai do filho de forma particular, assumindo esta contornos muito diversos entre as mães reclusas.

Importa referir que um número muito elevado – treze em quinze destes pais se encontravam também reclusos, pelo que sujeitos ao regime de visitas que está instituído entre estabelecimento prisionais. Uma parte significativa das mães reclusas tinha filhos fruto de relacionamentos anteriores, ou tinha uma relação atual que já não era com o pai do filho.

Na verdade, pudemos constatar um leque muito variado nas situações de relacionamento entre a mãe reclusa e o pai do filho que a acompanha em reclusão, oscilando entre a ausência total de qualquer contacto e a existência de um relacionamento tão próximo quanto as normativas da instituição prisional permitem, no que diz respeito a visitas e a visitas íntimas¹⁴.

“ele [o pai] só nos visita uma vez por mês...que é o regime entre EPs.”E1

“o pai só vem uma vez por mês.”E6

“o meu marido vem todos o fins de semana”.E10

“o meu marido e os três filhos que estão com ele vêm me ver de quinze em quinze dias”.E4

“o pai não vem visitar quase nunca...ele [o pai] é doente e não pode.”E2

“veio visita-lo [o pai] até ao ano de idade...mas depois deixou.”E3

“mas ele [o pai] podia contactar-me e não o fez...”E15

“ele [o pai] sabe que o bebé já nasceu, mas depois não sei mais nada dele [o pai], pois não tenho conseguido falar com ele [o pai]...”E15

“o meu marido está preso...e ainda não me veio ver, nem falamos ao telefone”.E14

Em reclusão a comunicação com o exterior é algo sujeito a regras bastante restritivas. A posse de telemóvel é absolutamente proibida, assim como o acesso a rede digital, sendo viável o uso do telefone fixo, com periodicidade regulamentada e suportado financeiramente pela reclusa. Assim, o contacto escrito, por carta, constitui também uma opção utilizada pelas reclusas, sendo que algumas delas trocam correspondência com bastante frequência.

“ele [o pai] escreve-me cartas e diz para tomar bem conta dele [do filho]”. E1

“escrevo-lhe [ao pai] todos os dias, quer dizer peço às minhas colegas, porque eu não sei”.E9

“escrevemos algumas cartas”E15

Em reclusão, muitos relacionamentos terminam,

“não quero saber dele [do pai] para nada...e ele [o filho] também não precisa dele para nada.”E3

“quando sair daqui vamos viver todos juntos...mas o pai não...e nem quero falar nisso.” E6

¹⁴ A visita íntima consiste na possibilidade de um casal dispor de um encontro íntimo em instalações próprias para o efeito existentes no estabelecimento prisional, com uma periodicidade mensal e por um período de três horas

alguns outros começam,

"o meu marido já se arranjou na vida...e eu também." E11

*"o meu namorado é filho de uma reclusa. Começamos a namorar quando ele vinha visitar a mãe, e agora visita as duas."*E3

*"tenho um namorado que também está preso, conhecemo-nos numa precária".*E6

existindo contudo vontade de reorganizar a família anterior ou uma nova família,

*"quando sair daqui quero ir buscar os outros filhos e ficarmos todos juntos, pois já vivíamos todos...os filhos deste [o companheiro] e do meu outro marido."*E4

*"quando sair penso ficar com o pai da minha filha, com a outra filha e a minha mãe, que entretanto ficou viúva."*E7

*"quando sair acho que vamos ser uma família com o meu namorado, que também tem um filho."*E3

mas com mais frequência existe incerteza na relação e no futuro, no que vai acontecer depois de terminada a reclusão,

*"sou casada pela lei cigana, e não sei quanto tempo vai durar...e eu não sei o que me vai acontecer a mim...se vou ser condenada por muito tempo..."*E1

*"quando sair vou juntar-me ao resto da família, ao pai e aos outros filhos...mas não sei como as coisas vão correr...pois estou longe."*E8

*"as minhas filhas já lhe chamam pai e ele diz que quer ficar comigo...mas ainda faltam seis anos...vamos ver."*E11

*"o que eu queria quando sair daqui a dois anos, era criar o meu filho junto com ele [o pai do filho]...não queria que o meu filho crescesse longe do pai...mas não sei como vai ser..."*E15

*"com o pai logo se vê..."*E12

Estas circunstâncias familiares afetam o relacionamento do pai com a criança, fazendo com que se algumas delas tenham um contacto regular com o pai, que incluem até alguns períodos mais alargados no exterior, para outras implica que não tenham qualquer relacionamento com o pai, ou mesmo não o tenham ainda conhecido.

*"ela [a filha] reconhece o pai nas fotografias".*E3

*"ela [a filha] reconhece o pai quando o vê nas visitas."*E10

*"a menina [a filha] conhece mal o pai...mal o reconhece".*E2

*"ela [a filha] não chama pai a ninguém...mas aqui dentro ninguém chama pai...não se ouve."*E8

*"já foi [a filha] à rua com o pai três ou quatro vezes."*E4

“o pai quando sair quer levar o filho para fora...vai tentar levar.”E5

“ele [o filho] já foi com ele [o pai] em duas precárias.”E9

A família fora da prisão

A mãe que se encontra reclusa com o filho possui família dentro, constituída pelo filho qua a acompanha, mas também continua a ter família fora da prisão. Esta família ocupa também um lugar muito importante para a mãe reclusa, percebendo-se que são também distintas as situações de contato que mantém com a sua família. Enquanto em algumas situações a família apoia e visita, estando até presente em momentos importantes da vida de mãe e filho reclusos, noutras tal não acontece.

“o resto da família visita-nos também uma vez por mês ou de dois em dois meses”.E6

“no hospital quando ela [a filha] nasceu, tive visitas dos meus pais, irmãs, cunhadas.”E13

“ não costumo ter visitas, fica longe e eles não podem vir”E2

De forma particular as mães reclusas expressam preocupação com os seus outros filhos que estão no exterior, dos quais, por vezes, não tem notícias e não contacta.

“os outros quatro [filhos] ... não o vejo há cinco meses.”E4

“tenho mais cinco filhos mas não me visitam”.E5

Estes filhos estão sempre entregues a outros, e nunca a si, por vezes a familiares, mais ou menos diretos, outras vezes a instituições que por necessidade recorreram.

“as minhas outras filhas estão com os meus pais.”E13

“o meu outro filho está com a minha mãe.”E14

“os outros quatro [filhos] estão com a minha cunhada e não os vejo há cinco meses.”E4

“eu tive de os [filhos] por no colégio...porque não podia tomar conta deles...e assim eles estão melhores.”E11

É patente a preocupação por não conseguir “ser mãe” dos outros filhos que estão em liberdade, já que destes ela não consegue prover das suas necessidades e não sabe na realidade como isto acontece. Do filho recluso ela garante os cuidados, mas dos outros filhos tal não é possível.

Podemos inferir que o facto de a mãe ter um filho consigo em reclusão, implica que abdique do seu papel materno em relação aos seus outros filhos.

“eu deste tomo conta e sei que ele está bem comigo, já com os outros [filhos] eu não sei, não vejo...” E5

“o lugar dos filhos é com a mãe, somos nós [mães] que temos de tratar deles” E4

Embora única, encontramos uma família alargada em reclusão, sendo relatada como uma situação de grande ajuda para o desempenho maternal de mais do que um filho em reclusão.

“a minha mãe também está presa noutra ala, e é uma grande ajuda. Ela ficou com a minha outra filha nos últimos seis meses, porque era complicado ficar na cela com os dois.” E11

Ser mãe e reclusa estrangeira

A perspetiva sobre ser mãe reclusa e estrangeira importa referenciar, tomando em consideração que elas representam um número significativo entre a população em estudo, bem como enfrentam situações muito particulares que consideram emergir da sua condição de ser estrangeira.

É notório associarem dificuldades acrescidas pelo facto de serem estrangeiras, desde sentirem-se mais sozinhas e distantes das suas raízes, e até com “menos liberdade” do que uma reclusa portuguesa.

“é tudo mais difícil por não estar no meu país...é muito diferente.” E8

“para as estrangeiras é mais difícil com os filhos, pois não têm liberdade nenhuma...as crianças não têm com quem sair.” E8

“Quando cheguei estava muito assustada. Estava num país estrangeiro, presa e grávida...e nem sempre tive palavras amigas.” E15

As dificuldades na expressão e na compreensão, particularmente com os profissionais de saúde são evidenciadas por grande parte delas, denunciando que geram dúvidas e insegurança em alguns aspetos do desempenho materno. São ainda referidos alguns cuidados prestados pelos profissionais que lhes causam preocupação por colidirem com aquilo que são algumas das suas práticas do cuidado ao filho.

“no início não me percebiam [os enfermeiros, os médicos] e eu também não os percebia, passava o tempo a chorar.” E7

“os enfermeiros percebem melhor mas mesmo assim não são todos e eu fico com dúvidas na mesma.” E7

“pergunto muito aos enfermeiros pois como sou venezuelana tenho medo que não me percebam e de eu não ter percebido tudo.” E8

“aqui vou às consultas do pediatra, mas ele não me percebe.” E7

“eu não percebo muito bem o médico e ele diz-me que também não me percebe.” E8

“uma vez puseram-lhe [os enfermeiros] um supositório...e eu fiquei muito admirada e preocupada porque lá não é assim...eu nunca pus à minha outra filha e nunca vi fazer.” E7

É também entre as reclusas estrangeiras que se verificam maior número de nascimentos em reclusão, e que foram sentidas formas de atendimento que interpretaram como diferentes, por parte dos profissionais de saúde, devido à sua condição de reclusa.

“as enfermeiras falavam um pouco seco e rápido e quando viram as guardas na porta, trataram-me diferente.” E15

“também o médico pensava que as guardas eram minha colegas e que me vinham visitar, ele ficou mesmo pasmo...porque presa deixa de ser gente.” E15

Sob o próprio olhar e o olhar dos outros

Acerca do que as mães reclusas pensam sobre o seu desempenho materno resultaram perceções muito variáveis. Assim sob o próprio olhar encontramos

testemunhos convictos de que se consideravam “boas mães”¹⁵, mas por outro lado auscultamos incertezas e mesmo desvalorização acerca do seu papel.

“eu acho que sou boa mãe, acho que estou a fazer um bom papel.”E5

“acho que sou boa mãe”E8

“acho que sou boa mãe, pois sou muito coisa com ela [a filha]e com as outras[filhas] era igual...”E13

“durante muito tempo não fui boa mãe...”E9

“fiz muitas asneiras enquanto mãe...e sinto muita vergonha”.E9

“lá fora seria melhor mãe...”E10

“acho que sou boa mãe...mas não sei...”E11

“ainda me sinto insegura como mãe...”E15

“penso muitas vezes que tinha cuidado melhor dos meus sobrinhos do que da minha filha.” E9

“quando ela [a filha]sai atira-me um beijinho e diz adeus...acho que não sente a minha falta...e a minha irmã diz que ela [a filha] fica bem lá fora.” E3

Também a sua percepção sob o olhar dos outros, o seu desempenho materno surge como variável, através de testemunhos que consideram que os outros a vêem como “boa mãe”, mas também revelam ter a percepção que algumas pessoas não a olham dessa forma, bem como em alguns casos dizem não ter a certeza de como é vista no seu papel materno.

“eu acho que os outros [a família, os enfermeiros] acham que eu sou boa mãe”.E2

“eles [a família] acham que eu sou boa mãe”E4

“eu arranjo muito bem a minha filha...e as outras reclusas que não são mães dão-me os parabéns.”E7

“eles [a família] acham que eu estou sem paciência”E3

“...durante muito tempo as minhas colegas [reclusas] não acharam que eu era boa mãe”E9

“não sei o que os outros [a família, os enfermeiros] acham...”E5

“acho que os outros acham que eu sou boa mãe...mas não sei...”E13

“as outras pessoas não sei o que pensam de mim...”E14

“ quando os enfermeiros dizem qualquer coisa eu fico nervosa e penso que eles [os enfermeiros] acham que a culpa é minha...que não estou sendo boa mãe.”E15

¹⁵ Ser boa mãe foi verbalizado corresponder a: manter os filhos limpos e asseados; estar atenta à sua segurança; colocar as necessidades do filho antes das suas próprias necessidades.

Do aprender ao saber cuidar do filho

Sobre as competências maternas para o cuidado ao filho, inferimos que relativamente ao aprender sobre os cuidados ao filho, esta se revela ter sido uma experiência muito variável entre as mães reclusas. Assim, uma grande parte das mães refere que aprenderam os cuidados ao filho pela prática de cuidados a este filho, mas fundamentalmente que a aprendizagem fez-se através da experiência de já ter cuidado de outros filhos ou de outras crianças familiares.

“fui aprendendo...” “eu tomei conta de um sobrinho e sabia algumas coisas”.E1

“ele [o filho] vai-me ensinando...”E12

“sei tomar conta porque já tive muitos...”E4

“eu tomei conta de um sobrinho e sabia algumas coisas”.E1

“quando a minha filha nasceu eu já sabia tudo... sempre gostei muito de bebés e já tinha criado a outra.”E3

“já tive outros filhos e por isso já sabia tudo.”E6

“já sabia dos cuidados aos bebés da minha outra filha.”E7

Outros testemunhos apontam para a aprendizagem sobre os cuidados ao filho ser feita com outras mães (reclusas) ou familiares.

“aprendi muito com o pai da minha filha que é enfermeiro de obstetrícia.”E7

“é com a minha mãe que falo mais se tenho dúvidas, durante as visitas, mas falo com ela [a mãe] todos os dias pelo telefone.”E10

“muitas vezes faço perguntas às outras mães [mães reclusas]... mas cada uma diz uma coisa.”E1

“as outras mães [mães reclusas] é que me disseram que não era assim.”E2

“quando quero saber alguma coisa pergunto primeiro às outras mães [mães reclusas].”E3

Os enfermeiros também são mencionados não só como fonte de ensino sobre os cuidados, mas como a pessoa a quem recorrem em situações de dúvidas sobre os mesmos.

“mas os enfermeiros também me ensinaram, por ex: a dar banho e assim.”E1

“os enfermeiros ajudaram-me e ensinaram-me... foram-me dizendo coisas... eles faziam e eu via... mas depois quando tive que fazer não sabia.”E2

“... pergunto aos enfermeiros... aproveito a hora em que eles vêm dar os medicamentos.”E1

“quando tenho dúvidas pergunto aos enfermeiros.”E14

“Quando regressei ao EP já tinha muito leite e as enfermeiras ensinaram-me a tirar.” E15

Entende-se também que existem algumas mães que têm a convicção de que sabem tudo o que consideram necessário para o cuidado ao filho, pelo que do seu ponto de vista, a aprendizagem é desnecessária. Mas também escutamos quem julga não ter tido a preparação necessária, e assim precisar e ter vontade de aprender mais sobre os cuidados ao filho.

“não me faz falta aprender nada.”E8

“quando entrei já trazia a minha filha, por isso não precisei que me ensinassem nada.”E11

“os enfermeiros não precisaram de me ensinar nada...confiaram que eu já sabia e não precisaram de ver nada.”E3

“sei para este o que já sabia dos outros [filhos]...mas gostava de saber mais algumas coisas.”E11

“gostava de saber mais sobre bebés.”E13

“quero saber tudo...”E2

“não fiz nenhuma preparação para o parto, nem para ser mãe.”E1

“ninguém me ensinou nada...”E1

“quando estava grávida vi um filme sobre o bebé na barriga mas não mostrava a tomar conta dele cá fora.”E13

Atender à saúde e à doença do filho

Para atender à saúde e doença do filho em reclusão, as mães referem vigiar a saúde através das consultas médicas pelo pediatra¹⁶ do estabelecimento prisional, e procurarem a assistência do médico e dos enfermeiros em algumas situações relacionadas com doença do filho.

“vou sempre com ele [o filho] às consultas e estou sempre a guardar pela saúde dele.”E8

“vim sempre às consultas do pediatra...”E5

“vou às consultas todas do pediatra e também peço às enfermeiras para pesar.”E13

“vou às consultas todas e estou muito atenta a tudo...”E12

¹⁶ A vigilância de saúde das crianças reclusas é realizada pelo médico pediatra do estabelecimento prisional e numa periodicidade de uma consulta mensal. Este profissional encontra-se contudo presente na instituição uma vez por semana também para atender situações referenciadas por doença.

“quando a menina [a filha] está doente vou ao médico.”

“vou aos enfermeiros sempre que ela [a filha] está doente”.E10

“vou enfermeiros quando é preciso...se ele [o filho] tem alguma coisita, febre ou assim.”E11

Percebemos que consideram não possuir alguns meios para atender e controlar atempadamente a situações de doença aguda, nomeadamente no que se relaciona com a febre, bem como se imporem normas institucionais que atrasam o atendimento quando este é mais urgente.

Sobre estas situações que relatam como mais urgentes, e que dizem respeito a episódios de febre, engasgamento, quedas, entre outros, e que ocorrem durante o tempo de fecho de cela noturno¹⁷, percecionamos que são vividas pelas mães com especial angustia e nervosismo, por se sentirem neste período mais sozinhas e por saberem que poderão não ser atendidas com a brevidade que gostariam em face das normas que regem este atendimento.

“temos termómetro mas não temos nenhum medicamento...por exemplo para a febre.”E5

“não podemos ir de pijama aos serviços clínicos, o que demora mais a sermos atendidas com as crianças.”E10

“sinto-me muito nervosa durante a noite, quando nos fecham. Se o bebé tiver alguma coisa, ainda demoram vir a atender...e é a guarda”. E1

“o maior problema é na cela...”E3

“Fico mais aflita por ele [o filho] quando somos fechadas”. E6

Ainda sobre a assistência de saúde que as crianças usufruem em reclusão, foram evidenciadas opiniões que denotam descontentamento com a mesma, nomeadamente com a equipa de saúde, e com o tratamento medicamentoso de algumas situações. Percecionamos que algumas mães gostariam e encetam esforços para ver os seus filhos atendidos no exterior, mesmo assumindo o custo financeiro desta situação.

“as crianças aqui ficam doentes e andam dias e dias...não ligam..”E3

“o pediatra não vale nada...diz que é tudo normal:”E3

“os medicamentos que dão aqui não prestam...”E3

¹⁷ O período de fecho de cela noturno ocorre entre as 19h e as 7h

"vou aos enfermeiros mas acho que eles não resolvem muitos as coisas."E9

"ela [a filha] nasceu muito pequenina e continua, pesa pouco e estou a ficar preocupada, por isso vou manda-la [a filha] lá fora a uma consulta, tem melhores condições."E3

"vou sempre ao pediatra, mas ele [o filho] tem um problema num pé aos andar e ele [o pediatra] não liga."E10

"havia uma enfermeira que teimava que eu não sabia tratar da minha menina, por ex: dar banho, vestir, mudar as fraldas e assim...e eu perdia a confiança em mim...acreditava que não era capaz."E9

"senti muita pressão dos enfermeiros para dar o biberão todo...porque eles pensam que a culpa é minha...que eu não dou direito."E15

"se eu estivesse lá fora ia a um médico...pagava..."E15

"eu não pergunto coisas a alguns enfermeiros...vejo quem [enfermeiro] está e se não for bom...espero pelo seguinte [enfermeiro]."E15

Também pudemos registar opiniões de agrado na assistência de saúde, nomeadamente relativos ao acompanhamento por parte dos enfermeiros.

"A gravidez correu muito bem, fui muito bem atendida...sempre que precisei alguma coisa...não tenho razão de queixa, as enfermeiras são muito boas, qualquer coisa vêem logo a criança." E13

"as enfermeiras também foram ensinando e ajudando." E15

Ajudar o filho a crescer

No que se relaciona com o ajudar o filho a crescer, as mães referem-se a aspetos relacionados com a estimulação do crescimento e desenvolvimento que se prendem essencialmente com o brincar, mas que percecionamos corresponderem a práticas muito limitadas na variedade e profundidade em termos de estimulação quer motora quer cognitiva.

"brinco muito com ela [a filha], tenho muitos brinquedos, brinco no recreio e na cela:"E2

"às vezes vou com ela [a filha] ao colo, mostrar os desenhos que estão na parede do recreio..."E4

"brinco com ele [o filho] desde que somos fechados, com os brinquedos que ele [o filho] tem na cela."E6

"jogo à bola com ele [o filho]..."E6

"vou muito para a cela para ele [o filho] ver televisão, porque a sala está uma confusão."E6

"costumo cantar-lhe [ao filho] canções..."E8

"também lhe [ao filho] dou papel para desenhar e ele gosta muito."E8

"canto muito para ela [a filha] ...e abano os brinquedinhos..."E13

“ele [o filho] gosta é de arrastar as cadeiras e de ir para as escadas...mas eu brinco com ele [o filho].”E13

Na verdade, e justificando de alguma forma os achados anteriores, uma parte das mães refere ter poucos conhecimentos sobre a forma como as crianças crescem e se desenvolvem, bem como denunciam não terem meios e materiais adequados para conseguirem acompanhar e estimular o crescimento e desenvolvimento do filho.

“não sei nada disso...quando se vai [o filho] sentar...ou andar.”E1

“eu não sabia nada disso do crescimento...não criei a outra minha filha.”E2

“não sei bem isso do desenvolvimento dela [da filha].”E10

“não tenho muito a ideia de como ele [o filho] cresce.”E14

“brinco com ele [o filho] ...porque acho que devo, mas ele [o filho] aqui não tem muitas coisas.”E5

“na ala não tem brinquedos, está tudo estragado...”E6

“ele [o filho] não tem carrinhos...não deixam entrar brinquedos...”E6

“deram-lhe [à filha] agora a primeira boneca só dela...”E9

“não tenho livros por isso não lhe [o filho] posso ler...”E10

“acho que eles [as crianças] não têm muito espaço para brincarem...”E11

“ele [o filho] quase não tem brinquedos...tem um carrinho e um boneco...”E14

Os conhecimentos e as habilidades

Relativamente às competências maternas, importa conhecer o nível de conhecimentos e habilidades das mães reclusas com filhos para assegurarem os cuidados ao filho.

Para um conhecimento acerca de algumas características importantes da população em estudo, as mães são aqui descritas relativamente às características sociodemográficas, características da história obstétrica, a previsão do apoio familiar e o suporte recebido nos cuidados à criança, as fontes de informação utilizadas, a atitude face à necessidade *vs* procura de informação, a caracterização do parto e do recém-nascido, assistência e a vigilância de saúde.

Caraterização sociodemográfica

No que se refere à idade das mães, verifica-se que a média de idades foi de 33,5 anos, com limite mínimo de 22 anos e máximo de 43 anos.

Relativamente ao nível de escolaridade, verifica-se que onze mães frequentaram algum nível do ensino básico, quatro mães não possuem qualquer escolaridade, e uma mãe possui frequência de ensino superior (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das mães quanto ao nível de escolaridade

Nível escolaridade	N
Sem escolaridade	4
1º ciclo do Ensino básico	2
2º ciclo do Ensino Básico	6
3º ciclo do Ensino Básico	3
Ensino Secundário	1

Quanto à atividade profissional antes da reclusão, verifica-se que cinco das mães nunca tiveram qualquer profissão, quatro eram feirantes, uma era empregada de limpeza, uma era operadora de caixa, uma era professora, três estavam à altura desempregadas mas já tinham tido atividade profissional (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das mães quanto à atividade profissional

Profissão	N
Sem profissão	5
Pessoal não qualificado	7
Profissões intelectuais e científicas	1
Desempregado	3

A idade das crianças que acompanhavam a mãe em reclusão variou entre os quatro meses e os cinco anos, sendo a média de idade de dois anos e seis meses de idade (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das crianças reclusas quanto à idade

idade	N
< 6 meses	1
≥ 6 meses < 1 ano	1
≥ 1 ano < 2 anos	4
≥ 2 anos < 3 anos	3
≥ 3 anos < 4 anos	4
≥ 4 anos < 5 anos	3

Em relação ao estado civil das mães e na altura da reclusão, a situação de união de facto e de separada, correspondeu ao maior número situações entre as mães reclusas, mas outras formações familiares foram ainda possíveis de encontrar (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das mães quanto ao estado civil

Estado civil	N
Casada	2
Casada pela lei cigana	3
União de facto	5
Separada	5
Solteira	1

Em relação ao tempo de reclusão cumprido com o filho a cargo, os tempos variaram entre o um mês e os três anos e oito meses, sendo o maior número de situações se situaram em reclusas que já cumpriram entre dois e três anos de detenção (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das mães quanto ao tempo de reclusão cumprido

Tempo de reclusão cumprido	N
≤ 6 meses	2
≥ 1 ano < 2 anos	3
≥ 2 anos < 3 anos	7
≥ 3 anos ≤ 4 anos	4

Caraterização da história obstétrica

Em relação ao planeamento da gravidez do filho que tem consigo em reclusão, verifica-se que a gravidez foi planeada por cinco e não planeada por onze das mães e tratou-se de uma gravidez desejada por nove e não desejada por sete das mães. A média da idade gestacional ao nascimento dos filhos foi de 39,1 semanas de gestação, entre um mínimo de 31,4 semanas e um máximo de 42 semanas de gestação.

No que se refere ao índice obstétrico, verifica-se que uma mãe era primípara, sendo que as restantes tinham tido outras gravidezes – entre duas a oito gravidezes, e tinham outros filhos – entre um e seis filhos. Houve ainda referência a gestações que terminaram em abortamentos em quatro mães, num total de dez abortamentos, dos quais cinco voluntários, em três das mães (Tabela 6). Três mães referiram ter ponderado abortar na gravidez do filho que as acompanha em reclusão.

Tabela 6 - Distribuição das mães quanto ao índice obstétrico

Índice obstétrico		N
Gesta	1º filho	1
	2º ou + filhos	15
Para	1 parto anterior	1
	2 ou + partos anteriores	15
Aborto	0 abortos	12
	1 ou + abortos	4

Caraterização dos partos e dos recém-nascidos

Relativamente ao tipo de parto, verifica-se que tanto relativamente ao parto do filho que acompanha em reclusão, bem como em relação aos partos anteriores, a quase totalidade dos partos foi do tipo eutócico. Dos 41 partos anteriores, apenas uma das mães refere ter tido um parto distócico (por fórceps) e do parto

do filho atual, apenas se registou um parto distócico (por fórceps) e dois partos por cesariana (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das mães quanto ao tipo de parto

Tipo de parto		N
Anterior	Eutócico	14
	Ventosa/fórceps	1
	Cesariana	0
Atual	Eutócico	13
	Ventosa/fórceps	1
	Cesariana	2

Em relação ao local do parto do filho que acompanha a mãe em reclusão, a totalidade ocorreu em instituições hospitalares públicas.

Não foram referidas quaisquer complicações durante o parto ou no pós-parto.

Consideraram como positiva a experiência do parto e dos primeiros dias catorze mães, sendo que as duas que a consideraram como negativa mencionaram a dor sentida no trabalho de parto e a dificuldade em amamentar como principais motivos.

No que se refere à presença do pai durante o parto, constata-se que apenas três dos pais assistiram ao parto do filho, sendo que a percepção da mãe é de que estes consideraram a experiência positiva.

O índice de Apgar variou entre 7 e 9 ao primeiro minuto e entre 8 e 10 ao quinto minuto, sendo que 14 dos recém-nascidos tiveram Apgar 9 ao primeiro minuto e 10 ao quinto minuto.

O peso dos recém-nascidos ao nascimento variou entre os 1530 gr e os 3775 gr, e cinco tiveram algum tipo de complicação neonatal, como aspiração de vômito, urosepsis e síndrome de abstinência em quatro das situações. Das crianças reclusas, dez eram do sexo feminino e seis do sexo masculino.

Suporte recebido nos cuidados à criança

Em relação ao apoio nos cuidados à criança, cinco das crianças nasceram durante o período de reclusão, pelo que nesta circunstância os cuidados à criança foram desde o seu nascimento, integralmente assumidos pela mãe reclusa. Das restantes, e antes da reclusão, verificou-se que a maior parte teve algum tipo de ajuda relativa aos cuidados no tomar conta do filho, sendo esta prestada essencialmente por familiares. Salienta-se que apenas numa situação foi referido o pai como a pessoa que ajudou a cuidar da criança (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das mães em função do suporte recebido nos cuidados à criança

Suporte nos cuidados à criança		N
Quem ajudou	Pai	1
	Mãe/sogra	3
	Outros familiares	5
	Amigos	0
	Não teve ajuda	3
Tipo de ajuda	Tomar conta da criança	4
	Ajuda nos cuidados à criança	5
	Ajuda nas tarefas domésticas	2
	Outras	0

Atitude face à necessidade e procura de informação sobre os cuidados à criança

No que diz respeito à necessidade e procura de informação, constata-se que metade das mães refere não ter tido dúvidas relativa aos cuidados ao filho e como tal não ter procurado informação por antecipação ou mesmo em face de qualquer cuidado, seis das mães mencionam ter procurado informação nas situações de dúvidas ou dificuldades nos cuidados ao filho e apenas duas das mães procuraram por antecipação a informação relativa aos cuidados do filho (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das mães em função da atitude face à necessidade e procura de informação

Atitude face à necessidade e procura de informação	N
Procura de informação (por antecipação)	2
Quando a situação surgir se verá	6
Não tem dúvidas	8

Fontes de informação

Relativamente às fontes de informação que as mães utilizaram em face das necessidades de informação para os cuidados ao filho, verifica-se que os profissionais de saúde representam as fontes mais utilizadas. O médico é a fonte de informação referida pela quase totalidade das mães, seguindo-se o enfermeiro ao qual se referem seis das mães, logo seguido dos familiares, que são mencionados por cinco mães. Consta-se ainda que o livro é apenas referido por uma mãe, a internet não foi referida por nenhuma das mães e uma mãe refere não ter recorrido a qualquer fonte de informação sobre os cuidados ao filho (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição das mães em função das fontes de informação utilizadas

Fontes de informação utilizadas	N
Livros	1
Internet	0
Enfermeiro	6
Médico	12
Familiares	5
Outras mães	2
Nenhuma	1

Assistência e vigilância da saúde

Em relação aos locais de vigilância da saúde durante a gravidez, verifica-se que a maior parte das mães foi vigiada em centro de saúde e hospital e nenhuma por médico privado. A prisão constitui o local de vigilância da saúde da

gravidez exclusiva em três situações, e em associação com o hospital e o centro de saúde em duas situações (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição das mães relativa ao local de vigilância da gravidez

Local de vigilância da gravidez	N
Centro Saúde	7
Médico privado	0
Consulta Hospital	3
Prisão	3
Centro Saúde e Prisão	1
Consulta Hospital e Prisão	1
Sem vigilância	1

Relativamente à assistência de enfermagem, a quase totalidade das mães refere ter tido o acompanhamento por enfermeiro nas consultas, qualquer que tenha sido o local onde esta foi efetuada, sendo que apenas uma mãe refere não o ter tido, por não ter recorrido aos serviços de saúde durante a gravidez.

Salienta-se que nenhuma mãe frequentou qualquer programa de preparação para a parentalidade, durante a gravidez.

Em reclusão¹⁸, nasceram cinco das dezasseis crianças que se encontravam reclusas.

No que se refere à vigilância de saúde infantil, observa-se que a totalidade das crianças realizou algum acompanhamento em centros de saúde ou instituições hospitalares até ao momento da reclusão (Tabela 12). Da observação do boletim individual de saúde constata-se contudo que o registo da vigilância de saúde das crianças nascidas antes da reclusão figura com uma cronologia de consultas reduzida, não compatível com a preconizada nas respetivas orientações da Direcção Geral de Saúde.

Após a reclusão a totalidade das crianças realizou a vigilância da saúde na prisão, com acompanhamento médico e de enfermagem.

¹⁸ Os partos das grávidas reclusas ocorrem na instituição hospitalar da respetiva área de influência geográfica do EPESCB.

Tabela 12 – Distribuição das crianças relativa ao local de vigilância de saúde infantil antes da reclusão

Local de vigilância de saúde infantil	Nº
Centro Saúde	8
Médico privado	0
Consulta Hospital	3

As competências maternas e os indicadores

Os resultados da avaliação das competências maternas e dos respetivos indicadores permitem uma descrição no que se relaciona com os *conhecimentos demonstrados* e *não demonstrados* e com as *habilidades demonstradas* e *não demonstradas* pelas mães, concorrendo assim para a compreensão do nível de preparação das mães reclusas para o exercício do papel.

A situação de conhecimentos e habilidades não demonstrados é especialmente relevante para a determinação da necessidade de cuidados de enfermagem, mas também importa conhecer os indicadores sobre os quais as mães demonstram conhecimentos e habilidades, concorrendo ambas as clarificações para o processo de enfermagem. Opta-se por descrever todos os indicadores relativos às mães avaliadas e, que em cada competência demonstrasse e não demonstrasse conhecimento e demonstrasse e não demonstrasse habilidade.

Preparar a casa e o enxoval para o recém-nascido

Esta competência parental envolve os aspetos relativos à preparação da casa e do enxoval para receber o recém-nascido e engloba um total de dez indicadores da dimensão do conhecimento. Observa-se que em todos os indicadores mais de metade das mães revelou défice de conhecimento, destacando-se o défice de conhecimentos sobre as características do quarto da criança e sobre os critérios de escolha e uso de chupeta observado na quase totalidade das mães reclusas.

Neste número estão incluídas todas as reclusas cujos filhos nasceram já em reclusão (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência: preparar a casa e o enxoval

Preparar a casa e o enxoval	D (n)	ND (n)
Caraterísticas do quarto do recém-nascido	2	14
Características do berço/cama	4	12
Caraterísticas do equipamento a adquirir/adaptar: para dar banho	5	11
Caraterísticas do equipamento a adquirir: cadeira de transporte	4	8(6NA)
Caraterísticas do equipamento a adquirir: carrinho de passeio	5	11
Critérios de escolha da roupa para o bebé	6	10
Cuidados gerais no tratamento da roupa do bebé	5	11
Critérios de escolha e uso de chupeta	1	14
Critérios de escolha das fraldas e toalhetes	4	12
O que é necessário levar para o hospital	6	10

Assegurar a higiene da criança e Vestir e despir vestuário

Relativamente ao dar banho ao filho e trocar a fralda, quinze das mães já tinham tido a experiência anteriormente.

Esta competência inclui vinte e dois indicadores, sendo que onze pertencem à dimensão do conhecimento e onze pertencem à dimensão da habilidade. Dos indicadores do conhecimento, as mães não apresentaram conhecimento em relação a nove dos indicadores e apresentaram conhecimento relativo a dois dos indicadores (Tabela 14). Dos indicadores do conhecimento destacam-se o conhecimento não demonstrado em relação às condições prévias para o banho, à lavagem dos olhos, à escolha de loções e de toalhetes de limpeza e à seleção dos momentos para cortar as unhas.

Tabela 14 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência: assegurar a higiene e vestir e despir vestuário

Assegurar higiene e vestir e despir vestuário	D (n)	ND (n)
Material necessário e condições prévias para o banho	2	14
Critérios para escolher os produtos de higiene a usar	2	14
Frequência e horário do banho	6	10
Lavar os olhos (pálpebras) /ouvidos	1	15
Como dar banho	4	12
Como e quando cortar as unhas	3	13
Critério de uso sobre os produtos de higiene perineal	6	10
Lavar o períneo (se menino/se menina)	3	13
Fatores de risco/medidas de prevenção do eritema da fralda	6	10
Material necessário para a troca da fralda	14	2
Sinais de eritema da fralda	14	2

Dos indicadores da habilidade as mães não a demonstraram em sete dos indicadores e demonstraram habilidade em quatro dos indicadores (Tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição das mães relativo à habilidade na competência: assegurar a higiene e vestir e despir vestuário

Assegurar higiene e vestir e despir vestuário	D (n)	ND (n)
Habilidade para reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, a água e testar a temperatura e aquecer o ambiente	5	11
Dar banho	6	10
Adotar medidas para prevenir acidentes durante o banho	6	10
Cortar as unhas	7	9
Lavar e secar a zona coberta pela fralda	6	10
Adotar medidas de prevenção do eritema pela fralda	4	12
Tratar o eritema pela fralda	4	6(6NA)
Escolher vestuário adequado à temperatura	13	3
Vestir e despir a criança	14	2
Reunir o material para a higiene perineal e troca da fralda	14	2
Reconhecer sinais de eritema da fralda	14	2

Tratar do coto umbilical

Em relação à competência parental: tratar do coto umbilical, regista-se que apenas duas das mães não tinham experiência anterior com a realização deste cuidado, embora uma destas já tivesse observado os cuidados com o coto

umbilical. Em nenhuma das crianças foi referenciada a ocorrência de qualquer situação de onfalite.

Integram esta competência é composta oito indicadores, dos quais cinco pertencem à dimensão do conhecimento e três à dimensão da habilidade. Relativamente ao conhecimento, as mães não o evidenciaram em quatro dos indicadores, apresentando conhecimento apenas no que se refere aos sinais de infeção do coto umbilical (Tabela 16).

No que se refere à habilidade, a quase totalidade das mães não a evidenciou em qualquer um dos indicadores (Tabela 17).

Tabela 16 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência: tratar do coto umbilical

Tratar do coto umbilical	D (n)	ND (n)
Material necessário para a desinfeção do coto umbilical	2	14
Quando é esperado a queda do coto umbilical	6	10
Como e com que frequência desinfectar o coto umbilical	2	14
Estratégias para promover a mumificação e cicatrização	2	14
Sinais de infeção do coto umbilical	6	10

Tabela 17 – Distribuição das mães relativo à habilidade na competência tratar do coto umbilical

Tratar do coto umbilical	D (n)	ND (n)
Reunir o material necessário para a desinfeção do coto umbilical	2	14
Desinfectar o coto umbilical	2	14
Manter o coto umbilical seco	2	14

Alimentar a criança: Amamentar e/ou alimentar com o biberão e/ou fazer a introdução de novos alimentos

Relativamente ao *amamentar*, catorze das mães tinha uma experiência anterior de amamentar, sendo que apenas duas não tinham amamentado anteriormente. Uma das mães que não amamentou referiu como motivo o consumo de drogas e a outra referiu que “o leite era fraco”. Das mães que amamentaram, oito

realizaram uma amamentação mista e seis amamentaram em exclusivo; onze tinham uma percepção positiva, e três, uma percepção negativa da experiência de amamentar.

Dos vinte e seis indicadores do conhecimento relativos ao amamentar, as mães não apresentaram conhecimento em dezasseis indicadores e evidenciaram conhecimento em nove dos indicadores. No que se relaciona com as estratégias para manter o bebé acordado durante a mamada, metade das mães demonstraram conhecer e também metade não demonstrou conhecimento. De realçar que nos indicadores relacionados com a extração de leite materno e suas condições de armazenamento e descongelação nenhuma mãe demonstrou conhecimento (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência: alimentar a criança - amamentar

Alimentar a criança - amamentar	D (n)	ND (n)
Caraterísticas do colostro e do leite	2	12
Crítérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas	4	10
Crítérios para decidir o intervalo e duração das mamadas	2	12
Sinais de ingestão nutricional e hídricas suficientes	2	12
Frequência das refeições	2	12
Sinais de pega adequada	1	13
Estratégias para manter o bebé acordado durante a mamada	7	7
Medidas que estimulam/comprometem a lactação	5	9
Fatores de risco de ingurgitamento mamário	2	12
Medidas de prevenção de ingurgitamento mamário	2	12
Fatores de risco de prevenção de fissura do mamilo	3	11
Medidas de prevenção de fissura do mamilo	3	11
Influência da alimentação da mãe no leite (composição)	4	10
Estratégias para manter a lactação/amamentação	2	12
Como extrair leite para armazenar	2	14
Condições e material para armazenar leite materno	0	14
Como descongelar leite materno	0	14
Benefícios da amamentação	11	3
Sinais de fome	10	4
Sinais de saciedade	9	5
Posição da mãe e do filho	10	4
Sinais de produção e libertação de leite	12	2
Diferença entre subida do leite <i>vs</i> ingurgitamento mamário	12	2
Efeitos da ingestão de cafeína na criança	10	4
Efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança	10	4
Efeitos de fumar/fumo do tabaco na criança	10	4

Ainda na competência de amamentar e nos nove indicadores relativos à habilidade, as mães não demonstraram habilidade em quatro dos indicadores e demonstraram habilidade em outros quatro. Num dos indicadores metade das mães apresentou habilidade e metade não apresentou habilidade (Tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição das mães relativo à habilidade na competência: alimentar a criança - amamentar

Alimentar a criança - amamentar	D (n)	ND (n)
Identificar sinais de ingestão nutricional suficiente	2	12
Assegurar pega adequada	1	13
Estimular a criança durante a mamada	7	7
Interromper a sucção antes de retirar a criança da mama	2	12
Adotar medidas adequadas de higiene das mamas	4	10
Identificar sinais de fome	12	2
Identificar sinais de ejeção de leite	13	1
Adotar uma posição confortável e posicionar a criança	12	2
Reconhecer o efeito na criança dos alimentos que a mãe ingere	10	4

Relativamente à ocorrência de *fissura do mamilo*, apenas duas das mães referem ter tido essa situação relacionada com a amamentação. Dos três indicadores pertencentes à dimensão da habilidade, as mães demonstraram reconhecer sinais de fissura do mamilo, mas não demonstraram habilidade para implementar medidas de tratamento nem para reconhecer sinais de cicatrização.

No que se refere ao *ingurgitamento mamário*, e das catorze mães que amamentaram, oito mães mencionam esta ocorrência. Dos três indicadores pertencentes à dimensão da habilidade, as mães demonstraram reconhecer sinais de ingurgitamento, mas não demonstraram habilidade para implementar medidas de alívio do ingurgitamento, nem para extrair leite manualmente/com bomba.

No que diz respeito ao *alimentar com biberão*, dez das mães tiveram esta experiência, pelo que consideramos em seis situações que a avaliação não era aplicável.

Dos sete indicadores a avaliar, as mães não demonstraram conhecimento em três dos indicadores e, demonstraram conhecimento relativamente a um indicador (Tabela 20). Não demonstraram habilidade em dois dos indicadores, sendo a preparação das mães relacionada com a técnica de alimentar a criança com biberão, o aspeto que foi evidenciado como apreendido por parte das mães (Tabela 21).

Tabela 20 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência: alimentar a criança - alimentar com biberão

Alimentar a criança - alimentar com biberão	D (n)	ND (n)
Material: biberões e tetinas e critérios de escolha	3 (6 N/A)	7 (6 N/A)
Métodos de lavagem e esterilização	2 (6 N/A)	8 (6 N/A)
Como preparar o leite adaptado	2 (6 N/A)	8 (6 N/A)
Como alimentar a criança com biberão	7 (6 N/A)	3 (6 N/A)

Tabela 21 – Distribuição das mães relativo à habilidade na competência: alimentar a criança - alimentar com biberão

Alimentar a criança - alimentar com biberão	D (n)	ND (n)
Garantir a limpeza e a esterilização adequada do material	3 (6 N/A)	7 (6 N/A)
Preparar o leite de acordo com as indicações, na quantidade adequada às necessidades nutricionais	2 (6 N/A)	8 (6 N/A)
Alimentar a criança com técnica correta	7 (6 N/A)	3 (6 N/A)

Em relação ao *colocar a eructar*, a quase totalidade das mães tinha já tido a experiência anterior. Dos três indicadores avaliados, as mães apresentaram conhecimento nos dois indicadores (Tabela 22) e apresentaram habilidade relativa ao único indicador (Tabela 23). Esta foi a única competência na qual os indicadores do conhecimento e avaliados como demonstrado foram superiores aos avaliados como não demonstrado.

Tabela 22 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência: colocar a eructar

Colocar a eructar	D (n)	ND (n)
Benefícios da eructação	16	0
Posicionar a criança para promover a eructação	14	2

Tabela 23 – Distribuição das mães relativo à habilidade demonstrada na competência: colocar a eructar

Colocar a eructar	D (n)	ND (n)
Posicionar a criança para promover a eructação	14	2

Relativamente ao *lidar com a regurgitação*, doze das mães referiram que os filhos tiveram episódios frequentes de regurgitação nos primeiros três meses de vida, e dos dois indicadores avaliados, as mães apresentaram habilidade em um dos indicadores, mas não demonstraram habilidade no outro (Tabela 24).

Tabela 24 – Distribuição das mães relativo à habilidade na competência: lidar com a regurgitação

Lidar com regurgitação	D (n)	ND (n)
Adotar medidas de prevenção da regurgitação	6	10
Reconhecer a diferença entre regurgitação e vômito	14	2

No que se refere ao *promover o desmame*, as mães não apresentaram conhecimento relativo aos dois indicadores avaliados (Tabela 25).

Tabela 25 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência: de promover o desmame

Promover o desmame	D (n)	ND (n)
Estratégias para o desmame	3	13
Sinais de desenvolvimento que indicam que a criança está apta para iniciar novos alimentos	4	12

No que se relaciona com a competência de *realizar a introdução de novos alimentos*, e dos nove indicadores relativos ao conhecimento, as mães não

revelaram conhecimento em sete e revelaram conhecimento em dois dos indicadores (Tabela 26). Não demonstraram habilidade no único indicador em avaliação (Tabela 27).

Tabela 26 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência: alimentar a criança – realizar a introdução de novos alimentos

Alimentar a criança - realizar a introdução de novos alimentos	D (n)	ND (n)
Critérios de introdução de novos alimentos na dieta da criança	4	12
Possíveis reações gastrointestinais ao alimento	6	10
Modo de preparar os alimentos	6	10
Ingestão de líquidos	5	11
Erros alimentares	2	14
Comportamentos da criança associados à refeição	4	12
Estratégias para lidar com os comportamentos da criança associados à refeição	3	13
Critérios de escolha de equipamento para alimentar a criança	11	5
Frequência das refeições	12	4

Tabela 27 – Distribuição das mães relativo à habilidade na competência: alimentar a criança – realizar a introdução de novos alimentos

Alimentar a criança - realizar a introdução de novos alimentos	D (n)	ND (n)
Fazer a introdução adequada dos diferentes alimentos na dieta da criança	4	12

Em relação à competência *lidar com o choro*, a quase totalidade das mães e, fundamentalmente porque o filho em reclusão não era o seu primeiro filho, já tinham lidado com bebês a chorar, sendo que dez das mães consideraram que o choro do seu bebê chorava pouco, quatro que chorava moderadamente e três que o seu choro era excessivo.

Esta competência agrega dez indicadores, sendo cinco associados ao conhecimento e cinco associados à habilidade. As mães apresentaram conhecimento e habilidade em relação a apenas um indicador respetivamente (Tabelas 28 e 29). Dentro dos indicadores do conhecimento não demonstrado tomam relevo os que se relacionam com os tipos de choro e com os fatores de risco associados à cólica/síndrome de cólica.

Tabela 28 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência: lidar com o choro

Lidar com o choro	D (n)	ND (n)
Padrão esperado de choro e tipos de choro	3	13
Estratégias de consolo	4	12
Sinais de cólica/síndrome de cólicas	6	10
Fatores de risco de cólica/síndrome de cólicas	3	13
Medidas de alívio da dor abdominal	10	6

Tabela 29 – Distribuição das mães relativo à habilidade na competência: lidar com o choro

Lidar com o choro	D (n)	ND (n)
Distinguir as necessidades da criança pelo tipo de choro	5	11
Confortar o bebê quando chora	4	12
Reconhecer sinais de cólica/distinguir de síndrome de cólicas	6	10
Adotar estratégias para reduzir o choro excessivo	5	11
Implementar medidas de alívio da dor abdominal	10	6

No que diz respeito à competência de *criar hábitos: dormir e/ou sono e repouso*, esta inclui seis indicadores, quatro referentes à dimensão do conhecimento e dois da habilidade. Na totalidade dos indicadores, as mães não apresentaram conhecimento e não demonstraram habilidade (Tabelas 30 e 31).

Tabela 30 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência criar hábitos: dormir e/ou sono e repouso

Criar hábitos: dormir e/ou sono e repouso	D (n)	ND (n)
Alterações do padrão de sono e vigília ao longo do tempo	6	10
Estratégias para criar hábitos para dormir	4	12
Comportamentos das crianças associados ao sono	2	14
Estratégias face aos problemas de sono	2	14

Tabela 31 – Distribuição das mães relativo à habilidade na competência criar hábitos: dormir e/ou sono e repouso

Criar hábitos: dormir e/ou sono e repouso	D (n)	ND (n)
Utilizar estratégias para criar hábitos para dormir	2	14
Utilizar estratégias para lidar com os problemas de sono	2	14

Em relação à competência *garantir a segurança/prevenir acidentes*, esta agrega vinte indicadores, distribuídos igualmente pela dimensão do conhecimento e da habilidade. Neste domínio as mães apresentaram conhecimento em três indicadores, e habilidade em três indicadores (Tabelas 32 e 33).

Tabela 32 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência: garantir a segurança/prevenir acidentes

Garantir a segurança/prevenir acidentes	D (n)	ND (n)
Medidas de prevenção de queimaduras	5	11
Medidas de prevenção de queimaduras solares	7	9
Medidas de prevenção de quedas	6	10
Medidas de prevenção de asfixia/sufocação/aspiração	5	11
Medidas de prevenção de envenenamento	6	10
Medidas de prevenção do SMSL	2	14
Medidas de prevenção com animais domésticos	1 (5 N/A)	10 (5 N/A)
Medidas de prevenção de afogamento	10	6
Medidas de prevenção de eletrocussão	10	6
Medidas para segurar e transportar a criança com segurança	11	5

Tabela 33 – Distribuição das mães relativo à habilidade na competência: garantir a segurança/prevenir acidentes

Garantir a segurança/prevenir acidentes	D (n)	ND (n)
Medidas de prevenção de queimaduras	5	11
Medidas de prevenção de queimaduras solares	7	9
Medidas de prevenção de quedas	6	10
Medidas de prevenção de asfixia/sufocação/aspiração	5	11
Medidas de prevenção de envenenamento	6	10
Medidas de prevenção do SMSL	2	14
Medidas de prevenção com animais domésticos	1	10(5 N/A)
Medidas de prevenção de afogamento	10	6
Medidas de prevenção de eletrocussão	10	6
Medidas para segurar e transportar a criança com segurança	11	5

Relativamente à competência *vigiar a saúde do filho*, estão agregados treze indicadores do conhecimento e dois da habilidade. Dos indicadores desta competência, dez relacionam-se com a dentição, sendo oito relativos ao conhecimento e dois relativos à habilidade.

Foi revelado conhecimento em dois dos indicadores do conhecimento, nomeadamente no relacionado com as reações vacinas e com o surgimento dos primeiros dentes da criança, sendo nos restantes evidenciado falta de conhecimento (Tabela 34). Não foi demonstrada habilidade nos dois indicadores (Tabela 35).

Tabela 34 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência: vigiar a saúde do filho

Vigiar a saúde do filho	D (n)	ND (n)
Coloração icterícia e icterícia	2	14
Achados normais na pele da criança	0	16
Medidas de proteção contra infeções	2	14
Sinais que justifiquem recorrer a um profissional de saúde	4	12
Medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes	5	11
Frequência da higiene oral	2	14
Material e produtos utilizados	6	10
Método de escovagem dentária	3	13
Alimentos cariogénicos	6	10
Problemas dentários	2	14
Quando consultar o dentista	1	15
Reação à vacinas	13	3
Quando surgem os primeiros dentes e os sinais que o evidenciam	10	6

Tabela 35 – Distribuição das mães relativo à habilidade na competência: vigilância de saúde do filho

Vigiar a saúde do filho	D (n)	ND (n)
Adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes	6	10
Adotar medidas de higiene oral	4	12

Acerca da competência de *reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal*, encontram-se incorporados alguns aspetos que se relacionam e especificam este padrão, nomeadamente a *capacidade sensório-motora*, o *desenvolvimento da imagem corporal* e o *desenvolvimento social-comunicação*, e dentro deste último ainda, os aspetos relacionados com a *regressão, a eliminação e o temperamento*.

São vinte e dois os indicadores associados à totalidade dos aspetos que integram esta competência e todos relativos ao domínio do conhecimento. As mães não demonstraram conhecimento em qualquer dos indicadores, surgindo indicadores nos quais nenhuma mãe o apresentava, tais como o padrão de peso esperado e o padrão de sono (Tabela 36).

Tabela 36 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência: reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal

Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal	D (n)	ND (n)
Padrão de aumento de peso esperado	0	16
Padrão de eliminação intestinal	2	14
Padrão de sono	0	16
Marcos do desenvolvimento	4	12
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - capacidade sensório-motora	D (n)	ND (n)
Motricidade grossa	2	14
Motricidade fina	2	14
Desenvolvimento psicossocial	3	13
Desenvolvimento cognitivo	3	13
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - desenvolvimento da imagem corporal	D (n)	ND (n)
Capacidade da criança em descrever a aparência das pessoas	2	14
Capacidade da criança para reconhecer a própria identidade	1	15
Comportamentos da criança relativos à sexualidade	2	14
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - desenvolvimento social-comunicação	D (n)	ND (n)
Desenvolvimento da linguagem	4	12
Formas de brincar ao longo do tempo	3	13
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - regressão	D (n)	ND (n)
Fatores que desencadeiam a regressão	3	13
Aspetos que evidenciam a regressão	1	15
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - eliminação	D (n)	ND (n)
Aquisição da independência para o uso do sanitário	7	9
Fatores que podem afetar o treino	4	12
Diferença do controlo vesical noturno e diurno	7	9
Utilizar estratégias para o treino sanitário	6	10

Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento - temperamento	D (n)	ND (n)
Indicadores de temperamento até ao 1º ano de vida	1	15
Indicadores de temperamento entre o 1 e os 3 anos de vida	2	14
Acessos de raiva e negativismo	4	12

Em relação à competência *lidar com os problemas comuns*, encontram-se associadas as situações de *febre*, *obstrução nasal*, *obstipação* e *diarreia*, num total de dez indicadores, essencialmente relativos à dimensão da competência, e no caso da febre também indicadores relativos à dimensão do conhecimento.

Foram identificados como já tendo ocorrido episódios de febre em catorze situações, cinco em relação à obstrução nasal, dois de obstipação e dois de diarreia.

As mães apresentaram conhecimento no indicador relativo ao reconhecimento da presença de sinais de febre, e não apresentaram conhecimento sobre as medidas de diminuição da temperatura corporal (Tabela 37). Nos restantes indicadores as mães não demonstraram habilidade (Tabela 38).

Tabela 37 – Distribuição das mães relativo ao conhecimento na competência lidar com os problemas comuns: febre

Lidar com os problemas comuns: febre	D (n)	ND (n)
Reconhecer a presença de sinais de febre	5	11
Medidas de diminuição da temperatura corporal	12	4

Tabela 38 – Distribuição das mães relativo à habilidade na competência lidar com os problemas comuns: febre; obstrução nasal; obstipação; diarreia

Lidar com os problemas comuns: febre	D (n)	ND (n)
Avaliar a temperatura corporal	4	12
Implementar medidas de diminuição da temperatura corporal	2	14
Lidar com os problemas comuns: obstrução nasal	D (n)	ND (n)
Reconhecer a presença de obstrução nasal	7	9
Implementar medidas de alívio da obstrução nasal	5	11

Lidar com os problemas comuns: obstipação	D (n)	ND (n)
Reconhecer a presença de obstipação	5	11
Implementar medidas de estimulação da eliminação intestinal	2	14

Lidar com os problemas comuns: diarreia	D (n)	ND (n)
Reconhecer a presença de diarreia	4	12
Implementar medidas de prevenção da desidratação	2	14

Em síntese, dos cento e vinte e três indicadores relativos à dimensão do conhecimento as mães apresentaram *conhecimento não demonstrado* em cento e um indicadores e conhecimento demonstrado em vinte e um indicadores; dos sessenta e seis indicadores associados à dimensão da habilidade apresentaram *habilidade não demonstrada* em trinta e oito indicadores e *habilidade demonstrada* em vinte e sete indicadores. Em dois indicadores, um relativo ao conhecimento e outro relativo à habilidade, não foi possível enquadrar em qualquer uma das situações por apresentarem igual número de *sim e não*.

3.2.3 (Re) construindo a identidade materna

Uma oportunidade para a mãe e para o filho

A reclusão parece poder constituir uma oportunidade para a mãe, para a criança e também uma oportunidade para a mãe-filho enquanto díade.

Na realidade, escutamos algumas mães reclusas que valorizam o “tempo” disponível para o cuidado do filho, assegurando que este não seria possível em liberdade, quer fosse o filho cuidado por si ou por outros, já que este cuidado teria que ser repartido com os outros afazeres domésticos e o cuidado dos outros filhos. Consideram ainda, que porventura algumas condições de que usufruem em reclusão poderão ser melhores para os filhos, do que aquelas que

os familiares lhes poderiam proporcionar em liberdade, chegando a manifestar pesar pelos outros filhos que estão fora da prisão.

“esta [a filha] se calhar está a ter mais mimo do que os outros [filhos], pois lá fora tinha que cozinhar, lavar, fazer as camas e tomar conta de todos.” E4

“tenho lá fora um menino de 1,5 anos que coitadinho está só com o pai e ele [o pai] tem que fazer tudo...” E5

“eu aqui tenho muito mais tempo.” E6

“com o pai ia passar mais frio...” E4

“os outros [familiares] não iriam ter o tempo que eu tenho para ela.” E7

Percebemos ainda que, para além desta circunstância muito particular, quiçá única, de permanência de mãe e filho juntos, entendemos também que para algumas mães o cuidado deste filho se trata de uma primeira experiência mais efetiva de exercício da maternidade, pese embora tenham já sido mães anteriormente.

Ligar-se ao filho e sentir-se mãe daquele filho

Mesmo em situações nas quais a mãe reclusa já tinha cuidado de outros filhos, a ligação a este filho e o que sentem como mães, são verbalizados como diferentes e mais intensos, assemelhando-se a viver verdadeiramente a experiência de ser mãe pela primeira vez.

“eu não criei a outra minha filha, por isso era mãe sem ser...ou quase.” E2

“com este filho é tudo diferente, parece que sou mais mãe.” E7

“entrei grávida aqui, e fui mãe aqui dentro...acho que fiquei mais ligada a ele [este filho] do que aos outros [filhos].” E13

“ele [o filho] aqui só depende quase de mim, só me tem a mim...dos outros [filhos] tinha ajuda” E11

Em síntese, e emergindo não só da opinião das mães reclusas com filhos ao seu cuidado, como também da caracterização feita das suas competências maternas, podemos inferir que o exercício da maternidade em reclusão não é igual para

todas as mães reclusas, mas é contudo semelhante. Foi possível identificar três categorias que definem e resumem este exercício, constituindo-se por : (1) enfrentar a reclusão como mãe; (2) ajustar-se á reclusão e à maternidade; (3) (re) construir a identidade materna. Foram ainda definidas quinze subcategorias, associadas às referidas categorias.

Este percurso, que tem início logo após a detenção e que é transversal ao período de reclusão configura um processo, que identificamos como corresponder ao **tornar-se mãe reclusa**, emergindo esta como a categoria central (Figura 3).

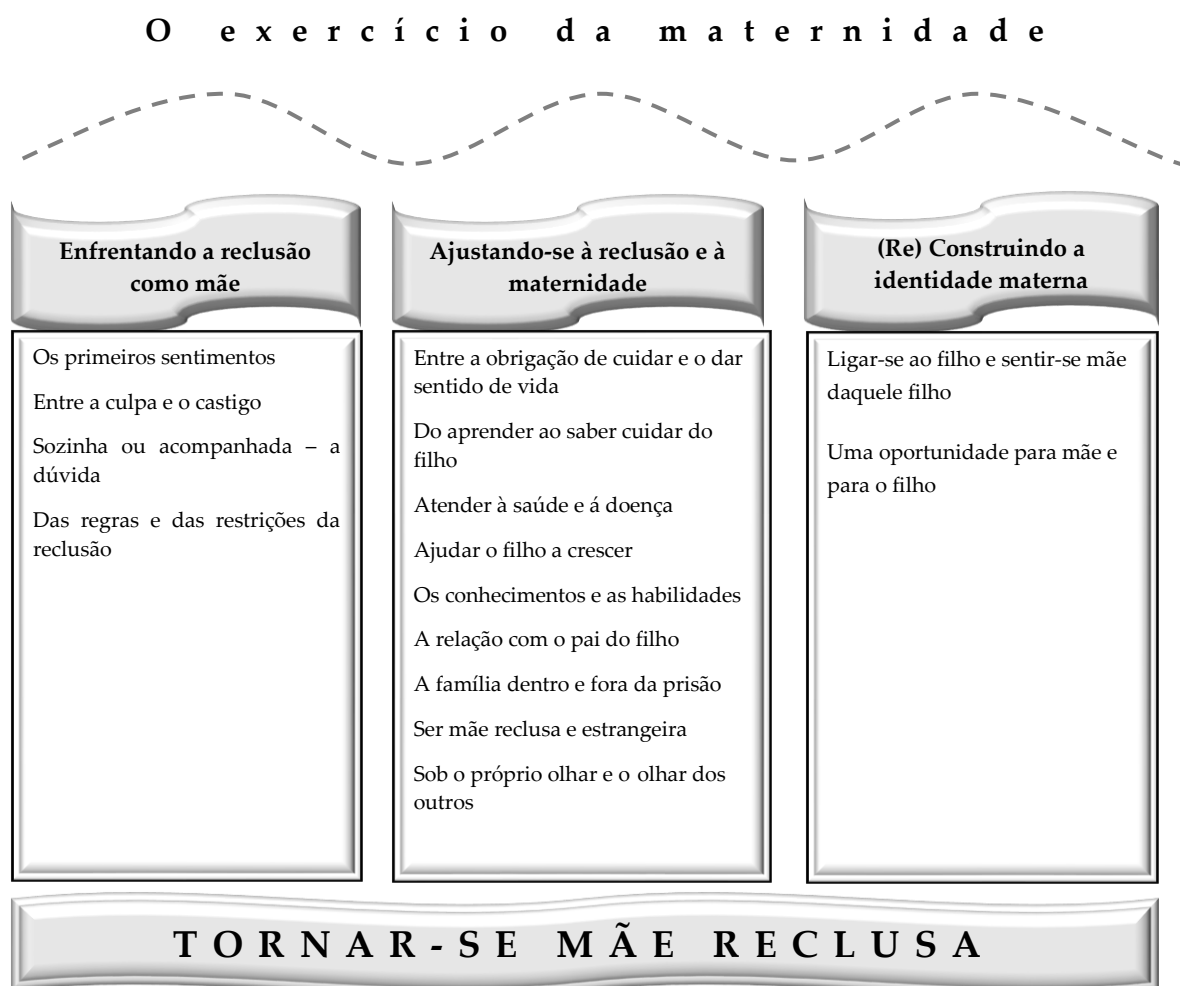


Figura 3 - Esquema da organização das categorias, subcategorias e categoria central, relativos ao exercício da maternidade

4. DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

4.1 DA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS E DA ASSISTÊNCIA DOCUMENTADA	129
Procedimentos de recolha de dados	130
Procedimentos de análise de dados	131
4.2 A CARATERIZAÇÃO DO CASO E O MOTIVO DE INTERNAMENTO	133
4.2.1 A Caraterização do caso	133
<i>A caraterização sociodemográfica e a situação conjugal/parental</i>	<i>134</i>
<i>A condição parental</i>	<i>134</i>
<i>História obstétrica e da gravidez</i>	<i>135</i>
<i>História da reclusão e a situação judicial</i>	<i>136</i>
<i>História da saúde da mãe e da saúde do filho</i>	<i>136</i>
<i>Aparência física da mãe e do filho</i>	<i>137</i>
<i>Hábitos e consumos de substâncias</i>	<i>137</i>
<i>Comportamentos de procura de saúde</i>	<i>138</i>
4.2.2 O motivo de internamento nos serviços clínicos	138
4.3 OS FOCOS DE ATENÇÃO E OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	141
4.4 AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	145
4.4.1 As intervenções autónomas.....	146
<i>Intervenções relacionadas com o desempenho do papel maternal</i>	<i>147</i>
<i>Intervenções relacionadas com a mãe e/ou grávida.....</i>	<i>152</i>
4.4.2 As intervenções interdependentes.....	157

4. DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem representou o segundo enfoque do nosso estudo. Tendo em conta o percurso de análise da informação sobre as mães reclusas e as suas competências para cuidar dos filhos, a necessidade de uma mais ampla exploração da assistência de enfermagem justifica-se agora duplamente: não só responder a um dos objetivos da investigação, mas também produzir contributos para uma assistência mais eficaz à população que agora conhecíamos melhor.

Esta fase foi operacionalizada, por um lado, através da perspetiva dos próprios enfermeiros e, por outro mas decorrente desta, através da análise da documentação produzida pelos enfermeiros sobre a assistência que providenciam.

4.1 DA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS E DA ASSISTÊNCIA DOCUMENTADA

Encaramos a perspetiva dada na primeira pessoa, para conhecermos e compreendermos o fenómeno em estudo. Pretendemos **conhecer a visão dos enfermeiros sobre a sua assistência profissional às mães reclusas com filhos ao seu cuidado – o que fazem? como o fazem? por que o fazem?** Interessava-nos conhecer a organização dos cuidados de enfermagem em geral, mas também as áreas de atenção, os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem, em particular.

Perante os dados recolhidos, organizados e analisados, surgiu a necessidade de buscar novos dados, nomeadamente no que se relaciona com a documentação

que os enfermeiros produzem relativa à assistência que prestam – *o que documentam? como documentam os cuidados que prestam?*

Procedimentos de recolha de dados

No que respeita à assistência de enfermagem na perspetiva dos enfermeiros e para auscultar todos os elementos da equipa acerca da sua prática, permitindo-lhes expor e partilhar opiniões, atitudes e experiências, recorreremos ao *focus group* como técnica de recolha de dados.

Para a concretização do *focus group*, seguimos os procedimentos inerentes para a sua organização, preconizados por Godoy, et al. (2006) e Ressel, et al. (2002), que se prenderam essencialmente com a convocatória, informação e consentimento do grupo de enfermeiros, a elaboração do guião temático (Anexo VIII) e a convocatória dos observadores.

Foram planeadas duas sessões de *focus group* por vislumbrarmos desde logo, por um lado, a necessidade de abordagem de temas que embora se relacionassem, envergavam alguma diferenciação, e por outro, numa tentativa de controlo de duração de cada sessão. Estiveram presentes sete enfermeiros em ambas as sessões do *focus group*, sendo este número adequado ao que é preconizado (Galego, et al., 2005; Godoy, et al., 2006; Shaha, et al., 2011).

A elaboração do respetivo guião de cada uma das sessões seguiu a orientação de um tema, à volta do qual emergiram as inerentes questões que permitiram dar resposta aos objetivos formulados (Godoy, et al., 2006; Shaha, et al., 2011).

Os restantes elementos presentes nas sessões grupais foram o moderador e os observadores. Assumimos pessoalmente a posição de moderador e condutor das sessões e a posição de observadores foi ocupada por dois enfermeiros especialistas nas áreas da enfermagem de saúde materna e obstétrica e da

enfermagem de saúde infantil e pediátrica, que se ocuparam essencialmente do processo de registo escrito de notas relevantes dos discursos, ou seja, aquelas que emergiam com mais pertinência pelo olhar de peritos nas referidas áreas de especialização. Foi contudo utilizada a gravação áudio como recurso de registo dos testemunhos dos enfermeiros.

Em relação à documentação produzida pelos enfermeiros acerca da assistência que prestam, recorreremos à técnica de *análise documental*.

Consultamos o registo informático produzidos pelos enfermeiros na documentação da assistência de enfermagem prestada à população reclusa e que é utilizada como informação que circula entre a equipa de saúde em geral, mas entre os enfermeiros em particular.

Optamos por seleccionar os registos de enfermagem relativos ao período de internamento nos serviços clínicos, da reclusa (mãe com filho e/ou grávida), que é cumprido por estas imediatamente após a admissão no estabelecimento prisional, por tempo variável.

Esta opção é suportada pelo facto de ser este período aquele no qual a assistência de enfermagem é assegurada de forma continuada, já que a reclusa se encontra aos cuidados dos enfermeiros e não em regime geral de permanência em ala e cela prisional.

Procedimentos da análise dos dados

Foram analisados os registos de enfermagem relativos a dezasseis reclusas, correspondendo à totalidade da população de grávidas e mães reclusas com filhos a cargo no período da recolha de dados. A cada registo foi atribuído uma letra comum – R (traduz registo) e um número que foi atribuído por ordem da

análise efetuada, surgindo a identificação dos registos como R1,...até R16, passando a partir de agora a serem identificados como casos.

Os registos de cada caso foram organizados por dias de internamento nos serviços clínicos que cada mãe e/ou grávida reclusa cumpriu. O período de internamento nos serviços clínicos variou entre um e trinta dias, resultando numa média de oito dias de internamento.

Numa primeira análise, procurou-se definir o *corpus de análise*. Para isso, foi realizada a leitura de todos os documentos e organizados os dados em função do significado inicial que lhe atribuíamos, por exemplo: se correspondiam à caracterização do caso, se correspondiam a um diagnóstico de enfermagem, se correspondiam a uma intervenção, etc..

Relativamente aos dados que emergiram do *focus group*, foi realizada a transcrição da gravação, à qual se seguiram os procedimentos de codificação sobreponíveis aos já utilizados nas entrevistas às mães reclusas.

Sobre a assistência de enfermagem, apresentamos os resultados que emergiram quer da análise documental dos registos produzidos pelos enfermeiros da equipa, quer dos discursos (*focus group*) produzidos pelos enfermeiros sobre a sua prática assistencial.

Considerando que estas duas aproximações à realidade se complementam e para a clarificação e interpretação dos achados, procedemos à sua articulação, ou seja, damos lugar não só aos dados que os enfermeiros registam sobre a sua prestação de cuidados, mas enquadramos e associamos a estes, os dados que espelham o que os enfermeiros verbalizaram serem os seus cuidados junto da população que estudamos.

4.2 A CARATERIZAÇÃO DO CASO E O MOTIVO DE INTERNAMENTO

A recolha de dados representa uma etapa no processo de cuidados de enfermagem, que classificamos como continua e fundamental para o mesmo. Sustentamos esta afirmação, assumindo que a partir destes dados são definidas pelos enfermeiros as áreas de atenção, os juízos clínicos, a formulação dos diagnósticos e as intervenções de enfermagem. Trata-se igualmente de uma etapa em permanente “abertura”, ou seja, que nunca está encerrada mas, pelo contrário, carece de aportes permanentes que possam contribuir para a reestruturação do processo de cuidados de enfermagem.

4.2.1 A caracterização do caso

As primeiras informações documentadas pelos enfermeiros surgem na denominada *consulta de admissão* de enfermagem, que acontece no dia da entrada da reclusa no EPESCB. Este atendimento insere-se no regulamento interno da instituição e significa que, num período breve, todas as reclusas com ou sem filho a cargo que ingressam no estabelecimento são observadas pelos profissionais de enfermagem.

Os enfermeiros consideram esta consulta de admissão muito importante, permitindo-lhe reunir os dados que os ajudam a identificar as características pessoais e as necessidades em cuidados das reclusas, tal como nos dão conta os seguintes testemunhos.

“...a consulta de admissão que fazemos é muito importante, porque serve para percebermos que tipo de pessoa temos à frente, em termos de necessidades [...] o aspeto dela e da criança, a relação com o filho”. Enf. D

“...aqui vemos logo se é alguém muito carenciado ou não...vai ajudar a ver o que elas precisam depois, se vai precisar de muitos cuidados e ensinamentos...”. Enf. B

Os registos relativos a esta avaliação prendem-se com a recolha de informação que representaram os seguintes aspetos: a caracterização sociodemográfica; condição parental; história obstétrica e da gravidez; história da reclusão e da situação judicial; história da reclusão e a situação judicial; aparência física da mãe e do filho e os comportamentos de procura de saúde, que passamos a explicar.

A caracterização sociodemográfica e a situação conjugal/parental

Nestes dados, os enfermeiros documentam em metade dos casos a idade da reclusa, a sua naturalidade e local de residência. Apenas foi documentado a escolaridade e a profissão num caso analisado. A situação conjugal não foi sistematicamente registada pelos enfermeiros, como central na caracterização do caso.

A condição parental

O estatuto de mãe-reclusa é garantido pela presença de criança a cargo. A caracterização da condição parental está registada na totalidade dos casos. As idades das crianças variam entre um mês e os três anos. Foi observado que três mães tinham filho com idade inferior a seis meses, cinco mães tinham filhos com idade compreendida entre os seis e os doze meses e quatro mães tinham filho com idade superior a doze meses. Sobre o sexo da criança apenas está referido em dois casos. São utilizadas as palavras *criança* e *filho*, que interpretamos como genéricas e não elucidativas quanto ao sexo dos filhos que acompanham as mães em reclusão.

A história obstétrica e da gravidez

Os enfermeiros documentam com alguma sistemática a história obstétrica das reclusas. Dos registos verifica-se a valorização da idade da primeira gravidez, constatando-se que as mães reclusas são ainda jovens aquando do primeiro filho (18/19 anos). Algumas mães tiveram várias gravidezes – entre cinco e sete gravidezes e, infere-se também pelos relatos dos enfermeiros um compromisso nos comportamentos de procura de saúde. O índice obstétrico, através da classificação da gestação e da paridade é referenciado em grande parte dos registos. Em algumas das situações surgem informações sobre o tipo de partos anteriores e a idade dos outros filhos.

Os enfermeiros valorizam a existência de uma gravidez, procurando despistar a presença/ausência de gravidez logo na admissão e documentam-no sistematicamente.

Assim, algumas mulheres já foram admitidas com confirmação da gravidez mas, para várias, foi identificada a suspeita registando o período de amenorreia. Nestes casos, encontramos a informação posterior com a indicação do resultado da realização do teste de gravidez. Fica claro que, embora algumas reclusas possam suspeitar de que estão grávidas, confirmam o seu estado de gravidez em reclusão. Encontramos documentada uma situação que indicava que a grávida ponderava a respetiva interrupção, mas queria tomar esta decisão em conjunto com o pai do filho que também se encontrava preso. Os enfermeiros documentam que esta gravidez era uma gravidez de risco, não sendo possível contudo encontrar documentado os motivos para esta afirmação e quais os cuidados prestados pelos enfermeiros.

A história da reclusão e a situação judicial

Os enfermeiros parecem valorizar a história de reclusão e documentam em bastantes situações a proveniência das reclusas admitidas no estabelecimento prisional, clarificando se tem ou não reclusões anteriores, se vêm transferidas de outra prisão ou se vêm do seu domicílio. Dos casos documentados, três das mães já tinham reclusões anteriores, três vinham transferidas de outra prisão e, uma mãe vinha do domicílio. Uma reclusa tinha estado evadida e entregou-se voluntariamente numa outra instituição prisional. Uma reclusa estava em regime de vigilância eletrónica. Uma mãe estava já condenada a pena de prisão.

A história da saúde da mãe e da saúde do filho

O estado de saúde da mãe está documentado em alguns casos. Dentro destes, inclui-se a referência às patologias médicas atuais e anteriores, os antecedentes cirúrgicos e a terapêutica que cumpre habitualmente. Estão documentados dois casos de reclusas com antecedentes de doença, uma relacionada com hipertensão arterial e, outra relacionado com asma brônquica. Um caso reporta a existência de uma infeção vaginal, manifestada por prurido intenso.

A informação sobre o estado de consciência e de orientação integra a quase totalidade da documentação produzida no momento da admissão e, salienta-se, estes aspetos são replicados na maioria dos registos de enfermagem que são realizados ao longo de todo o internamento.

Também o estado de saúde do filho se encontrava documentado, com referência ao desenvolvimento estado-ponderal em dois casos; aspetos como a reatividade, a interatividade e o regime alimentar, surgem em apenas um caso.

A aparência física da mãe e do filho

Os enfermeiros documentam a aparência física em algumas reclusas, nas quais classificam com “mau aspeto geral” ou com “aspeto geral pouco cuidado”, em quatro situações. Numa destas situações é reportado simultaneamente o mau estado de higiene do filho. Numa outra situação está documentada a apreciação sobre a idade aparente ser superior à idade real da reclusa. São documentadas algumas situações de escoriações na pele e de gretas mamilares, não podendo inferir-se se resultam do exame físico feito pelos enfermeiros ou da referência da reclusa.

Os dados registados no momento da admissão sobre o filho são sucintos e, embora exista um processo independente para a documentação dos dados relativos à criança, os dados eram registados no processo da mãe.

Os hábitos de consumo de substâncias

O consumo de substâncias são aspetos que os enfermeiros documentam, nomeadamente relativos ao uso de tabaco, de álcool e de substâncias ilícitas. Surgem como informação transmitida pela reclusa, quer seja a confirmar ou a negar os consumos atuais ou anteriores e ainda a especificação da substância que consome. Além da informação da reclusa é reportado o exame toxicológico que é realizado o teste de despistagem de drogas ilícitas - o EMITE, com a respetiva indicação de positivo ou negativo e para que parâmetros.

Dos casos documentados, cinco das reclusas referiram que consumiam substâncias ilícitas, tais como canábis, haxixe e cocaína. Três das reclusas referiram ter hábitos tabágicos e uma outra reclusa ter tido hábitos etílicos.

Os comportamentos de procura de saúde

Estes comportamentos estão documentados em algumas situações, sendo quase exclusivamente relativos à vigilância da gravidez. Das cinco reclusas grávidas ou com suspeita de gravidez, quatro tinham referido não fazer qualquer vigilância da mesma e a outra que a fazia em instituição hospitalar.

4.2.2 O motivo de internamento nos serviços clínicos prisionais

A documentação relativa à denominada consulta de admissão fica concluída com a indicação do motivo de internamento nos serviços clínicos, que surge na totalidade dos casos.

Reforçamos que está determinado que toda a reclusa grávida e/ou com filho ao seu cuidado, inicia a reclusão por um período de internamento nos serviços clínicos. No que diz respeito ao internamento da reclusa ao longo da reclusão, este representa uma decisão fundamentalmente realizada pelo enfermeiro, como elemento da equipa clínica, bem como dele depende a obtenção da alta para a integração na ala e cela prisional, da qual os próprios nos dão conta.

“O próprio serviço e a forma como nós [equipa clínica] trabalhamos permitem uma situação diferente da realidade normal, pois se tivermos alguma suspeita ou dúvida entre a criança e mãe, temos autonomia para internar, vigiar, e levantar ensinamentos e para controlar a situação; e isso é uma grande vantagem em relação ao que se passa ao resto dos cuidados noutro lado.” Enf. A

“uma mãe e um filho podem estar internados, mas passados dois dias ou três vimos que isso não é o melhor e então saem mas muitas das vezes as crianças ficam com a avaliação do peso duas a três vezes por semana, e quando detetamos que não está tudo bem, voltamos a internar. E voltamos a fazer ensinamentos, e qualquer dúvida que nos suscite, ficam internadas para uma avaliação.” Enf. E

“porque se nós [enfermeiros] achamos que precisam[as reclusas], de uma avaliação mais próxima por suspeita de alguma coisa, internamos.” Enf. D

“Somos nós enfermeiros que decidimos se a queixa apresentada pela mãe é relevante e motivo para internamento, ou se é necessário ir à urgência...quem decide a alta, somos nós”. Enf. F

Os motivos relacionados com a *vigilância*¹⁹ são os que ocupam a quase totalidade das situações, quer sejam estas relacionadas com a mãe e/ou com a díade mãe-filho.

Realça-se que a quase totalidade das mães reclusas com filhos ao seu cuidado foi internada para vigilância do desempenho do papel maternal. Em algumas destas situações foram simultaneamente referidos os motivos de vigilância da vinculação e de vigilância da ligação mãe-filho.

Inferimos que os enfermeiros consideram que a atividade de vigiar e sobretudo quando associada a uma fase muito inicial da permanência da mãe e do filho em reclusão, é uma necessidade transversal à quase totalidade das situações.

Os enfermeiros também assumem, que frequentemente se constituem a fonte de ajuda e de ensino à mãe sobre os cuidados ao filho.

“Sobretudo nos primeiros dias que elas têm as crianças, ficam connosco para vigilância de cuidados [ao filho], ensinamentos, pois se nós achamos que está tudo bem posteriormente vai para a ala; mas numa primeira fase, como quando chegam ao estabelecimento são elas e as crianças, necessitam de uma ajuda de uma terceira pessoa sendo essa pessoa muitas vezes nós, na ajuda da preparação do leite, dos cuidados e do reforço dos ensinamentos mesmo que às vezes não sejam mães pela primeira vez.” Enf. C

Ainda relativo ao internamento para vigilância, outros dos motivos que ocupam também lugar neste âmbito prendem-se com a *vigilância do estado geral da mãe*, com a *vigilância da gravidez* e com a *vigilância do puerpério*.

O internamento por motivos relacionados com o *treino*²⁰ de competências e o *ensino da mãe sobre cuidados relacionados com o filho*, a *avaliação*²¹ dos conhecimentos da mãe e a *avaliação dos cuidados ao filho*, surgem em associação com os motivos de vigilância.

¹⁹ Assumimos considerar na análise a utilização dos termos: (ICN, 2011)

Vigilância: observação atenta de uma pessoa ou grupo, monitorização contínua

Vigiar: averiguar minuciosamente alguma coisa ou alguém de forma repetida e regular ao longo do tempo

²⁰ *Treinar: Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa*

²¹ *Avaliar: Estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa*

Os motivos relacionados com o cumprimento de esquema terapêutico de prevenção da síndrome de privação de drogas surgem também em associação a situações de gravidez e de vigilância dos cuidados ao filho. Da mesma forma, a necessidade de observação médica é referida como motivo de internamento, contudo relacionado com suspeita de gravidez ou gravidez confirmada.

O internamento para avaliação do estado de saúde da criança foi apenas observado num caso.

No quadro 29 pode ser clarificado a distribuição por casos, dos motivos de internamento da reclusa com ou sem filho a cargo, sendo que algumas situações integram mais do que um dos referidos motivos de internamento, como já referido.

Quadro 30 - Distribuição do número de casos por motivos de internamento

Motivo de internamento	Nº de casos	Expressão documentada
Vigilância da mãe, da gravidez ou do puerpério	7	Utente internada para vigilância de gravidez (R2); (R5); (R13) – [TIG positivo] Internamento [...] e vigilância de puerpério (R6) Utente internada para vigilância de estado geral da mãe (R1); (R2); (R6); (R7) Utente internada para vigilância do estado geral, por dependência parcial em diversos autocuidados (R16)
Vigilância e avaliação do papel maternal	12	Utente internada para vigilância de cuidados à criança (R1); (R2); (R3); (R4); (R6); (R7); (R8); (R9); (R10) Utente internada para vigilância de prestação de cuidados de higiene ao filho e vinculação (R11) Internada para vigilância e acompanhamento de cuidados ao filho a cargo (R15) Internada para avaliação de conhecimento (R4) Internada para avaliação de cuidados ao lactente (R16) Utente internada para treino de competências nos cuidados ao filho (R1)
Avaliação do estado de saúde da criança	1	Internada para avaliação de recém-nascido (R12)
Observação/tratamento médico	3	Utente internada para esquema terapêutico de prevenção de síndrome de privação de drogas (R5) Utente internada [...] e para desintoxicação de drogas (R9) Internada até observação por ginecologia (R14) [a reclusa refere estar grávida]

Percebemos assim que na documentação de enfermagem relativa à admissão da reclusa com ou sem filho a cargo, a informação que surge registada não é uniforme, ou seja, nem todos os enfermeiros registam os mesmos aspetos, nas mesmas situações. Concluimos que esta etapa do processo de cuidados, não se configura como idêntica em todas as situações, parecendo depender da decisão de cada enfermeiro, os aspetos que inclui na recolha da informação inicial.

4.3 OS FOCOS DE ATENÇÃO E OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Neste âmbito, e decorrente da fase anterior, relativa à recolha de dados que permite melhor caracterizar a situação, importa clarificar o que os enfermeiros documentam em termos de focos de atenção, bem como em termos de diagnósticos de enfermagem, estando os primeiros representados na figura 4.

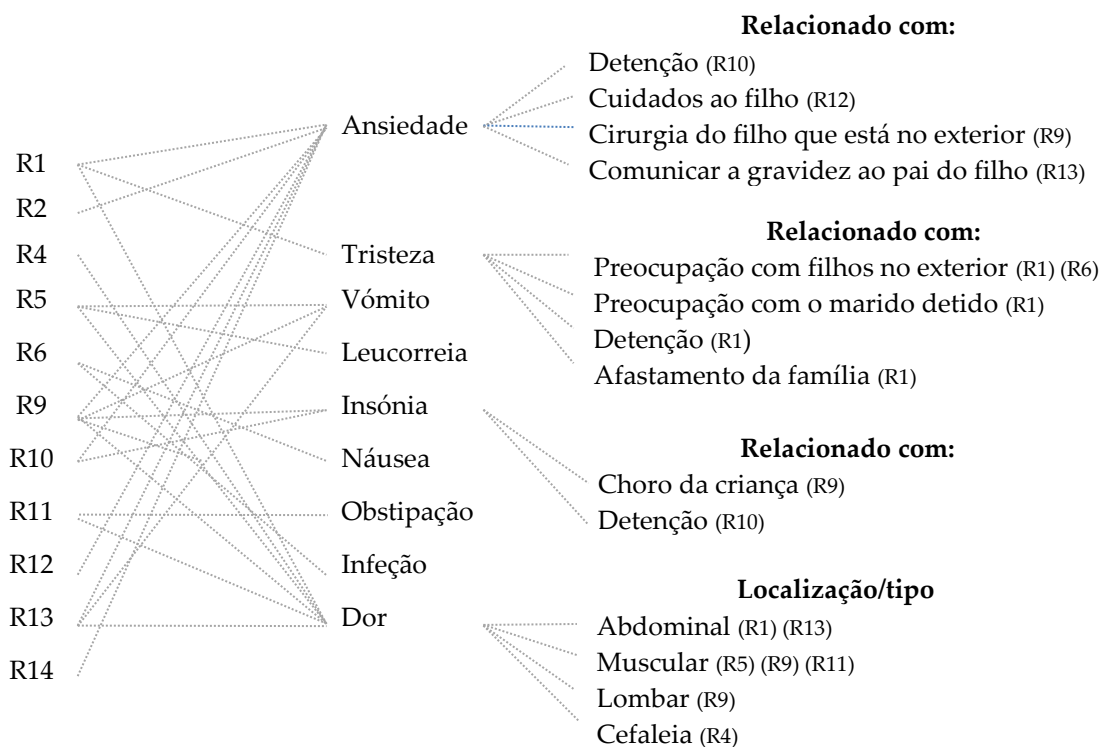


Figura 4 – Focos de atenção documentados pelos enfermeiros, por caso e fatores relacionados

No que se relaciona com os focos de atenção de enfermagem, verificou-se que no processo da maioria das mães reclusas está documentado pelo menos um foco, sendo que alguns casos têm associado três ou mais focos de atenção.

Observa-se ainda que a ansiedade e a dor são os focos de enfermagem mais documentados entre as mães reclusas. Em relação à ansiedade, apenas num caso está relacionada com os cuidados ao filho. No que respeita à dor, a dor muscular é a mais frequente. Constata-se que, a detenção representa a causa de ansiedade, de tristeza e de insónia para algumas mães reclusas.

Podem ser também inferidos diversos diagnósticos de enfermagem a partir dos dados documentados, como expresso na figura 5.

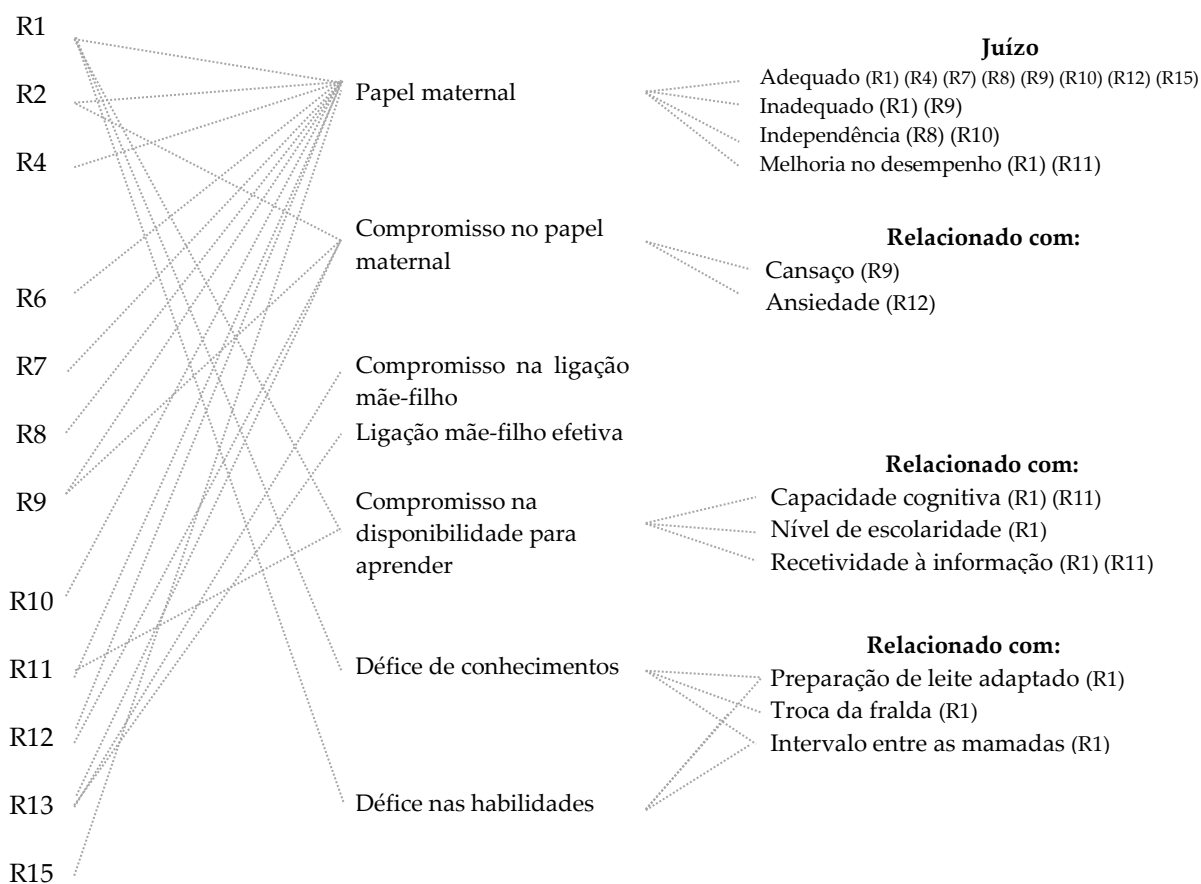


Figura 5 – Diagnósticos de enfermagem inferidos da documentação dos enfermeiros, por caso, juízo e fatores relacionados

Verifica-se que a totalidade dos diagnósticos que foram inferidos a partir dos dados documentados se relaciona com o papel maternal, com evidência para o compromisso no papel, o compromisso na disponibilidade para aprender e o déficit de conhecimentos e de habilidades no desempenho do papel.

Acerca do papel maternal, constata-se que na maioria das reclusas, este se encontrou diagnosticado como adequado e só em dois casos como inadequado. Contudo, nestes últimos, também surgiram simultaneamente reportados como adequados, e num deles foi referido a melhoria no desempenho.

A capacidade cognitiva, o nível de instrução e a receptividade à informação, são os fatores que implicaram o compromisso na disponibilidade para aprender. Realça-se que uma das mães reclusas possuía estes três fatores relacionados com o referido diagnóstico.

O déficit de conhecimentos e o déficit de habilidades estavam relacionados com as competências maternas de amamentar, alimentar com biberão e assegurar a higiene. Estes apenas estão documentados num caso.

A apreciação acerca do desempenho do papel maternal constituiu uma informação frequentemente documentada, sendo possível inferir que, sobre estes cuidados, os enfermeiros estão atentos e procuram registá-los.

Estes dados suscitam um conjunto de apreciações que importa considerar e que se prendem fundamentalmente com a insuficiente clarificação da redação expressa.

Os dados registados reportavam os cuidados maternos prestados à criança de forma genérica, ditos maioritariamente sem qualquer especificação a quais cuidados se referem. O assegurar a higiene do filho constitui a única competência maternal que é particularizada, mas também apenas em relação a poucos casos.

O juízo clínico que foi atribuído, nomeadamente com o uso dos termos “adequado”, “inadequado”, “pouco adequado” ou “mais adequado”, que se encontram associados à quase totalidade dos registos, bem como a sua utilização alternada reportada a um mesmo caso, torna pouco claro o significado que os enfermeiros atribuem a este ajuizamento sobre os cuidados que a mãe presta ao filho. Encontraram-se ainda a utilização de termos como: “*adaptada aos cuidados*” (R1), que igualmente não permitem um conhecimento do significado atribuído pelos enfermeiros.

Acresce o facto, de não se conhecer o uso de qualquer documento orientador acerca das especificações relativas ao que é expectável no desempenho das diferentes competências maternas. Isto é, a utilização dos termos referidos não está padronizado.

De igual forma, encontrou-se documentado o uso do termo “*aparentemente*”, podendo concluir-se que, nestas situações, os enfermeiros emitem este *parecer*, não conseguindo contudo certificar-se dos cuidados que a mãe presta ao filho.

Também os discursos dos enfermeiros corroboram alguns dos aspetos atrás referidos:

“Por vezes existe alta do Obstetra, do Pediatra, mas se nós [enfermeiros] vemos que a mãe não tem os cuidados adequados, ou que não está capaz de tomar conta do filho, dizemos que ainda tem que ficar mais tempo”. Enf. A

“...ficam aqui [internamento nos serviços clínicos] para serem vistas nos cuidados que prestam ao filho e nós vemos se são adequados ou não”. Enf. C

“...vemos o banho, a amamentação, os cuidados ao coto, a ligação da mãe com o filho e vamos conhecendo-as [as mães reclusas]...a forma como fazem as coisas [os cuidados ao filho]”. Enf. E

Na realidade, foi possível a identificação de algumas competências maternas que os enfermeiros referem atentar, mas não se afigurou possível a clarificação

dos critérios usados pelos enfermeiros para a avaliação dessas competências maternas.

4.4 AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

No que diz respeito às intervenções de enfermagem, opta-se por uma classificação suportada pelo regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Assim, as intervenções de enfermagem podem ser autónomas ou interdependentes. As intervenções autónomas são “...as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem. As intervenções interdependentes são “...as ações realizadas pelos enfermeiros, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (Ministério da Saúde, 1998).

4.4.1 As intervenções autónomas

Do conjunto das intervenções autónomas documentadas pelos enfermeiros, pudemos identificar umas que se relacionam com o desempenho do papel maternal e outras que se relacionam com os aspetos do estado geral da mãe e/ou grávida, nas quais se incluem as que se associam aos períodos de gravidez ou de puerpério.

Em congruência com os motivos de internamento nos serviços clínicos, após a admissão das grávidas e mães reclusas com filho a cargo no estabelecimento

prisional, os registos de enfermagem ao longo do período de internamento evidenciam que a identificação da necessidade de intervenção no que se relaciona com o desempenho do papel maternal continua a ocupar grande parte dos cuidados de enfermagem prestados à mãe reclusa. Facto que conseguimos verificar quer pelo número de casos nos quais se encontra documentado, quer pelo número de repetições que são produzidas na documentação realizada ao longo dos dias/turnos.

No conjunto das intervenções relacionadas com o desempenho do papel maternal, emergem as relativas ao vigiar²², ao supervisar²³, ao ensinar²⁴, ao informar²⁵, ao instruir²⁶, ao assistir²⁷ e ao incentivar²⁸.

No âmbito das intervenções relacionadas com a mãe e/ou grávida, foi possível identificar as que estão associadas aos períodos de gravidez ou puerpério e ainda as que dizem respeito a aspetos sobre o estado geral da mãe ou grávida.

Intervenções relacionadas com o desempenho do papel maternal

No que diz respeito ao desempenho do papel maternal, verificamos que onze das treze reclusas com filhos a cargo tiveram, pelo menos, como um dos motivos de internamento a vigilância dos cuidados prestados ao filho, contudo apenas relativamente a cinco casos foi registada alguma indicação para a referida vigilância ao longo do período de internamento.

²² Ver nota 19

²³ *Supervisionar: Inspeccionar o progresso de alguém ou de alguma coisa*

²⁴ *Ensinar: Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde*

²⁵ *Informar: Comunicar alguma coisa a alguém*

²⁶ *Instruir: Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa*

²⁷ *Assistir: Fazer parte do trabalho com ou para alguém*

²⁸ *Incentivar: levar alguém a atuar num sentido particular ou eliminar o interesse de alguém por uma atividade.*

A vigilância do papel maternal surge como uma indicação genérica associada a quatro casos, sendo depois verificado em alguns dos casos, uma especificação destes cuidados, tais como a vigilância da mãe nas competências maternas: alimentar a criança, amamentar, assegurar a higiene, garantir a segurança (Figura 6).

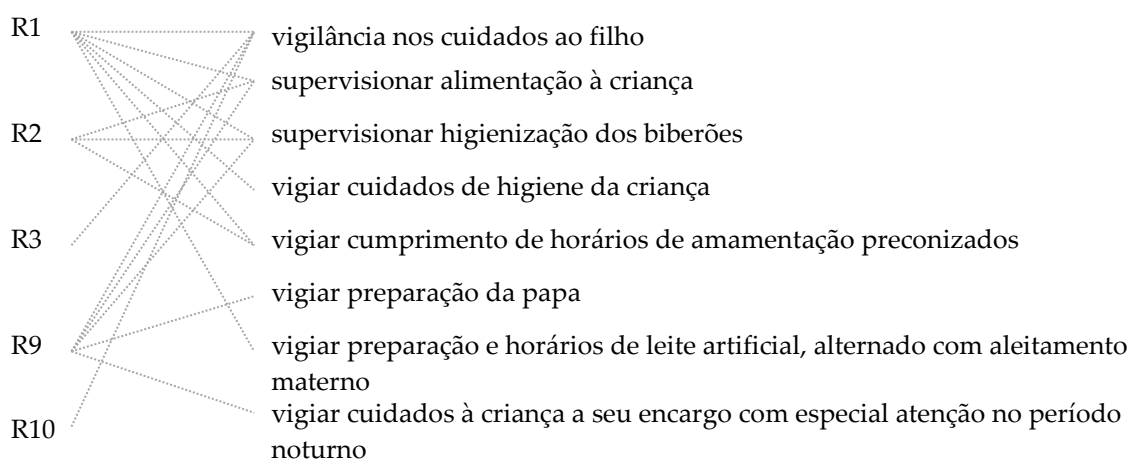


Figura 6 - Vigilância relacionada com o desempenho do papel maternal por casos

Observa-se que destas mães reclusas, três têm identificada a necessidade de vigilância associada a diferentes competências maternas, enquanto duas apenas se identifica a necessidade genérica de vigilância dos cuidados ao filho.

Sobre a vigilância que os enfermeiros realizam, consideram que esta é próxima e com oportunidades para a sua concretização.

“Este tipo de população permite-nos isso mesmo, estar mais próximo. E isto é uma coisa importante, porque temos muitas oportunidades para ver quando as coisas não estão bem. Nós conhecemos bem esta população e apercebemo-nos logo das coisas que vão acontecendo. Enf. A

“Nós [enfermeiros] temos três momentos para vigiar melhor o que se passa – ao pequeno-almoço, ao almoço e à noite, que é quando vamos à ala distribuir a medicação. Aqui conseguimos ter uma melhor perceção dos problemas que podem estar a acontecer.

Nós [enfermeiros] passamos e se, por exemplo, elas [as crianças] fazem um pico febril, nós pedimos para ver...nunca ficamos na dúvida, vamos esclarecer. Enf. E

Nestes momentos, aproveitamos para ver algumas coisas, como por exemplo se a cela está arrumada, como é que a criança está a dormir...e se necessário fazemos ensinios sobre estas coisas. Enf. B

“Por vezes, mesmo que a reclusa não tenha medicação, nós [enfermeiros] mesmo assim espreitamos na cela.” Enf. D

Percebe-se que os enfermeiros veem a reclusão como uma oportunidade de proximidade com a população alvo dos seus cuidados, reconhecendo também que detêm um conhecimento aprofundado da mesma.

Sempre que a mãe reclusa se encontra fora dos serviços clínicos, ou seja na ala prisional, os enfermeiros realizam essencialmente a vigilância sobre os cuidados maternos nos períodos que coincidem com a administração de medicação, contando contudo com a colaboração de outros profissionais da instituição, que também vigiam e sinalizam algumas situações.

“Depois temos as avaliações pelos guardas prisionais, que estão em contato com elas [as mães reclusas] todos os dias e que acabam por descobrir e sinalizar situações de extrema importância. Uma guarda de referência está presente de segunda a sexta-feira e que faz com que tenha uma visão geral, e assim o processo de referenciação é mais rápido. Enf. B

“...ela [a guarda prisional] acaba por estar lá de uma forma constante, o que é uma mais valia para nós [enfermeiros]. Elas [as guardas prisionais] veem como as mães tratam os filhos, na ala, no refeitório, e quando estão umas com as outras [mães reclusas]. Enf. F

“algumas das guardas também são mães, por isso também sabem ver como é que elas [as mães reclusas] fazem os cuidados.” Enf. G

“...também as reclusas alertam e comunicam situações umas das outras [mães reclusas]...e nós [enfermeiros] ficamos alerta e vamos verificar o que se passa, se é verdade ou não”. Elas [as mães reclusas] comentam muito quem é boa mãe e quem não é. Enf. C

Percebe-se assim que, apesar de os enfermeiros considerarem terem a possibilidade de vigilância próxima dos cuidados maternos, necessitam e contam com a vigilância feita por outros, em especial por parte dos guardas

prisionais. Estes são aqueles que de forma constante e em períodos importantes do dia, contactam com as mães reclusas e filhos a cargo, acompanhando os respetivos cuidados maternos, podendo reportar aos enfermeiros tudo aquilo que considerarem necessário. O facto de algumas guardas prisionais serem elas próprias mães, é entendido pelos enfermeiros como uma garantia de avaliação acerca dos cuidados que as mães reclusas prestam aos filhos.

Também as mães reclusas podem funcionar como vigilantes umas das outras, no que respeita aos cuidados prestados aos filhos, avaliando e classificando-se mutuamente no desempenho do papel materno. Os enfermeiros escutam e providenciam a sua avaliação para estas situações.

Encontram-se ainda documentadas outras intervenções relacionadas com o desempenho do papel maternal, sobressaindo aqui a intervenção de ensinar, como a mais frequente e, dentro desta, a que se refere ao alimentar a criança, como a competência materna que é mais documentada. Estão ainda documentadas intervenções no âmbito do informar, do assistir, do instruir, do incentivar e do providenciar²⁹ relacionadas com a referida competência e outras competências maternas, tal como clarificado na figura 7.

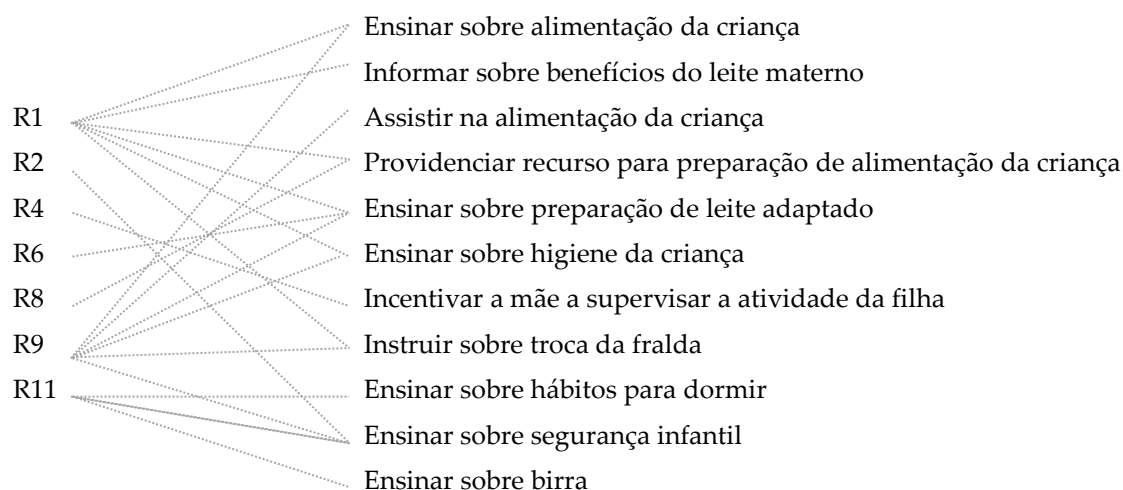


Figura 7 - Intervenções relacionadas com o desempenho do papel maternal, por casos

²⁹ *Providenciar: Aprontar alguma coisa para alguém*

Existem documentadas algumas necessidades de intervenção, tais como: “necessita de supervisão e orientação” (R3); “requer supervisão e reforço de ensinios” (R8), “treino de competências” (R11); “necessita de incentivos” (R1); “mantém necessidade de reforço de ensinios” (R1); “necessário reforço de ensinios gerais” (R12), que presumimos estarem relacionadas com os cuidados prestados pela mãe ao filho, sem contudo ser possível clarificar a que se referem em concreto.

Constata-se que em menos de metade dos casos estão documentados com intervenções de enfermagem relacionadas com o desempenho do papel maternal, não sendo esta situação congruente quer com os diagnósticos de enfermagem inferidos a partir dos dados, tal como já explicitados, quer com a opinião dos enfermeiros acerca das necessidades que identificam neste âmbito:

“Temos sempre que ajudar as mães em alguma coisa [relacionado comos cuidados ao filho], pois muitas delas têm outros filhos e não sabem nada...por ex: nem avaliar a temperatura. Muitas tiveram outros filhos, mas não cuidaram deles e então nós temos que ver os sempre os cuidados.” Enf. C

“É verdade...elas[as mães reclusas] precisam de ensinios para o banho da criança, na amamentação...e em quase tudo. São muito raras as situações em que elas fazem tudo [os cuidados ao filho]de acordo com o que deve ser.” Enf. B

Percecionamos que os enfermeiros consideram ser sempre necessária a sua intervenção junto da mãe reclusa, no que se relaciona com os cuidados ao filho, realçando que frequentemente a experiencia prévia de maternidade não confere as competências maternas expectáveis para cuidar do filho. Reforçam a sua convicção, lembrando que algumas das mulheres, mesmo aquelas que já foram mães, é na prisão que têm a sua primeira experiência de cuidados maternos ao filho.

Constatou-se também que as intervenções de ensino relacionadas com as competências maternas de criar hábitos para dormir, de garantir a segurança e de reconhecer o padrão de desenvolvimento infantil, não estiveram sustentadas por qualquer formulação de diagnóstico de enfermagem.

Foi contudo reconhecido pelos enfermeiros que a intervenção junto de algumas mães reclusas pode ser difícil, sendo a sua competência e autoridade colocadas em causa, tal como os mesmos nos dão conta:

“Às vezes aquelas mães que já tiveram outros filhos, não nos reconhecem [aos enfermeiros] a capacidade para lhes ensinarmos e dizer-lhes como é que se faz [os cuidados ao filho], pois acham que somos muitos jovens e muitos de nós [equipa de enfermagem] não são pais.” Enf. B
“ (...) sim, é verdade, por vezes é difícil fazer valer os nossos conhecimentos.” Enf. C

Esta situação foi corroborada por vários enfermeiros, sendo percebido que tal poderia ser colmatada com o contributo de elementos na equipa com formação especializada nas áreas materno-infantil.

Intervenções relacionadas com a mãe e/ou grávida

No que diz respeito às intervenções relacionadas com a mãe e/ou a grávida, estão reportados oito casos nos quais a sua vigilância foi um dos motivos para o internamento, estando estes distribuídos por circunstâncias que se relacionam com a vigilância dos períodos de gravidez ou do puerpério e pelos aspetos da vigilância do estado geral da mãe. Alguns dos casos relacionam-se com mais do que uma das situações.

A intervenção de vigilância é aquela que assume mais preponderância nos cuidados à mãe e/ou grávida documentados pelos enfermeiros, quer sejam estes relacionados com os períodos de gravidez ou de puerpério, quer sejam relativos ao seu estado geral.

Estão também documentadas outras intervenções, no âmbito do incentivar, do providenciar, do executar³⁰, do ensinar e do apoiar³¹, no que se relaciona com o estado geral da mãe.

³⁰ Executar: Desempenhar uma tarefa técnica

Na **vigilância associada aos períodos de gravidez ou de puerpério**, salienta-se o facto de se encontrarem internados três casos de gravidez confirmada – R2, R5, R13, um caso com referência de gravidez pela reclusa – R14 e um caso em período de puerpério – R6, tendo estes constituído um dos motivos de internamento nos serviços clínicos.

Na figura 8, apresentam-se em associação os casos de reclusas grávidas ou em período de puerpério, às intervenções de vigilância documentadas durante o tempo de internamento.

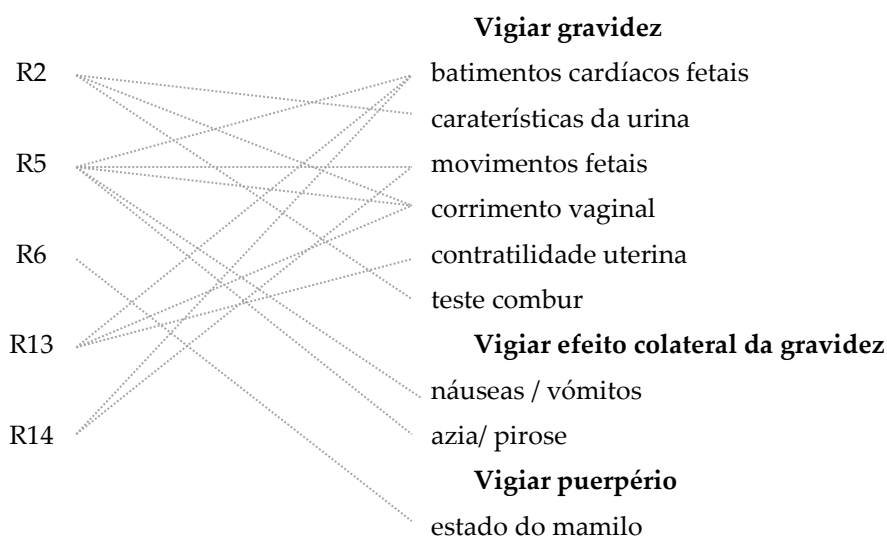


Figura 8 - Vigilância relacionada com os períodos de gravidez ou de puerpério, por casos

Verifica-se, através da documentação produzida, que os cuidados de enfermagem relacionados com a vigilância da gravidez não são uniformes para todas as situações, ou seja, umas grávidas são vigiadas relativamente a uns aspetos e, outras, relativamente a outros aspetos.

³¹ *Apoiar: Ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e a aguentar*

Concluimos que os enfermeiros não utilizam qualquer dispositivo orientador da vigilância da gravidez e do puerpério, justificando que esta é concretizada em instituição hospitalar. São exemplo disso as seguintes expressões:

“Quando estão grávidas vão à consulta do hospital da área daqui do estabelecimento, mas lá não lhe fazem nada...aliás levam daqui a urina e lá só veem as tensões. Nem fazem a lista do que é preciso levar para o enxoval, nem o que devem levar para o hospital. Somos nós aqui que temos a preocupação com isso, pois tentamos arranjar o que precisam, por exemplo pijamas, cuecas e assim. Para o bebé dizemos para ir à creche para ver se há roupa, para prepararem o enxoval para o bebé”. Enf. D

“(...) a consulta da gravidez que fazem lá [instituição hospitalar] é mesmo rudimentar, só fazem combur à urina, e avaliam a tensão arterial; e quando perguntamos se falaram com ela sobre alguns aspetos, por exemplo a preparação do enxoval, elas dizem que não”. Enf. B

“Quando a mãe não tem mesmo nada, como por exemplo as estrangeiras, nós fornecemos mesmo tudo. Tudo é salvaguardado para que nada falte à criança. Enf. F

Os enfermeiros consideram que a vigilância da gravidez das reclusas não está sob a sua responsabilidade, já que a mesma se realiza em instituição no exterior do estabelecimento prisional, mas no seu entender, de forma insuficiente. Em face desta constatação, reconhecem que atendem a alguns aspetos inerentes à preparação da grávida para a maternidade, nomeadamente na preparação do enxoval para o bebé.

No âmbito da vigilância do puerpério, encontra-se documentado apenas um aspeto que evidencia relação com esta fase.

No que diz respeito às **intervenções relacionadas com o estado geral da mãe e/ou grávida**, tomam uma vez mais relevo, as que se configuram com a vigilância, tendo preponderância os aspetos como o autocuidado, a ingestão de alimentos, o comportamento e o humor e o sono e repouso, tal como representado na figura 9.

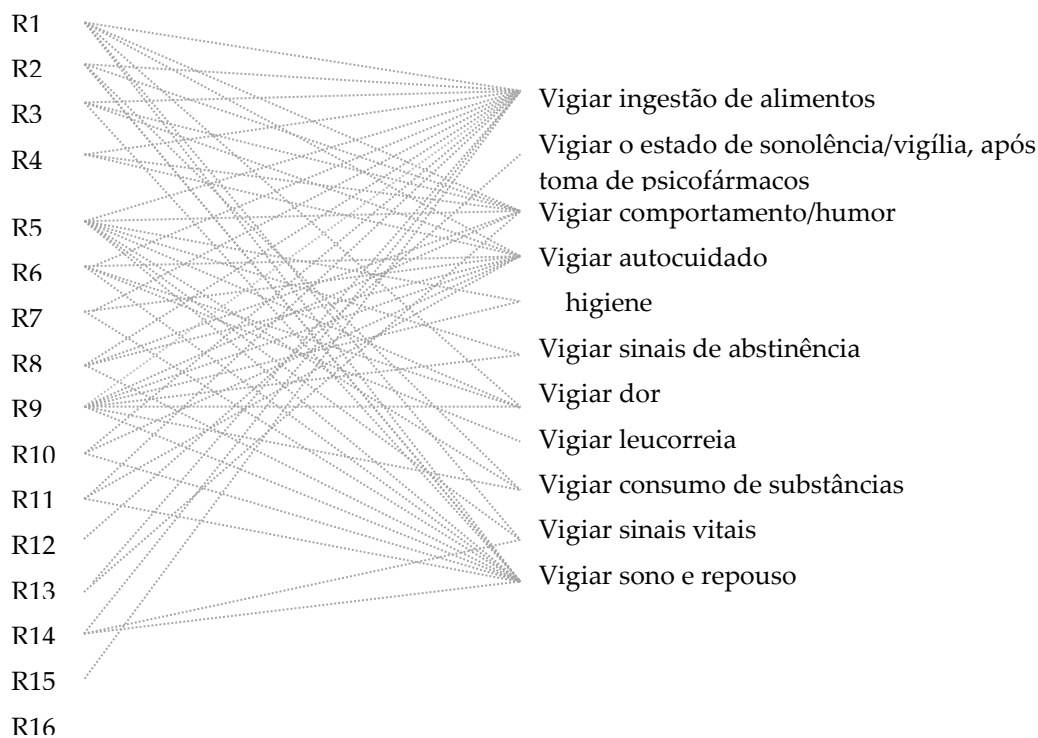


Figura 9- Vigilância relacionada com o estado geral da mãe e/ou grávida, por casos

Verifica-se que a grande maioria das reclusas tinha associada a necessidade de vigilância de enfermagem em três ou mais aspectos, enquanto apenas duas das reclusas tinham associado um aspecto a necessitar de vigilância. Pode ser constatado que apenas uma das reclusas (R16) não tem documentado qualquer ação de vigilância de enfermagem.

Observa-se que a vigilância da ingestão alimentar, a vigilância do autocuidado e a vigilância do sono e repouso da mãe, foram aquelas que foram documentadas em maior número de reclusas.

Também a vigilância que se relaciona com o consumo de substâncias, os sinais de abstinência e a vigilância do comportamento, assumem relevo entre os aspectos mais documentados e verbalizados pelos enfermeiros.

“Esta é uma população muito difícil, cheia de problemas, de toxicodependência e outros que veem por consequência...por isso temos que estar muito atentos aos comportamentos delas [mães reclusas] e, até, a algumas tentativas de consumir, que depois fazem com que tenham episódios de desequilíbrio...” Enf. A

“Acabam por fazer alguma medicação e têm [as mães reclusas] que ser vigiadas, pois algumas não dormem, outras dormem demais, depois não têm apetite, e tudo isto as deixa desequilibradas.” Enf. C

Os enfermeiros retratam assim a população de mães reclusas, como encerrando diferentes problemas, essencialmente associados ao consumo de substâncias, quer sejam drogas ou medicação, sendo estes justificativos das alterações dos seus comportamentos, bem como da necessidade de serem vigiados.

Estava documentado apenas um caso de **vigilância relativo à criança** reclusa, sendo esta relacionada com a cólica do recém-nascido.

Outras intervenções estão também documentadas, inferindo-se que os enfermeiros procuram atender a diferentes aspetos da saúde da mãe e/ou grávida. Estes aspetos variam entre os que se relacionam com a ingestão alimentar, o ensinar sobre hábitos de higiene, o tratamento de ferida e o apoiar (Figura 10).

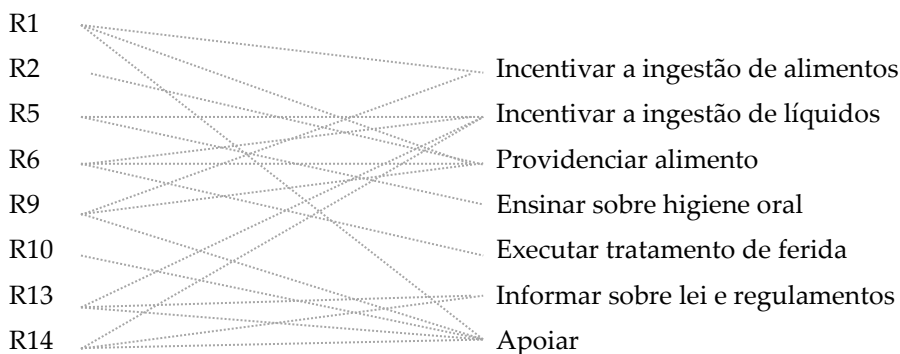


Figura 10 – Intervenções de enfermagem relacionadas com o estado geral da mãe e/ou grávida, por casos

Sobre a intervenção de apoiar, verifica-se estar documentada em cinco casos e encontra-se relação desta intervenção de enfermagem com as situações das mães reclusas que tinham como focos de atenção a ansiedade e a tristeza. Contudo, não fica claramente documentado o conteúdo das intervenções neste âmbito, que estão expressas por: “feita intervenção de apoio” (R1); “prestado apoio emocional” (R1) (R9) (R13); “demonstrada disponibilidade para o apoio eventual” (R9).

“Muitas vezes elas [as mães reclusas] estão muito sozinhas, não têm ninguém lá fora que as venha visitar e, por isso, nós [enfermeiros] acabamos por ser com quem elas desabafam...e temos que as apoiar... e as ouvir, porque sempre ajuda.” Enf. B

“Algumas [mães reclusas] têm períodos de raiva e estão alteradas, por exemplo por não consumir e, no meio da ressaca, ficam desesperadas e têm que ser acalmadas, precisam de apoio”. Enf. G

Os testemunhos dos enfermeiros apontam para a escuta e para a tranquilização como significados atribuídos ao apoiar. Este apoio está associado a situações mais críticas vividas pelas mães reclusas, tais como a solidão e os sintomas da privação do consumo de drogas.

4.4.2 As intervenções interdependentes

As intervenções interdependentes correspondem com as **intervenções resultantes de prescrição de terapêutica medicamentosa** e estão documentadas em menos de metade dos casos totais. Encontram-se associadas quase na sua totalidade aos aspetos inerentes ao administrar³² medicamentos, tais como o vigiar efeito colateral e o ensinar sobre o seu uso (Figura 11).

³² Administrar: providenciar ou aplicar algo

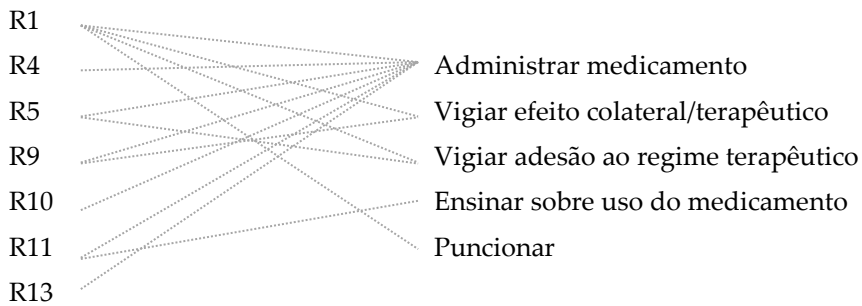


Figura 11 – Intervenções interdependentes de enfermagem

Confirmando uma anterior afirmação dos enfermeiros, fica patente também na documentação produzida, que os seus cuidados às mães e filhos reclusos se pautam por um caráter mais autónomo do que interdependente.

Em síntese, na assistência de enfermagem a mães reclusas com filhos ao seu cuidado, foi possível identificar três categorias que a caracterizam: 1) para a caracterização; 2) para o diagnóstico; 3) para a intervenção. Foram também identificadas diferentes subcategorias que se relacionam e explicam as categorias.

Considera-se que o conjunto de categorias e subcategorias correspondem a um processo de cuidados de enfermagem que é desenvolvido por etapas que sucedem e derivam umas das outras, fazendo emergir o **conhecer as mães reclusas e atender à maternidade** como categoria central, que assume o poder explicativo de todas as outras, tal como clarificado na figura 12.

A A S S I S T Ê N C I A D E E N F E R M A G E M

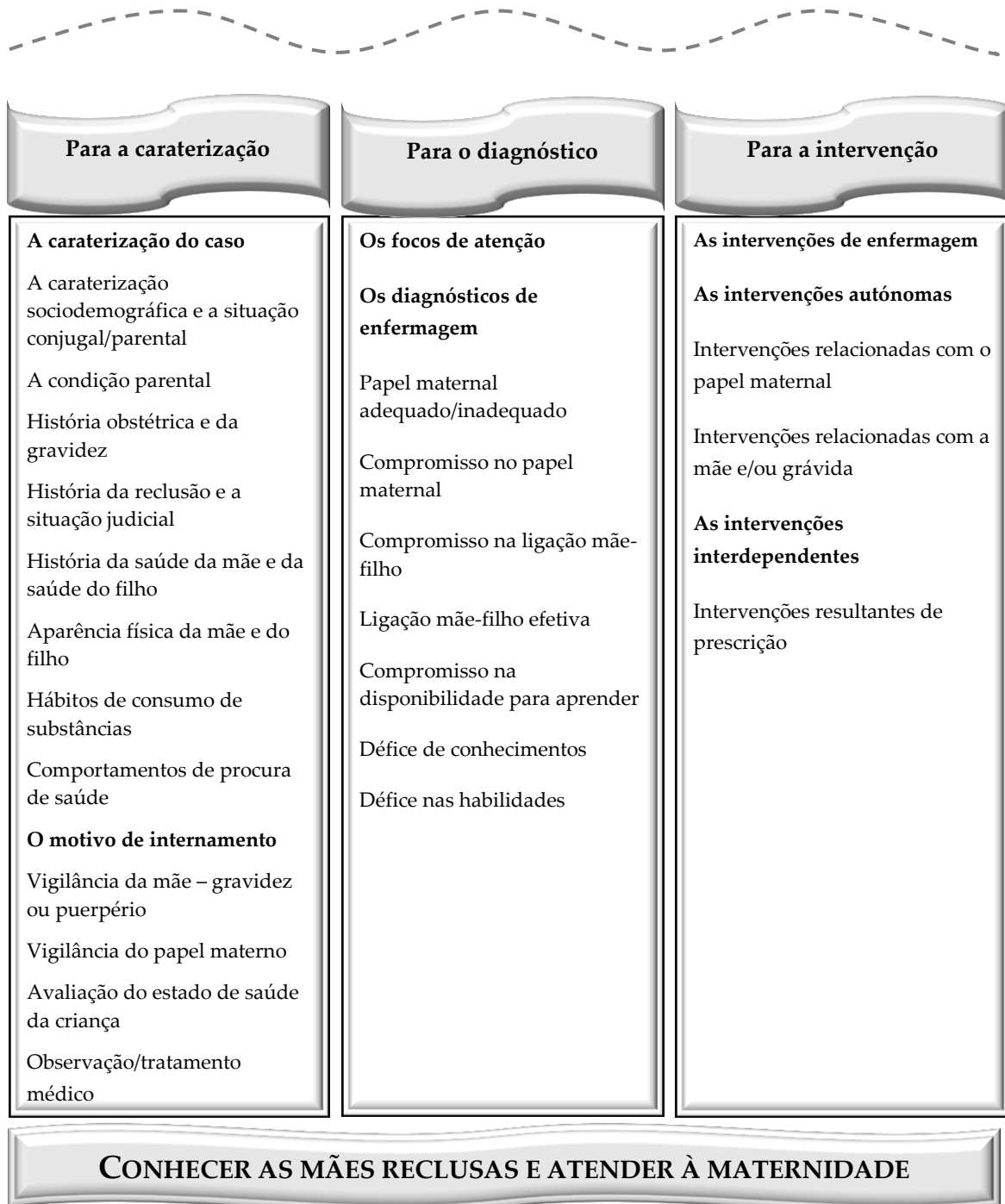


Figura 12- Esquema da organização das categorias, subcategorias e categoria central, relativos à assistência de enfermagem

5. ENTRE OS CONSTRANGIMENTOS DA RECLUSÃO E AS OPORTUNIDADES DE SER MAIS...

5.1. NO TORNAR-SE MÃE RECLUSA	161
5.2. NO CONHECER AS MÃES RECLUSAS E NO ATENDER À MATERNIDADE	171

5. ENTRE OS CONSTRANGIMENTOS DA RECLUSÃO E AS OPORTUNIDADES DE SER MAIS ...

Neste capítulo procura-se refletir sobre os resultados obtidos, dando ênfase aos principais aspectos encontrados, em função das questões e dos objetivos de investigação que nortearam o estudo, adotando o interface que resulta dos constrangimentos e das oportunidades associados ao exercício da maternidade em reclusão.

Optamos por uma apresentação focalizada em dois eixos principais – no tornar-se mãe reclusa e no conhecer as mães reclusas e atender à maternidade.

5.1 NO TORNAR-SE MÃE RECLUSA

A reclusão representa um contexto que influencia o exercício da maternidade.

Atentando nos estudos de Mercer, nomeadamente no que se relaciona com o que preconiza constituir-se como o modelo de tornar-se mãe, constatamos que o *microsistema*, lembrando que este é o que maior influência exerce sobre o desenvolvimento do papel maternal, se encontra alterado pela circunstância da reclusão.

Relativamente ao núcleo familiar mais central, as mães encontram-se reclusas com os seus filhos, pelo que a sua realidade familiar é inevitavelmente e por tempo variável, confinada a esta díade. Os cuidados paternos à criança são assim limitados, acontecendo por vezes em algumas saídas da prisão, usualmente curtas e espaçadas no tempo, mas frequentemente o pai é apenas

uma visita da mãe e do filho, ou ainda poderá mesmo o contacto entre eles ser inexistente. Importa referir que o afastamento entre todos é frequentemente potenciado pela reclusão simultânea do pai e, ainda, por disfuncionalidades no relacionamento entre a mãe e o pai.

Esta situação configura-se como contrária à tendência mais atual, de maior participação dos pais nos cuidados ao filho, quer sejam nos primeiros tempos de vida, quer mesmo ao longo do seu crescimento. De facto, a implicação e o envolvimento do pai em todo o processo que envolve o fenómeno da gravidez, do nascimento e dos cuidados ao filho, tem vindo a ser crescente, com respetivas repercussões sociais e legislativas (Canavarro, 2001; Oliveira, 2005).

Também sabemos que o envolvimento dos pais nos cuidados ao filho representa um importante recurso para a promoção da sua própria saúde, mas também, e não menos importante para a saúde da mãe, do filho, e da inerente interação familiar (Mercer, et al., 1995; Lowdermilk, et al., 2008).

Verificamos que as estruturas familiares entre a mãe reclusa e o pai do filho são variáveis, podendo a reclusão favorecer o rompimento destes laços mas também é possível, em reclusão, o surgimento de novos relacionamentos e, assim, de novas formações familiares.

O *mesossistema* está igualmente afetado, na medida em que a família alargada, está ausente do convívio com a mãe e o filho reclusos, podendo constituir-se apenas como suas visitas, fazendo-o de forma mais ou menos regular. Porque os estabelecimentos prisionais destinados a mães reclusas com filhos a cargo são apenas dois e que estão localizados um na zona norte e outro na zona sul do país, algumas mães se encontram-se presas num local distante da sua residência e/ou dos seu familiares.

As reclusas estrangeiras com filhos a cargo representaram o expoente máximo da separação, quer familiar, quer social. Estas mulheres iniciam frequentemente a

reclusão grávidas, podendo conhecer ou não a sua condição e os seus filhos nascem em tempo de reclusão. A família não visita e os contatos entre eles, por telefone ou carta, são poucos e irregulares.

Em ambas as situações, ou seja, quer se trate de mães reclusas com filhos a cargo, portuguesas ou estrangeiras, não existe o suporte familiar nos cuidados ao filho, estando estes sob a total responsabilidade da mãe reclusa.

No que se refere ao *macrosistema*, a reclusão implica a partilha mais ou menos frequente e, com variável proximidade, entre diferentes idiomas, culturas, etnias, que aportam também diferentes concepções, hábitos, crenças. No âmbito do exercício da maternidade, esta situação faz-se sentir quer nas dificuldades de comunicação e entendimento das mães reclusas entre si, quer entre as mães reclusas e a equipa multiprofissional.

A reclusão caracteriza-se também por ser um lugar de regulamentos e normas. Estas incluem a legislação que é transversal a todas as reclusas (Ministério da Justiça, 2011) , e que em algumas situações se sobrepõe às leis civis, nomeadamente no que se relaciona com o acompanhamento materno em situação de internamento hospitalar do filho (Ministério da Saúde, 1981; Ministério da Saúde, 1987) , e também algumas normas próprias de cada estabelecimento prisional, emanadas pela sua direção.

Neste estudo, sobre o exercício da maternidade, é claro que a reclusão implica para algumas mulheres a vivência de uma múltipla transição (Meleis, et al., 2000; Meleis, 2005). Por um lado, a reclusão representa, um evento gerador de uma transição do tipo situacional. Por outro, algumas das mulheres reclusas tornaram-se mães na prisão, quer pela primeira vez, quer fossem já mães de outros filhos, o que leva à vivência de uma transição do tipo desenvolvimental (Meleis, et al., 2000; Chick, et al., 2005).

Algumas das mães reclusas com filhos ao seu cuidado experienciaram condições facilitadoras e condições dificultadoras da transição para a maternidade em reclusão, tendo sido estas relativas a condições pessoais e a condições sociais (Meleis, et al., 2000).

Constatamos que para algumas reclusas, o evento de “estar presa” significava uma situação de alguma “normalidade”, tratando-se de algo que já haviam conhecido através de elementos da sua família, ou mesmo já havia ela própria experienciado. Foi assim possível encontrar entre as mães reclusas histórias de reclusão anterior, vivida pela própria ou por alguém próximo, que lhes permitiu uma aceitação cultural deste evento, podendo ser assumida como uma condição facilitadora desta transição. Contudo, este significado viu-se alterado quando a sua reclusão implicou também a reclusão do filho. Esta circunstância, de estar presa com o filho, de ser mãe em reclusão, implicou tristeza e culpa, não pela reclusão pessoal mas sim pela reclusão do filho.

O evento da maternidade, nomeadamente o significado atribuído ao ser mãe, foi variável entre as reclusas. Enquanto, para umas, este acontecimento foi desejado e até planeado, configurou um sentido de vida, para outras, a maternidade não foi planeada, nem mesmo desejada, mas representa um passatempo, uma forma de amenizar o seu tempo de reclusão. Acresce que algumas das mães já tinham efetuado interrupções voluntárias em gravidezes anteriores, ou mesmo tinham ponderado realizar um aborto na gravidez deste filho que as acompanha em reclusão. Respetivamente, as referidas situações, podem ser consideradas condições facilitadoras e dificultadoras da transição para a maternidade.

As mães estrangeiras ocuparam no nosso estudo um número importante, com cerca de 26,6 % da totalidade, estando este em congruência com a realidade nacional. O número de reclusas estrangeiras detidas em prisões nacionais tem

vindo aumentar, tendo sido de 11,4 % em 2000, e de 28,2% em 2012, sendo também superior quando comparado com os homens reclusos estrangeiros que representam 19,5 % da totalidade de detidos em prisões portuguesas (Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, 2014; Santos, 2012).

Estas mães evidenciaram terem sentido, em algum momento do seu percurso de reclusão, atitudes de discriminação, quer por parte das outras reclusas, quer por parte de outros profissionais, onde se incluem os profissionais de saúde. Também as diferenças culturais, nomeadamente no que se relaciona com os cuidados ao filho, representaram para estas mães uma dificuldade acrescida no exercício da maternidade, gerando insegurança no desempenho do papel e, desconfiança nas orientações e cuidados prestados por outros. A nossa conclusão vai ao encontro de outros estudos, nos quais se concluiu que as reclusas estrangeiras tendem a ser mais vulneráveis à discriminação, sendo frequentemente responsáveis por problemas que surgem em contexto prisional, por exemplo na relação entre as reclusas, ou entre reclusas e guardas prisionais (Matos, 2014; Santos, 2012). Esta condição pode ser dificultadora quer da transição gerada pela reclusão, quer da transição para a maternidade.

A reclusão de mães e filhos implica que a mãe assuma na íntegra e sozinha os cuidados necessários ao filho. Se algumas, já antes da reclusão não puderam contar com suporte nos cuidados à criança, outras tiveram algum tipo de suporte, quer na ajuda nos cuidados à criança, quer na ajuda nas tarefas domésticas. Neste suporte recebido, o pai foi a figura menos referida como tendo auxiliado a mãe nos cuidados ao filho, tornando possível encontrar relação deste facto com as diferentes formações conjugais que se observaram entre a população de mães reclusas. Na verdade, constatou-se que, no seu percurso de vida, algumas mães tiveram vários relacionamentos; tiveram outros filhos, algumas eram separadas e entre as que eram casadas ou viviam

em união de facto, algumas não o eram com o pai do filho que as acompanhava na reclusão. Assim, para muitas mulheres reclusas o afastamento do pai do filho não representava uma dificuldade por falta do apoio deste nos cuidados à criança, dado que não o tinham tido antes da reclusão.

Por outro lado, os familiares da mãe reclusa, em particular a mãe/sogra, foram os mais referidos como quem mais ajuda proporcionou nos cuidados ao filho, pelo que podemos concluir que é o afastamento destes familiares que constituiu uma condição dificultadora para o desempenho do papel maternal.

A toxicod dependência foi uma circunstância associada a algumas mães e/ou grávidas reclusas, com consumos variáveis, quer no tipo de substância consumidas, quer no nível e modalidades dos consumos.

Sabemos que o uso de drogas provoca na grávida e no feto diversos problemas, a curto e/ou a longo prazo. O consumo de substâncias ilícitas surge associado a gravidez de risco, por vezes com desfecho fatal, a situações de síndrome de abstinência do recém-nascido e a diversos problemas relacionados com o nível de memória, aprendizagem, percepção e coordenação motora, entre outros (Nunes, et al., 2011; Martins, et al., 2008). A vulnerabilidade associada à toxicod dependência amplifica-se quando nasce um filho, já que se trata de um acontecimento que exige um comportamento responsivo e capaz por parte dos pai e da mãe, face às necessidades da criança, aspetos muitas vezes ausentes da sua conduta naquela situação (Nunes, et al., 2011).

No contexto prisional do nosso estudo, a situação de toxicod dependência assume uma incidência de 30% entre as reclusas (Misericórdia do Porto-Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo, 2012) e, na população de mães reclusas que estudamos, representou um valor ligeiramente acima com 37%, entre casos de consumos à data da detenção, ou em algum período anterior.

Entre estas mães, algumas cumpriram em reclusão esquemas terapêuticos de prevenção de síndrome de privação de drogas e ingressaram em programas de substituição de drogas, mantendo durante este tempo os filhos ao seu cuidado. Encontramos relação entre a vigilância de enfermagem sobre os cuidados maternos, e a toxicod dependência das mães reclusas, ou seja, os enfermeiros documentaram que vigiaram as mães reclusas toxicod dependentes nos cuidados ao filho, contudo não mais do que as outras mães não toxicod dependentes.

A depressão materna foi também uma circunstância que identificamos entre algumas mães reclusas, principalmente em situações de pós-parto. Estão identificados como fatores preditores para a ocorrência de uma depressão no pós-parto, a baixa condição social, o stress durante a gravidez, uma gravidez ou parto complicados, dificuldades no relacionamento com o parceiro e/ou família, falta de suporte por parte da família, dos amigos, o estado civil, história de psicopatologia, história de abuso sexual, má relação com a própria mãe, falta de autoconfiança, gravidez não planeada, o temperamento da criança, situação de desemprego ou de instabilidade no trabalho e o stress crónico (Wylie, et al., 2011; Cantwell, et al., 2003; Emmanuel, et al., 2012).

Os estudos apontam também para a existência de maior vulnerabilidade para a depressão no pós-parto relacionada com os consumos de substâncias aditivas como por exemplo o álcool e drogas, e ainda o baixo nível de instrução (Schmied, et al., 2013).

Constata-se, assim, que as mães reclusas encerram diversos fatores preditores da instalação de uma depressão pós-parto, que também neste estudo foi possível identificar, quer através do discurso das mães, quer através dos focos de enfermagem documentados pelos enfermeiros.

Os resultados do estudo apontam para um elevado défice de conhecimentos por parte das mães, relacionados com os cuidados ao filho. Realça-se que em

todas as competências parentais desejáveis, dum total de cento e vinte e três indicadores, que foram avaliados como *não demonstrado* cento e um indicadores, numero muito superior ao de indicadores avaliados como *demonstrado*, que foi de vinte e um indicadores.

Relativamente à dimensão da habilidade, num total de sessenta e seis indicadores, foram avaliados como *não demonstrado* trinta e sete indicadores e como *demonstrado* vinte e sete indicadores. Os resultados do estudo apontam na dimensão da habilidade para uma melhoria no índice de indicadores avaliados como *demonstrado*, quando comparado com a dimensão do conhecimento, já que este número foi pouco inferior ao número de indicadores avaliados como *não demonstrado*, contudo ainda assim, constituindo um valor elevado.

Poder-se-á encontrar alguma justificação para tais resultados atendendo a que o índice de escolaridade apresentado pela população de mães reclusas foi baixo, onde a quase totalidade das mães possuía apenas algum ensino básico e quatro das mães não tinham qualquer grau de escolaridade. Também em estreita relação com este facto, a maioria das mães reclusas não tinha qualquer ocupação ou estava desempregada, sendo que as que trabalhavam faziam-no em atividades não qualificadas.

Sabemos que o baixo índice de escolaridade constitui um fator que, embora não isoladamente, concorre para um compromisso no processo de maternidade, podendo ser dificultador da aprendizagem e da preparação necessária para cuidar de um filho (Mercer, 1981; Koniak-Griffin, 1993; Secco, et al., 2003). Outros estudos sustentam igualmente que quanto maior o nível educacional das mães, maior a possibilidade de obter informações sobre o desenvolvimento infantil e as práticas parentais, podendo refletir-se em mais conhecimento (Reich, 2005; Moura, et al., 2004; Ribas Jr, et al., 2007). Também num estudo

nacional, foi verificado que as mães com nível de formação superior eram aquelas que apresentavam maior nível de conhecimentos em diversas competências parentais (Cardoso, 2011).

Reich (2005) refere que as mães com nível educacional mais elevado procuram ativamente a informação, o que pode refletir-se em mais conhecimento. Na população do nosso estudo, foi muito reduzido o número de reclusas que referem ter procurado por antecipação informação sobre os cuidados ao filho, e, mesmo assim, metade das mães referiu não ter dúvidas acerca dos cuidados ao filho.

As fontes de informação utilizadas pelas mães reclusas, foram maioritariamente o médico, seguido do enfermeiro e dos familiares; e, mesmo antes da reclusão, nunca utilizaram o recurso das novas tecnologias, como a internet, para obterem informações. Contudo, as mães que referiram ter o enfermeiro como fonte de informação, nomeadamente aquelas que foram mães em reclusão, não revelaram nem maior conhecimento, nem maior habilidade que outras mães, o que não está de acordo com os resultados de outros estudos, nos quais foi constatado que, um maior nível de conhecimentos dos progenitores esteve associado ao facto de estes terem tido o enfermeiro como fonte de informação (Senarath, et al., 2001; Reich, 2005; Cardoso, 2011).

Também alguns estudos apontam a associação entre frequentar as sessões de preparação para o parto e para a parentalidade, e o maior nível de conhecimentos dos pais e das mães nos cuidados ao filho (Mercer, et al., 2006; Reich, 2005; Cardoso, 2011). Entre a população que estudamos, nenhuma das mães tinha frequentado qualquer sessão de preparação para a parentalidade quando em liberdade e em reclusão não existe programa de preparação neste âmbito.

Neste estudo, não foram confirmados os resultados de outros estudos que indicam que as multíparas revelam maior nível de conhecimentos (Senarath, et al., 2001; Cardoso, 2011). Na realidade, apenas uma das mães reclusas era primípara, mas esta não revelou menor índice de conhecimento nas competências parentais, do que as mães que já tinham tido outros filhos.

Em contra ponto com os diferentes constrangimentos que acarreta a maternidade vivida em reclusão, vislumbram-se também as oportunidades que esta circunstância pode representar para a mãe, para o filho e para a díade mãe-filho.

Assumimos que a maternidade constitui frequentemente um evento importante na vida de qualquer mulher, não sendo exceção aquilo que é vivido atrás das grades.

Sabemos que o percurso de vida das mães reclusas esteve em estreita relação com situações problemáticas, como a destruturação familiar, a toxicodependência, os delitos, que culminaram na sua reclusão, por vezes mais do que uma vez. Na reclusão, por opção ou falta dela, têm consigo o filho, por quem se responsabilizam a cuidar.

Foi possível contudo identificar em algumas das mães reclusas a vontade e a alegria de amar e cuidar do seu filho, por vezes um filho que não sendo o primeiro nem o único, foi aquele que cuidaram pela primeira vez, fazendo-as sentirem-se *mais mães*. Pelos filhos, estão dispostas a cortar com um ciclo de vida conturbado e a vislumbrar um futuro diferente. Por eles, manifestam a vontade de recuperarem a sua saúde, de aprender mais sobre os cuidados que eles necessitam, porque desejam vir a ser *melhores mães*.

Por seu turno, as crianças reclusas vivem neste contexto uma fase crucial e determinante do seu crescimento e desenvolvimento, na qual os cuidados maternos são decisivos. Em reclusão, os filhos podem usufruir de uma *mãe a*

tempo inteiro, mais liberta das tarefas relacionadas com os afazeres domésticos, podendo proporcionar o reforço da relação mãe-filho.

Pensando que a reclusão pode ter uma dupla função, ou seja por um lado ser punidora e, minorar os efeitos nefastos dos atos cometidos pelos indivíduos, e por outro, pretender que durante o tempo de reclusão se operem mudanças que os levem a não reincidirem nas ilegalidades e a realizarem com sucesso a sua reintegração social (Foucault, 2010), então consideramos que a maternidade em reclusão pode cumprir este desígnio. Pode ser reabilitadora de uma vida errante, onde amar e assumir os cuidados de um filho pode ser uma forma de fazer nascer ou de reaver uma identidade, um incentivo para conseguir sair de uma teia de crime, uma esperança num futuro pessoal e socialmente mais auspicioso.

5.2 NO CONHECER AS MÃES RECLUSAS E NO ATENDER À MATERNIDADE

A população de mães reclusas com filhos ao seu cuidado representa uma minoria no universo alargado da população reclusa, tendo no contexto do nosso estudo representado 5,5% das reclusas no EPESCB. Salienta-se contudo, que a referência a este número não surge nos relatórios oficiais publicados pela tutela.

As mães reclusas são na perspetiva dos enfermeiros, elementos menos problemáticos dentro do ambiente prisional, parecendo o bom comportamento derivar do papel de mães que desempenham. Os enfermeiros não deixam contudo de classificar esta população como difícil, por encerrar diferentes problemas como a toxicodependência, a depressão, o baixo índice cultural e de escolaridade.

Os enfermeiros reconhecem, que na sua prática, que as mães reclusas, por via das necessidades de assistência aos seus filhos, que solicitam ou são por eles identificadas, são alvo de cuidados de enfermagem frequentes, porventura mais frequentes do que as restantes mulheres reclusas. Segundo os dados que constam em relatório de atividades, é durante o período noturno que mais atendimentos urgentes de enfermagem às crianças têm lugar (Misericórdia do Porto- Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo, 2012). O facto de durante o período noturno se encontrar apenas um enfermeiro em serviço, entre outros, leva os enfermeiros a considerar que o número de elementos da equipa de enfermagem é reduzido face às necessidades de cuidados, situação também transparecida num relatório nacional sobre Enfermagem nas prisões (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Os enfermeiros foram considerados elementos importantes dentro da equipa multidisciplinar, na perspetiva das mães reclusas. As mães referiram os enfermeiros como alguém que as ajuda e ensina no seu exercício da maternidade, sendo a sua presença em tempo completo, a razão para que algumas das mães tivessem feito a opção de ter o filho consigo em reclusão.

Os enfermeiros salientaram a autonomia e o poder de decisão que consideraram ter no seio da equipa multiprofissional, materializados pela organização dos cuidados de saúde na instituição. Dando força a esta opinião, constata-se que, comparativamente, as intervenções autónomas de enfermagem surgem documentadas em muito maior número do que as intervenções interdependentes.

Neste sentido, ou seja, na maximização de uma prática autónoma, consideramos que os enfermeiros podem ser significativos no processo de exercício da maternidade em reclusão, atentando a diferentes razões.

As mães reclusas estão afastadas da sua família, logo impossibilitadas destas fontes de suporte e ajuda, podendo frequentemente encontrar-se nesta situação durante um tempo prolongado, que é coincidente com uma fase determinante na sua vida e na vida do filho. Este período pode corresponder à fase da gravidez e /ou do crescimento e desenvolvimento da criança até aos cinco anos de vida.

A avaliação das competências maternas, feita através do I_ACP-A-0/3, revelou a falta de conhecimentos e de habilidades em praticamente todas as competências maternas, ou seja: *preparar a casa e o enxoval para o recém-nascido; assegurar a higiene da criança e vestir e despír vestuário; tratar do coto umbilical; alimentar a criança- amamentar e/ou alimentar com biberão e/ou dieta familiar; lidar com a regurgitação; promover o desmame; atender ao choro; criar hábitos – dormir e/ou sono e repouso; garantir a segurança/prevenir acidentes; vigiar a saúde do filho; reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal; lidar com os problemas comuns.* Como já referido, a grande maioria dos indicadores nos quais as mães revelam défice pertencem ao domínio do conhecimento, tal como também é apontado num estudo nacional em mães e pais em liberdade (Cardoso, 2011).

Para algumas reclusas, cuidarem de um filho em reclusão aportou sentido à sua vida e manifestam vontade de aprender mais sobre os cuidados ao filho. Este querer surge em sintonia com os resultados da avaliação das competências maternas que apontam para uma evidente necessidade de aprendizagem neste âmbito.

Importa então referir que em reclusão os enfermeiros assistem uma população que se mantém muito fixa, possibilitando uma acessibilidade constante e um acompanhamento ao longo do tempo, frequentemente longo.

Esta circunstância faz do contexto de reclusão algo diferenciador de um contexto mais habitual da prática de cuidados, no qual os enfermeiros podem aí

sentir maior dificuldade no acesso continuado dos utentes, estando dependentes da sua procura para a prestação de cuidados. Em reclusão as intervenções podem ser sempre de natureza presencial. Em aliança com estas premissas, os enfermeiros são os elementos da equipa multiprofissional que melhor podem atender às necessidades de aprendizagem das competências maternas, não só pela sua formação, como também pela sua presença e exercício de funções permanente. Contudo, e acerca do nível de formação dos enfermeiros, constata-se que apenas um elemento possuía formação especializada e não nas áreas materna ou infantil, situação contudo muito semelhante à realidade em outros estabelecimentos prisionais (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Este fator, aliado a outros, foi também apontado pela equipa de enfermagem como uma dificuldade para o desenvolvimento de intervenções no âmbito do exercício da maternidade, nomeadamente no que se relaciona com o ensinar.

Os resultados do estudo indicam que os enfermeiros estão vigilantes sobre algumas das competências maternas, assim como ficou patente que identificam algumas necessidades de algumas mães em aprenderem sobre essas competências. Contudo, as necessidades de aprendizagem identificadas foram muito inferiores aquelas que emergiram da avaliação concretizada pela aplicação do I_ACP-A-0/3, quer no índice de aspetos que foram referenciados, quer no número de mães reclusas aos quais estavam associados.

Os enfermeiros revelaram estarem consciencializados que as mães não sabem, mas não tanto do que não sabem e não sabem fazer em concreto, nem do que elas precisam para suprir estas lacunas, bem como ainda de que forma podem os cuidados de enfermagem atender a estas necessidades.

O modelo de enfermagem em uso revelou um processo de cuidados pouco sistematizado e uniformizado no que se relaciona com a avaliação das

competências maternas, bem como nas intervenções de enfermagem e da avaliação dos seus resultados.

Consideramos, assim, que este contexto apresenta uma oportunidade de melhoria do processo de cuidados, por intermédio de um diagnóstico das necessidades de aprendizagem completo e sistematizado, que contribua para um modelo de cuidados promotor do exercício da maternidade em reclusão. Sugere-se a utilização do I_ACP-A-G e do I_ACP-A-0/3 como guias orientadores no acompanhamento da grávida ou da mãe reclusa com filho a cargo, que permita um plano de assistência personalizado ao longo do tempo para cada situação. Consideramos que, com o seu uso, não só os enfermeiros podem conhecer o nível de conhecimentos e de habilidades de cada mãe, como também as mães podem consciencializar-se da necessidade e da importância de aprenderem mais para assumirem os cuidados ao filho.

Tem sido reconhecida a utilidade das sessões de preparação para o parto e a parentalidade, para o aumento do nível de preparação das mães (e também dos pais), relativamente às competências para cuidar do filho. Sabendo que em reclusão as grávidas e as mães não têm acesso nem no exterior, nem no interior da prisão, a estas sessões, vislumbramos que esta poderia ser uma oportunidade para os enfermeiros fazerem *mais enfermagem*. Tendo em atenção que os enfermeiros são uma fonte de informação relevante para as mães reclusas, podem ter um efeito positivo no desenvolvimento das competências maternas, então por intermédio da integração das sessões de preparação para o parto e a parentalidade, nos cuidados que prestam, os enfermeiros podem tornar-se mais eficientes na promoção do exercício da maternidade em reclusão.

Tal situação não exclui a necessidade de se encontrarem outras estratégias de carácter mais individual, adaptadas ao perfil de cada mãe reclusa, no qual se terá

em atenção o seu nível de escolaridade, as suas crenças e a sua cultura, a sua vontade e o seu ritmo, para aprender sobre os cuidados ao filho.

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Findo o percurso no qual se pretendeu olhar e descrever o exercício da maternidade em reclusão, em interligação com a assistência de enfermagem às mães reclusas com filhos ao seu cuidado, importa proceder a algumas conclusões do estudo, apontar algumas das suas limitações, bem como abrir lugar ao que se poderá perspetivar em face do que se passou a conhecer.

O estudo permitiu desocultar a circunstância da maternidade em reclusão, que não se encontrava explicitada em qualquer estudo da área disciplinar de enfermagem, dando lugar a uma explicação sobre este fenómeno. Do mesmo modo, foi conseguido proceder à explicação da assistência de enfermagem neste âmbito, tendo sido privilegiada a perspetiva dos próprios intervenientes.

Podemos concluir que *ser mãe em reclusão* não é igual a *ser mãe em liberdade*, sendo que, contudo, no enfrentamento dos constrangimentos, podem emergir oportunidades para uma transição saudável para a maternidade, porventura com menos dificuldade que nos seus percursos de vida anteriores.

A privação da liberdade imposta a todo o cidadão recluso implica para as mães reclusas com filhos a cargo, também uma privação da liberdade de escolha e decisão sobre alguns aspetos que se relacionam com os cuidados que prestam aos filhos e que fazem parte das escolhas que estão a cargo da mãe e do pai. Ou seja, em reclusão, alguém decide pela mãe qual o berço que a criança utiliza e em que local da cela o coloca, quais os produtos que pode usar na higiene do

filho, o que a criança come e quando, que brinquedos a criança dispõe, entre outros.

As mães em reclusão exercem a maternidade sozinhas, longe da rede familiar que habitualmente constitui a fonte de suporte e ajuda nos cuidados ao filho. Este distanciamento dita também que os familiares não possam, ou o possam de forma limitada, representar uma fonte de informação e aprendizagem para as mães sobre os cuidados ao filho. Também o acesso a outros meios de informação, nomeadamente no que se relaciona com a informação escrita e com a informação digital, está muito limitado pelas restrições impostas pela reclusão.

As necessidades de aprendizagem das competências maternas, quer ao nível do conhecimento, quer ao nível das habilidades, são reais. De facto, as mães apresentaram falta de conhecimento e falta de habilidade na maioria dos indicadores e os enfermeiros e a investigação reconhecem esta situação.

Os resultados apontam, assim, para uma necessidade de cuidados que sejam promotores do desenvolvimento das competências maternas, pelo que defendemos que os enfermeiros podem contribuir para se cumpra este desiderato.

Os enfermeiros revelaram estar atentos a algumas das competências maternas, particularmente na fase de início da reclusão, na qual as mães com filhos ao seu cuidado e/ou as grávidas se encontram em regime de internamento nos serviços clínicos prisionais e, como tal, sob uma assistência de enfermagem continuada. Neste internamento, a decisão sobre a alta de cada mãe e filho reclusos ou grávida está muito dependente da avaliação que os enfermeiros fazem sobre as condições gerais da mãe e sobre as suas competências para assumirem os cuidados ao filho.

Para a assistência de enfermagem nos contextos prisionais que integrem mães e filhos recluso, julgamos necessário a sistematização e o aprofundamento no diagnóstico e na documentação das necessidades de cuidados às mães e/ou grávidas reclusas, particularmente no diz respeito às suas necessidades de aprendizagem sobre as competências maternas. Ainda neste âmbito e reconhecendo a mais-valia das competências especializadas em enfermagem, defendemos a necessidade em que as equipas de enfermagem que assistem as mães em reclusão com filhos a cargo integrem elementos com formação especializada nas áreas da saúde materna ou da saúde infantil.

Importa lembrar que a informação em saúde é um direito e a privação da liberdade não deve significar uma privação ao seu acesso. Neste estudo, os enfermeiros representaram uma fonte de informação para as mães reclusas, bem como um apoio e ajuda no seu exercício da maternidade, pelo que consideramos que, por força do seu mandato profissional, os enfermeiros devem continuar a assumir a responsabilidade em proporcionar as estratégias necessárias para a promoção das competências maternas em reclusão.

Este estudo encerra algumas limitações que se prendem, por um lado, com o condicionalismo na recolha dos dados devido ao impedimento de gravação das entrevistas e, por outro, no que se relaciona com os resultados da avaliação das competências maternas na dimensão da habilidade. De facto, em algumas situações, quer por se tratar de competências relativas a fases anteriores do crescimento da criança, quer por impossibilidade de articulação com as dinâmicas prisionais, não observamos o desempenho da mãe. Esta circunstância foi contudo contornada pela solicitação à mãe para a descrição com pormenor do seu desempenho.

Ao logo do desenvolvimento deste estudo e à medida que fomos obtendo algumas respostas para as questões que nos orientaram, fomos sendo

confrontados com algumas outras, igualmente inquietantes, e que podem significar o emergir de outros estudos. Aqui ganham especial relevo todas as questões que se relacionam com a criança que também está reclusa: Será que a ligação mãe-filho em reclusão é diferente da ligação mãe-filho em liberdade? E a vinculação será diferente? Como se caracteriza o crescimento e o desenvolvimento da criança reclusa? Qual o efeito do nível das competências maternas no seu crescimento e desenvolvimento em reclusão? E o seu efeito depois da reclusão? Que assistência de enfermagem pode ser promotora da maximização do potencial de desenvolvimento da criança em reclusão?

Consideramos que este estudo abre lugar a um processo de otimização da assistência de enfermagem em reclusão em geral e às mães reclusas que têm filhos ao seu cuidado em particular, tendo em conta que em reclusão podem ser contempladas oportunidades para as *mães serem MAIS MÃES* e para os *enfermeiros providenciarem MAIS ENFERMAGEM*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assembleia da República. 2009. Lei nº 115/2009. *Diário da república*. 2009. Vols. I Série, Nº 197, 12- 10 -2009.

Athea, Christine. 2003. Disciplinary practices with children: parental sources of information, attitudes, and educational needs. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2003, Vol. 26, pp. 89-101.

Beger, Donna e Cook, Cynthia A. 1996. Maternal Postpartum Learning Needs. *International Journal of Childbearing Education*. 1996, Vols. Vol. 11,1.

Belsky, Jay. 1984. The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child development*. 55, 1984.

Benzies, Karen M, Harrison, Margaret J e Magill-Evans, Joyce. 2004. Parenting Stress, Marital Quality and Child Behavior Problems at Age 7 Years. *Public Health Nursing*. March/April de 2004, Vols. Vol.21, Number 2, pp. 111-120.

Bogdan, R. e S., Biklen. 1994. *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução á teoria e aos métodos*. Porto : Porto Editora, 1994.

Brouse, Ann J. 1985. *Easing The Transition to Maternal Role*. The Faculty of Graduate Studies (School of Nursing), The University of British Columbia. 1985. Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science in Nursing.

Byatt, Nancy, et al. 2012. Patient, provider, and system-level barriers and facilitators to addressing perinatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2012, Vol. 30:5, pp. 436-449.

Canavarro, Maria C. 2001. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra : Quarteto, 2001.

Canavarro, Maria. 1999. *Relações Afetivas e Saúde Mental*. Coimbra : Quarteto editora, 1999. Vol. 1ª edição. 972-8535-02-3.

Cantwell, R. e Cox, J. L. 2003. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics & Gynaecology*. 2003, Vol. 13, pp. 7-13.

Cardoso, Alexandrina. 2011. *Tornar-se Mãe, Tornar-se Pai - Estudo sobre a avaliação das competências parentais.* Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. 2011. Tese de Doutoramento.

Charmaz, Kathy. 2005. *Grounded Theory in The 21 ST Century - Applications for Advancing Social Justice Studies.* [autor do livro] Norman K Denzin e Yvonna S. Lincoln. *The Sage Handbook of Qualitative Research.* Third Edition. California : Sage Publications, 2005.

Chick, Norma e Meleis, Afaf I. 1986. *Transitions: A Nursing Concern.* *School of Nursing Departmental Papers.* University of Pennsylvania, 1986, pp. 237-257.

Chick, Norma e Meleis, Afaf. 2005. *Transitions: A Nursing Concern.* [autor do livro] Afaf Ibrahim Meleis. *Theoretical Nursing: Development & Progress.* Third Edition. s.l. : Lippincott, 2005.

Clulow, Chistopher. 1991. *Partners Becoming Parents.* *Infant Menthal Health Journal.* Fall de 1991, Vols. Vol. 12, nº 3.

D, Dulud e Wright J, C. Bélander. 2000. *The efeffects of pregnancy complications on parental adapatation process.* *Journal of Reproductive and Infant psychology.* 2000, Vols. vol.18, nº1.

Demissie, Zewditu, et al. 2013. *Physical activity during pregnancy and postpartum depressive symptoms.* *Midwifery.* 2013, Vol. 29, pp. 139-147.

Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. 2014. *Estatísticas.* *Direção Geral de Reinserção dos Serviços Prisionais.* [Online] 2014. [Citação: 24 de Janeiro de 2014.] <http://www.dgsp.mj.pt>.

Direção- Geral de Saúde. 2012. *Plano Nacional de Vacinação.* 2012.

Direção Geral dos Serviços Prisionais. 2012. *Manual de procedimentos para a prestação de cuidados de saúde em meio prisional.* [ed.] Ministério da Justiça. 11 de Abril de 2012.

Direção-Geral da Saúde. 2012. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.* 2012.

Direção-Geral de Saúde. 2010. *Orientações Técnicas. Urgências no ambulatório em idade pediátrica.* 2010. Vol. 1.

Direção Geral dos Serviços Prisionais. 2012. *Estatísticas.* *Direcção Geral dos Serviços Prisionais.* [Online] 2012. [Citação: 8 de Novembro de 2012.] <http://www.dgsp.mj.pt>.

- Emmanuel, Elizabeth, St John, Winsome e Sun, Jing. 2012.** Relationship between Social Support and Quality of Life in Childbearing Women during the Perinatal Period. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing - JOGNN*. 2012, Vol. 41, pp. E62-E70.
- Fernandes, Eugénia e Maia, Ângela. 2002.** Grounded Theory. [autor do livro] Eugénia & Almeida, Leandro Fernandes. *Métodos e Técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação Psicológicas*. Braga : CEEP Edições, 2002, pp. 49-76.
- Fisher, Jane RW, Wynter, Karen H e Rowe, Heather J. 2010.** Innovate psycho-educational program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a before and after controlled study. *BMC Public Health*. 2010, Vol. 10(432), pp. 1-15.
- Fortin, Marie-Fabienne. 2003.** *O processo de investigação - da concepção à realização*. s.l. : Lusociência, 2003. 972-8383-10-X.
- Foucault, Michel. 2010.** *Vigiar e Punir- História da violência nas prisões*. Rio de Janeiro : Editora Vozes, 2010.
- Gage, Jeffrey e Kevin & Bullock, Linda. 2006.** Integrative review of parenting in nursing research. *Journal of Nursing Scholarship*. 38, 2006, Vol. 1.
- Galego, C. e Gomes, A. 2005.** Emancipação, rutura e inovação: o "focus group" como instrumentode investigação. *Revista Lusófona de Educação*. 2005, Vol. 5, pp. 173-184.
- Gaynes, BN, et al. 2005.** Perinatal Depression: prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. *Evidence Report/Technology Assesment N° 119.AHRQ Publication N° 05-E006-2*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2005.
- Godoy, M. e Munari, D. 2006.** Review of scientific literature on the use of group activities in nursing work in Brazil: 1980-2003. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2006, Vol. 14 (5), pp. 786-802.
- Guerra, António, et al. 2012.** Alimentação e Nutrição do Lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa - Revista de Medicina da Criança e do Adolescente*. 2012, Vols. 43, n° 5.
- Hockenberry, M. e Wilson, D. Winkelstein M. 2011.** *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. s.l. : Mosby, 2011. Vol. 8ª edição.
- Hudson, D., Elek, S. e Fleck, M. 2001.** First time mothers and fathers transition to parenthood: Infant care self-fficacy, parent stisfaction and infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2001, Vol. vol.24, pp. 31-43.

- ICN. 2011.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra : s.n., 2011. Vol. Versão 2.
- Kantrowitz-Gordon, Ira. 2013.** Expanded Care for Women and Families after Preterm Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*. March/April de 2013, Vol. 58:2, pp. 158-166.
- Koniak-Griffin, Deborah. 1993.** Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. 1993, Vols. 25, number 3, pp. 257-262.
- Kralik, Debbie, Visentin, Kate e Van Loo, Antónia. 2006.** Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, Vols. 55, 3, pp. 320-329.
- Lopes, Manuel J. 2003.** A Metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. nº 8 - Agosto: 63-74, 2003.
- Lorensen, M e Wilson, M, White, M. 2004.** Norwegian Families: Transition to Parenthood. *Health care for Women International*. 2004, Vol. 25, pp. 334-348.
- Lowdermilk, Deitra L., Perry, Shannon E. e Bobak, Irene M. 2008.** *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. New York : Lusodidacta, 2008. 978-989-8075-16-1.
- Marôco, João e Garcia-Marques, Teresa. 2006.** Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções moderna. *laboratório de Psicologia*. 2006, Vols. 4,1, pp. 65-90.
- Martins, Cecília, Guedes, Raquel e João, Anabela. 2008.** Recém-nascido filho de mãe toxicodependente. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2008, Vol. 39 (3), pp. 115-119.
- Matos, Raquel e Machado, Carla. 2007.** Reclusão e Laços Sociais: discursos no feminino. *Análise Psicológica*. 2007, Vol. Vol. XLII (185), pp. 1041-1054.
- Matos, Raquel. 2014.** *Género, nacionalidade e reclusão - olhares cruzados sobre migrações e reclusão feminina em Portugal*. [ed.] Atas. s.l. : Universidade Católica Editora - Porto, 2014. 978-989-8366-61-0.
- McDermott, D. 2006.** Thinking Mindfully about Parenting and Parenting Education. *Child Welfare league of America*. 2006, Vols. vol. LXXXV, September, pp. 741-748.
- McQueen, Karen, et al. 2008.** Evidence-Based Recommendations for Depressive Symptoms in Postpartum Women. [ed.] Association of Women Health Obstetric and

Neonatal Nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing - JOGNN*. 2008, Vol. 37:2, pp. 127-136.

Meighan, Mary M. 2004. Consequência do Papel Maternal. [autor do livro] Ann Marriner Tomey e Martha Raile Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, lda, 2004.

Meleis, A. e Trangenstein, P. 1994. Facilitating Transitions Redefinition on the Nursing Mission. *Nursing Outlook*. 1994, Vols. Vol. 42,6, pp. 255-259.

Meleis, Afaf I, et al. 2000. Experiencing Transition: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. Setembro de 2000, pp. 12-28.

Meleis, Afaf I. 2005. *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Third Edition. Philadelphia : Lippincott, 2005.

Meleis, Afaf, et al. 2000. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advance Nursing Science*. 2000, Vol. 23(1), pp. 12-28.

Mercer, Ramona T. 1981. A Theoretical Framework for studying Factors that Impact on Maternal Role. *Nursing Research*. March-April, 1981, Vols. Vol. 30, nº 2, pag. 73 - 77.

—. **1995.** *Becoming a Mother*. New York : Spring Publishing Company, 1995.

—. **1995.** *Becoming a Mother - Research on Maternal Identity From Rubin to the Present*. New York : Springer Series: Focus on Women, 1995. 0-8261-8970-9.

—. **2004.** Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. Third Quarter, 2004, pp. 226-232.

Mercer, Ramona T. e Ferketich, Sandra L. 1994. Predictores of Maternal Role Competence by Risk Status. *Nursing Research*. Jan/Feb, 1994, Vols. Vol. 43, nº 1, pp. 38-43.

—. **1995.** Predictors of role competence for experience and inexperienced fathers. *Nursing Research*. 1995, Vol. 44, pp. 89-95.

Mercer, Ramona T. e Walker, Lorraine O. 2006. A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. 2006, Vols. Vol.35, number 5, pp. 568-582.

Mercer, Ramona T. 2006. Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2006, Vols. 35, number 5, pp. 649-651.

- . **1981.** The Nurse and Maternal Tasks of Early Postpartum. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 1981, Vols. 6, September/October, pp. 341-345.
- . **1985.** The Process of Maternal Role Attainment over the First Year. *Nursing Research*. July/August, 1985, Vols. Vol. 34, nº 4, p. 198 - 204.
- Ministério da Justiça. 2011.** Dec- lei nº51. *Diário da República*. 1ª série nº 71 de 2011. Vols. 1ª série - nº 71 , 11 de abril de 2011.
- . **2004.** Diário da República. *Dec. Lei Nº 145/2004*. 2004. Vols. I série - A.
- Ministério da Saúde. 1981.** Decreto-lei nº 21/81. *Diário da República*. 19 de Setembro de 1981. Vols. I Série, A, nº 189.
- . **1987.** Decreto-lei nº 26/87. *Diário da República*. 13 de janeiro de 1987. Vols. I Série, A, nº10.
- . **1998.** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Dec. lei n 161/96 de 4 de setembro. *Diário da República*. 1998.
- Misericórdia do Porto- Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo. 2012.** *Relatório de atividades*. Serviços Clínicos. 2012.
- Moorhead, Sue, et al. 2013.** *Nursing Outcomes Classification (NOC): measurement of health outcomes*. 5th ed. s.l. : Elsevier, 2013. 978-0-323-10010-6.
- Morse, Janice M. 2006.** Reconceptualizing Qualitative Evidence. *Qualitative Health Research*. Março de 2006, Vols. 16, nº 3, pp. 415-422.
- Moura, Maria, et al. 2004.** Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. *Estudos de Psicologia*. 2004, Vols. 9,2, pp. 421-429.
- Nunes, Cristina, Rocha, Susana e Esteves, Tânia. 2011.** Toxicodependência na gravidez e maternidade - a importância de uma abordagem multidisciplinar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2011, Vols. 27, nº5.
- Nystrom, Kerstin e Ohrling, Kerstin. 2004.** Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. 2004, Vol. 46 (3), pp. 319-330.
- Oliveira, M. 2005.** Paternidade e Práticas de Cuidar - Estudo exploratório nos primeiros dois meses após o parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 2005, Vol. Vol.6, pp. 37-44.

- Opperman, Kathleen e Cassandra, Kathleen. 2001.** *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. s.l. : Lusociência, 2001.
- Ordem dos Enfermeiros. 2012.** *Condições do Exercício Profissional de Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais*. 2012.
- Pires, António. 1990.** Determinantes do Comportamento Parental. *Análise Psicológica*. 1990, Vol. 4 (VIII), pp. 445-452.
- Polit, Denise F. e Beck, Cheryl Tatano. 2008.** *Nursing Research -Generating and Assessing evidence for Nursing Practice*. s.l. : Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 978-0-7817.
- Pridham, Karen e Chang, Audrey. 1992.** Transitions to being the mother of a new infant in the first 3 months: maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of Advanced Nursing*. 1992, Vols. 17,2, pp. 204-216.
- Quelhas, Isabel M. 2005.** *Cuidados de Enfermagem à Família para a Promoção da Saúde da Criança - Encontro com a História (1888-1988)*. Porto. Universidade do Porto : Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem., 2005.
- Raynor, Maureen. 2006.** Pregnancy and the puerperium:the social and psychological context. *Psychiatry*. 2006, Vol. 5:1, pp. 1-4.
- Reich, Stephanie. 2005.** What do mothers know? Maternal knowledge of child development. *infant Mental Health Journal*. 2005, Vols. Vol.26,2, pp. 143-156.
- Relvas, A. 2000.** *O ciclo vital da família:perspetiva sistémica*. Porto : Edições Afrontamento, 2000. Vol. 2ª edição.
- Ressel, L., Gualda, D. e Gonzáles, R. 2002.** Grupo Focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. *International Journal Of Qualitative Methods*. Spring de 2002, Vol. 1(2).
- Ribas Jr, Rodolfo, Moura, Maria Lúcia e Bornstein, Marc. 2007.** Cognições maternas acerca da maternidade e do desenvolvimento humano: Uma contribuição ao estudo da psicologia parental. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2007, Vol. 17 (1), pp. 104-113.
- Rubin, Reva. 1967 a.** Attainment of the maternal role, part I. Processes. *Nursing Research*. 1967 a, Vol. 16, 4, pp. 342 - 351.
- . **1967 b.** Attainment of Maternal Role - Part II. Models and Referrants. *Nursing Research*. 1967 b, Vols. 16, nº 4, pp. 342-351.
- . **1984.** *Maternal Identity and the Maternal Experience*. New York : Springer, 1984.

- Santos, Joana. 2012.** *Narrativas de mulheres estrangeiras no sistema prisional português.* Faculdade de Psicologia. 2012. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa.
- Sawyer, Alexandra, Ayers, Susan e Smith, Helen. 2010.** Pre- and postnatal psychologic weelbeing in Africa: A systematic review. *Journal of Affective Disorders.* 123, 2010, pp. 17-29.
- Schmied, Virginia, et al. 2013.** Maternal mental health in Australia and New Zealand: A review of longitudinal studies. *Women and Birth.* 2013, Vol. 132, pp. 167-178.
- Secco, M.Loretta e Moffat, Michael. 2003.** Situational, maternal and infant influences on parenting stress among adolescent mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing.* 2003, Vol. 26.
- Seimyr, Louise, Welles-Nyström, Barbara e Nissen, Eva. 2013.** A history of mental health problems may predict maternal distress in women postpartum. *Midwifery.* 2013, pp. 122-131.
- Senarath, Upul, et al. 2001.** Factors associated with maternal knowldge of newborn care among hospital-delivered mothers in Sry Lanka. *Transactions of the Royal Society of Topical Medicine and Hygiene.* 2001, Vol. 101, pp. 823-830.
- Shaha, M., Wenzel, J. e Hill, E. 2011.** Planning and conducting focus group with nurses. *Nurse Researcher.* 2011, Vol. 18(2), pp. 77-87.
- Shumacher, Karen L. e Meleis, Afaf I. 1994.** Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship.* 1994, Vols. 26, Number 2, pp. 119-126.
- Silva, Ana Isabel e Aguiar, Helder Gabriel. 2011.** Diversificação alimentar no primeiro ano de vida. *Acta Médica Portuguesa.* 2011, Vol. 24(S4), pp. 1035-1040.
- Stern, Phyllis. 1998.** Using Grounded Theory Method in Nursing Research. [autor do livro] Madeleine Leininger. *Qualitative Research Methods in Nursing.* s.l. : Greyden Press, 1998.
- Strauss, Anselm e Corbin, Juliet. 1998.** *Basics of Qualitative Research - Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.* California : Sage Publications, Inc., 1998. 0-8039-5939-7.
- . 2008. *Pesquisa Qualitativa - Técnicas e Procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada.* Porto Alegre : Artmed editora, 2008. 978-85-363-1043-5.

Streubert, Helen J. e Carpenter, Dona R. 2002. *Investigação Qualitativa - Avançando o Imperativo Humanista*. Segunda Edição. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2002. 972-8383-29-0.

Thome, Marga e Arnardottir, Stefanía B. 2012. Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant women and their partners: a single group before and after study. *Journal of Advanced Nursing - JAN*. Maio de 2012, Vol. 69:4, pp. 805-816.

Thomson, Malia e Caulfield, Rick. 1998. Teen Pregnancy and Parenthood: Infant and Toddlers Who Need Care. *Early Childhood Education Journal*. 1998, Vols. Vol.25, nº 3.

White, M., Wilson, M., Elander, G., Persson, B. 1999. The Swedish Family: Transition to Parenthood. *Scandinavian J Caring Science*. 1999, Vol. Vol.13, pp. 171-176.

Wylie, L., et al. 2011. The enigma of post-natal depression: an update. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011, Vol. 18, pp. 48-58.

ANEXOS

**ANEXO I - AUTORIZAÇÕES DE ACESSO AO ESTABELECIMENTO PRISIONAL
ESPECIAL DE SANTA CRUZ DO BISPO**



Exmo(a) Senhor(a)
Doutora Margarida Vieira

Universidade Católica Portuguesa - Instituto de
Ciências da Saúde

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, s/n

4200 - 072 Porto

<i>V/ referência</i>	<i>N/ referência</i>	<i>Ofício N.º</i>	<i>Data</i>
		62/DSPRE	21.03.2013

Assunto: Investigação Académica para Doutoramento em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica

Tenho a honra de informar V. Exa de que, por despacho do Senhor Director – Geral, Dr. Rui Sá Gomes, datado de 19/03/2013, e tendo em vista a realização de uma investigação académica, a Prof.ª Isabel Quelhas está autorizada a desenvolver o trabalho, no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo Feminino.

Considerando o interesse do projecto, esta 2.ª fase do estudo, foi autorizada, nos mesmos termos e condições já anteriormente indicados.

Com os melhores cumprimentos,

pel' A Direção de Serviços
Isabel Quelhas

UCP - Instituto Ciências da Saúde - Porto	
Recebido em	27/3/13 N.º Doc 70
<input type="checkbox"/>	Classificar
<input type="checkbox"/>	Classificar
<input type="checkbox"/>	Arquivar em
Assinatura	

ML/2013

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DIRECÇÃO-GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS

Direcção de Serviços de Planeamento e Relações Externas

Exma Senhora
Prof. Doutora Margarida Vieira
Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Católica
Campus da Asprela
Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

V/ referência	N/ referência	Ofício N.º	Data
		235/DSPRE/2008	2008-05-28

Assunto: Investigação académica para Doutoramento em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Doutoranda Isabel Quelhas

Tenho a honra de informar V. Exa. que por despacho do Senhor Subdirector-Geral, datado de 27/05/2008, a doutoranda Isabel Maria Quelhas Lima Engrácia Antunes está autorizada a desenvolver o projecto de investigação "O Exercício da Parentalidade em Reclusão" no Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo.

Daqui decorre que pode entrevistar reclusas com filhos ao seu cuidado e técnicos de saúde do Estabelecimento, *não podendo porém, efectuar gravações áudio das entrevistas às reclusas.*

Em cumprimento do disposto na Circular nº 5/GDG/2001, de 18 de Junho, que regula estágios e investigações académicas, chama-se a atenção para o facto do trabalho estar sujeito às seguintes condições:

- A execução do trabalho estar sempre dependente da disponibilidade das reclusas para, após consentimento informado, colaborarem, reservando-se-lhes o direito de a qualquer momento, poderem interromper a sua cooperação;
- a calendarização e o modo de organização da pesquisa deve ser acordada com a Direcção do Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo, de forma a que se conciliem os objectivos académicos com a

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DIRECÇÃO-GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS

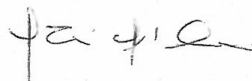
Direcção de Serviços de Planeamento e Relações Externas

exequibilidade do trabalho, sem perturbação da vida quotidiana do Estabelecimento;

- obrigação de preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a cooperar;
- o número de reclusas e de técnicos de saúde envolvidos seja acordada com a Direcção do Estabelecimento;
- a participação e a gravação áudio das entrevistas aos técnicos de saúde esteja dependente da sua voluntariedade para o fazer;
- remeter cópias do trabalho final à Direcção de Serviços de Planeamento e Relações Externas, assim como ao Estabelecimento Prisional onde realizou o estudo.

Com os melhores cumprimentos.

A Directora de Serviços



(Maria José Matos)

ID/2008

**ANEXO II - INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO DAS MÃES RECLUSAS PARA A
ENTREVISTA**

Informação e Consentimento

Eu, Isabel Maria Quelhas Lima Engrácia Antunes, encontro-me a realizar um estudo no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

É muito importante para os enfermeiros conhecer as experiências das mães no cuidado aos seus filhos e as dificuldades que enfrentam, para poder oferecer ajuda adequada. Especificamente o meu estudo é a maternidade em reclusão, sendo para tal muito importante ouvir a sua opinião/experiência sobre este assunto.

Todas as informações que me transmitir são absolutamente confidenciais, e só serão utilizadas no âmbito da investigação que estou a realizar.

A sua colaboração é muito importante mas poderá recusar a sua participação ou interrompê-la em qualquer altura, sem qualquer tipo de consequências para si ou o seu filho(a).

Assinatura

Declaro que compreendi as informações transmitidas, que fiquei completamente esclarecida sobre o que me é pedido e sobre o meu direito de recusar participar ou abandonar o estudo, pelo que aceito participar no referido estudo.

Assinatura

Data

ANEXO III - INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS ENFERMEIROS PARA O *FOCUS GROUP*

Informação e Consentimento

O projeto de investigação “Exercício da Maternidade em Reclusão”, integra-se no Doutoramento em Enfermagem a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, e tem como investigador responsável a Doutoranda Isabel Maria Quelhas Lima Engrácia Antunes, sob a orientação da Prof^a Doutora Margarida Maria da Silva Vieira.

Os objetivos do estudo são:

- Caracterizar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências para o exercício do papel maternal em contexto de reclusão
- Descrever a assistência de enfermagem prestada às mães reclusas com filhos ao seu cuidado, no âmbito do exercício do papel maternal
- Propor um modelo assistencial de enfermagem visando otimizar o exercício do papel maternal em contexto de reclusão

Integrado no processo da colheita de dados, encontra-se a técnica de Focus group, para o qual os enfermeiros dos serviços clínicos do EPESCB são convidados participar com a partilha de informações a partir de questões chave. O material recolhido será do uso exclusivo do investigador, sendo utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a realização tese, e dos artigos e comunicações que dela resultem.

Durante o processo em curso será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação dos participantes da investigação.

A investigação não oferece nenhum dano aos participantes e não será objecto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos mesmos.

Para a realização desta etapa do estudo prevê-se a necessidade de realização de pelo menos duas sessões de partilha, e em datas a acordar em função da disponibilidade dos participantes.

Para esclarecimento de qualquer dúvida, o investigador pode ser contactado através do telm: 917308272, ou do e-mail: iquelhas@porto.ucp.pt

Eu,

Cédula Profissional nº

Fui informado dos objetivos e procedimentos do estudo, e esclareci as minhas dúvidas.

Concordo em participar voluntariamente nesta investigação e declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento

Assinatura do(a) participante

ANEXO IV - GUIÃO DE ENTREVISTA ÀS MÃES RECLUSAS

Entrevista

Como tem sido para si ser mãe na prisão?

- *Assumir as responsabilidades de ser pai e/ou mãe*

Fale-me do que pensa e sente ser a sua responsabilidade de mãe, aqui nesta condição de reclusa

- *Comportamento destinado a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar*

O que faz para que você e o seu filho possam ser uma família?

- *Comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças*

- O que sabe sobre o crescimento e desenvolvimento do seu filho

- Como acompanha este crescimento e desenvolvimento

- O que faz para estimular o crescimento desenvolvimento do filho

- *Interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados.*

O que acha que a sua família e amigos pensam sobre o seu papel de mãe/esperam que faça enquanto mãe.

**ANEXO V - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS –
ADAPTADO GRAVIDEZ**

Instrumento de Avaliação das Competências Parentais – **ADAPTADO GRAVIDEZ**

Mãe: _____ Idade: _____ anos Escolaridade: _____ anos Profissão: _____
Estado civil: _____

GRAVIDEZ

Idade gestacional: _____ semanas _____ dias DPP: _____ / _____ / _____ Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____
Gravidez planeada: não sim | Gravidez desejada: não sim | Complicações: não sim: (especificar) _____
Parto(s) anterior(es): eutócico (____) ventosa/ fórceps (____) cesariana (____) | Experiência do parto(s) e 1.º dias: positiva negativa

ATITUDE FACE À NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO PARA APRENDER SOBRE OS CUIDADOS AO FILHO:

Quando tem dúvidas sobre os cuidados que o bebé necessita e como os realizar, o que costuma fazer? (ex. saber como se dá banho, porque chora, como se amamenta, como prevenir acidentes...)

procura a informação (por antecipação) quando a situação surgir se verá não tem dúvidas não responde

FONTES DE INFORMAÇÃO, procura ajuda/informação junto de:

Livros Internet Enfermeiro Médico Familiares Outras mães Outros _____

Acompanhamento de enfermagem : não sim

Em relação ao **PREPARAR O ENXOVAL**, tem **conhecimento** sobre:

- 1 ▪ Critérios de escolha da roupa para o bebé _____ / _____
- 2 ▪ Cuidados gerais no tratamento da roupa do bebé _____ / _____
- 3 ▪ Critérios de escolha e de uso de chupeta _____ / _____
- 4 ▪ Critérios de escolha das fraldas e toalhetes _____ / _____

Em relação ao **PREPARAR A INTEGRAÇÃO DO NOVO ELEMENTO NA FAMÍLIA**, não se aplica

Idade dos irmãos (anos): _____ | _____ | _____

tem **conhecimento** sobre:

- 5 ▪ Estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante a gravidez _____ / _____

Em relação ao **AMAMENTAR**,

Experiência anterior de amamentar não sim | Se sim: Duração _____ (meses, último filho) | Apreciação da experiência: positiva negativa

Motivo para deixar de amamentar: _____ | Episódio(s) de: Ingurgitamento mamário: não sim | Fissura: não sim

Expectativa atual: Intenção de amamentar Impossibilidade de amamentar (especificar motivo: _____)

- 6 ▪ Benefícios da amamentação _____ / _____
- 7 ▪ Características do colostró e do leite _____ / _____
- 8 ▪ Critérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas _____ / _____
- 9 ▪ Critérios para decidir o intervalo e duração das mamadas _____ / _____
- 10 ▪ Sinais de ingestão nutricional suficiente _____ / _____
- 11 ▪ Sinais de fome _____ / _____
- 12 ▪ Sinais de saciedade _____ / _____
- 13 ▪ Posição da mãe e do filho _____ / _____
- 14 ▪ Sinais de pega adequada _____ / _____
- 15 ▪ Estratégias para manter o bebé acordado durante a mamada _____ / _____

- 16. ▪ Sinais de produção e liberação de leite _____ / _____
- 17. ▪ Medidas que estimulam/comprometem a lactação _____ / _____
- 18. ▪ Diferença entre a subida de leite vs ingurgitamento mamário _____ / _____
- 19. ▪ Fatores de risco de ingurgitamento mamário _____ / _____
- 20. ▪ Medidas de prevenção de ingurgitamento mamário _____ / _____

- 21. ▪ Fatores de risco de fissura do mamilo _____ / _____
- 22. ▪ Medidas de prevenção de fissura do mamilo _____ / _____
- 23. ▪ Influência da alimentação da mãe no leite (composição) _____ / _____
- 24. ▪ Efeitos da ingestão de cafeína na criança não se aplica _____ / _____
- 25. ▪ Efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança não se aplica _____ / _____
- 26. ▪ Efeitos de fumar/fumo do tabaco na criança não se aplica _____ / _____

Em relação a **COLOCAR A ERUCTAR**, tem conhecimento sobre:

Experiência anterior: Colocar a eructar: não sim |

- 27. ▪ Benefícios da eructação _____ / _____
- 28. ▪ Posicionar a criança para eructar _____ / _____

Em relação ao **ALIMENTAR A CRIANÇA COM LEITE ADAPTADO**, tem conhecimento sobre: (avaliar só se impossibilidade de amamentar)

Experiência anterior: Alimentar por biberão: não sim |

- 29. ▪ Métodos de lavagem e esterilização _____ / _____
- 30. ▪ Como preparar o leite adaptado _____ / _____
- 31. ▪ Como alimentar a criança por biberão _____ / _____

Em relação a **ASSEGURAR HIGIENE**

Experiência anterior: Dar banho: não sim | Trocar a fralda: não sim |

Já comprou produtos: não sim Higiene Pele | Fonte de informação: _____

- 32. ▪ Material necessário e condições prévias para o banho _____ / _____
- 33. ▪ Critérios para escolher os produtos de higiene a usar _____ / _____
- 34. ▪ Frequência e horário do banho _____ / _____
- 35. ▪ Lavar os olhos (pálpebras) / ouvidos _____ / _____
- 36. ▪ Como dar banho _____ / _____
- 37. ▪ Como e quando cortar as unhas _____ / _____
- 38. ▪ Material necessário para a troca da fralda _____ / _____
- 39. ▪ Critérios de uso sobre os produtos de higiene perineal _____ / _____
- 40. ▪ Lavar o perineo (se menino/se menina) _____ / _____
- 41. ▪ Sinais de eritema pela fralda _____ / _____
- 42. ▪ Fatores de risco/medidas de prevenção do eritema da fralda _____ / _____

Em relação ao **TRATAR DO COTO UMBILICAL**

Experiência anterior: Tratar coto umbilical: não sim | Já ter observado: não sim

- 43. ▪ Material necessário para a desinfecção do coto umbilical _____ / _____
- 44. ▪ Quando é esperado a queda do coto umbilical _____ / _____
- 45. ▪ Como e com que frequência desinfetar o coto umbilical _____ / _____
- 46. ▪ Estratégias para promover a mumificação e cicatrização _____ / _____
- 47. ▪ Sinais de infecção do coto umbilical _____ / _____

Em relação ao **LIDAR COM O CHORO DA CRIANÇA**

Experiência anterior: Lidar com bebês a chorar: não sim |

- 48 ▪ Padrão esperado de choro e tipos de choro _____ / _____
- 49 ▪ Estratégias de consolo _____ / _____
- 50 ▪ Sinais de cólica/síndrome de cólica _____ / _____
- 51 ▪ Fatores de risco de cólica/síndrome de cólicas _____ / _____
- 52 ▪ Medidas de alívio da dor abdominal _____ / _____

Em relação a **RECONHECER O PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAIS** e **PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE**

Experiência anterior: Já viu um recém-nascido: não sim |

- 53 ▪ Aparência esperada do recém-nascido e achados normais na pele _____ / _____
- 54 ▪ Capacidades dos órgãos dos sentidos _____ / _____
- 55 ▪ Reflexos presentes/respostas espontâneas do recém-nascido _____ / _____
- 56 ▪ Regurgitação e medidas de prevenção _____ / _____
- 57 ▪ Características iniciais da eliminação intestinal _____ / _____
- 58 ▪ Quando deve ser realizado o diagnóstico precoce _____ / _____
- 59 ▪ Quando deve ser iniciado o esquema de vacinação _____ / _____

Em relação a **GARANTIR A SEGURANÇA E PREVENIR ACIDENTES**

- 60 ▪ Modo adequado de segurar / manipular a criança _____ / _____
- 61 ▪ Medidas de prevenção de queimaduras _____ / _____
- 62 ▪ Medidas de prevenção de quedas _____ / _____
- 63 ▪ Medidas de prevenção de asfixia/sufocação/aspiração _____ / _____
- 64 ▪ Medidas de prevenção e fatores de risco de SMSL _____ / _____
- 65 ▪ Medidas segurança para transporte no automóvel _____ / _____
- 66 ▪ Critérios de escolha de brinquedos (recém-nascido) _____ / _____
- 67 ▪ Cuidados com animais domésticos não se aplica _____ / _____

Em relação ao **PREPARAR A INTEGRAÇÃO DO NOVO ELEMENTO NA FAMÍLIA**, não se aplica tem **conhecimento** sobre:

- 68 ▪ Estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante a reclusão _____ / _____
- 69 ▪ Estratégias para gerir o ciúme do irmão: quando regresso a casa _____ / _____

Em relação ao **PREPARAR O ENXOVAL** tem **conhecimento** sobre:

- 70 ▪ O que é necessário preparar para levar para o hospital _____ / _____

Se pudesse escolher onde levaria o bebê para a realizar a vigilância da saúde: CS Pediatra particular Outro _____

Gostaria que lhe fosse proporcionado apoio de enfermagem após o nascimento do filho?

- não, especificar a razão: _____
- se precisar, procuro
- sim

**ANEXO VI - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS –
ADAPTADO 0/3 ANOS**

Instrumento de Avaliação das Competências Parentais – ADAPTADO 0/3 ANOS

Mãe: _____ Idade: _____ anos Escolaridade: _____ anos Profissão: _____

Criança: _____ Estado civil: _____

GRAVIDEZ

Local de vigilância da gravidez Centro de Saúde Médico privado Consulta no hospital Outro _____

Gesta: ____ Para: ____ Aborto: ____

Gravidez planeada: não sim | Gravidez desejada: não sim | Complicações: não sim: (especificar) _____

Parto(s) anterior(es): eutócico (__) ventosa/ fórceps (__) cesariana (__) | Experiência do parto(s) e 1.ª dias: positiva negativa

PARTO E NASCIMENTO - Data do parto: ____/____/____

Local de parto: _____ | Tipo de parto: eutócico ventosa fórceps cesariana

PAI: assistiu ao parto: não sim Considerou a experiência: positiva negativa (especificar) _____

Complicações: durante o parto: não sim: (especificar) _____ pós-parto: não sim: (especificar) _____

CRIANÇA: Idade gestacional ao nascimento: _____ sem. Sexo: feminino masculino Apgar: 1.º min ____ / 5.º min ____ Peso: _____ g

Complicações neonatais: não sim: (especificar) _____

SUPORTE SOCIAL efetivo

Quem ajudou a cuidar do bebé: pai mãe/ sogra outros familiares _____ amigos _____ não teve ajuda

Tipo de ajuda: tomar conta do bebé ajuda nos cuidados ao bebé ajuda nas tarefas domésticas outras _____

ATTITUDE FACE À NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO PARA APRENDER SOBRE OS CUIDADOS AO FILHO:

Quando tem dúvidas sobre os cuidados que o bebé necessita e como os realizar, o que costuma fazer? (ex. saber como se dá banho, porque chora, como se amamenta, como prevenir acidentes...)

Mãe: procura a informação (por antecipação) quando a situação surgir se verá não tem dúvidas não responde

FONTES DE INFORMAÇÃO, procura ajuda/informação junto de:

Mãe: Livros Internet Enfermeiro Médico Familiares Outras mães Outros _____

Local de vigilância da saúde da criança: Centro de Saúde Médico privado Consulta no hospital Outro _____

Acompanhamento por enfermagem: sim não

Em relação a PREPARAR A CASA E O ENXOVAL PARA O RECÉM-NASCIDO

Conhecimento sobre:

1. Características do quarto do recém-nascido _____/____
2. Características do berço/cama _____/____
3. Características do equipamento a adquirir/adaptar: para dar banho _____/____
4. Características do equipamento a adquirir: cadeira de transporte _____/____
5. Características do equipamento a adquirir: carrinho de passeio _____/____
6. Critérios de escolha da roupa para o bebé _____/____
7. Cuidados gerais no tratamento da roupa do bebé _____/____
8. Critérios de escolha e de uso de chupeta _____/____
9. Critérios de escolha das fraldas e toalhetes _____/____
10. O que é necessário preparar para levar para o hospital _____/____

Em relação ao ASSSEGURAR HIGIENE DA CRIANÇA e VESTIR E DESPIR/VESTUÁRIO

Experiência anterior: Dar banho não sim Trocar a fralda não sim

Conhecimento sobre:

11. Material necessário e condições prévias para o banho _____/____
12. Critérios para escolher os produtos de higiene a usar _____/____
13. Frequência e horário do banho _____/____
14. Lavar os olhos (pálpebras) / ouvidos _____/____

- 15. Como dar banho ___/___
- 16. Como e quando cortar as unhas ___/___
- 17. Material necessário para a troca da fralda ___/___
- 18. Critérios de uso sobre os produtos de higiene perineal ___/___
- 19. Lavar o perineo (se menino/se menina) ___/___
- 20. Sinais de eritema pela fralda ___/___
- 21. Fatores de risco/medidas de prevenção do eritema da fralda ___/___

Capacidade de

- 22. Reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, a água e testar temperatura e aquecer o ambiente ___/___
 - 23. Dar banho ___/___
 - 24. Adotar medidas para prevenir acidentes durante o banho ___/___
 - 25. Cortar as unhas ___/___
 - 26. Escolher vestuário adequado à temperatura ___/___
 - 27. Vestir e despir a criança ___/___
 - 28. Reunir o material para a higiene perineal e troca da fralda ___/___
 - 29. Lavar e secar zona coberta pela fralda ___/___
 - 30. Adotar medidas de prevenção do eritema pela fralda ___/___
 - 31. Reconhecer sinais de eritema pela fralda ___/___
 - 32. Tratar o eritema pela fralda não se aplica ___/___
1. ... dar-lhe banho, sem dificuldade ou receio, tomando as devidas precauções para que não haja acidentes ___/___
2. ...cortar-lhe as unhas sem dificuldade e, sem produzir qualquer lesão. ___/___
3. ...vestir e despir sem dificuldade. ___/___
4. ...manter saudável a pele da zona coberta pela fralda. ___/___
5. ...saber se a pele coberta pela fralda tem sinais de eritema pela fralda. ___/___
6. ... saber o que fazer se eritema pela fralda presente. ___/___

Em relação ao **TRATAR DO COTO UMBILICAL:**

Experiência anterior: **Tratar coto umbilical:** não sim **Já ter observado:** não sim

! Onfalite: não sim

Conhecimento sobre:

- 33. Material necessário para a desinfecção do coto umbilical ___/___
- 34. Quando é esperado a queda do coto umbilical ___/___
- 35. Como e com que frequência desinfetar o coto umbilical ___/___
- 36. Estratégias para promover a mumificação e cicatrização ___/___
- 37. Sinais de infecção do coto umbilical ___/___

Capacidade de:

- 38. Reunir o material necessário para a desinfecção do coto umbilical ___/___
 - 39. Desinfetar coto umbilical ___/___
 - 40. Manter coto umbilical seco ___/___
- 7.... desinfetar corretamente o coto umbilical. ___/___
- 8...promover a mumificação do coto e a cicatrização da ferida após a queda. ___/___

Em relação ao **ALIMENTAR A CRIANÇA** **AMAMENTAR** e/ou **ALIMENTAR COM BIBERÃO** e/ou **DIETA FAMILIAR**

Experiência anterior: **amamentar** não sim

Perceção experiência amamentar: positiva negativa

Se NÃO amamentou, motivo/duração: _____

Se **AMAMENTOU** exclusivo misto não se aplica

- Conhecimento sobre:**
- 41. Benefícios da amamentação ___/___
 - 42. Características do colostro e do leite ___/___
 - 43. Critérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas ___/___
 - 44. Critérios para decidir o intervalo e duração das mamadas ___/___
 - 45. Sinais de ingestão nutricional e hídricas suficientes ___/___
 - 46. Frequência das refeições ___/___

47. ▪ Sinais de fome ___/___
48. ▪ Sinais de saciedade ___/___
49. ▪ Posição da mãe e do filho ___/___
50. ▪ Sinais de pega adequada ___/___
51. ▪ Estratégias para manter o bebê acordado durante a mamada ___/___
52. ▪ Sinais de produção e liberação de leite ___/___
53. ▪ Medidas que estimulam/comprometem a lactação ___/___
54. ▪ Diferença entre a subida de leite vs ingurgitamento mamário ___/___
55. ▪ Fatores de risco de ingurgitamento mamário ___/___
56. ▪ Medidas de prevenção de ingurgitamento mamário ___/___
57. ▪ Fatores de risco de fissura do mamilo ___/___
58. ▪ Medidas de prevenção de fissura do mamilo ___/___
59. ▪ Influência da alimentação da mãe no leite (composição) ___/___
60. ▪ Efeitos da ingestão de cafeína na criança ___/___
61. ▪ Efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança ___/___
62. ▪ Efeitos de fumar/fumo do tabaco na criança ___/___
63. ▪ Estratégias para manter a lactação/amamentação ___/___
64. ▪ Como extrair leite para armazenar ___/___
65. ▪ Condições e material para armazenar leite materno ___/___
66. ▪ Como descongelar o leite materno ___/___
- Capacidade de:**
67. ▪ Identificar sinais de ingestão nutricional suficiente 9. ...perceber se a quantidade de leite que a criança ingere é suficiente para suprir as necessidades nutricionais ___/___
68. ▪ Identificar sinais de fome 10. ...reconhecer quando tem fome. ___/___
69. ▪ Identificar sinais de gêção de leite 11. ...reconhecer se o leite está a fluir durante a mamada. ___/___
70. ▪ Adotar posição confortável e posicionar a criança 12. ...adotar uma posição confortável, garantindo que abocanha parte significativa da aréola. ___/___
71. ▪ Assegurar pega adequada 13. ...mantê-lo acordado durante a mamada. ___/___
72. ▪ Estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada 14. ...garantir a integridade da pele da mama, através da higiene adequada e da interrupção a sucção (quando necessário). ___/___
73. ▪ Interromper a sucção antes de retirar a criança da mama 15. ...identificar os efeitos provocados pelos alimentos que ingere na criança. ___/___
74. ▪ Adotar medidas adequadas de higiene das mamas ___/___
75. ▪ Reconhecer o efeito na criança dos alimentos que a mãe ingere ___/___
- Em relação a fissura sim não
- Capacidade de:**
76. ▪ Reconhecer sinais de fissura do mamilo 16. ...identificar se o mamilo tem fissura ___/___
77. ▪ Implementar medidas de tratamento 17. ...saber o que fazer para promover a cicatrização e monitorizar a evolução. ___/___
78. ▪ Reconhecer sinais de cicatrização ___/___
- Em relação a ingurgitamento mamário sim não
- Capacidade de:**
79. ▪ Reconhecer sinais de IM 18. ...identificar sinais de ingurgitamento mamário e saber o que fazer. ___/___
80. ▪ Implementar medidas de alívio do IM ___/___
81. ▪ Extrair leite manualmente/com bomba 19. extrair leite da mama manualmente/atraves de bomba ___/___
- Se **ALIMENTOU COM BIBERÃO** [não se aplica]
- Experiência anterior: alimentar por biberão não sim
- Conhecimento** sobre:
82. ▪ Material: biberões e tetinas e critérios de escolha ___/___
83. ▪ Métodos de lavagem e esterilização ___/___
84. ▪ Como preparar o leite adaptado ___/___
85. ▪ Como alimentar a criança por biberão ___/___

Capacidade de:

86. • Garantir a limpeza e a esterilização adequada do material _____ / _____
87. • Preparar o leite de acordo com as indicações, na quantidade adequada às necessidades nutricionais 20....alimentar corretamente e na quantidade de leite apropriada através de biberão e manter o material limpo. _____ / _____
88. • Alimentar a criança, com técnica correta _____ / _____

Em relação ao **COLOCAR A ERUCTAR:**

Experiência anterior: colocar a eructar não sim

Conhecimento de:

89. • Benefícios da eructação _____ / _____
90. • Posicionar a criança para promover a eructação _____ / _____

Capacidade

91. • Posicionar a criança para promover a eructação 21....fazer com que a criança eructe _____ / _____

Em relação ao **LIDAR COM A REGURGITAÇÃO** Episódios frequentes sim não

Capacidade de:

92. • Adotar medidas de prevenção de regurgitação 22....adotar medidas adequadas para evitar que a criança regurgite. _____ / _____
93. • Reconhecer a diferença entre regurgitação e vômito _____ / _____

Em relação ao **PROMOVER O DESMAME**

Conhecimento sobre:

94. • Estratégias para o desmame _____ / _____
95. • Sinais de desenvolvimento que indiciam que a criança está apta para iniciar outros alimentos _____ / _____

Em relação ao **INTRODUZIR NOVOS ALIMENTOS**

Conhecimento sobre:

96. • Critérios de introdução de novos alimentos na dieta da criança _____ / _____
97. • Possíveis reações gastrointestinais ao alimento _____ / _____
98. • Modo de preparar os alimentos _____ / _____
99. • Critérios de escolha do equipamento para alimentar a criança _____ / _____
100. • Frequência das refeições _____ / _____
101. • Ingestão de líquidos _____ / _____
102. • Erros alimentares _____ / _____
103. • Comportamentos da criança associados à refeição _____ / _____
104. • Estratégias para lidar com os comportamentos da criança associados às refeições _____ / _____

Em relação ao **LIDAR COM O CHORO** Percepção do choro: excessivo moderado pouco

Experiência anterior: Lidar com bebês a chorar: não sim

Conhecimento sobre:

105. • Padrão esperado de choro e tipos de choro _____ / _____
106. • Estratégias de consolo _____ / _____
107. • Sinais de cólica/síndrome de cólica _____ / _____
108. • Fatores de risco de cólica/síndrome de cólicas _____ / _____
109. • Medidas de alívio da dor abdominal _____ / _____

Capacidade de:

110. • Distinguir as necessidades da criança pelo tipo choro 23....identificar porque chora e decidir pela medida apropriada. _____ / _____
111. • Confortar o bebê, quando chora 24....perceber se a estratégia está surtir efeito. _____ / _____

Em relação a **cólicas/síndrome de cólicas**

112. • Reconhecer sinais de cólica/distinguir de síndrome de cólicas 25....saber quando tem cólica e adotar medidas de alívio. _____ / _____
113. • Adotar estratégias para reduzir choro excessivo _____ / _____
114. • Implementar medidas de alívio da dor abdominal 26....reconhecer síndrome de cólicas e adotar medidas de consolo. _____ / _____

Em relação a **CRIAR HÁBITOS: DORMIR e/ou SONO E REPOUSO**

Conhecimento sobre:

115. Alterações ao padrão de sono e vigília, ao longo do tempo ___/___
116. Estratégias para criar hábitos para dormir ___/___
117. Comportamentos das crianças associados ao sono ___/___
118. Estratégias face aos problemas de sono ___/___

Capacidade de:

119. Utilizar as estratégias para criar hábitos para dormir ___/___
120. Utilizar as estratégias para lidar com os problemas de sono ___/___
27. ...implementar estratégias para ajudar a criança a criar hábitos de sono ___/___
28. ...implementar estratégias face a problemas de sono ___/___

Em relação a **GARANTIR A SEGURANÇA/PREVENIR ACIDENTES**

Conhecimento sobre:

121. Medidas de prevenção de queimaduras ___/___
122. Medidas de prevenção de queimaduras solares ___/___
123. Medidas de prevenção de quedas ___/___
124. Medidas de prevenção de asfixia/sufocação/aspiração ___/___
125. Medidas de prevenção de afogamento ___/___
126. Medidas de prevenção de envenenamento ___/___
127. Medidas de prevenção de electrocução ___/___
128. Medidas de prevenção do SMSL ___/___
129. Medidas de prevenção com animais domésticos ___/___
130. Medidas para segurar e transportar a criança com segurança ___/___
131. Já teve algum acidente: não sim ___/___

Capacidade de:

132. Adotar medidas de prevenção de queimaduras ___/___
133. Adotar medidas de prevenção de queimaduras solares ___/___
134. Adotar medidas de prevenção de quedas ___/___
135. Adotar medidas de prevenção de asfixia/sufocação/aspiração ___/___
136. Adotar medidas de prevenção de afogamento ___/___
137. Adotar medidas de prevenção de envenenamento ___/___
138. Adotar medidas de prevenção de electrocução ___/___
139. Adotar medidas de prevenção do SMSL ___/___
140. Adotar medidas para afastar a criança de animais domésticos ___/___
141. Segurar e transportar a criança com segurança ___/___
29. ...adotar as medidas necessárias para manter ambiente seguro e prevenir acidentes, aos diversos níveis: segurar e manipular; queimaduras; quedas; asfixia/sufocação/aspiração; afogamento; envenenamento; electrocução; SMSL; animais domésticos. ___/___
30. ...segurar e transportar a criança, garantindo as condições de segurança (ao colo, carrinho de passeio, automóvel, ...). ___/___

Em relação a **VIGIAR A SAÚDE DO FILHO**

Conhecimento sobre:

142. Reações às vacinas ___/___
143. Coloração ictérica e icterícia ___/___
144. Achados normais na pele da criança ___/___
145. Medidas de proteção contra infecções ___/___
146. Sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde ___/___

Em relação à **Dentição**:

Conhecimento sobre:

147. Quando surgem os primeiros dentes e os sinais que os evidenciam ___/___
148. Medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes ___/___
149. Frequência da higiene oral ___/___
150. Material e produtos utilizados ___/___

151. • Método de escovagem dentária _____ / _____
152. • Alimentos cariogênicos _____ / _____
153. • Problemas dentários _____ / _____
154. • Quando consultar o dentista _____ / _____
- Capacidade de:**
155. • Adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes 31 ...aliviar o desconforto provocado pela erupção dos dentes. _____ / _____
156. • Adotar medidas de higiene oral 32 ...assegurar a higienização dos dentes e gengivas (frequência, material e método). _____ / _____

Em relação à **RECONHECER O PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL**

Conhecimento sobre:

157. • Padrão de aumento de peso esperado _____ / _____
158. • Padrão de eliminação intestinal _____ / _____
159. • Padrão de sono _____ / _____
160. • Marcos do desenvolvimento _____ / _____

Em relação à **CAPACIDADE SENSORIO-MOTORA**

Conhecimento sobre:

161. • Motricidade grossa _____ / _____
162. • Motricidade fina _____ / _____
163. • Desenvolvimento psicossocial _____ / _____
164. • Desenvolvimento cognitivo _____ / _____

Em relação ao **DESENVOLVIMENTO DA IMAGEM CORPORAL**

Conhecimento sobre:

165. • Capacidade da criança em descrever a aparência das pessoas _____ / _____
166. • Capacidade da criança reconhecer a sua própria identidade _____ / _____
167. • Comportamentos da criança relativamente à sexualidade _____ / _____

Em relação ao **DESENVOLVIMENTO SOCIAL - COMUNICAÇÃO**

Conhecimento sobre:

168. • Desenvolvimento da linguagem _____ / _____
169. • Formas de brincar da criança ao longo do tempo _____ / _____

Em relação à **REGRESSÃO**

Conhecimento sobre:

170. • Fatores que desencadeiam a regressão _____ / _____
171. • Comportamentos que evidenciam regressão _____ / _____

Em relação à **ELIMINAÇÃO**

Conhecimento sobre treino sanitário:

172. • Aquisição de independência para uso do sanitário _____ / _____
173. • Fatores que podem afetar o treino _____ / _____
174. • Diferença do controle vesical noturno e diurno _____ / _____
175. • Utilizar estratégias para o treino sanitário _____ / _____

Em relação ao **TEMPERAMENTO**

Conhecimento sobre:

176. • Indicadores de temperamento até ao 1º ano de vida _____ / _____
177. • Indicadores de temperamento entre o 1 e os 3 anos de vida _____ / _____
178. • Acessos de raiva e negativismo _____ / _____

Em relação ao **LIDAR COM OS PROBLEMAS COMUNS**

Em relação a **FEBRE**, Episódios de febre não sim

Conhecimento sobre:

179. Reconhecer a **presença** de sinais febre _____ / _____
180. Medidas de diminuição da temperatura corporal _____ / _____

Capacidade de:

181. Avaliar **temperatura corporal** 33. ... usar o **termômetro** corretamente e interpretar o valor obtido. _____ / _____
182. Implementa medidas de **diminuição da temperatura corporal** 34. ... utilizar as medidas de diminuição da temperatura _____ / _____

183. Em relação a **OBSTRUÇÃO NASAL**, Episódios de obstrução nasal não sim

Capacidade de:

184. **Reconhecer** a presença de obstrução nasal 35. ...aliviar a obstrução nasal quando presente _____ / _____
185. **Implementar medidas** de alívio da obstrução nasal _____ / _____

Em relação à **OBSTIPACÃO**, Episódios de obstipação não sim

Capacidade de:

186. Reconhecer a **presença** de sinais de obstipação 36. ...identificar situações de obstipação _____ / _____
187. Implementa **medidas de estimulação** da eliminação intestinal 37. ...adotar medidas de estimulação da eliminação intestinal _____ / _____

Em relação à **DIARREIA**, Episódios de Diarreia não sim

Capacidade de:

188. Reconhecer a **presença** de sinais de diarreia 38. ...identificar presença de diarreia _____ / _____
189. Implementa **medidas de prevenção da desidratação** 39. ...adotar medidas para evitar que a criança desidrate _____ / _____

**ANEXO VII - ESPECIFICAÇÕES DO CONTEÚDO DOS INDICADORES DE
AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS**

Competências Parentais

Especificações do conteúdo dos indicadores

Autor: Alexandrina Carçoso (2008) Adaptação: Isabel Quelhas (2015)

PREPARAR A CASA E O ENXOVAL PARA O RECEM-NASCIDO	
Conhecimento	
Características do <u>quarto</u> do recém-nascido	<p>Soalhos e paredes: chão anti-derrapante e de fácil limpeza; paredes pintadas com tinta não tóxica e lavável; evitar o uso de tapetes pequenos devido ao risco de tropeçar; os aquecedores deverão ser periodicamente limpos pois acumulam pó e bactérias;</p> <p>Mobiliário e arrumação: escolher (comprar ou transformar um já existente em casa) móvel para mudar a fralda e vestir a criança; este móvel deverá ter altura suficiente para evitar estar muito inclinada; um pequeno colchão forrado a plástico com resguardo pode ser mais higiénico; providenciar um pequeno cesto de lixo, forrado com saco plástico, para colocar a fralda suja; guardar a roupa num local de fácil acesso, preferencialmente nas gavetas superiores; equipar o quarto com uma cadeira confortável e algo para apoiar os pés para amamentar (opcional); manter a temperatura ambiente entre os 20º/22º C;</p> <p>Iluminação: o quarto deve ser bem ventilado, com janelas seguras e afastadas da cama do bebé; escolher cortinas fáceis de lavar; durante a noite usar uma luz de presença para observar a criança sem acender as outras luzes;</p> <p>A limpeza do quarto é importante e deve ser feita diariamente, devendo-se evitar o uso de desinfetantes e outros químicos.</p> <p>Fontes: APSI; Instituto do Consumidor; Lowdermilk et al., 2008</p>
Características do <u>berço/cama</u>	<p>A estrutura da cama deve ser estável e sólida; estrado da cama deve ser plano, rígido e não deformável, que pode ser de madeira ou de látex; o colchão impermeável, firme e bem adaptado ao tamanho da cama para que não fique qualquer espaço entre o colchão e as grades da cama (se a cama for usada, convém substituir o colchão, pois poderá estar deformado devido ao peso da criança anterior e não dará ao recém-nascido um apoio adequado da coluna); as grades devem ter no mínimo 60cm de altura; a distância entre as barras das grades deve ser inferior a 6 cm; a grade móvel deve ter sistema de fecho de segurança; não devem existir quaisquer tipos de saliências ou arestas cortantes no interior da cama; não devem existir peças decorativas que possam ser retiradas pelas crianças; deve ser colocado em local de boa visualização do exterior e sem correntes de ar;</p> <p>O berço deve ser confortável e resistente, sem tintas ou vernizes tóxicos; pode ser portátil e, preferencialmente, de altura ajustável; não deve ter aberturas superiores a 6 cm nos lados e/ou cabeceiras; A roupa da cama (lençóis e cobertores) deve ser fácil de lavar e secar, de algodão, sem franjas. Serão necessários, no mínimo, 2 cobertores, 2 jogos de lençóis; os bebés não necessitam de almofada;</p> <p>Fontes: APSI; Instituto do Consumidor</p>
Características do equipamento a adquirir/adaptar: para <u>dar banho</u>	<p>A banheira, ou recipiente apropriado para o banho, em plástico; se fundo escorregadio, colocar um tapete antiderrapante adequado ao tamanho da banheira; compressas (para a limpeza dos olhos e nariz); ampolas de soro fisiológico (preferencialmente de plástico para evitar acidentes); toalha própria para o bebé, de material suave e que não largue pêlo, que deve ser mudada diariamente); tesoura própria para cortar as unhas do recém-nascido;</p> <p>Opcional: uma esponja própria para o banho do bebé, preferencialmente de fibras naturais; escova de cabelo ou pente;</p> <p>Dicas úteis: organizar um cesto com o material necessário e no local onde presta os cuidados de higiene ao bebé; escolha produtos de higiene cuja embalagem é de fácil abertura;</p>
Características do equipamento a adquirir: <u>cadeira de transporte</u>	<p>A lei exige que as crianças sejam transportadas em cadeira própria e adequada ao tamanho; ao comprar a cadeira: verificar se está certificada - "etiqueta E"; experimentar a cadeira no carro e verificar se os cintos têm comprimento suficiente para instalar correctamente a cadeira; ler cuidadosamente as instruções do fabricante – uma cadeira mal instalada pode perder o seu efeito protector (consultar www.apsi.org.pt)</p> <p>Fontes: APSI; Instituto do Consumidor</p>
Características do equipamento a adquirir: <u>carrinho de passeio</u>	<p>O carrinho de passeio deverá ser leve, fácil de manusear (abrir e fechar), com tamanho adequado à mala do carro, com cinto de segurança em 5 pontos, travões de fácil acesso e que possam ser activados sem largar a mão do carrinho, o guiador a uma altura adequada à altura da mãe, as rodas com capacidade de rodar 360º e adequadas para manobrar nos degraus/ruas; forrada com tecido de algodão, de preferência que se possa tirar e de material lavável, em especial a parte que fica em contacto com a criança;</p> <p>Fontes: APSI; Instituto do Consumidor</p>
Critérios de <u>escolha da roupa</u> para o bebé	<p>O vestuário deverá ser, preferencialmente, prático para vestir, confortável, fácil de lavar (que possa ser lavado à máquina a uma temperatura razoável – 40ºC), que não restrinja os movimentos e que permita que a pele respire (tecidos de fibras naturais algodão (é o melhor tecido, sendo confortável e fácil de lavar) ou lã (é ideal para o tempo frio, mas se usada junto à pele pode causar irritação); as roupas devem ser adequadas à idade, tamanho e fáceis de vestir e despir (preferencialmente de duas peças, se inteiros, com abertura até aos pés; apertar à frente); vestuário com pescoço largo, sem laços, botões, sem fitas à volta do pescoço ou que possam prender os dedos, sem pêlos, sem elásticos apertados;</p> <p>Roupas essenciais: 6 conjuntos de roupa interior, de algodão; 6 fatinhos; 2 casacos (de algodão cardado ou lã, se tempo frio, ou algodão se for tempo mais quente; 2 pares de peúgas ou carapins; 1 xaile ou mantinha; um gorro e um par de luvas/chapéu de sol; 1 casaco de sair com capuz; 6 fraldas de pano</p> <p>Se nascer no tempo frio, comprar gorro e luvas e carapins, para manter pés e mãos aquecidos; as peúgas devem ser macias e largas; existem modelos de sapatos para os bebés – mas são desnecessários e potencialmente prejudiciais se comprimirem os pés; se nascer em tempo quente comprar chapéu-de-sol;</p> <p>Dicas úteis: não vale a pena comprar muita quantidade de roupa pois os bebés crescem muito depressa;</p> <p>Fontes: Oliva & Salgado, 2003;</p>

Cuidados gerais no <u>tratamento da roupa da criança</u>	<p>Crítérios a usar na lavagem da roupa: - seguir instruções do fabricante quanto ao tipo de lavagem (máquina, à mão) e temperatura da água.</p> <p>Lavar toda a roupa antes de ser usada e retirar as etiquetas que possam ferir a pele; há alguns autores que recomendam que a roupa do bebé seja lavada separada da dos adultos;</p> <p>As roupas devem ser lavadas com um produto não-biológico, de preferência líquido, isentos de substâncias como pentaclorofenol ou hipoclorito de sódio, e ser muito bem enxaguadas, para retirar vestígios do produto das fibras; usar detergente designado de "delicado" e em quantidade mínima; evitar o uso de branqueadores; o uso de amaciador pode ser útil, em particular se a água tiver alto teor de cálcio;</p>
Crítérios de escolha e de uso de <u>chupeta</u>	<p>Escolher uma <u>chupeta</u> de peça única, com parte circular não demasiado larga (pois pode obstruir a respiração), que se limpe facilmente, o tamanho deve ser adequado à idade do bebé e o mais semelhante possível com o mamilo da mãe; as chupetas de borracha são mais flexíveis e as de silicone são mais duráveis e melhor laváveis;</p> <p>A oferta da chupeta deverá ser adiada até que a criança esteja bem adaptada à mama; a justificação para esta acção tem por base uma potencial "confusão dos bicos", pois o modo de agarrar no mamilo ou na chupeta é diferente na posição que os lábios e a língua adoptam.</p>
Crítérios de escolha das <u>fraldas e toalhletes</u>	<p>Na escolha do tipo de fralda, a principal característica a considerar é a sua capacidade de absorção, já que a sua principal função é proporcionar um ambiente seco na zona perineal.</p> <p>Há 2 tipos de fraldas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - as <u>fraldas descartáveis</u> - compostas por uma camada exterior impermeável à água e uma interior, absorvente; - as <u>fraldas ecológicas</u> - compostas por 2 peças: fralda de pano convencional ou fralda pré-formatada e uma capa impermeável no exterior; estas fraldas são mais económicas, a longo prazo, e "amigas do ambiente (ver, por ex. http://www.ecologicalkids.pt/pt/ecologicalkids.aspx); <p>Os <u>toalhletes</u> devem ter o mínimo de produtos possível; para aquecer e remover parte significativa dos produtos, os toalhletes podem ser passados por água morna imediatamente antes de serem usados na pele da criança. Existem também toalhletes ecológicos, uns biodegradáveis e outros reutilizáveis</p>
O que é necessário <u>preparar para levar para o hospital</u>	<p><u>Para a mãe</u>: camisas de dormir ou pijama, com abertura para amamentar; cuecas, descartáveis ou de algodão; soutien de copa e alça larga, capaz de ajustar e amparar bem a mama, preferencialmente próprios para amamentar; toalhas (bidé, rosto e banho); objectos de higiene pessoal (escova de cabelo, escova e pasta de dentes, creme facial, sabonete); robe (fresco); chinelos de quarto e de banho; pensos higiénicos; cinta tubular (facultativo).</p> <p><u>Para o bebé</u>: 2 mantas ou cobertores; 6 fraldas de pano; 1 embalagem de fraldas descartáveis; roupa interior e fatinhos (fáceis de vestir e despir); escova para pentear (facultativo); 2 toalhas de banho;</p> <p>Ao fazer a mala, separar a primeira roupa do bebé: roupa interior, fralda descartável, fatinho, fralda de pano e uma manta/cobertor.</p>

ASSEGURAR A HIGIENE E VESTIR E DESPIR VESTUÁRIO																					
CONHECIMENTO																					
<u>Material necessário e condições prévias para o banho</u>	<p>Banheira/recipiente com água a 36/37°C; reunir o material: toalha, muda de roupa (abrir a roupa e dispô-la por ordem de utilização), fralda, emoliente, escova de cabelo, compressas esterilizadas/fralda de pano lavada; a quantidade de água deve rondar os 10-20 cm de altura; aquecer previamente o ambiente a 20-22.º e evitar correntes de ar; imediatamente antes de colocar o bebé na banheira testar a temperatura da água com termómetro/pulso ou cotovelo;</p>																				
Crítérios para escolher os <u>produtos de higiene a usar</u>	<p>Os <u>produtos</u>:</p> <p><u>Sabão</u>: boa detergentia, bom poder emulsionante e produzem bastante espuma, mas o seu pH alcalino pode destruir a camada superficial lipídica da pele, levando a uma secura excessiva, o que se denomina "efeito sabão"; os sabões transparentes (ex. sabonete de glicerina), pelo seu excessivo conteúdo em glicerina que é um humectante potente podem absorver água em excesso para fora da pele, causando potencialmente mais secura e irritação cutâneas;</p> <p><u>Syndetes</u> - desenvolvidos para contrariar o "efeito sabão"; têm um pH neutro ou ligeiramente ácido, bom efeito detergente, fazem pouca espuma e podem apresentar-se em formas sólidas ou líquidas;</p> <p><u>Gel de banho</u> - constituídos por uma fase aquosa (95% de água ou álcool), com pouca ou nenhuma quantidade de lípidos; possui agentes tensoactivos suaves, aos quais se associam agentes gelificantes hidrofílicos que fazem espuma com a massagem e lhe confere um bom poder adstringente, pelo que o seu uso tem um efeito agradável; todavia, o poder adstringente é prejudicial para a pele de um recém-nascido, uma vez que vai remover a camada lipídica.</p> <p><u>Champô</u> - enquanto o cabelo é pequeno, fino e frágil não é necessário o uso de champôs, podendo a cabeça ser lavada com o produto que se usa para o corpo; ao usar, o champô deverá ser levemente detergente, não deve fazer arder o olhos e o seu uso não deve alterar as raízes do cabelo ou ser agressivo para o escalpe, que são frágeis na infância.</p> <p><u>Loções de Limpeza, Leites de Toilette e Cremes de Limpeza</u> - São normalmente emulsões óleo em água (O/A), com frac viscosidade mas boa capacidade emulsionante, por conterem agentes tensoactivos suficientes.</p> <p><u>Toalhletes de Limpeza</u> - têm uma base celulósica embebida em detergentes suaves e com adição de produtos amaciadores, fragrâncias e outros constituintes. Têm um pH aproximado de 6 e sendo úteis em algumas situações o seu uso não deve ser abusivo, pelo risco de poderem remover o filme lipídico da pele.</p> <p><u>Emolientes e hidratantes</u> - substâncias que contêm lípidos, que amaciam e restauram a elasticidade e homeostasia da pele, evitando a perda transepidérmica de água e deixam um filme lipídico que preenche os espaços entre os corneócitos, o que facilita a sua adesão ao nível do extracto córneo. Têm pois propriedades humectantes (atraem água para a pele) e oclusivas (impedem que a água evapore); devem usar-se na descamação fisiológica e particularmente aconselhados nas peles fragilizadas dos prematuros e nas peles secas e lesadas das crianças;</p>																				
...bebés com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas possuem ao nascer um pH alcalino na superfície da pele, com um pH médio de 6,34; ao 4.º dia de vida o pH médio baixa para 4,95; a acidez da pele, o "manto ácido", corresponde a um sistema funcional químico e biológico de defesa.																					
A pele da criança é mais facilmente agredida mecanicamente, por exemplo na zona de contacto com as fraldas ou pela utilização de produtos de limpeza que podem causar a remoção repetida e localizada de células do estrato córneo, aumentando a permeabilidade cutânea e a vulnerabilidade da pele.																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Emolientes em pomada</th> <th>Constituintes</th> <th>Mecanismo de acção</th> <th>Exemplos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Lubrificantes</td> <td>Oclusão (evitam a perda de água)</td> <td>Vaselina; Lanolina; Silicone</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Humectantes</td> <td>Captam a humidade ambiental</td> <td>Glicerina; Etilenoglicol; Sorbitol; Propilglicol</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Esfoliantes</td> <td>Alteram a espessura da camada córnea</td> <td>Ureia; Propilglicol; Ácido láctico*; Ácido glicólico* *Tb possuem propriedades humectantes</td> </tr> <tr> <td>óleos de banho</td> <td>Lubrificantes e esfoliantes</td> <td></td> <td>Óleos minerais; Óleos vegetais</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Rocha et. al., 2004, p 222)</p>	Emolientes em pomada	Constituintes	Mecanismo de acção	Exemplos		Lubrificantes	Oclusão (evitam a perda de água)	Vaselina; Lanolina; Silicone		Humectantes	Captam a humidade ambiental	Glicerina; Etilenoglicol; Sorbitol; Propilglicol		Esfoliantes	Alteram a espessura da camada córnea	Ureia; Propilglicol; Ácido láctico*; Ácido glicólico* *Tb possuem propriedades humectantes	óleos de banho	Lubrificantes e esfoliantes		Óleos minerais; Óleos vegetais
Emolientes em pomada	Constituintes	Mecanismo de acção	Exemplos																		
	Lubrificantes	Oclusão (evitam a perda de água)	Vaselina; Lanolina; Silicone																		
	Humectantes	Captam a humidade ambiental	Glicerina; Etilenoglicol; Sorbitol; Propilglicol																		
	Esfoliantes	Alteram a espessura da camada córnea	Ureia; Propilglicol; Ácido láctico*; Ácido glicólico* *Tb possuem propriedades humectantes																		
óleos de banho	Lubrificantes e esfoliantes		Óleos minerais; Óleos vegetais																		
	<p>De acordo com a caracterização do tipo de pele da criança (normal, seca ou oleosa), e pela identificação do que se pretende: limpar, proteger ou tratar, <u>aconselhar</u>:</p> <p><u>Na higiene da criança</u>:</p> <p>O banho dos recém-nascidos deve dirigir-se especialmente às zonas que necessitam de maior atenção: a face, o pesco-</p>																				

	<p>ço, as pregas e a zona das fraldas; usar preferencialmente água simples até 2 semanas após o nascimento; se se usar produtos, poderão ser utilizados sabões supurgordos ou "syndets"; os banhos devem ser curtos para evitar a maceração e o tempo excessivo de contacto da pele com os detergentes.</p> <p>Nas crianças com <u>pele normal</u> não há necessidade de produtos especiais para o banho e o melhor produto é aquele que a criança e os pais mais gostam;</p> <p>Para as <u>peles gordas</u>, além dos conselhos anteriores podem ser usados produtos com zinco, cuja função é a de controlar o excesso de produção de sebo.</p> <p>Para <u>peles secas</u> (com elasticidade diminuída e descamação) precisam de água e óleo; os sabões devem ser supurgordos, podendo ser também usados óleos de banho, que deixam uma camada superficial protectora.</p> <p>Deve evitar-se o uso de perfumes até ao ano de vida, mas se usar perfume (sem álcool) aplicar na roupa e não na pele do bebé.</p> <table border="1" data-bbox="667 689 1161 833"> <thead> <tr> <th colspan="2">Loções de banho/limpeza (ordenação alfabética):</th> <th colspan="2">Cremes hidratantes/emolientes (ordenação alfabética):</th> </tr> <tr> <th>Nome</th> <th>Marca/Laboratório</th> <th>Nome</th> <th>Marca/Laboratório</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Avesno Demo-oil baby</td> <td>Avesno</td> <td>Cold cream - Gel surgras</td> <td>Ducray/Pierre-Fabre</td> </tr> <tr> <td>Banholium</td> <td>Dermocofex</td> <td>Cold cream - Pain</td> <td>Ducray/Pierre-Fabre</td> </tr> <tr> <td>Edyane duche</td> <td>Ducray/Pierre-Fabre</td> <td>Edyane creme</td> <td>Aviava</td> </tr> <tr> <td>Diabam</td> <td>Medifar</td> <td>Edyane lotion corporel</td> <td>Aviava</td> </tr> <tr> <td>Stéalopa-creme lavante</td> <td>Pharmascience/Mustela</td> <td>Oleobomest</td> <td>Medifar</td> </tr> <tr> <td>Stéalopa-gel para o banho</td> <td>Pharmascience/Mustela</td> <td>Stéalopa-creme emoliente</td> <td>Pharmascience/Mustela</td> </tr> <tr> <td>Trizera banho</td> <td>Aviava</td> <td>Troara creme emoliente</td> <td>Aviava</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Unage emoliente</td> <td>Unage/Saninter</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fontes: Pinheiro & Pinheiro, 2007; Salgado e Oliva, 2003; Cunha, Mendes & Bonilha, 2002; Meireles et al., 2007; Medves & O'Brien, 2001; Hahn, 2001; Lopes & Pedro, 2005;</p>	Loções de banho/limpeza (ordenação alfabética):		Cremes hidratantes/emolientes (ordenação alfabética):		Nome	Marca/Laboratório	Nome	Marca/Laboratório	Avesno Demo-oil baby	Avesno	Cold cream - Gel surgras	Ducray/Pierre-Fabre	Banholium	Dermocofex	Cold cream - Pain	Ducray/Pierre-Fabre	Edyane duche	Ducray/Pierre-Fabre	Edyane creme	Aviava	Diabam	Medifar	Edyane lotion corporel	Aviava	Stéalopa-creme lavante	Pharmascience/Mustela	Oleobomest	Medifar	Stéalopa-gel para o banho	Pharmascience/Mustela	Stéalopa-creme emoliente	Pharmascience/Mustela	Trizera banho	Aviava	Troara creme emoliente	Aviava			Unage emoliente	Unage/Saninter
Loções de banho/limpeza (ordenação alfabética):		Cremes hidratantes/emolientes (ordenação alfabética):																																							
Nome	Marca/Laboratório	Nome	Marca/Laboratório																																						
Avesno Demo-oil baby	Avesno	Cold cream - Gel surgras	Ducray/Pierre-Fabre																																						
Banholium	Dermocofex	Cold cream - Pain	Ducray/Pierre-Fabre																																						
Edyane duche	Ducray/Pierre-Fabre	Edyane creme	Aviava																																						
Diabam	Medifar	Edyane lotion corporel	Aviava																																						
Stéalopa-creme lavante	Pharmascience/Mustela	Oleobomest	Medifar																																						
Stéalopa-gel para o banho	Pharmascience/Mustela	Stéalopa-creme emoliente	Pharmascience/Mustela																																						
Trizera banho	Aviava	Troara creme emoliente	Aviava																																						
		Unage emoliente	Unage/Saninter																																						
<p><u>Frequência, duração e horário</u> do banho</p>	<p>O banho diário não é uma necessidade, mas pode constituir um ritual de prazer, e por isso a sua frequência deve corresponder às necessidades da criança e aos valores dos pais;</p> <p>Para um recém-nascido, 2 a 3 banhos por semana são suficientes. Nesta fase de vida, a regra é "<i>água qb. e pouco detergente</i>".</p> <p>A duração do banho não deve ultrapassar os 5 a 10 minutos, pois a hiper-hidratação pode aumentar a espessura da camada córnea pelo edema celular que o excesso de água provoca, podendo haver uma diminuição da sua coesão, o que leva a menor resistência e alterações da pele.</p> <p>O banho pode ser dado em qualquer altura do dia, excepto a seguir às refeições, pois o manuseamento excessivo do recém-nascido pode provocar regurgitação; todavia, há autores que defendem que o momento adequado para dar o banho é aquele que se adequa ao ritmo natural do recém-nascido – se tem efeito relaxante, poderá ser dado à noite; se tem efeito estimulante poderá ser dado durante o dia. O importante é a adequação do momento do banho em função, também, das rotinas dos novos pais.</p> <p>Nas crianças mais velhas a frequência do banho deve ser adaptada à atividade da criança, podendo ser ou não diário. A hora do dia deve ser também escolhida em função da rotina da criança e dos pais. Na criança que frequenta a creche ou o infante, a escolha do fim da tarde pode ser uma opção, mas outros momentos também serão adequados;</p> <p>Fontes: Medves & O'Brien, 2001; Blincoe, 2005; Browden & Greenberg, 2005; Lopes & Pedro, 2005; Olívia & Salgado, 2003; Thompson & Ashwill, 1996; Palmeiro & Gonçalves, 2006; Hahn, 2001; Selores, 1999; (Hockenberry, et al., 2011)</p>																																								
<p><u>Lavar os olhos (pálpebras) / ouvidos</u></p>	<p>Nas primeiras 2/3 semanas o bebé tem poucas lágrimas e por isso está mais susceptível a conjuntivites e aparecimento de ramelas;</p> <p>A limpeza das <u>pálpebras</u> deve ser a primeira actividade a realizar-se no banho; usar água tépida e compressas individuais para cada olho; lavar no sentido do canto interno para o externo (a lavagem do canto interno para o externo evita que as secreções se acumulem no ducto nasolacrimal);</p> <p>Não se devem limpar os <u>ouvidos</u> com cotonetes porque só servirá para empurrar as secreções para o interior e formar um rolhão que pode prejudicar a audição; existem cotonetes próprios, com uma protecção mais arredondada e se se utilizar algum cotonete será deste tipo deve ser apenas para limpar o pavilhão auricular (a presença de cera nos ouvidos de uma criança não é sinónimo de falta de higiene);</p> <p>Fontes: Burroughs, 1995; Hull, 1990; Whaley & Wong, 2006; Eilon, 2001; Potter & Perry, 1998;</p>																																								
<p><u>Como dar banho</u></p>	<p>O banho de banheira é uma alternativa mais segura e satisfatória para um recém-nascido saudável do que o banho de esponja.</p> <p>Antes de despistar totalmente a criança, verificar se a fralda está com fezes (se estiver com fezes ou urina – primeiro, lavar zona perineal); despistar totalmente a criança e colocá-la na banheira, segurando com uma mão na cabeça e outra nas nádegas, e sentá-la na banheira; segurar a cabeça e tronco do bebé com o antebraço e com os dedos médio e anelar em torno do braço do bebé, junto à axila; começar por lavar a cabeça, tronco e membros superiores, membros inferiores e, por fim, a zona perineal; retirar da banheira com a ajuda das duas mãos e deitar na toalha, previamente estendida; secar cuidadosamente, em particular na zona das pregas - pescoço, axilas, zona perineal, pés;</p> <p><u>Garantir segurança durante o banho</u>: não deixar a criança sozinha na banheira; usar tapete anti-derrapante no fundo da banheira (evita que a criança escorregue); evitar o uso de cadeiras de banho (são instáveis e podem virar-se a qualquer momento); segurar bem a criança; quando se lava as costas, ter em atenção a face para que não fique submersa pela água.</p> <p>Logo que possível, o banho deve ser preferencialmente de chuveiro. A vigilância para garantir a segurança deve continuar a existir, mantendo-se a utilização do tapete antiderrapante na banheira e também o uso de pegas para a criança se segurar;</p> <p>Fontes: Pinheiro & Pinheiro, 2007; Bryanton, 2004; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002;</p>																																								
<p>Como e quando <u>cortar as unhas</u></p>	<p>Utilizar uma tesoura de pontas redondas; não cortar os cantos das unhas: cortar a direita, e não muito curto, de modo a não permitir o encravamento nos cantos, limar suavemente os cantos, isolar o dedo da unha a cortar cuidadosamente para evitar acidentes; o momento mais indicado para cortar as unhas é quando o recém-nascido está mais relaxado – preferencialmente quando está a dormir; os mesmos princípios devem ser adotados nas crianças mais crescidas;</p> <p>Fontes: Burroughs, 1995; (Hockenberry, et al., 2011)</p>																																								
<p>Material necessário para a <u>troca da fralda</u></p>	<p>Convém organizar um espaço para a troca de fralda de modo a ter por perto tudo o que necessita, pois irá trocar a fralda umas 8 vezes por dia; antes de colocar o bebé no local onde vai trocar a fralda é importante confirmar se tem à mão o que vai precisar: base impermeável para proteger a superfície a usar, toalhetes (água morna para molhar o toalhete, se estiver em casa), fralda limpa, roupa interior;</p>																																								
<p><u>Critérios de uso sobre produtos de</u></p>	<p>Em lactentes com pele normal, não é necessário aplicar, por rotina, produtos tópicos para prevenir o eritema das fraldas; alguns destes produtos não são isentos de riscos, sendo que os aditivos podem causar sensibilização de</p>																																								

<p><u>higiene perineal</u></p>	<p>contacto e/ou irritação local em crianças susceptíveis;</p> <p>Quando há evidência de eritema pela fralda poderão ser então utilizados cremes de barreira ou pastas mais espessas e aderentes, à base de óxido de zinco, dióxido de titânio e amido, que minimizam as perdas transepidermicas de água e diminuem a permeabilidade da pele desta zona; os produtos usados que ficam aderentes, não devem ser removidos a cada muda de fralda, devendo-se ir colocando novo produto em cima do que vai ficando. Também se aconselha nos casos mais graves a colocar vaselina em cima dos cremes de barreira ou pastas para aumentar os seus efeitos.</p> <table border="1" data-bbox="595 392 890 465"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dermite das fraldas (ordenação alfabética):</th> </tr> <tr> <th>Nome</th> <th>Marca/Laboratório</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cyteium</td> <td>Aderma</td> </tr> <tr> <td>Oleodermosina simples</td> <td>Dávi</td> </tr> </tbody> </table> <p>O uso de pó de talco é desaconselhado pois a presença de urina e/ou fezes, fralda e pó constituem uma mistura que provoca eritema de contacto – ‘assadura da pele’.</p> <p>Fontes: Pinheiro & Pinheiro, 2007; Salgado e Oliva, 2003; Cunha, Mendes & Bonilha, 2002; Meireles et. al., 2007</p>	Dermite das fraldas (ordenação alfabética):		Nome	Marca/Laboratório	Cyteium	Aderma	Oleodermosina simples	Dávi
Dermite das fraldas (ordenação alfabética):									
Nome	Marca/Laboratório								
Cyteium	Aderma								
Oleodermosina simples	Dávi								
<p><u>Lavar o perineo</u> (se menino/se menina)</p>	<p>Para lavar o perineo aquando da traça da fralda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - abrir a fralda, colando as fitas adesivas para evitar que se colem na pele do bebé; - levantar as pernas do bebé pelos pés com uma mão e com a outra deslizar a fralda por baixo das nádegas; <p><u>Se menina</u> - limpar a região genital, afastando ligeiramente os grandes lábios de modo a remover apenas o excesso das secreções vaginais, para impedir a formação de um meio ótimo de cultura; há autores que defendem que nas meninas não é preciso, nem se deve, separar os grandes lábios pois existe uma secreção vaginal (<i>vernix caseosa</i>) que baixa o pH da vagina para 5.5 a 5.7 devido à produção de ácido acético e láctico por lactobacilos provenientes da descamação de células superficiais; limpar a parte externa que se encontra em contacto com a fralda; deve limpar-se no sentido vagina-ânus de forma a evitar contaminação do tracto urinário;</p> <p><u>Se menino</u> - limpar a zona do prepúcio deslocada da glande, sem forçar e sem puxar para trás a pele que cobre a glande (se for descolado de forma indevida pode rasgar-se e quando cicatriza torna-se mais fibroso); secar bem a pele, em particular nas pregas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - para fechar a fralda, com uma mão segurar a fralda justa ao abdómen e com a outra colar a fita adesiva, depois fazer o mesmo do outro lado, mantendo sempre a extremidade esticada; - verificar comprovar se a fralda fica ajustada à cintura, sem ficar demasiado folgada nem apertada. <p>Fontes: Lowdermilk, Perry, Bobak, 2002; Palmeiro & Gonçalves, 2006; Milagre, 2001; Fenwick, 1997; Borgenicht & Borgenicht, 2004; Gomes, 2005; Thompson, 1996;</p>								
<p><u>Fatores de risco/medidas de prevenção do eritema da fralda</u></p>	<p>Uma das características da pele da criança que usa fralda é a presença de dobras e rugas, nas quais pode haver um aumento de humidade, ambiente favorável ao crescimento microbiano, e maior susceptibilidade a abrasões, por estarem em constante fricção; os principais irritantes da pele nesta zona são a urina e as fezes, em particular as enzimas presentes nestes produtos biológicos, que causam erosão e maceração da superfície cutânea, levando ao eritema.</p> <p>Fatores predisponentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fatores ativadores: como calor, humidade, retenção de suor; - fatores de contacto: como urina e fezes retidas no interior da fralda; alergia às fraldas, a cremes ou produtos de limpeza da pele; - fatores externos: como limpeza exagerada ou não realização do tratamento cutâneo adequado; escassa mudança de fraldas; <p>Outros fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hereditariedade; doença sistémica (como sífilis); - infeção secundária devido a organismos piogénicos, vírus e leveduras; - irritação mecânica; <p>A fralda deve ser trocada sempre que com urina ou fezes; usar água e sabão em detrimento dos toalhetes; secar muito bem a pele, especialmente nas zonas de dobras; a pele deve ser exposta ao ar por períodos, sempre que possível</p> <p>Fontes: Andrade, 2000; Pinheiro & Pinheiro, 2007; Oliva & Salgado, 2003;</p>								
<p>CAPACIDADE</p>									
<p><u>Reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, aquecer o ambiente, preparar a água e testar temperatura</u></p>	<p>Reúne todo o material necessário: toalha, muda de roupa, dispendo-a aberta e por ordem de utilização, fralda, emoliente, escova de cabelo, compressas esterilizadas/fralda de pano lavada; assegura ambiente aquecido; enche a banheira com 10-20 cm água; controla a temperatura da água - se tiver termómetro (37°C); senão, primeiro coloca a fria e depois a quente (aquecer a água);</p>								
<p><u>Dar banho</u></p>	<p>Lava: as pálpebras e a face; coloca criança na banheira, semi-sentada; lava a cabeça, tronco e membros superiores e membros inferiores, e por fim a zona perineal; retira a criança da banheira, com segurança; deita-a na toalha e seca cabeça e o corpo cuidadosamente; aplica emoliente; penteia o cabelo;</p>								
<p><u>Adoptar medidas para prevenir acidentes durante o banho</u></p>	<p>Apoia adequadamente a banheira; controla a presença de outras crianças; reúne todo o material necessário antes de iniciar; verifica temperatura da água; segura a criança com firmeza;</p>								
<p><u>Cortar as unhas</u></p>	<p>Não corta os cantos das unhas: corta a direito, e não muito curto, de modo a não permitir o encravamento nos cantos isola o dedo da unha a cortar cuidadosamente para evitar acidentes; escolhe um momento em que o bebé está a dormir ou calmo;</p>								
<p><u>Escolher vestuário adequado à temperatura</u></p>	<p>A criança não está sobre aquecida nem com frio;</p>								
<p><u>Vestir e despir a criança</u></p>	<p>Consegue despir e vestir com destreza; atende a aspetos de conforto e segurança: vestir as mangas do vestuário segurando as mãos da criança para evitar lesões dos dedos; aperta todos os fechos de uma só vez, evitando rodar a criança várias vezes</p>								
<p><u>Reunir o material para a higiene perineal e troca da fralda</u></p>	<p>Prepara todo o material necessário: muda fraldas/fraldário; toalhetes ou água e sabão, toalha, fralda adaptada; creme protector se necessário;</p>								
<p><u>Lavar e secar zona coberta pela fralda</u></p>	<p>Usa água para lavar a zona coberta pela fralda; Se menina - não separa os grandes lábios, limpa a parte externa que se encontra em contacto com a fralda, no sentido vagina-ânus; Se menino - limpa a zona do prepúcio deslocada da glande, sem forçar e sem puxar para trás a pele que cobre a glande; seca bem a pele, em particular nas pregas;</p>								
<p><u>Adoptar medidas de prevenção do eritema da fralda</u></p>	<p>A regra deve ser “pouca humidade e muito ar!”. É fundamental manter uma boa higiene, preservar a função de barreira da pele e prevenir a irritação</p> <p>Trocar a fralda sempre que com urina ou fezes; evitar o uso frequente de toalhetes que podem ser muito irritantes;</p>								

	<p>enxugar em vez de limpar vigorosamente; executar uma boa higiene perineal, usando um toalhete suave com água de forma a eliminar todos os detritos (um estudo limitado, que comparou quatro marcas de toalhetes utilizados na limpeza da região perineal do lactente, foi possível observar que o pH da pele variava, embora não tivesse havido diferença ao nível da integridade cutânea); secar cuidadosamente a pele; deixar, todos os dias, o bebé sem fralda durante algum tempo, permitindo o contacto da pele com o ar;</p> <p>Fontes: Salgado e Oliva, 2003; Pinheiro & Pinheiro, 2007;</p>
Reconhecer sinais de eritema pela fralda	<p>A região perineal que se encontra protegida pela fralda, é uma região especialmente susceptível a alterações da integridade da pele: presença de erupção cutânea; rubor e aumento da temperatura local;</p> <p>Diagnóstico diferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intertrigo: consiste numa erupção húmida, simétrica nas pregas e sulcos cutâneos. É secundário à transpiração excessiva e à maior aproximação das superfícies glúteas opostas (é tratado como o eritema das fraldas de contacto). - Eritema amoniacal da fralda: Bactérias que degradam a ureia produzem amónia que é fixada quando a fralda se encontra apertada, resultando num grave eritema húmido de contacto. Odor amoniacal forte está quase sempre presente (trocar as fraldas frequentemente e manter a pele limpa e seca são algumas das medidas a adoptar). - Eritema das fraldas por Monília: causado ou associado a Monília; em alguns dias, uma erupção vesicular torna-se confluyente para formar um rash húmido, macerado, de cor vermelho brilhante. A suspeita da existência de eritema das fraldas por Monília pode ocorrer após observação de muitas erosões satélites superficiais de 0,5 a 1 cm ou placas húmidas e pústulas na zona situada fora da área de erupção da fralda (é essencial que a área da fralda permaneça limpa e seca para a erradicação eficaz da infecção). - Eritema seborreico das fraldas: é caracterizada por zonas avermelhadas, fissuras, descamação e exsudado ocasional, em especial nas pregas glúteas; raramente é observada na primeira semana de vida, pode tornar-se generalizada (tronco) em torno de 1 a 2 meses de idade (cura espontânea em 6 a 8 semanas). <p>Fontes: Miura & Procianny, 1997;</p>
Tratar o eritema pela fralda	<p>Trocar a fralda sempre que molhada ou suja; lavar zona coberta pela fralda com água e secar cuidadosamente; usar creme com óxido de zinco, vitamina A e vitamina D; os toalhetes são desaconselhados</p> <p>Fontes: Salgado e Oliva, 2003; Pinheiro & Pinheiro, 2007;</p>

TRATAR DO COTO UMBILICAL

CONHECIMENTO	
Material necessário para a desinfecção do coto umbilical	Água e sabão suave não perfumado ou Soro fisiológico e compressas esterilizadas;
Quando é esperado a queda do coto umbilical	A queda pode ocorrer entre o 4.º e o 15.º dia de vida;
Como e com que frequência desinfectar o coto umbilical	<p>Água (se potável) e sabão ou Soro fisiológico na compressa esterilizada; A água deve ser tépida. 1.º - limpar local de inserção; 2.º - limpar coto umbilical, da pele para o clamp, evitando que a mesma parte da compressa seja usada 2 vezes; lavar 1 vez ao dia e sempre que esteja sujo; após a queda do coto, continuar a limpar a ferida umbilical com soro fisiológico e secar bem com compressas esterilizadas até à cicatrização completa;</p> <p>NOTA: Os estudos mais recentes apontam para o uso destes produtos em detrimento do álcool, que tem vindo a ser comprovado que prolonga o tempo de queda do coto umbilical. Num estudo efectuado por Zupan & Garner (2003), no qual foi comparado o uso regular de álcool no cordão umbilical com nenhum cuidado específico. Os autores verificaram a queda do coto ocorre mais tarde, numa média de 1,64 dias, quando se utiliza o álcool;</p> <p>Fontes: Zupan & Garner (2003); (Karumbi, et al., 2013)</p>
Estratégias para promover a mumificação	Manter fralda apertada abaixo do local de inserção do coto umbilical; evitar molhar – se molhar, secar muito bem;
Sinais de infecção do coto umbilical	Rubor, cheiro fétido e presença de secreções purulentas (esverdeadas); após a queda do coto umbilical pode haver escassa perda de sangue, constituindo um achado normal;
CAPACIDADE	
Reunir o material necessário para a desinfecção do coto umbilical	Água e sabão ou soro fisiológico e compressas esterilizadas;
Desinfectar coto umbilical	Aplica o produto na compressa esterilizada; 1.º - limpa local de inserção; 2.º - limpa coto umbilical, da pele para o clamp, evitando que a mesma parte da compressa seja usada 2 vezes;
Manter coto umbilical seco e apertar a fralda abaixo do local de inserção	Mantém fralda apertada abaixo do local de inserção do coto umbilical; se molhado, lava e seca cuidadosamente;

ALIMENTAR A CRIANÇA: AMAMENTAR E/OU ALIMENTAR COM BIBERÃO E/OU DIETA FAMILIAR

CONHECIMENTO	
Benefícios da amamentação	Facilita a perda de peso após o parto (consumo de calorías na produção de leite ajuda a desgastar as reservas acumuladas durante a gravidez); facilita o retorno do útero ao tamanho semelhante ao pré-gravídico (por estimulação da ocitocina, produzida para a libertação do leite, sobre o útero, provocando contrações); do ponto de vista prático: é rápido de “preparar”, está à temperatura adequada, é gratuito; é uma experiência materna insubstituível – ninguém o pode fazer pela mãe; o leite materno é o melhor alimento para o bebé até aos 6 meses de vida;
Características do colostro e do leite	<p>O leite materno é a melhor fonte nutricional para os primeiros 6 meses de vida; possui a quantidade apropriada de hidratos de carbono, proteínas e gordura, fornece os minerais, as vitaminas e as hormonas que a criança precisa para o seu crescimento; contém anticorpos maternos que ajudam na protecção contra infecções;</p> <p>O colostro é amarelo e cremoso, tem baixo teor em gordura e elevado em hidratos de carbono, proteínas e anticorpos, elevada digestibilidade; a sua composição química varia de dia para dia, de modo a suprir as necessidades nutricionais do bebé; actua como uma capa protectora do tubo digestivo do bebé, se este ingerir água ou substitutos alimentares, esta capa pode ser removida, facilitando a ocorrência de infecções; contém mais proteínas e vitamina A do que o leite maduro; tem efeito laxante, ajudando o bebé a eliminar o meconio (primeiras eliminações intestinais do bebé, de cor negra) e a diminuir o risco de icterícia; produzido em quantidades reduzidas, o que facilita o funcionamento do estômago e rins do bebé, que ainda não comportam grandes volumes de líquido;</p> <p>Quatro a cinco dias após o parto (após a subida do leite), surge o leite de transição, em maior quantidade e com coloração acinzentada; - contém todos os macro-nutrientes – proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas,</p>

	<p>minerais e água – nas quantidades que o bebé necessita. Muda consoante a hora do dia, a duração da mamada, as necessidades do bebé, e as doenças com que a mãe tenha tido contacto; este leite apresenta diferentes características ao longo da mamada: no início da mamada é mais aguado (contém proteínas, lactose, vitaminas, minerais e água) e no final da mamada contém mais gordura (parece mais branco do que o leite do começo porque contém mais gordura; a gordura torna o leite do fim mais rico em energia);</p> <p>O <u>leite maduro</u> surge aproximadamente 15 dias após o parto; aumenta em quantidade (o seu volume aumenta de 700 a 800ml/24h) e muda seu aspecto e composição contendo todos os nutrientes que a criança precisa para crescer;</p>
<p>Critérios para decidir quando <u>oferecer 1 ou as 2 mamas</u></p>	<p>Nos <u>primeiros dias</u> após o parto oferecer as 2 mamas (10 a 15 minutos em cada), para estimular a produção de leite pelo esvaziamento da mama, já que não existe evidência que haja alterações na composição do colostro ao longo da mamada;</p> <p><u>Após a subida do leite</u>, que ocorre entre o 2.º/5.º dia pós-parto, é importante esvaziar uma mama até ao fim e só depois oferecer a outra; na mamada seguinte, iniciar a mamada pela mama mais cheia, isto é, na mama onde o bebé mamou menos tempo; a justificação para esta alteração tem a ver com as alterações das características do leite ao longo da mamada. O leite inicial é mais rico em água e sais minerais enquanto o leite final é mais rico em gorduras.</p>
<p>Critérios para decidir o <u>intervalo e duração</u> das mamadas</p>	<p>O bebé deve ser alimentado em <u>regime livre</u>, isto é, em horário flexível; os aspectos a considerar são - hora e duração da última mamada; características da sucção; pausas durante a mamada; características da criança; sinais de saciedade; os intervalos podem variar entre 2h30m e as 4h30m durante o dia e ir até às 5h durante a noite (garantindo 6-10 refeições, nas 24 horas); este horário deve manter-se também durante a noite; nos primeiros dias, as mamadas são geralmente curtas, mas com o aumento da produção de leite a duração pode ir aumentando, estabilizando em torno dos 20 minutos; mas este tempo varia conforme as características da criança – algumas crianças conseguem esvaziar a mama em alguns minutos enquanto outras demoram meia hora.</p>
<p>Sinais de <u>ingestão nutricional suficiente</u></p>	<p>Seis ou + micções/dia; uma ou + dejectões moles, amareladas por dia; aumento de peso - um ganho de peso de 25g por dia a partir do 10.º-14.º dia de vida; sinais de saciedade após a refeição - após a mamada fica calmo, adormece; apresenta bom turgor da pele e bom tónus muscular;</p>
<p><u>Frequência</u> das refeições</p>	<p>As crianças alimentadas com leite materno comem a cada 2/3 horas; o leite materno é facilmente digerido, por isso precisam comer com mais frequência; a frequência das mamadas vai diminuindo à medida que o bebé consegue ingerir mais quantidade de alimento a cada refeição; As alimentadas com leite artificial comem a cada 3/4 horas;</p>
<p>Sinais de <u>fome</u></p>	<p>Acordado; procura abocanhar qualquer objecto que toque a região peri-bocal; procura o mamilo, suga vigorosamente nos dedos, mostra-se inquieto; choro forte, arquejar as costas e dificuldade em adaptar-se à mama são sinais tardios de fome; nesta altura, é necessário pegar no bebé ao colo e acalmá-lo antes de o amamentar; alguns bebés são muito calmos e esperam para ser alimentados, ou voltam a adormecer se não forem detectados os sinais precoces de fome, o que pode resultar em subalimentação; outros bebés acordam de repente e ficam aborrecidos se não são alimentados imediatamente;</p>
<p>Sinais de <u>saciedade</u></p>	<p>Sucção mais lenta; larga espontaneamente a mama; fica relaxado ou adormece após a refeição, chora com moderação e está interessado na socialização;</p>
<p><u>Posição</u> da mãe e do filho</p>	<p><u>Condições prévias</u>: lavar as mãos, promover um ambiente calmo e relaxante, sem estímulos agressivos (a produção de ocitocina, hormona responsável pela contração das células mioepiteliais e pela ejeção do leite, apenas se dará se a mãe estiver relaxada e houver estimulação da libertação pelo contacto ocular mãe/bebé e pela sensação táctil da boca do bebé na mama).</p> <p>Mãe em <u>posição confortável</u>, com as costas e pés apoiados (se sentada) - uma postura correcta (com a coluna vertebral alinhada, e não curvada sobre o bebé) evita lombalgias, mantém os níveis de conforto durante a mamada, e promove o relaxamento; o mais importante na posição relativa é posicionar o bebé de modo a que este encare a mama de frente, sem necessidade de voltar a cabeça para mamar; a criança deve estar com corpo virado para a mãe, barriga com barriga, cabeça em ligeira hiperflexão e boca e nariz ao nível da mama;</p> <p>Para <u>estimular pega adequada</u>: tocar os lábios do bebé com o mamilo, de modo a abrir a boca, esperar até que a boca do bebé esteja bem aberta, e depois mover o bebé até à mama, a boca do bebé deve estar bem aberta para conter uma grande porção de aréola, apontar o lábio inferior do bebé bem abaixo do mamilo, de modo que o seu queixo e lábio inferior toquem a mama antes do lábio superior; levar o bebé até à mama e não a mãe ao bebé. Se necessário pode colocar-se uma almofada no colo para elevar o bebé ao nível da mama sem necessidade de suportar todo o seu peso nos braços. Na posição de decúbito lateral, a boca do bebé deve ficar ao nível do mamilo.</p>
<p>Sinais de <u>pega adequada</u></p>	<p>O corpo e cabeça do bebé estão alinhados; a cabeça está em ligeira extensão; o queixo do bebé toca a mama; o bebé respira livremente; a boca está bem aberta; os lábios, especialmente o inferior, estão voltados para fora; a língua pode ser vista entre o lábio inferior e a mama; a pega contempla uma parte da aréola, e esta pode ser vista numa porção maior acima do lábio superior; o bebé suga lenta e profundamente, usando a língua e a mandíbula; a deglutição pode ser ouvida e/ou vista; o bebé está calmo e mantém-se adaptado à mama;</p>
<p>Estratégias para <u>manter o bebé acordado</u> durante a mamada</p>	<p>Estimular com toques suaves a planta dos pés, as orelhas e/ou o nariz do bebé (as plantas dos pés, orelhas e nariz são zonas sensíveis dos bebés, cuja estimulação suave permite a manutenção do seu estado de vigília); retirar roupa (a descida da temperatura nos membros inferiores do bebé causa uma diminuição do conforto, facilitando o seu estado de alerta; é necessário cuidado para não expor ao frio uma porção excessiva, dado o risco de perda excessiva de calor, devido à imaturidade do sistema de regulação térmica do recém-nascido); massajar suavemente o corpo do bebé e falar com ele; mudar a fralda;</p>
<p>Sinais de <u>produção e libertação de leite</u></p>	<p>Mama mais pesada e mais tensa antes de amamentar; saída de colostro; criança satisfeita após a refeição; saída de leite mesmo antes de amamentar, perda de leite da mama oposta; sensação de formigamento no início da mamada; aumento da dor abdominal associado a contrações uterinas por acção da ocitocina sobre o útero, nos primeiros dias pós-parto; aumento da perda sanguínea uterina durante ou após a amamentação;</p>
<p>Medidas que <u>estimulam a lactação</u></p>	<p>Há 2 factores essenciais para a estimulação da lactação: a <u>sucção no mamilo e aréola</u> e o <u>esvaziamento da mama</u>: amamentar logo que possível após o parto; amamentar em regime livre; pega adequada para esvaziar a mama; amamentar durante a noite, principalmente no primeiro mês de vida da criança; esvaziar a mama se o bebé não o conseguiu fazer durante a mamada (nos primeiros dias); ambiente calmo e disponibilidade para amamentar são elementos que interferem na libertação do leite (a lactação é inibida pela presença de ansiedade, stress, tristeza – emoções que produzem hormonas de stress, antagonistas da acção da ocitocina);</p>
<p>Diferença entre a <u>subida de leite</u> vs ingurgita-</p>	<p>A <u>subida de leite</u> ocorre entre o 2.º e 5.º dia de vida e corresponde ao processo de alteração das características do leite – a transformação do colostro em leite de transição; há a percepção de mama túrgida, congestionada,</p>

mento mamário	quente e dolorosa, mas resolve-se espontaneamente em algumas horas; a sintomatologia varia de mulher para mulher; por seu turno, quando existe ingurgitamento mamário há retenção de leite, acompanhada de tensão mamária intensa e dor – mamas aumentam de volume, ficam dolorosas, quentes, vermelhas, brilhantes e tensas.																																							
Factores de risco de ingurgitamento mamário	Esvaziamento inadequado das mamas, provocado por má técnica de amamentação (posicionamento e pega - não se alterna regularmente de posição ou a pega do mamilo é incorrecta não há extração de leite de todos os ductos lactíferos, o que pode contribuir para o ingurgitamento mamário); mamadas de curta duração; uso de soutiens muito apertados; horários rígidos de amamentação; duração das mamadas demasiado curtas; presença de fissura (provoca dor com consequente diminuição da frequência e duração das mamadas); uso de chupeta; estado emocional da mãe – se triste, ansiosa, etc. há compromisso no reflexo de ejeção do leite;																																							
Medidas de prevenção de ingurgitamento mamário	Técnica de amamentação correcta, assegurando uma pega correcta e esvaziamento adequado da mama; horário e duração das mamadas flexíveis, amamentando em regime livre, i.e., sempre que a criança evidenciar sinais precoces de fome, garantindo 6-10 refeições, nas 24 horas; garantir ambiente calmo durante a mamada; não oferecer água ou qualquer alimento/suplemento à criança; usar soutien apropriado – alças largas, confortável e de algodão;																																							
Factores de risco de fissura	Má pega, manutenção do mamilo húmido, higiene inadequada das mamas (uso de sabão), retirar a criança da mama ainda com vácuo entre a boca/mama o que pode provocar a agressão do mamilo e da pele envolvente;																																							
Medidas de prevenção de fissura do mamilo	Pega adequada; apropriada higiene das mamas (não usar sabão aquando da higiene diária directamente sobre as mamas); interromper a sucção antes de retirar a criança da mama (no caso de ser imperativo remover o bebé da mama, é necessário “quebrar” a sucção com um dedo entre a língua do bebé e a mama antes de separar o bebé); expor os mamilos ao ar por períodos; substituir o disco de amamentação frequentemente; usar arejadores de mamilo																																							
Influência da alimentação da mãe no leite (composição)	Não há restrições especiais. É, todavia, preciso considerar três aspectos: alguns alimentos podem alterar o gosto do leite, e o bebé pode gostar ou não; há componentes nos alimentos que podem ser mais alergénicos, mas todos os bebés são diferentes e por isso é necessário controlar o efeito do alimento quando é ingerido pela mãe na criança (diarreia e manchas na pele); a ingestão de líquidos por parte da mãe deve ser adequada à sede (não há evidência que o aumento de ingestão hídrica aumente a produção de leite).																																							
Efeitos da ingestão de cafeína , de bebidas alcoólicas e fumar na criança	<p>A ingestão de alimentos que contém cafeína deve ser controlada. O consumo de café, chás verde e preto e refrigerantes e a consumir no máximo 300 mg de cafeína por dia, e somente após as mamadas; as reacções do bebé podem ser várias: o bebé pode ficar mais agitado e com maior dificuldade em adormecer/dormir.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bebidas</th> <th>Quantidade</th> <th>Teor de cafeína (mg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Café curto</td> <td>1 chávena</td> <td>104,3 mg</td> </tr> <tr> <td>Café médio</td> <td>1 chávena</td> <td>115,4 mg</td> </tr> <tr> <td>Café cheio</td> <td>1 chávena</td> <td>124,7 mg</td> </tr> <tr> <td>Café solúvel (instantâneo)</td> <td>1 chávena</td> <td>50 - 100 mg</td> </tr> <tr> <td>Café coado</td> <td>1 chávena de 150 ml</td> <td>80 - 135 mg</td> </tr> <tr> <td>Descafeinado</td> <td>1 chávena</td> <td>1 - 5 mg</td> </tr> <tr> <td>Capacino</td> <td>1 chávena de 80ml</td> <td>80 - 100mg</td> </tr> <tr> <td>Chá preto ou verde</td> <td>1 chávena de 150 ml</td> <td>50 - 80 mg</td> </tr> <tr> <td>Coca-Cola</td> <td>1 lata</td> <td>35 - 45 mg</td> </tr> <tr> <td>Ice tea</td> <td>1 lata</td> <td>22 - 36 mg</td> </tr> <tr> <td>Chocolate</td> <td>60g</td> <td>10 - 50mg</td> </tr> <tr> <td>Bebidas energéticas</td> <td>1 lata</td> <td>80 mg</td> </tr> </tbody> </table> <p>A criança tem uma capacidade reduzida para metabolizar o álcool que recebe através do leite materno, mesmo que em muito pequenas quantidades por isso a abstenção de ingestão de bebidas alcoólicas é recomendada; a quantidade de álcool encontrada no leite é a mesma encontrada no sangue da mãe, atingindo o seu pico uma hora após a ingestão; passadas 2 ou 3 horas após a ingestão de uma bebida alcoólica ou uma noite após a ingestão de algumas bebidas, o álcool é eliminado do leite da mesma forma que é eliminado do sangue da mãe; o consumo excessivo de álcool pode causar sonolência, fraqueza, perda de peso e desenvolvimento motor inadequados no recém-nascido e na mãe pode bloquear a libertação de ocitocina o que conduz a dificuldade na saída do leite, limitando o consumo de leite por parte do bebé;</p> <p>A mãe deve ser aconselhada a não consumir álcool, ou pelo menos que o faça após amamentar e que limite a quantidade a um máximo de 0,5g/kg de peso corporal (e.g. para uma mulher de 50Kg equivale a aproximadamente 200cc de vinho, 500cc de cerveja e 30cc de licor).</p> <p>Não é recomendável fumar ou frequentar lugares com fumo: um dos efeitos do tabaco é a redução da quantidade de leite e a passagem dos constituintes do tabaco para o leite; a concentração da nicotina no leite é 2,9 vezes maior que no sangue, provocando taquicardia no bebé; a nicotina pode também causar vómitos, diarreia, perturbação do sono e agitação, perturbações respiratórias (aumenta o muco e paralisa as defesas dos brônquios); os bebés que vivem em casas onde se fuma têm maior risco de morte súbita e de vir a sofrer de doenças das vias respiratórias, como pneumonias, bronquites e asma, e de otites. Um aumento de quase 60% na ocorrência de pneumonias e bronquites acontece quando um dos pais fuma, situação que se agrava ainda mais quando ambos fumam;</p>	Bebidas	Quantidade	Teor de cafeína (mg)	Café curto	1 chávena	104,3 mg	Café médio	1 chávena	115,4 mg	Café cheio	1 chávena	124,7 mg	Café solúvel (instantâneo)	1 chávena	50 - 100 mg	Café coado	1 chávena de 150 ml	80 - 135 mg	Descafeinado	1 chávena	1 - 5 mg	Capacino	1 chávena de 80ml	80 - 100mg	Chá preto ou verde	1 chávena de 150 ml	50 - 80 mg	Coca-Cola	1 lata	35 - 45 mg	Ice tea	1 lata	22 - 36 mg	Chocolate	60g	10 - 50mg	Bebidas energéticas	1 lata	80 mg
Bebidas	Quantidade	Teor de cafeína (mg)																																						
Café curto	1 chávena	104,3 mg																																						
Café médio	1 chávena	115,4 mg																																						
Café cheio	1 chávena	124,7 mg																																						
Café solúvel (instantâneo)	1 chávena	50 - 100 mg																																						
Café coado	1 chávena de 150 ml	80 - 135 mg																																						
Descafeinado	1 chávena	1 - 5 mg																																						
Capacino	1 chávena de 80ml	80 - 100mg																																						
Chá preto ou verde	1 chávena de 150 ml	50 - 80 mg																																						
Coca-Cola	1 lata	35 - 45 mg																																						
Ice tea	1 lata	22 - 36 mg																																						
Chocolate	60g	10 - 50mg																																						
Bebidas energéticas	1 lata	80 mg																																						
Estratégias para manter a lactação/amamentação	Amamentar antes de sair para trabalhar de manhã, ao regressar a casa, e antes de dormir; aproveitar os fins-de-semana para amamentar com mais frequência e assim estimular a produção de leite; se possível, retirar leite com a mesma frequência com que o bebé mamará com bomba, durante o horário de trabalho;																																							
Como extrair leite para armazenar	Extrair leite manualmente: massagem em movimentos circulares, com ajuda do chuveiro com água morna - facilita a fluidificação do leite; Extrair leite com bomba: 1. lubrificar a mama com água morna; 2. colocar o mamilo e aréola na cavidade da bomba; 3. bombear a primeira mama, a segunda mama e voltar a bombear a primeira mama; a bomba pode ser manual ou eléctrica;																																							
Condições e material para armazenar leite materno	Existem bombas de extração de leite e saquetas próprias para o efeito; manter higiene cuidada durante todo o processo para que não haja contaminação por bactérias (lavar bem as mãos); O tempo de conservação do leite congelado depende do local onde é armazenado: no frigorífico (0 a 4°): 48 horas; se congelador, no interior do frigorífico: 1 semana; se congelador com uma porta autónoma: 3 meses; se congelado a -18° ou menos pode ser conservado entre 6 a 12 meses;																																							
Como descongelar o leite materno	Passar água pelo exterior do recipiente, aquecendo progressivamente a água, ou em banho-maria, mas não sobreaquecer o leite porque pode destruir nutrientes; não voltar a congelar leite descongelado;																																							

CAPACIDADE	
Identificar sinais de <u>ingestão nutricional suficiente</u>	Seis ou + micções/dia; uma ou + dejeções moles, amareladas por dia; aumento de peso - um ganho de peso de 25g por dia a partir do 10. ^o -14. ^o dia de vida; sinais de saciedade após a refeição - após a mamada fica calmo, adormece; apresenta bom turgor da pele e bom tônus muscular;
Identificar sinais de <u>fome</u>	Acordado; procura abocanhar qualquer objecto que toque a região peri-bocal; procura o mamilo, suga vigorosamente nos dedos, mostra-se inquieto; choro forte, arquejar as costas e dificuldade em adaptar-se à mama são sinais tardios de fome; nesta altura, é necessário pegar no bebé ao colo e acalmá-lo antes de o amamentar; alguns bebés são muito calmos e esperam para ser alimentados, ou voltam a adormecer se não forem detectados os sinais precoces de fome, o que pode resultar em subalimentação; outros bebés acordam de repente e ficam aborrecidos se não são alimentados imediatamente;
Identificar sinais de <u>ejecção de leite</u>	Saída de leite mesmo antes de amamentar, perda de leite da mama oposta; sensação de formigueiro no início da mamada; aumento da dor abdominal associado a contrações uterinas por acção da ocitocina sobre o útero, nos primeiros dias pós-parto; aumento da perda sanguínea uterina durante ou após a amamentação;
Adoptar <u>posição</u> confortável e posicionar a criança	Adopta posição confortável; posicionar a criança com o corpo virado para a mãe, barriga com barriga, cabeça em ligeira hiperflexão e boca e nariz ao nível da mama;
Assegurar <u>pega adequada</u>	Estimula pega adequada; corpo e cabeça do bebé estão alinhados; a cabeça está em ligeira extensão; o queixo do bebé toca a mama; o bebé respira livremente; a boca está bem aberta; os lábios, especialmente o inferior, estão voltados para fora; a língua pode ser vista entre o lábio inferior e a mama; a pega contempla uma parte da aréola, esta pode ser vista numa porção maior acima do lábio superior; o bebé suga lenta e profundamente, usando língua e a mandíbula; a deglutição pode ser ouvida e/ou vista; o bebé está calmo e mantém-se adaptado à mama;
<u>Estimular a criança</u> durante a mamada, mantendo-a acordada	Estimula a criança: toca nas mãos e pés; remove excesso de roupa;
<u>Interromper a sucção</u> antes de retirar a criança da mama	Interrompe a sucção introduzindo um dedo entre a boca e a mama;
Adoptar medidas de <u>higiene das mamas</u> indicadas	Lava as mamas, no banho diário sem usar sabão directamente nas mamas para não remover a gordura natural produzida pelas glândulas de <i>Montgomery</i> ;
Reconhecer o <u>efeito dos alimentos</u> que a mãe ingere na criança	Alteração no padrão de eliminação e características das fezes; manchas na pele;
FISSURA	
CAPACIDADE	
Reconhecer sinais de <u>fissura do mamilo</u>	Mamilo com ferida, dorido e macerado;
Implementar medidas de <u>tratamento</u> da fissura do mamilo	Expor ao ar; aplicar, após cada mamada, uma gota de leite e deixar o mamilo secar ao ar (leite contém lípidos e água funcionando como um emoliente natural a pele) ou aplicar pequena quantidade de lanolina pura (Purelan ©, Lansinoh brand ©/ Grelavite ©, no mamilo e deixar secar ao ar; substituir o disco de amamentação frequentemente; usar arejadores de mamilo; usar mamilo artificial na mama com fissura para evitar o contacto directo da mama com a ferida;
Reconhecer sinais de <u>cicatrização</u> da fissura	Surge uma pequena crosta e a dor diminuiu;
INGURGITAMENTO MAMÁRIO	
CAPACIDADE	
Reconhecer sinais de <u>ingurgitamento mamário</u>	Mama dolorosa, quente, ruborizada, brilhante, com aumento de volume, tensa, dor na axila; há retenção de leite, acompanhado de tensão mamária e dor – mamas aumentam de volume, ficam dolorosas, quentes, vermelhas, brilhantes e tensas;
Implementa medidas de <u>alívio</u> do ingurgitamento mamário	O alívio do ingurgitamento mamário é conseguido através do <u>esvaziamento da mama</u> e <u>alívio da dor</u> : - horário e duração das mamadas flexíveis – regime livre; ambiente calmo durante a mamada; não oferecer água ou qualquer alimento à criança; assegurar uma pega adequada - extrair uma pequena quantidade de leite manualmente para facilitar a pega; alternar posição de amamentação; não oferecer suplementos ao bebé; - aplicar frio (o uso da bolsa de gelo ou de compressas geladas visa a reduzir o metabolismo mamário e, por conseguinte, a inibir a produção de leite; promove um efeito de dormência e diminui a inflamação e a congestão vascular); usar soutien apropriado (deve suportar as mamas mas sem as apertar, pois podem prejudicar a circulação sanguínea o que poderia provocar a acumulação de leite nos ductos galactóforos); extrair leite, manualmente ou com ajuda de bomba, até alívio da tensão e da dor provocado pela distensão mamária;
Como <u>extrair leite</u> manualmente/com bomba	<u>Extrair leite manualmente</u> : massagem em movimentos circulares, com ajuda do chuveiro com água morna - facilita a fluidificação do leite; <u>Extrair leite com bomba</u> : 1. lubrificar a mama com água morna; 2. colocar o mamilo e aréola na cavidade da bomba; 3. bombear a primeira mama, a segunda mama e voltar a bombear a primeira mama (a extracção manual é preferível em relação à extracção por bomba – este processo estimula uma maior produção de leite) A extracção de leite deverá ser o suficiente para aliviar a dor pois se há esvaziamento completo da mama deixa de haver a acção local do factor inibidor da prolactina, presente no leite, com consequente aumento de produção de leite, entrando-se num ciclo vicioso: quanto mais se tira mais se produz;

ALIMENTAR COM BIBERÃO	
CONHECIMENTO	
<u>Material</u> : biberões e tetinas e critérios de escolha	Por vezes o leite materno é dado por biberão ou há necessidade de suplementar a amamentação; Biberão: liso, sem reentrâncias e com graduação; Tetinas: furo adequado ao tipo de biberão e às necessidades e tamanho da criança (fluxo lento, mas não deve cansar o bebé durante a mamada), as tetinas de silicone são mais caras mas mais duradouras; substituir as tetinas ao menor sinal de desgaste. Adquirir: 6 biberões e tetinas (o bebé vai ser alimentado 6/8 vezes por dia); escovilhão; equipamento de esterilização;
<u>Métodos de lavagem e esterilização</u>	Lavar as mãos, usar água bem quente e escovilhão para lavar o biberão, a teta e a tampa, e lavar imediatamente à mamada; deixar o biberão secar ao ar; a água da torneira deve ser potável; Para esterilizar há - método de fervura (fervur os biberões e tetinas durante 20 minutos), método químico (reci-

	<p>piante próprio com água e um produto químico específico; demora em média 1 hora e 30 minutos), esterilizador eléctrico a vapor, ou para micro-ondas;</p>
Como preparar o leite adaptado	<p>A quantidade de produto corresponde a 13% - 13g em 100ml; usar água mineral (fervêr água durante 5 minutos e deixar arrefecer até à temperatura ambiente; se a qualidade da água for duvidosa, fervê-la durante 15 minutos); colocar a quantidade de água para esta refeição no biberão e só depois adicionar o leite pó na água (1 colher rasa para 30 ml de água - as medidas nunca devem ser alteradas); tapar o biberão e agitar até à completa dissolução do pó; se usar água mineral, as garrafas não devem conter mais do que 1,5l para não ficarem abertas por muito tempo e ir alternado de marca, pois as suas composições em minerais são diferentes; ter atenção à diluição: se se põe água a mais, o bebé terá menos calorias e se se põe água a menos, o leite fica hipocentrado, o que poderá provocar cólicas e desidratação; se for necessário preparar o biberão fora de casa, levar a água numa termos e preparar o leite na hora; manter a lata do leite em lugar seco e fresco mas não no frigorífico, hermeticamente fechada;</p>
Como alimentar a criança por biberão	<p>Para aquecer o leite pode ser em banho-Maria, num aquecedor de biberões ou no microondas, embora esta última opção seja a menos aconselhável porque não aquece o leite de forma homogênea – aumentando o risco de queimadura, se não se agitar muito bem; testar temperatura do leite vertendo umas gotas na face interna do pulso – não deve estar nem quente nem frio; verificar o débito que sai pelo orifício da teta;</p> <p>Posicionar a criança: apoiar a cabeça e as costas do lactente no braço e manter a criança em posição semi-sentada, aconchegada ao corpo; segurar o biberão com ligeira inclinação durante toda a refeição (nunca deixar o biberão apoiado numa almofada) e de forma a preencher a teta com leite para não ser engolido ar; respeitar ritmo do lactente, não a apressando e não a obrigando a ingerir leite demais; a duração apropriada é de 15/20 minutos; por vezes a criança continua a mamar com biberão vazio – para interromper a sucção, introduzir um dedo entre a teta e as gengivas para interromper o vácuo; por vezes, é importante colocar a criança a eructar a meio da mamada;</p> <p>A vantagem significativa associada ao dar o leite por biberão é que o pai também o pode fazer;</p>
CAPACIDADE	
Garantir a limpeza e a esterilização adequada do material (biberão, tetinas)	Lava as mãos; lava os biberões e tetinas após o seu uso, usando água quente e escovilhão, de modo a remover todos os vestígios de leite; usa o método de esterilização de acordo com as indicações específicas do método;
Preparar o leite de acordo com as indicações e quantidades adequadas à criança	Lava as mãos; ferve a água e deixa-a arrefecer; coloca a água no biberão na medida correcta; enche a colher de medida do pó (colher rasa) e adiciona à água; tapa o biberão sem tocar excessivamente na teta; agita o biberão até à diluição do pó;
Alimentar a criança, com técnica correcta	Lava as mãos; aquece leite; testa a temperatura da água; posiciona a criança correctamente; segura o biberão correctamente; respeita o ritmo da criança;

ERUCTAR	
CONHECIMENTO	
Benefícios da eructação	Eliminação de ar do estômago; diminuição dos episódios de regurgitação; aumento da probabilidade de ingestão de leite quando realizada a meio da mamada;
Posicionar a criança para eructar	As 2 principais posições para fazer um bebé arrotar são: colocar criança na posição vertical (o esfago deve estar na vertical para o ar sair facilmente), segurando nas nádegas e com a cabeça encostada ao ombro, dando palmadinhas suaves nas costas ou esfregar as costas; sentar a criança no colo, usando uma das mãos para segurar a cabeça, ligeiramente inclinado para a frente, dando palmadinhas suaves nas costas; outra possibilidade é deitar a criança sobre as pernas em decúbito ventral, dando palmadinhas suaves nas costas;
CAPACIDADE	
Posicionar a criança para promover a eructação	Consegue estimular a eructação, colocando a criança na posição vertical, segurando nas nádegas e com a cabeça encostada ao ombro, dando palmadinhas suaves nas costas ou esfregando as costas; ou, sentando a criança no colo, usando uma das mãos para segurar a cabeça, ligeiramente inclinado para a frente, dando palmadinhas suaves nas costas;
REGURGITAR	
CAPACIDADE	
Adoptar medidas de prevenção de regurgitação	Não manipular excessivamente a criança após a refeição; promove a eructação; deita a criança com ligeira elevação da cabeça e tronco, com cabeça lateralizada.
Reconhecer a diferença entre regurgitação e vômito	Na regurgitação o conteúdo gástrico vem à boca enquanto no vômito o conteúdo gástrico é eliminado de forma activa, por vezes em jacto;
DESMAME	
CONHECIMENTO	
Estratégias para o desmame	Se a criança é amamentada, actualmente advoga-se que se passe para o biberão de imediato; em relação a outros alimentos, à hora da refeição, oferecer primeiro os alimentos sólidos e só depois o leite, de modo a que o bebé coma primeiro enquanto tem fome e beba depois; introduzir um novo alimento de cada vez, dando-lhe apenas 1 a 2 colheres de chá a cada refeição, aumentando, gradualmente, até às 3 a 5 colheres de chá; valorizar sinais de fome e de saciedade;
Sinais de desenvolvimento que indicam que a criança está apta para iniciar outros alimentos	Antes dos 4 meses de idade, o bebé não consegue coordenar o mastigar com o engolir; o aparelho digestivo pode não ser capaz de tolerar uma grande variedade de alimentos; a função renal pode ainda não estar madura, e um bebé muito pequeno não consegue lidar com a quantidade extra de sódio e de proteínas presente nos alimentos sólidos; consegue estar sentado com apoio; consegue segurar bem a cabeça; consegue alcançar e agarrar objectos; já não tem o reflexo de "deitar a língua de fora", que dá origem a deitar a comida que lhe é posta na boca para fora (para testar se este reflexo ainda está presente, deitar um bocadinho muito pequeno de papa de arroz embebida em leite materno ou leite para lactentes na língua do bebé - se o bebé o deitar fora com a língua, após várias tentativas, o reflexo da "língua para fora" ainda está presente e o bebé ainda não está preparado); aceita a comida de uma colher; se chora repetidamente ou volta a cabeça para o lado quando se oferece a comida, isto pode ser um sinal de que ainda não está preparado;

INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS	
CONHECIMENTO	
Crítérios de introdução de novos alimentos na dieta da criança	A diversificação alimentar não deve ocorrer antes dos 4 meses e preferivelmente cerca dos 6 meses. A introdução de novos alimentos deve ser lenta e gradual com aumento progressivo na quantidade e consistência dos alimentos ao longo do crescimento da criança. A cronologia de introdução dos alimentos não deve ser rígida devendo ter em conta fatores sociais e culturais e também as particularidades do lactente (ex: atopia, alergias alimentares, patologia específica). A sequência de introdução que tem sido aceite por diferentes autores pode ser: os cereais, a fruta, os vegetais e legumes, a carne, o peixe, o ovo e o leite de vaca. O intervalo de introdução entre cada um destes grupos alimentares deve ser de cerca de um mês. Entre cada alimento destes grupos (ex. frutas, vegetais), o intervalo de introdução deve ser de cerca de cinco dias. O leite de vaca nunca deverá ser introduzido antes dos 12 meses e idealmente entre os 24 e os 36 meses. Os alimentos com maior probabilidade de provocar alergia são: o ovo, o peixe, a amora, o kiwi, o morango, o maracujá. Ao ano de idade a criança deve estar integrada na dieta da família, com algumas adaptações ainda na consistência dos alimentos. É aconselhável oferecer diferentes sabores e texturas alimentares à criança até aos 3 anos de idade, altura em se fecha a janela de habituação aos sabores. Fonte: (Guerra, et al., 2012); (Silva, et al., 2011)
Possíveis reacções gastrointestinais ao alimento	A partir dos 4-6 meses o intestino já está preparado para receber outro tipo de alimentos devido à impermeabilização da parede intestinal às macromoléculas; pode haver, todavia algumas reacções como por exemplo, diarreia, uma erupção cutânea ou vómitos;
Modo de preparar os alimentos	A confeção dos alimentos deve ser preferencialmente confeccionados através de cozedura, sem utilização de gordura. O sal não deve ser usado na confeção dos alimentos até a criança perfazer 1 ano. Pode ser colocada uma colher de café de azeite e umas areias de sal no prato da refeição da criança após essa idade; Fontes: (Guerra, et al., 2012); (Silva, et al., 2011)
Crítérios de escolha do equipamento para alimentar a criança	É adequado que o bebé aprenda a comer a papa, o puré, a fruta à colher; qualquer colher serve desde que seja adequada ao tamanho da boca do bebé, desde que não tenha arestas cortantes ou que magoe a boca; para treinar pode-se ir dando água com colher. Aquando da introdução na dieta familiar, a criança deve ser progressivamente estimulada e ensinada a alimentar-se de forma independente, inicialmente com a colher e depois gradualmente a utilizar o garfo e a faca para se alimentar. Deve ser também utilizado o copo/chávena para a ingestão de líquidos; Fonte: (Guerra, et al., 2012); (Silva, et al., 2011)
Frequência das refeições	A partir do ano de idade e ao longo do crescimento a criança deve ter um regime de seis refeições diárias, composto por pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia.
Ingestão de líquidos	Aos 12 meses, as crianças devem manter a ingestão diária de 0,5L de leite ou derivados – média de 475 – 700ml por dia. Após a introdução de alimentos, a água deve ser oferecida ao longo do dia, em pequenas quantidades até um total de que pode ser calculado diariamente como: 100ml/kg (para os primeiros 10 kg); 50ml/kg (para os seguintes 10 kg); 20ml/kg para os restantes. Está contraindicado fornecer ao lactente chá ou sumos; Fonte: (Silva, et al., 2011) (Guerra, et al., 2012) (Hockenberry, et al., 2011) (Opperman, et al., 2001)
Erros alimentares	A criança não deve ingerir alimentos com elevado teor de açúcar nem de sal. As guloseimas devem ser deixadas para “ocasiões especiais” e nunca ao deitar. Deve-se evitar dar refrigerantes; Fonte: (Silva, et al., 2011) (Guerra, et al., 2012)
Comportamentos da criança associados à refeição	As crianças entre os 1 e os 3 anos de idade vão estando cada vez mais conscientes da função não-nutritiva da comida, como o prazer de comer e o aspeto social da hora da refeição, podendo levar a alterações do comportamento, nomeadamente a rejeição de alguns alimentos. As crianças na primeira infância imitam os comportamentos dos adultos, pelo que os exemplos dos comportamentos da família à refeição são muito importantes para a aprendizagem da criança. A refeição deve ser um período de interação, de convívio e de aprendizagem social. As crianças entre 12 e 18 meses têm fortes preferências no paladar, podendo comer em grandes quantidades num dia e não comer nada no dia seguinte. Uma criança com 18 meses já aprende a usar colher e o garfo. As crianças com dois podem sujar-se bastante e deixar cair a comida, sentindo-se frustrada. Os pais não devem valorizar nem fazer comentários que podem colocar a criança mais desesperada, mas sim adotar uma atitude de compreensão e incentivo na aprendizagem. Esta quer fazer como os pais fazem, pelo que devem ser permitida esta independência; dos 12 aos 18 meses, há uma diminuição do índice de crescimento, diminuindo a necessidade calórica. Isto pode-se traduzir numa diminuição do apetite, a chamada anorexia fisiológica Fonte: (Hockenberry, et al., 2011) (Opperman, et al., 2001)
Estratégias para lidar com os comportamentos da criança associados à refeição	É frequente as crianças evidenciarem alguns comportamentos na refeição associados à falta de apetite ou ao desagrado por algum alimento. Os pais devem perceber quando as crianças encaram as refeições como uma situação de tensão, não devendo insistir para esta comer sempre tudo. Podem ser utilizadas estratégias para que as crianças experimentem e se entusiasmem com a comida, tal como não encher demasiado o prato, colocar comidas coloridas e não as misturar. Pode dar-se a possibilidade da criança participar na preparação dos alimentos; deixar escolher entre vários alimentos; ser criativo na sua preparação; retratar o ato de comer como uma atividade boa; acalmar a criança numa atividade calma durante 10 a 15 minutos antes de sentar à mesa. Não se deve usar as sobremesas ou os alimentos preferidos para subornar a criança. Deve-se sempre fazer acompanhar a refeição com o ensino sobre as boas maneiras à mesa. Fonte: (Hockenberry, et al., 2011)
CAPACIDADE	
Fazer a introdução adequada dos diferentes alimentos na dieta da criança	Não realiza a diversificação alimentar antes dos 4 meses e realiza-a cerca dos 6 meses de idade. Segue uma cronologia adequada na diversificação alimentar; não fornece ao lactente alimentos desaconselhados. Confecciona os alimentos adotando a cozedura, não utilizando sal ou gordura; consegue que a criança esteja integrada na dieta familiar cerca dos 12 meses, evoluindo gradualmente na consistência e quantidade da alimentação que fornece.

ATENDER AO CHORO	
CONHECIMENTO	
Padrão esperado de choro	O choro é a primeira forma de comunicação social do bebé, sendo considerado uma manifestação normal e fisiológica durante os primeiros meses de vida; tem características específicas em diversas situações que devem ser interpretadas de modo a decidir pelos cuidados mais ajustados.
Diversos estudos têm demonstrado que o choro e a resposta dos pais perante este influenciam o desenvolvimento da criança. Os bebés que choram excessivamente nos	O choro é considerado um acto reflexo que se desenvolve progressivamente, com o desenvolvimento da maturação fisiológica e das experiências ambientais com que contacta; torna-se um acto voluntário na fase da linguagem pré-verbal, que se inicia a partir de um mês de idade; Pode sinalizar fome, sede, sono, fraldas sujas, desconfortos relacionados à temperatura ambiente, posição des-

<p>primeiros seis meses de vida são significativamente mais agressivos, ansiosos e, no futuro, demonstram uma maior dificuldade em socializar.</p> <p>O choro excessivo é um dos motivos mais frequentes de consulta de cuidados de saúde primários nos primeiros meses de vida, atingindo entre 9 e 26% dos lactentes com idade inferior a quatro meses. Em Portugal, a prevalência de choro excessivo é ainda desconhecida.</p>	<p>confortável, dor, roupas apertadas, aerofagia, cólicas, descarregar energia, vontade de ser aconchegado, ...</p> <p>O choro apresenta um padrão melódico e a sua frequência varia de bebé para bebé. A duração diária do choro de um recém-nascido pode ir de 5 minutos a 2 horas, sendo que a sua duração aumenta com o passar do primeiro mês. Há um estudo que concluiu que às 2 semanas de vida o tempo médio de choro ronda as 2 horas por dia, aumentando para quase 3 horas por dia às 6 semanas de vida, diminuindo, então, para cerca de 1 hora de choro diário às 12 semanas de vida.</p> <p>O padrão normal do choro caracteriza-se por um aumento rápido da sua quantidade até às seis semanas e posteriormente uma diminuição até aos quatro meses. A diminuição da quantidade de choro após as seis semanas de idade pode reflectir a emergência de novas capacidades de regulação e de comunicação, que substituem a necessidade do choro para recrutar influências reguladoras externas. Verificou-se, ainda que cerca de 40% do choro diário do recém-nascido, surge ao fim da tarde e durante a noite e é mais evidente no segundo mês de vida.</p> <p>As diferenças individuais do tipo e duração do choro devem-se ao temperamento do recém-nascido, da capacidade de se confortar sozinho e dos cuidados parentais prestados. Crianças muito agitadas e exigentes podem mostrar um nível elevado de actividade e uma rápida transição para o choro mais intenso sendo por vezes difícil de acalmar. Crianças mais calmas e observadoras podem ser mais lentas a reagir podendo mesmo tentar desenvolver formas para se acalmar sozinha, coincidindo o choro com o uso dos olhos, dos ouvidos e das mãos. Um bebé sensível assusta-se facilmente com qualquer ruído ou mudança repentina, pelo que poderá utilizar o choro como forma de aliviar a tensão. Estes padrões podem dizer muito acerca do comportamento do bebé, assim como entender o seu temperamento.</p> <p>A quantidade de choro diário diminui com o menor intervalo entre as refeições, e precocidades da resposta materna e com a maior quantidade de tempo de colo.</p> <p>Fontes: Brazelton & Sparrow, 2005, 2009; Branco et al., 2006; Polin, 2000; Evanoon, 2007; Domingues, 2006; Locke, 2006; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002.</p>
<p><u>Diferentes tipos de choro</u></p> <p>LaGasse refere que a identificação do choro de dor pode ser realizada por um ouvido atento e treinado dos pais e profissionais de saúde, porém vários estudos mostram a dificuldade de interpretar adequadamente o choro do recém-nascido.</p> <p>O empenho com que os pais vivem a chegada do recém-nascido leva-os a serem capazes de reconhecer e distinguir os seus diferentes tipos de choro por volta das três semanas de vida.</p>	<p>Os recém-nascidos são capazes de formar vários padrões de choro que têm como objectivo diferentes respostas, estes padrões de choro resultam da conjugação entre o choro, o silêncio e a respiração.</p> <p>Para identificar o choro do recém-nascido é necessário ter em conta a vocalização do choro e também a linguagem corporal do bebé. No diagnóstico diferencial do tipo de choro importa considerar vários factores, como por exemplo a hora da última mamada, a última sesta, a mudança da fralda, as reacções do bebé aos ruídos, à luz, a temperatura ambiente, a actividade e os movimentos.</p> <p>Estão descritos <u>cinco tipos de choro</u>, desde o nascimento até aos 3 meses de vida:</p> <p>Dor - manifesta-se por um lamento curto, agudo e muito alto, ao qual se segue um período de apneia e seguido de outro grito; a consoante H é nitidamente distinguível; o rosto do bebé fecha-se e os braços e as pernas flectem para junto do seu corpo; a particularidade deste choro é que não cessa quando se conforta ou se pega no colo.</p> <p>De dor tipo cólica: choro agudo e intenso; rubor na face; pulsos cerrados; movimentos intensos dos membros superiores; flexão dos membros inferiores contra o abdómen; costas arqueadas; abdómen distendido e tenso; agitação e irritabilidade;</p> <p>O choro de dor diferencia-se do choro de fome - o de fome é composto por rápidas variações de frequência e sons mais curtos, já o de dor é mais forte, estridente, tenso e com frequência aguda.</p> <p>Fome - o choro é um sinal tardio de fome; chora em soluços contínuos e curtos; é persistente e não muito alto; é habitualmente acompanhado de movimentos da cabeça de um lado para outro, boca entreaberta, levando as mãos à boca; pode ser confundido com outro tipo de choro, mas se a mãe tentar alimentá-lo, larga o mamilo (ou tetina) para recomeçar a chorar; relacionar com a hora da última refeição</p> <p>Tédio - choraminga em soluços, que cessa a partir do momento que se fala com ele, se pega ao colo, se brinca ou se acaricia; o rosto do bebé está relaxado, assim como o corpo e os olhos normalmente estão abertos, as mãos estão abertas, enquanto os pés agitam-se no ar, como se estivesse a pedalar; se algum objecto lhe chamar a atenção, pára de chorar e fixa-o.</p> <p>Desconforto - choro mais fraco do que o grito de dor, apesar de apresentar momentos de grande intensidade; é facilmente confundido com o choro de dor intensa, devido aos gritos intermitentes; a nível corporal a testa está franzida, os olhos inquietos, os braços e as pernas estão mais tensos do que quando está aborrecido; com este choro está a comunicar que algo lhe incomoda, algo lhe está a provocar desconforto, pode ser a fralda suja, calor ou frio ou gazes;</p> <p>Fadiga ("descomprimir ao fim do dia") - choro ligeiro, quase um gemido, que tende a aumentar de tom até um choro forte; habitualmente este choro acontece após um dia agitado, com de interacção com outros, de barulhos e de actividades; o rosto do bebé encontra-se distendido, com um ligeiro franzido no sobrolho que alterna com o relaxamento do corpo e do rosto;</p> <p>Os choros que relevam <u>sinais de alarme</u> incluem o gemido (choro baixinho, constante, habitualmente associado a dificuldade em respirar, recusa em mamar, diarreia ou vómitos e prostração) e o grito (não é contínuo, o bebé está irrequieto, irritado, recusa mamar e não chora - grita).</p> <p>Priscilla Dunstan, ao longo de oito anos, estudou o choro dos bebés. Esta autora explica os diferentes tipos de choro através da identificação cinco sons, que considera como sendo as cinco primeiras palavras do recém-nascido. Segundo Dunstan (2006) em diferentes culturas e grupos linguísticos, estes cinco sons são a forma natural, reflexa e inata que os recém-nascidos utilizam para exprimirem as suas necessidades. Caso o bebé não obtenha resposta ao "som tipo", este evolui para um choro vigoroso. Os cinco sons indicam o choro de fome ("Neh"), de dor ("Eairh"), de fadiga ("Owh"), de desconforto ("Heh") e de necessidade de eructar ("Eh").</p> <p>Fontes: Brazelton & Sparrow, 2005, 2009; Branco et al., 2006; Needlman, 2006; Domingues, 2006; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002; Whaley & Wong, 2006; Dunstan Baby Language disponível em http://www.dunstanbaby.com/</p>
<p><u>Estratégias de consolo</u></p>	<p>A estratégia para consolar a criança e controlar o choro vai depender do tipo e razão do choro.</p> <p>Dor: procurar a origem da dor pressionando levemente em todas as partes do corpo procurando a origem da causa da dor;</p> <p>Fome: alimentar;</p> <p>Fadiga: procurar um ambiente calmo; falar calmamente com o bebé; colocar uma música tranquila; andar com ele ao colo de um lado para o outro, embalando-o; se nenhuma forma de o acalmar resultar, a solução é esperar que o bebé adormeça por si</p> <p>Tédio: pegar ao colo; brincar; acariciar; falar com ele num tom calmo;</p> <p>Desconforto: estar alerta para os factores que podem provocar desconforto à criança, será mais fácil identificá-los e acalmar rapidamente o choro;</p>

	<p>Comentários sobre algumas estratégias:</p> <p>Segurar o recém-nascido – estudos indicam que os recém-nascidos que são segurados pelos pais nos seus braços por pelo menos 3 horas diárias, choram menos que os que não são segurados por esse tempo; o calor e a proximidade física durante tem um efeito calmante;</p> <p>Movimentação rítmica - muitos recém-nascidos param de chorar quando estão em movimento. Embalar o recém-nascido ou colocá-lo numa cadeira de balanço pode acalmar o recém-nascido. Alguns autores defendem que estes movimentos repetitivos satisfazem a necessidade de predictabilidade do recém-nascido, produzindo um efeito de segurança.</p> <p>Envolver o recém-nascido – durante a gravidez, a criança habituou-se à sensação de que algo que o envolve; após o nascimento esta sensação desaparece. Envolver o recém-nascido firmemente num cobertor ou manta, pode restaurar esta sensação de segurança, prevenindo que os seus braços e pernas fiquem suspensos (o que pode causar cansaço nos recém-nascidos) e, simultaneamente mantendo a temperatura corporal;</p> <p>Som calmo - os recém-nascidos sentem-se confortados com sons rítmicos e repetitivos, que lhes fazem recordar sons que ouviram enquanto estavam no útero, como os batimentos cardíacos; também acalmam ao som da voz humana, a cantar uma canção suave;</p> <p>Reflexo de sucção – os recém-nascidos têm necessidade de sugar, não relacionado com fome; assim, o choro pode ser, muitas vezes, controlado pelo sugar nos dedos, facilitando o acalmar da criança.</p> <p>Massagem - o toque é um dos sentidos mais desenvolvidos ao nascimento; acariciar a pele do recém-nascido pode acalmá-lo e fazê-lo dormir melhor; pode-se massajar o corpo da criança, desenhando círculos em movimentos rítmicos, durante 15 minutos diariamente.</p> <p>Rotinas – um padrão de cuidados repetitivo, predizível, pode ser mais reconfortante do que outras técnicas; logo que possível, os pais devem estabelecer algumas rotinas simples, o que proporciona segurança à criança que, diariamente, está exposto a muitas novidades.</p> <p>Ajuda externa – o choro constante pode fazer com que os pais se sintam tensos e irritados. Estes sentimentos negativos podem ser percebidos pela criança e podem fazê-lo chorar mais; por isso, por vezes, alguém que não esteja envolvido no ambiente tenso conseguirá melhor acalmar a criança.</p> <p>Técnica dos 5 S's (Harvey Karp) - Envolver o bebé num cobertor, manta ou lençol (Swaddling); Colocar o bebé de lado sobre a anca (Side stomach position); proporcionar um ruído monocórdico junto do ouvido do bebé ("chuuuuu"; máquina lavar ou secador) (Shhhing); Embalar ou balançar suavemente o bebé (Swinging); e, proporcionar sucção (chupeta ou dedo) (Sucking).</p> <p>Fontes: Brazelton & Sparrow, 2005, 2009; Whaley & Wong, 2006; Kosminsky et al., 2004;</p>
<p>Sinais de cólica/síndrome cólicas</p>	<p>O choro constitui a palavra-chave na definição de cólica/síndrome de cólicas.</p> <p>Cólica: Choro gritado, estica-se, encolhe as pernas e fica com o rosto ruborizado, fecha as mãos, vira a cabeça para os lados e flexa as costas sobre o abdómen, apresenta distensão abdominal; pode ocorrer a eliminação de gases, que parece aliviar o recém-nascido temporariamente mas logo a dor abdominal volta e o choro recomeça; para avaliar a sensação de dor no bebé é necessário efectuar um registo acerca da sua expressão facial (errar com força os olhos, as sobrancelhas ficam descaídas e com sulco), choro, movimentos corporais e transtornos do sono;</p> <p>Wessel (1954) definiu cólicas como um síndrome caracterizado por uma grande agitação, choro excessivo e irritabilidade no bebé, a partir da 2.ª semana de vida, durante aproximadamente três horas por dia e mais de três dias por semana e durante mais de três semanas (regra dos três) em crianças aparentemente saudáveis. Todavia, existe alguma controvérsia em torno destes critérios de diagnóstico. Há autores que defendem que para identificar o diagnóstico de cólica é suficiente que o bebé chore por um período de quatro horas ao dia durante a semana.</p> <p>Síndrome de cólicas: choro excessivo e inconsolável e irritabilidade, em bebé saudável frequentemente, mas não sempre, têm início à mesma hora do dia, e em muitos casos ao final do dia (no período entre as 18h e as 24 horas); surge, normalmente, entre a segunda e a terceira semana de vida; o período mais intenso é até ao final do 1.º mês, podendo manter-se até aos 3 meses; 20% dos bebés sofrem de cólicas; não aumenta o risco de mortalidade nem parece ter qualquer relação de interferência com o desenvolvimento normal da criança;</p> <p>Sabe-se que é uma condição transitória, no entanto é uma situação que causa stress nos pais, podendo mesmo despoletar sentimentos de frustração e impotência; uma forma de minimizar alguns dos sentimentos negativos dos pais (angústia, frustração, incompreensão, incompetência) face às cólicas, passa por reforçar a ideia de que a cólica é uma situação transitória e auto-imitante, pois por norma resolve-se ao 3º ou 4º mês de vida e não está associada a nenhuma patologia nem a maus cuidados por parte dos pais;</p> <p>Etiologia é ainda desconhecida. Causas apresentadas na literatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - interação inadequada entre a mãe/pai e o bebé (explicações: criação de temperamento difícil e os pais não sabem como lidar com isso; a presença de disfuncionalidade familiar; percepção de insuficiência e/ou incapacidade nas competências parentais; ansiedade e stress marcados e cansaço extremo); - imaturidade no desenvolvimento do tracto gastrointestinal (explicações: o choro excessivo do bebé conduz a um aumento na produção de gás pelo intestino, que pode originar a formação de gás intraluminal e aerofagia; a descoordenação dos movimentos peristálticos e acção da hormona motilina - actua directamente nas células do músculo liso (estômago, duodeno e cólon), podendo levar a deficiente funcionamento gastrointestinal, provocando refluxo e cólica); outra explicação aponta para reacção alérgica às proteínas de leite de vaca ou outros constituintes da alimentação da mãe) - imaturidade do sistema nervoso, pois o cérebro não se encontra totalmente mielinizado; quando comparados com crianças sem cólicas, as que as têm apresentam o mesmo número de episódios de choro só que a sua duração é superior; algumas explicações para este achado referem que isso se deve a uma estimulação excessiva e outras a uma estimulação insuficiente; alguns autores defendem que estas crianças ainda não adquiriram mecanismos fisiológicos para passar de uma situação desconfortável, como o estar com sono, para uma situação confortável, como o dormir - a teoria da responsividade transitória que defende que o choro excessivo é resultante de uma deficiência temporária dos processos de regulação do bebé, que estará resolvida após os quatro meses; <p>Fontes: Brazelton & Sparrow, 2005, 2009; Branco et al., 2002; Savino, 2004; Kosminsky et al., 2004;</p>
<p>Medidas de alívio da dor abdominal</p>	<p>Manter a calma e procurar não estimular mais o bebé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - facilitar a expulsão de gases (massagem abdominal: seguindo o caminho natural dos intestinos, pressionar suavemente do canto superior direito do abdómen até à espinha ilíaca direita, desenhando pequenos círculos, após completar esse grande círculo no abdómen, voltando ao ponto inicial, repetir a operação tantas vezes quantas necessárias para acalmar o bebé; massagem com os joelhos: com o bebé deitado em decúbito dorsal, movimentar suavemente as suas pernas, imitando o movimento de "pedalar", fazendo ligeira pressão sobre o abdómen, podendo também rodar os joelhos e a bacia no sentido dos ponteiros do relógio;

	<p>- promover a eructação (posicionar em decúbito ventral ou posição erecta)</p> <p>- promover relaxamento (para promover o relaxamento das câbras musculares, colocar o bebé sobre os joelhos, contra o peito ou em decúbito ventral, com um saco de água morna sob o abdómen da criança (botija com água quente - 37°C, protegida); dar banho com bastante água, preferencialmente em banheira Shantala; colocar o bebé em contacto pele-com-pele; passear no carro; há bebés que acalmam com o ruído surdo de um motor ou de um electrodoméstico); promover sucção (chupeta/dedo);</p> <p>Algumas evidências:</p> <p>- ensinar os pais a serem mais eficientes nas respostas aos seus bebés pode diminuir o choro da cólica em até 70% dos casos;</p> <p>- o tratamento com música e o aumento da atenção dos pais diminuíram o choro das crianças com cólicas em 75% (Kosminsky, et al., 2004); a audição é um dos primeiros sentidos desenvolvidos durante a vida intra-uterina, e a partir do quinto mês de gestação, a criança já é capaz de reagir à música, acalmado-se quando ouve sons suaves e agitando-se quando os sons são irritantes - por esta razão, a música suave tem sido recomendada como terapêutica para a cólica; todavia há autores que referem que o recurso à música enquanto método associado à redução das manifestações das cólicas, traduz uma técnica ainda pouco investigada, e as pesquisas realizadas demonstram-se insuficientes para comprovar a sua efectividade.</p> <p>- a massagem e a vibração no berço revelaram-se efectivos na redução das cólicas - após quatro semanas de intervenção verificou-se que o choro dos bebés tinha reduzido 48% (Huhtala et al., 2000; Kosminsky, et al., 2004).</p> <p>Fontes: Kosminsky et al., 2004; Huhtala et al., 2000</p>
CAPACIDADE	
Distinguir as necessidades da criança pelo tipo choro	Consegue reconhecer porque o bebé chora;
Confortar o bebé, quando ele chora	Consegue encontrar estratégias para acalmar o bebé;

CRIAR HÁBITOS: DORMIR E/OU SONO E REPOUSO																			
CONHECIMENTO																			
Alterações ao padrão de sono e vigília, ao longo do tempo	<p>Em teoria, os bebés dormem 16 a 17 horas nas 24 horas; os ciclos de sono e vigília são extremamente variáveis até aos 3 meses de vida; ocorrem em intervalos regulares de 30-50 minutos e aumentam gradualmente à medida que a criança amadurece; aos 3 meses já estabeleceu um esquema de dia-noite (passa mais tempo acordado durante o dia); por volta dos 4 meses, já consegue dormir 8 horas seguidas (pois o figado já consegue regular a libertação de açúcar); por volta dos 6 meses, a maioria das crianças dorme em média 15 horas por dia;</p> <p>O número total de horas que um recém-nascido dorme, pode variar entre 10,5 a 23 horas com uma média de 16,5 horas de sono por dia; nas primeiras semanas de vida ele pode trocar o dia pela noite, conservando ainda os hábitos de sono que tinha no útero da mãe, onde é sempre "escuro ou noite"; a partir da 3 semana, é já notável o alongamento do sono nocturno e encurtamento do diurno, mas ainda sem padrão definido; os períodos de vigília são determinados pela fome e necessidade de socialização do recém-nascido. Com o decorrer do primeiro mês de vida, o sono diurno de vida começa a diminuir, começando a criança, assim, a adoptar um ritmo circadiano.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Estados de sono e actividade</th> <th>Duração</th> <th>Implicações para os pais</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sono regular: olhos fechados, respiração regular e ausência de movimentos.</td> <td>4-5 Horas /dia 10-20 minutos /ciclo de sono</td> <td>Os estímulos externos não acordam o recém-nascido.</td> </tr> <tr> <td>Sono irregular: olhos fechados, respiração irregular e com discreta contractura muscular do corpo.</td> <td>12-15 horas/dia 20-45 minutos/ciclo de sono</td> <td>Possibilidade de acordar o recém-nascido com alguns estímulos externos. É normal a criança apresentar um choro esporádico.</td> </tr> <tr> <td>Sonolência: olhos poderão estar abertos, com respiração irregular e movimento corporal activo.</td> <td>Variaível</td> <td>Majoria dos estímulos externos acorda o recém-nascido.</td> </tr> <tr> <td>Inactividade alerta: responde ao ambiente por movimentos corporais activos e por olhar os objectos a certas distâncias curtas.</td> <td>2-3 horas/dia</td> <td>Momento ideal para interagir.</td> </tr> <tr> <td>Vigília e choro: Pode começar com agitação e movimentos corporais isolados, progredindo para o choro e movimentação descoordenada dos membros.</td> <td>1-4 horas/dia</td> <td>Remover estímulos. Embaralhar e acariar o bebé de modo a acalmar.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Compreender os estados de sono/vigília facilita a interacção com o filho, nomeadamente a perceber qual a melhor altura para alimentar a criança, para interagir com o recém-nascido (estado de inactividade alerta).</p> <p>O número de horas de sono de que os <i>toddlers</i> necessitam varia de 10 a 12 horas por noite, com pequenas sextas durante o dia. Estes períodos diminuem progressivamente em duração e frequência até aos 5 anos de idade. A maioria dorme uma sesta durante o dia, podendo deixar de o fazer aos 2/3 anos. O padrão de sono pode ser: aos 12 Meses: 11h15 durante a noite e 2h30 (duas sextas) durante o dia; aos 18 Meses: 11h15 durante a noite e 2h30 (uma sesta) durante o dia, aos 2 Anos: 11h durante a noite e 2h (uma sesta) durante o dia; aos 3 Anos: 10h30 durante a noite e 1h30 (uma sesta) durante o dia. Contudo, cada criança é diferente, algumas precisam de dormir mais do que as outras, dependendo do seu organismo e própria personalidade.</p> <p>Fontes: Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002 (Hockenberry, et al., 2011) (Opperman, et al., 2001)</p>	Estados de sono e actividade	Duração	Implicações para os pais	Sono regular: olhos fechados, respiração regular e ausência de movimentos.	4-5 Horas /dia 10-20 minutos /ciclo de sono	Os estímulos externos não acordam o recém-nascido.	Sono irregular: olhos fechados, respiração irregular e com discreta contractura muscular do corpo.	12-15 horas/dia 20-45 minutos/ciclo de sono	Possibilidade de acordar o recém-nascido com alguns estímulos externos. É normal a criança apresentar um choro esporádico.	Sonolência: olhos poderão estar abertos, com respiração irregular e movimento corporal activo.	Variaível	Majoria dos estímulos externos acorda o recém-nascido.	Inactividade alerta: responde ao ambiente por movimentos corporais activos e por olhar os objectos a certas distâncias curtas.	2-3 horas/dia	Momento ideal para interagir.	Vigília e choro: Pode começar com agitação e movimentos corporais isolados, progredindo para o choro e movimentação descoordenada dos membros.	1-4 horas/dia	Remover estímulos. Embaralhar e acariar o bebé de modo a acalmar.
Estados de sono e actividade	Duração	Implicações para os pais																	
Sono regular: olhos fechados, respiração regular e ausência de movimentos.	4-5 Horas /dia 10-20 minutos /ciclo de sono	Os estímulos externos não acordam o recém-nascido.																	
Sono irregular: olhos fechados, respiração irregular e com discreta contractura muscular do corpo.	12-15 horas/dia 20-45 minutos/ciclo de sono	Possibilidade de acordar o recém-nascido com alguns estímulos externos. É normal a criança apresentar um choro esporádico.																	
Sonolência: olhos poderão estar abertos, com respiração irregular e movimento corporal activo.	Variaível	Majoria dos estímulos externos acorda o recém-nascido.																	
Inactividade alerta: responde ao ambiente por movimentos corporais activos e por olhar os objectos a certas distâncias curtas.	2-3 horas/dia	Momento ideal para interagir.																	
Vigília e choro: Pode começar com agitação e movimentos corporais isolados, progredindo para o choro e movimentação descoordenada dos membros.	1-4 horas/dia	Remover estímulos. Embaralhar e acariar o bebé de modo a acalmar.																	
Estratégias para criar hábitos para dormir	<p>A qualidade do sono é mais influenciada pelo temperamento e características do bebé do que pelas habilidades dos pais; colocar a dormir quando está cansado (esfrego os olhos, choraminga); ajudar a diferenciar a noite do dia; à noite, não brincar com ele quando muda a fralda e manter voz baixa e nível reduzido de ruídos (mas o silêncio absoluto pode não ser o mais indicado pois durante a vida intra-uterina estava permanentemente embalado com ruídos); o horário de sono é melhor estabelecido a partir do final do 1º/2º mês mas só normaliza aos 6 meses; assegurar condições que favoreçam o sono: cama e pijama quentinhos (se frio) e ambiente escurecido; para habituar o bebé à cama dele pode deitar-se umas gotas de perfume da mãe na cama/berço, ou deixar uma peça de roupa da mãe; Por vezes não é fácil deltar as crianças até aos 3 anos de idade, pelo que a hora de ir para a cama deve ser firme. Pode ser aconselhado: fixar uma hora para dormir à noite; ler uma história mas não ficar demasiado tempo com a criança para a adormecer; deixar uma pequena luz acesa; na despedida devem dizer ou fazer sempre a mesma coisa, evitar manipulação desnecessária e manter voz baixa;</p> <p>Fontes: (Hockenberry, et al., 2011) (Opperman, et al., 2001)</p>																		
Comportamentos das crianças associados ao sono	<p>Entre o 1 e os três anos é uma idade propícia a problemas associados ao sono, devido ao medo por pressão do treino sanitário, mudanças, nascimento de outros irmãos, consciência da separação. Para além disso, o sono das crianças permanece por mais tempo na fase em que é mais leve, acordando mais vezes do que os adultos durante a noite. Acordar durante a noite é um dos problemas dos padrões de sono dos <i>toddlers</i> sendo que pode surgir por ter a fralda molhada, pesadelos, medo do escuro e de serem abandonados. Os pesadelos e terrores noturnos acontecem mais frequentemente a crianças cansadas, em ambientes estranhos ou assustada com algo durante o dia. Após os 12 meses, as crianças podem passar todo o tempo da "sesta", levantando e deitando-se na cama. É natural que</p>																		

	isto aconteça, uma vez que as crianças que aprendem a andar, ao acordar sentem a necessidade de se levantar, podendo gritar de frustração, acordando toda a família. Quando as crianças têm pesadelos podem acordar mantendo-se com uma expressão aterrorizada com sinais de ansiedade (taquicardia, respiração rápida, rubor, sudorese, tónus muscular aumentado). A falta de sono na criança pode-se manifestar por: irritabilidade; demora mais tempo a acordar de manhã; adormece ao andar de carro. Fonte: (Hockenberry, et al., 2011)
Estratégias face aos problemas do sono	Não permitir que a criança durma na cama dos pais; perante uma fralda molhada estas devem ser mudadas com poucos estímulos de maneira a ajudar a voltar a adormecer mais rápido; quando as crianças têm pesadelos, deve-se confortar as crianças fisicamente com abraços, embalá-los ou dar-lhes um pequeno gole de água e permanecer com eles durante alguns minutos, ajudando a ultrapassar os medos; objetos de transição (cobertores, ursinhos, bonecas) são muitas vezes úteis uma vez que ajudam a ultrapassar os medos da noite; ter a presença de irmãos no mesmo quarto também tende a diminuir os sentimentos de abandono: deve-se tentar estabelecer uma rotina, com horário regular; as crianças do um aos três anos têm um grande nível de atividade, devendo ter atenção às brincadeiras perto da hora de ir para a cama; evitar que a criança durante o dia esteja exposta a situações violentas através por exemplo da televisão; perante o despertar noturno, as crianças podem palrar a meio da noite ou soluçar. Para se certificar de que este não se habitue a chamar a atenção e miminhos apenas pelo choro, deve-se evitar correr prontamente ao quarto dele, podendo verificar através da porta o estado da criança. Se o choro continuar, deve-se verificar se a criança está bem, sem acender a luz ou fazer muito barulho. Deve-se reconfortar a criança e deixá-la adormecer de novo; Fonte: (Hockenberry, et al., 2011) (Opperman, et al., 2001)
CAPACIDADE	
Utilizar as estratégias para criar hábitos para dormir	Não coloca a criança na sua cama para dormir; estabelece um horário e rotina diária para colocar a criança a dormir; mantém uma manipulação e atividade reduzida da criança antes das horas de dormir; escurece o local mas não totalmente e usa tom de voz baixo na hora de dormir; não fica demasiado tempo com a criança para adormecer; mantém idêntica forma de se despedir da criança na hora de dormir; deixa uma pequena luz acesa junto ao dentro do quarto
Utilizar as estratégias para lidar com os problemas do sono	Não coloca a criança na sua cama para dormir; muda fralda molhada durante a noite com pouca manipulação; permite a utilização de objetos de transição; não expõe a criança a situações de violência por exemplo através da televisão; não ocorre de imediato quando a criança chora de noite, observando se o choro cessa ou continua; se o choro continua, reconforta a criança com pouco barulho e sem acender a luz;

GARANTIR A SEGURANÇA/PREVINIR ACIDENTES	
CONHECIMENTO	
Medidas de prevenção de queimaduras	Manter o recém-nascido ou a criança afastado de líquidos quentes, como água, café ou chá; Manter o recém-nascido ou a criança longe das fontes de calor, como lareiras e aquecedores; não cozinhar com a criança ao colo, cozinhar com as pegadas dos utensílios viradas para o lado de dentro do fogão e evitar que a criança esteja na cozinha; temperar a água do banho para 37°C e confirmar a temperatura antes de submergir a criança; testar a temperatura do leite (se leite adaptado) antes de o administrar; se usar secador de cabelo terá de ser em potência mínima; ao longo do crescimento da criança deve-se continuar a adotar idênticas medidas de prevenção. Fonte: APSI; (Hockenberry, et al., 2011)
Medidas de protecção contra queimaduras solares	Proteger a criança da exposição directa à luz solar (mesmo em dias enevoados); usar vestuário de manga comprida; usar óculos de sol adequados à idade; usar carrinho com protecção; colocar protetor dos raios solares na janela do automóvel; usar protector solar adequado à pele da criança (que mantenha a pele húmida e não contenha álcool). Evitar a exposição da criança ao sol entre as 11h e as 16h – ter atenção que a exposição ao sol também é essencial para a produção de vitamina D; Fontes: APSI; (Hockenberry, et al., 2011)
Medidas de prevenção de quedas	Não deixar a criança sozinha numa cama, mesa, ou num sofá; assegurar que a grade da cama fica levantada; supervisionar os irmãos mais velhos (ou outras crianças) a pegar no recém-nascido (e aconselhar a pegar no recém-nascido sentados); reunir previamente todo o material quando vai executar algum procedimento; travar sempre o carrinho de passeio quando parado; não pendurar sacos ou objetos pesados nas pegadas do carrinho de passeio, para não o desequilibrar; apertar os cintos de segurança quando sentado na cadeira de alimentação e na de transporte. Ao longo do crescimento a criança vai adquirindo mais habilidades e maior capacidade em se movimentar, pelo que deve ser sempre supervisionada nas suas atividades, evitando o risco de quedas, em especial as quedas em altura; o calçado deve ter sempre palmilha antiderrapante; usar antiderrapante nos tapetes e carpetes de casa; Fontes: APSI; (Hockenberry, et al., 2011)
Medidas de prevenção de asfixia/sufocação	Não deixar objetos de reduzidas dimensões ao alcance da criança (comprimento superior a 32 mm; se for esférico, diâmetro superior a 45 mm); posicionar o recém-nascido em decúbito dorsal com lateralização da cabeça; a roupa do berço é colocada ao nível do tronco da criança, presa sob o colchão; deitar a criança de modo a que os pés fiquem encostados ao fundo do berço; retirar as peças com atilhos, nomeadamente babetes e gorros, antes de deitar a criança; Até aos 3 anos não podem ser oferecidos às crianças objetos com peças pequenas e soltas. Os alimentos devem ter uma consistência adequada à sua gradua capacidade de mastigação, evitando-se oferecer alimentos duros, tais como : frutos secos, rebuçados; Fontes: APSI; (Hockenberry, et al., 2011)
Medidas de prevenção de afogamento	É importante nunca deixar a criança sozinha na banheira, mesmo que a quantidade de água seja muito pequena. É possível uma criança afogar-se com menos de 2,5 cm de água. Não é aconselhada a utilização de cadeiras de banho, pois são geralmente instáveis e podem virar. Não se deve deixar banheiras, baldes ou piscinas insufláveis com água, quer dentro de casa quer no quintal ou no jardim. Perto dos locais com água deve-se manter uma vigilância próxima e focada na criança e estar sempre preparado para agir em caso de necessidade. É importante que todas as crianças utilizem sempre braçadeiras ou bóias, pelo menos até saberem nadar bem. Ensinar a criança a nadar logo que possível pode ser uma boa medida para prevenir os afogamentos; Fontes: APSI; (Hockenberry, et al., 2011)
Medidas de prevenção de envenenamento	Como forma de prevenção de intoxicações ou envenenamento, todos os produtos tóxicos ou corrosivos adquiridos devem possuir tampa de segurança. Todos os medicamentos, produtos químicos e de limpeza devem estar guardados em armários altos, de difícil acesso e trancados, fora do alcance da criança. Não se deve deixar a criança manipular ou brincar com frascos, bisnagas ou outras embalagens de medicamentos. Quando utilizadas estas embalagens devem ser fechadas de imediato. Os produtos tóxicos não devem ser guardados junto dos alimentos e não é aconselhado mudar os produtos de umas embalagens para as outras. É importante que sempre que se compre um novo brinquedo ou outro material para uso da criança, se verifique que este não contém produtos tóxicos. Caso ocorra uma situação de intoxicação é aconselhado ligar imediatamente para o Centro de Informação Antivenenos – 808 250 143 Fontes: APSI; (Hockenberry, et al., 2011)

Medidas de prevenção de electrocução	Como forma de evitar choques elétricos, é importante utilizar protetores de tomadas ou instalar tomadas com alvéolos protegidos. Deve-se também eliminar e proteger todos os fios soltos extensões e fichas triplas. A criança deve ser sempre supervisionada nas suas atividades evitando a aproximação e manuseamento de equipamentos elétricos; Fontes: APSI; (Hockenberry, et al., 2011)
Medidas de prevenção do SMSL	Deitar a criança para dormir em decúbito dorsal, com cabeça lateralizada para dormir (quando sob supervisão a criança pode estar em qualquer posição, inclusive em decúbito ventral - permite desenvolver os músculos do pescoço e os dorsais; a roupa do berço deve estar ao nível do tronco da criança e presa sob o colchão; deitar a criança com os pés encostados ao fundo da cama; afastar a criança de locais com fumo; manter a temperatura ambiente entre os 18 °C e os 21 °C; Fontes: APSI; Sociedade Portuguesa de Pediatria; APA (Associação Americana de Pediatria)
Medidas de prevenção com animais domésticos	Não deixar a criança sozinha com animais de estimação pois podem reagir inesperadamente se a chorar ou agarrar ou podem sufocar a criança por se deitarem demasiado próximo
Formas de segurar e transportar a criança adequadamente	É necessário <u>segurar a cabeça</u> até aos 3 meses de idade pois a cabeça é maior e mais pesada, comparativamente com o resto do corpo. Se não tiver apoio a cabeça descai, porque os músculos do pescoço são ainda frágeis; abanar um bebé faz com que a cabeça se mexa de trás para a frente, o que pode fazer com que haja hemorragia por rebentamento dos vasos sanguíneos (podendo levar a complicações como cegueira, surdez, futuras dificuldades na aprendizagem, etc. – <i>shaken baby syndrome</i>); o bebé deve ser levantado e manipulado com movimentos suaves e lentos. Existem <u>três formas básicas de segurar</u> o recém-nascido: - A que o acomoda como se estivesse no berço: em que a sua cabeça fica apoiada na dobra do cotovelo de quem o segura; é usada com frequência durante a alimentação; permite o contacto visual, proporciona proximidade e calor e permite que a pessoa que o segura tenha uma das mãos livres caso necessite de alcançar algum objecto. - A que deixa o recém-nascido numa posição vertical: é uma forma de o segurar apoiando bem a cabeça, a parte superior das costas e as nádegas, sendo a posição ideal para o colocar a eructar; - A posição em que se limita a forma de segurar uma bola de futebol americano: segura-se a criança de modo a que metade do corpo fique apoiado no antebraço de quem o segura, ficando a cabeça e o pescoço na palma da mão; é uma posição que pode ser usada para lavagem da cabeça e também para amamentar. Fontes: Burroughs, 1995; Bobak et al., 1999;
CAPACIDADE	
Adotar medidas de prevenção de <u>queimaduras</u>	Mantém o recém-nascido e a criança afastado de líquidos quentes, como água, café ou chá; Mantém o recém-nascido ou a criança afastado das fontes de calor; tempera a água do banho para 37°C e confirma a temperatura antes de submergir a criança; testa a temperatura do leite e dos alimentos antes de os administrar. Não circula com líquidos quentes perto da criança; Fonte: APSI
Adotar medidas de prevenção de <u>queimaduras solares</u>	Não expõe a criança diretamente à luz solar entre as 11h e as 16h; Utiliza um creme protetor adequado à pele da criança; Usa óculos de sol adequados à criança; usa vestuário de manga comprida; usa protetores do sol no carrinho de transporte e na janela do carro;
Adotar medidas de prevenção de <u>quedas</u>	Não deixa a criança, sem vigilância, numa superfície da qual possa cair; trava o carrinho de passeio; mantém grades do berço/cama subidas; supervisa a atividade da criança impedindo que suba para lugares altos; coloca na criança calçado com antiderrapante; coloca antiderrapante nos tapetes e carpetes de casa;
Adotar medidas de prevenção de <u>asfixia/sufocação</u>	Não deixa objectos de reduzidas dimensões ao alcance da criança (comprimento superior a 32 mm; se for esférico, diâmetro superior a 45 mm); posiciona o recém-nascido em decúbito dorsal com lateralização da cabeça; a roupa do berço é colocada ao nível do tronco da criança, presa sob o colchão; deita a criança de modo a que os pés fiquem encostados ao fundo do berço; retira as peças com atilhos, nomeadamente babetes e gorros, antes de deitar a criança; não fornece alimentos duros à criança, tais como frutos secos e rebuçados;
Adotar medidas de prevenção de afogamento	Não deixa a criança sozinha na banheira; não deixa piscinas insufláveis ou baldes com água em casa ou no jardim; mantém a criança com braçadeiras ou bolas quando perto de locais com água. Procura que a criança aprenda a nadar;
Adotar medidas de prevenção de envenenamento	Não deixa produtos tóxicos ao alcance da criança; não troca as embalagens dos produtos; não deixa a criança manipular embalagens de medicamentos e fecha-as imediatamente após o seu uso; não usa brinquedos ou outros materiais da criança que contenham produtos tóxicos;
Adotar medidas de prevenção de electrocução	Protege todas as tomadas elétricas. Mantém a criança afastada dos equipamentos elétricos;
Adotar medidas para afastar a criança de <u>animais domésticos</u>	Não deixa a criança sozinha com animais de estimação;
<u>Segurar e transportar</u> a criança de modo adequado	Segura a cabeça da criança; manipula a criança com segurança;

VIGILÂNCIA DE SAÚDE DO FILHO

CONHECIMENTO	
<u>Reações às vacinas</u>	A vacina contra a Tuberculose (BCG) pode provocar uma reação no local da injeção que se caracteriza pela formação de um pequeno nódulo vermelho que gradualmente se transforma numa pequena vesícula; em 2 a 4 semanas a vesícula transforma-se numa úlcera que cicatriza em 2 a 5 meses. A vacina contra a Hepatite B (VHB) pode provocar dor, rubor e tumefação no local da injeção; pode ocorrer febre baixa com a duração de 1 ou 2 dias e ainda mal-estar, fadiga, náuseas, tonturas e irritabilidade. A vacina contra o Haemophilus influenzae b (Hib) pode provocar eritema, edema, ardor ou dor no local de injeção que desaparecem em 48 a 72 horas; pode ocorrer febre moderada ($\leq 38,3^{\circ}\text{C}$), com início num curto período a seguir à vacinação e com uma duração de 24 a 48h. A vacina contra a Menigite C (MenC) pode provocar eritema, ardor, tumefação ou dor, que desaparecem ao fim de 1 a 2 dias. Em 2 a 4% dos casos pode surgir febre baixa e irritabilidade em cerca de 50%. Choro, irritabilidade, sonolência ou alterações do sono, anorexia, náuseas, diarreia, dor abdominal e vômitos são outras possíveis reações pós vacinais que podem surgir depois desta vacina ser administrada; a vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola (VASPR) pode ter como efeitos secundários ardor, calor e/ou dor de curta duração, rubor e edema. As reações sistémicas mais frequentes são febre ($> 39,4^{\circ}\text{C}$), de curta duração (1 a 2 dias) e exantema cutâneo e estes podem surgir 5 a 12 dias após a vacinação, não sendo, assim, reações imediatas. Cefaleias, irritabilidade, choro intenso prolongado, mal-estar, diarreia, náuseas, vômitos, anorexia, sonolência,

	<p>insónia e sinais e sintomas de infeção respiratória superior são outras das possíveis complicações inerentes e esta vacina; a vacina contra a difteria, tétano e tosse convulsa (DTPa) pode provocar reações adversas, sendo as mais frequentes as reações locais nomeadamente, dor, rubor e edema no local da injeção, que ocorrem 1 a 3 dias após a administração da vacina. Ocasionalmente pode aparecer um nódulo indolor no local da injeção que, geralmente, é reabsorvido lentamente ao longo de várias semanas. As reações sistémicas, observadas principalmente nas primeiras 24 horas, são essencialmente febre, choro persistente (durante 2 a 8 horas), vômitos, diarreia, perda de apetite, agitação ou sonolência; Fonte: (Direção-Geral de Saúde, 2012)</p>
Coloração icterica da pele e ictericia	<p>A ictericia fisiológica ocorre em 60% dos bebés; aparece entre o 2.º/3.º dia de vida e atinge o seu auge ao 4.º dia e desaparece em 7/10 dias; a coloração amarela da pele é conferida pelo excesso de bilirrubina circulante, resultante da destruição fisiológica dos glóbulos rubros associada à imaturidade do fígado para a eliminar;</p>
Achados normais na pele da criança	<p>Ao nascimento poderão surgir nos recém-nascidos situações como: coloração arroxeadas das mãos e dos pés; mancha mongólica, descamação fisiológica da pele, eritema tóxico, <i>millium</i> sebáceo</p>
Medidas de protecção contra infeções	<p>Lava as mãos antes de mexer na criança, antes de amamentar, logo após a muda da fralda; as visitas lavam as mãos antes de mexer na criança, evita contactos entre a criança e pessoas doentes, não frequenta centros comerciais assiduamente;</p>
Sinais que justificam recorrer ao profissional da saúde	<p>Recusa em alimentar-se - rejeitar a mama ou biberão; dificuldade em respirar; choro inconsolável; alterações na respiração; aumento da temperatura (> 37°C até aos 6 meses); alterações da actividade motora (hiperactividade/hipotonia); vômitos abundantes e persistentes e/ou diarreia; alterações à cor habitual da pele;</p>
DENTIÇÃO	
CONHECIMENTO	
Quando surgem os primeiros dentes e os sinais que o evidenciam	<p>Algum tempo antes de irromperem os primeiros dentes, o bebé baba-se muito, irritando a pele do queixo ou do pescoço; por volta dos 4-6 meses, podem começar a surgir os primeiros dentes; os sinais são salivação em excesso, irritação e mastigação de tudo que encontrar pela frente na tentativa de diminuir o desconforto das gengivas doloridas e inchadas; este processo decorre geralmente entre os 6 e os 14 meses.</p>
Medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes	<p>O bebé pode estar irritado, com dores, vontade de morder e necessitando esfregar as gengivas; para ajudar a diminuir a dor e o inchaço das gengivas pode oferecer objectos firmes, lisos, limpos e inquebráveis para ele morder, massajar as gengivas inflamadas com a ponta do dedo limpo; as argolas de dentição que se colocam no frigorífico também são eficazes, porque o frio ajuda a diminuir a dor e a desinflamar os tecidos;</p>
Frequência da higiene oral	<p>A higiene oral deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente. A higienização deve começar a ser feita pelos pais, duas vezes por dia, sendo uma das vezes, obrigatoriamente, após a última refeição. A escovagem deve ser realizada após as refeições e antes de deitar, não deixando a criança comer nada depois; Fonte: (Ministério da Saúde, 2005) (Hockenberry, et al., 2011)</p>
Material e produtos utilizados	<p>Inicialmente pode ser utilizado uma gaze, dedeira ou escova macia com dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/l) de fluoreto. A quantidade de dentífrico a utilizar deve ser idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da mão, da própria criança (dedo mindinho). O suplemento de fluor pode ser necessário, sendo usado após os 6 meses. Naturalmente o fluor pode ser encontrado na água, alimentos ou bebidas; pode ser usado o fio dental Fonte: (Ministério da Saúde, 2005) (Hockenberry, et al., 2011)</p>
Método de escovagem dentária	<p>Pode permitir-se que, progressivamente, e sob vigilância, a criança comece a iniciar-se na escovagem dos dentes e deixando a criança escolher o sabor da pasta dos dentes. O fio dentário deve ser utilizado pelos pais. A técnica deve ser feita com uma mão a estabilizar a cabeça da criança e a outra a fazer a escovagem (6 a 8 escovadelas por dente); deve-se usar os dedos ou um suporte e inserir o fio dentário cuidadosamente entre os dentes, dobrando em forma de "C" à volta do dente. Para a escovagem ser eficaz, ou seja, para remover a placa bacteriana, esta necessita de ser feita com rigor e durante dois a três minutos. Quando se utiliza uma escova manual, a escovagem faz-se da seguinte forma: inclinar a escova em direção à gengiva e fazer pequenos movimentos vibratórios, horizontais e circulares, de modo a que os pelos da escova limpem o sulco gengival, espaço que fica entre o dente e a gengiva. Escovar dois dentes de cada vez, os correspondentes ao tamanho da cabeça da escova, fazendo, aproximadamente, cinco movimentos nas superfícies dentárias abarcadas pela escova. Começar a escovagem pela superfície externa, do lado da bochecha do dente mais posterior de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente da extremidade oposta desse maxilar; com a mesma sequência, escovar a superfície dentária do lado da língua. Proceder do mesmo modo para a escovagem dos dentes do outro maxilar. Escovar a superfície mastigatória dos dentes com movimentos de vaivém. Por fim, escovar a língua; Fontes: (Hockenberry, et al., 2011) (Ministério da Saúde, 2005)</p>
Alimentos cariogénicos	<p>Os alimentos doces são potencialmente cariogénicos. Existem alguns alimentos mais cariogénicos como o mel, o xarope de milho, frutas secas como as passas, devendo evitar estes e outros alimentos doces. Os chupa-chupas são mais cariogénicos do que o chocolate. É preferível comer um doce logo após uma refeição para que seja lavado os dentes a seguir, diminuindo o tempo de permanência do açúcar na boca. Fontes: (Hockenberry, et al., 2011) (Ministério da Saúde, 2005)</p>
Problemas dentários	<p>As cáries são um dos problemas dentários provocados pela acumulação da placa bacteriana (depósito de bactérias nos dentes); as cáries surgem por maus hábitos alimentares como adormecer ao mamar no biberão ou bebidas doces; as cáries podem ser prevenidas pela escovagem dos dentes e utilização de fio dentário, aliado a uma boa alimentação; os hábitos alimentares como adormecer a mamar um biberão de leite, sumo ou bebidas doces provocam cáries nos primeiros dentes, uma vez que o líquido doce se espalha na boca e banha os dentes durante horas. Por volta dos 2 anos se a criança ainda usar biberão, é altura de o retirar. Por voltados 2 anos se a criança ainda usar biberão, é altura de o retirar. Fontes: (Hockenberry, et al., 2011) (Ministério da Saúde, 2005)</p>
Quando consultar o dentista	<p>As crianças devem ir ao dentista pela primeira vez, pouco tempo após a erupção do primeiro dente. Recomenda ainda uma ida ao dentista aproximadamente aos 18 meses de idade. Esta idade precoce ao dentista visa iniciar uma relação positiva com este, expõe a criança aos equipamentos e avaliar a saúde oral da criança. Posteriormente, deve ser realizado um exame de saúde à boca de 6 em 6 meses. Fontes: (Ministério da Saúde, 2005) (Opperman, et al., 2001)</p>
CONHECIMENTO	
Adoptar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes	<p>Esfrega as gengivas; oferece objectos firmes, lisos, limpos e inquebráveis para ele morder (argolas de dentição que se colocam no frigorífico); massaja as gengivas inflamadas com a ponta do dedo limpo;</p>
Adoptar medidas de higiene oral	<p>Limpa as gengivas, bochechas e língua usando uma compressa ou fralda húmida; aquando da erupção dos primeiros dentes lava os dentes à criança no mínimo 2 vezes por dia e uma sempre antes de adormecer; usa a pasta dentífrica indicada e na quantidade correta;</p>

RECONHECER O PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL	
CONHECIMENTO	
Padrão de <u>aumento de peso esperado</u>	Meninas - aumentam em média 25gr e os meninos - 30gr de peso por dia (excluindo a perda fisiológica de peso que ocorre durante a primeira semana de vida), ou seja, 200 g por semana; não é necessário andar a pesar o bebê «todos os dias», se o bebê: tiver 6-10 refeições por dia; dorme tranquilo, apresentar choro forte quando tem fome; estiver bem-disposto quando acordado e sem qualquer desconforto; o queixo começa a esconder o pescoço, as bochechas ficam mais redondas...; entre o 1 e os dois anos de idade a criança aumenta cerca de 3 kg/ano e entre os 2 e os 3 anos cerca de 2 kg/ano.
Padrão de <u>eliminação intestinal</u>	A partir do quarto dia surgem as fezes lácteas, que têm características diferentes consoante o tipo de leite - <u>se leite materno</u> : a defecção ocorre depois de comer e com pouca dificuldade, a frequência varia entre 5 a 8 vezes por dia, tem uma cor amarela a dourada, consistência pastosa e odor semelhante a leite azedo; <u>se leite artificial</u> : a frequência pode variar de 1 a 3 vezes por dia e com dificuldade, as fezes tem uma cor amarelo - pálido claro a castanho-claro, a consistência é firme e o odor é forte; o padrão de eliminação das crianças entre o 1 e os 3 anos é muito variável podendo oscilar entre um padrão de várias dejeções/dia e uma dejeção de 2 em 2 dias.
CAPACIDADE SENSORIO-MOTORA	
CONHECIMENTO	
<u>Motricidade grossa</u>	O desenvolvimento da locomoção é a principal habilidade motora grossa durante a pré-infância. As crianças de 1 a 2 anos andam sozinhas usando uma postura ampla para obter maior equilíbrio e tentam correr mas caem facilmente; entre os 2 e 3 anos de idade, evidencia-se o refinamento da posição ereta por melhoria da coordenação e equilíbrio. As crianças da pré-infância podem subir e descer escadas e posteriormente podem pular com os dois pés, ficar num só pé durante um ou dois segundos e conseguem dar alguns passos com a ponta dos pés. Ao final do segundo ano já conseguem ficar num só pé por mais tempo, andar nas pontas dos pés, subir as escadas com passos alternados e chutar a bola sem se desequilibrar; Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
<u>Motricidade fina</u>	O desenvolvimento motor fino é demonstrado pela habilidade da destreza manual que se evidencia cada vez mais. A partir de 1 ano de idade as crianças desenvolvem capacidade para agarrar um objeto muito pequeno, mas não são capazes de soltá-lo quando querem. Posteriormente, conseguem colocar uma bolinha numa garrafa de gargalo estreito, assim como são capazes de lançar ou jogar objetos e recuperá-los e gostam de o fazer obsessivamente. Também conseguem de arremessar uma bola sem se desequilibrar. A partir dos 2 anos de idade, as crianças possuem capacidades mais desenvolvidas, usam as mãos para construir torres (consegue torre de oito cubos) e desenham círculos em papel; consegue virar as páginas de um livro uma de cada vez; consegue imitar movimentos verticais e circulares em desenhos; consegue segurar lápis de cera como dedos e não com a mão fechada; consegue imitar movimentos verticais e horizontais em desenhos; consegue fazer dois ou mais riscos para formar cruz; consegue soltar um brinquedo para pegá-lo ou escolher outro e rabisca para ver imagem produzida. As possibilidades de explorar, investigar e manipular o ambiente, assim como seus riscos são infindáveis; Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
<u>Desenvolvimento psicossocial</u>	As crianças de 1 a 3 anos de idade as crianças sentem-se ser capazes para desenvolver várias tarefas importantes, entretanto, se a necessidade de confiança básica for satisfeita, elas conseguem passar da dependência para o controlo, independência e autonomia; tolera certa separação de um dos pais; demonstra ser menos propenso a temer estranhos; imita os pais nas atividades domésticas; deixou de usar chupeta; beija e abraça os pais; nesta fase predomina interesse no sentido de domínio pela autonomia e superação da dúvida e vergonha; gosta de brincar com outras crianças; puxa as pessoas para lhes mostrar algo; diminui os acessos de raiva; demonstra maior independência dos pais; consegue se vestir com roupas simples; demonstra capacidade de concentração; desenvolve o reconhecimento visual e auto-referência verbal; desenvolve a consciência de que os sentimentos e os desejos dos outros podem ser diferentes e começa a explorar as implicações e consequências; Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
<u>Desenvolvimento cognitivo</u>	O período de 1 a 2 anos de idade é a continuação dos dois estágios finais da fase sensorio-motora o qual os processos cognitivos se desenvolvem rapidamente podendo assemelhar aos do pensamento maduro. No entanto, estas crianças precisam de ser compreendidos para melhor lidar com os seus comportamentos característicos, uma vez que as suas habilidades de raciocínio ainda não se encontram maduras. Estas crianças utilizam a experimentação ativa para atingir objetivos não atingidos anteriormente; a partir dos 2 anos de idade, a criança inicia a fase pré-conceptual do desenvolvimento cognitivo em ocorre a ligação do comportamento pura de auto-satisfação da pré-infância ao comportamento social rudimentar da lactescência. Estas crianças usam cada vez mais a linguagem simbólica e estão preocupadas com o "porquê" e "como" das coisas; A criança é capaz de identificar formas geométricas; demonstra interesse prolongado e intenso em figuras; consegue colocar objetos redondos em orifícios adequados; possui visão binocular bem desenvolvida; Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
DESENVOLVIMENTO DA IMAGEM CORPORAL	
CONHECIMENTO	
Capacidade da criança em <u>descrever a aparência das pessoas</u>	Cerca dos 18 meses a criança é capaz de identificar em si e nos outros as diferentes partes do corpo Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
Capacidade da criança em <u>reconhecer a sua própria identidade</u>	O desenvolvimento da imagem corporal tem um paralelo próximo com o desenvolvimento cognitivo. Desenvolver a compreensão psicológica promove a autoconsciência e as crianças mais novas aprendem a perguntar "Quem sou eu?". Durante o segundo ano de vida, as crianças reconhecem-se no espelho e fazem referências verbais a si mesmas. Aos 2 anos de idade, elas reconhecem diferenças de género e referem-se a si mesmas pelo nome e depois pelo pronome; começam a reconhecer palavras usadas para descrever aparência física; Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
Comportamentos da criança relativos à <u>sexualidade</u>	O <u>toddlér</u> do mesmo modo que explora o ambiente, também explora o seu próprio corpo e sente prazer em tocar determinadas partes. Pode ocorrer a masturbação, que envolverá a estimulação manual da genitália e movimentos de pressão da genitália contra objetos. Outras demonstrações de atividades sensualizadas incluem embalar-se, chupar os dedos das mãos e dos pés, balançar-se e abraçar pessoas e brinquedos, Explora o seu próprio corpo e sente prazer em tocar determinadas partes. Diferenças nos papéis de género tornam-se óbvias para as crianças e ficam mais evidentes nas brincadeiras de imitação. Um senso de masculinidade ou feminilidade, a identidade de género é formado aos 3 anos de idade. A qualidade das relações com os pais é importante para a capacidade da criança de estabelecer relações sexuais e emocionais no futuro. Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)

DESENVOLVIMENTO SOCIAL-COMUNICAÇÃO	
CONHECIMENTO	
Desenvolvimento da <u>linguagem</u>	A característica mais marcante do desenvolvimento da linguagem na primeira infância é um nível de compreensão crescente. A capacidade de compreender e entender a fala é bem maior do que o número de palavras que a criança é capaz de falar. Aos 12 meses a criança diz cerca de 4 palavras; usa frases de uma palavra ou hológrafas, nesta idade uma palavra transmite o significado de uma frase; o número de palavras aumenta de 4 aos 12 meses de idade para aproximadamente 300 aos 2 anos. Aos 2 anos de idade, a criança usa frases com várias palavras, encadeando duas ou três palavras. Aos 3 anos, a criança reúne palavras em frases simples, começando a dominar regras gramaticais e adquirindo 5 a 6 novas palavras por dia. Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
Desenvolvimento das <u>formas de brincar</u>	A brincadeira reforça o desenvolvimento físico e psicossocial do toddler/infante. A brincadeira solitária de ates evolui para a brincadeira paralela- a criança brinca lado a lado e não com outras crianças. O brinquedo mais educativo é aquele que proporciona a interação de um adulto com uma criança em uma brincadeira mútua e incondicional. Nessa fase, a criança inspeciona o brinquedo, fala com ele, testa a sua resistência e durabilidade e inventa vários usos para ele. A imitação é uma das características mais distintas da brincadeira e enriquece a oportunidade das crianças de envolver-se na fantasia. As habilidades locomotoras, cada vez mais desenvolvidas fazem com que brinquem com brinquedos de puxar, carros de montar ou triciclos, pequenas barras e esportes, bolas de diversos tamanhos; pintura com os dedos, lápis de cera grossos, giz, quadro-negro, papel e quebra-cabeças com peças grandes e simples denotam habilidades motoras finas no desenvolvimento da criança. Falar é uma forma de brincar para as crianças nessa fase, que gosta muito de brinquedos musicais como gravadores apropriados para crianças, bonecas e animais que “falam” e telefones de brinquedos. A criança nesta fase também gosta de “ler” histórias de um livro de gravuras e imitar os sons dos animais; gosta muito de brinquedos musicais; gosta de “ler” histórias de um livro de gravuras e imitar os sons dos animais; Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
ELIMINAÇÃO	
CONHECIMENTO	
Aquisição de <u>independência para o uso de sanitário</u>	O controle voluntário dos esfínteres anais e uretrais é alcançado algum tempo depois da criança começar a andar, provavelmente entre os 18 e os 24 meses. A criança precisa ser capaz de reconhecer a urgência de soltar e segurar, e ser capaz de comunicar essa sensação ao cuidador. Normalmente, a prontidão fisiológica e psicológica não está completa até os 18 a 24 meses de idade. Nesta fase a criança já domina a maioria das habilidades motoras grossas essenciais, pode comunicar-se de maneira inteligível, está menos em conflito com a auto-afirmação e o negativismo, e está consciente da capacidade de controlar o corpo e agradar o pai ou à mãe. Para adquirir independência no uso do sanitário é necessário ser capaz de reconhecer a urgência de soltar e segurar; é necessário ser capaz de comunicar a sensação de eliminar ao cuidador. Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
Fatores que podem afetar o treino	A regressão e dificuldade no treino pode coincidir com uma situação familiar stressante ou se a criança estiver a ser pressionada demais e muito rapidamente; pressionar a criança em demasia e rapidamente pode levar a regressão; pressionar a criança questionando várias vezes se tem vontade de ir à casa de banho pode dificultar o treino; Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
Diferença do <u>controle vesical noturno e diurno</u>	O controle noturno da bexiga normalmente demora vários meses, até anos, depois do início do treino diurno. Isto ocorre porque o ciclo de sono precisa amadurecer de forma que a criança possa acordar na hora de urinar. O controle vesical noturno é mais tardio que o diurno; a criança só estabelece controle vesical noturno após ciclo de sono estabilizado; Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
Utilizar <u>estratégias</u> para o treino sanitário	Uma série de estratégias podem ser uteis aquando do início do treino sanitário. Uma delas é a escolha do pote ou o uso do assento de sanita. Um pote fixo dá às crianças uma sensação de segurança. Outra opção é o assento portátil acoplado à própria sanita, que pode facilitar a transição do uso do pote para o uso da sanita. Colocar um banquinho sob os pés ajuda a estabilizar a posição da criança. É provavelmente melhor manter o pote na casa de banho para permitir à criança associar esse comportamento ao local. Vestir as crianças com roupas fáceis de serem tiradas; usar calças de treinamento, fraldas ou calcinhas que possam ser arrancadas; estimular a imitação por parte dos pais; Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
TEMPERAMENTO	
CONHECIMENTO	
Indicadores de <u>temperamento até ao 1º ano</u>	O temperamento ou comportamento dos lactentes é muito variável, sendo que o mais importante é a percepção que os pais têm da criança e o grau de proximidade entre as suas expectativas e o real temperamento do filho. Os lactentes podem ter temperamento “difícil” - os quais dormem menos, e não respondem favoravelmente a mudanças nos seus ritmos; “dispersos” - os quais precisam de ser mais acalmados; “ativos” - requerem muita vigilância e precauções extra quanto à segurança; “menos ativo” - demonstram mais medo de estranhos e maior dificuldade em enfrentar novas situações; “fáceis” - dormem por tempos mais prolongados, choram pouco. Fonte: (Hockenberry, et al., 2011)
Indicadores de <u>temperamento entre o 1 e os 3 anos</u>	Nesta fase as crianças vão afirmando as suas características de temperamento que já evidenciaram no período de lactente. É característico desta fase: a autonomia e independência, o ritualismo e o negativismo. Fonte: (Hockenberry, et al., 2011)
Acessos de <u>raiva e negativismo</u>	Os acessos de raiva são praticamente universais durante a pré infância, conforme a independência vai estabelecendo-se e tarefas mais complexas vão sendo experimentadas, o que pode assoberbar a criança emocionalmente. Essas crianças podem reivindicar a sua independência resistindo violentamente à disciplina. Elas podem deitar-se no chão, bater com os pés e gritar. Um dos aspetos mais difíceis da educação infantil nessa faixa etária é seu persistente “não”. O negativismo não é uma expressão de insubordinação ou insolência, mas uma reivindicação necessária do autocontrole. As crianças testam limites para obter compreensão do mundo e para aprender a modificar o seu comportamento de forma a atender às expectativas da sociedade; Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
REGRESSÃO	
CONHECIMENTO	
Fatores que <u>desencadeiam</u> a regressão	O retorno dos padrões atuais de funcionamento aos níveis anteriores de comportamento é chamado de regressão. A regressão geralmente ocorre em casos de desconforto ou stress. A regressão é comum em crianças de 1 a 3 anos, pois praticamente qualquer stress adicional atrapalha a sua capacidade de dominar tarefas atuais do desenvolvimento. Qualquer ameaça à sua autonomia, como doenças, hospitalização, separação ou como conviver com um irmão, representa uma necessidade de reverter às formas antigas de comportamento Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)

Comportamentos que evidenciam regressão	Podem ser observados comportamentos como: ter maior dependência, deixando de realizar algumas atividades com autonomia, tais como: alimentar-se, vestir-se ou recusar-se a usar a sanita; ter acessos de raiva; pedir para usar biberão; o carrinho ou o berço e a perda de habilidades motoras, linguísticas, sociais e cognitivas; Fontes: (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Hockenberry, et al., 2011)
---	--

LIDAR COM OS PROBLEMAS COMUNS	
FEBRE	
CONHECIMENTO	
Reconhecer a presença de <u>sinais de febre</u>	A febre, a manifestação mais comum de doença na idade pediátrica, define-se como um aumento da temperatura corporal acima da normal variação diurna. Temperatura retal – acima de 38°C; Temperatura timpânica – acima de 38.2°C; Temperatura axilar – acima de 37.5°C
Medidas de <u>diminuição da temperatura corporal</u>	Na subida térmica, quando a criança está com calafrios e extremidades frias, deve-se aquecê-la (roupa, cobertor), após a administração do antipirético. Na defervescência, há que permitir a libertação de calor, logo retirar a roupa. No fundo, o importante é respeitar o que o próprio organismo “pede”. Quando a temperatura corporal se encontra elevada é necessário baixá-la, dado o risco de hipertermia e consequente desidratação; Medidas de diminuição da temperatura corporal: -Não agasalhar demasiado a criança; -Vestuário ligeiro mas não despir; -Garantir temperatura ambiente confortavelmente fresca; -Promover repouso. - Banho morno (com temperatura da água 2°C abaixo da temperatura do corpo da criança) ou passar pano húmido (água morna); dar de beber; Fonte: (Direção-Geral de Saúde, 2010)
CAPACIDADE	
<u>Avaliar</u> a temperatura corporal	Coloca corretamente o termómetro à criança, para avaliação retal ou axilar. Sabe ler o valor da obtido na avaliação temperatura da criança.
Implementar <u>medidas de diminuição da temperatura corporal</u>	Reconhece quando a criança está com febre; na fase de subida térmica procura aquecer a criança depois de administrar o antipirético; na fase de descida da temperatura procura arrefecer a criança utilizando vestuário ligeiro sem despir, coloca a criança num ambiente fresco, oferece líquidos e procura que a criança repouse.
OBSTRUÇÃO NASAL	
CAPACIDADE	
Reconhecer <u>presença</u> de obstrução nasal	Reconhece que a criança tem dificuldade em respirar pelo nariz, apresenta respiração ruidosa, tem dificuldade em alimentar-se, tem sono agitado, apresenta presença de secreções
Implementar <u>medidas de alívio da obstrução nasal</u>	Mantém o nariz limpo, usa soro fisiológico antes das mamadas; não usa “aspiradores” de secreções; para limpar as secreções que se estão a exteriorizar usa um cotonete e, em movimentos circulatorios suaves, remove as secreções.
OBSTIPAÇÃO	
CAPACIDADE	
Reconhecer a <u>presença</u> de sinais de obstipação	Diminuição da frequência das defecções, fezes duras, acompanhadas de distensão abdominal e choro intenso
Implementa <u>medidas de estimulação</u> da eliminação intestinal	Realiza massagem abdominal, estimulação com micro clister, supositórios de glicerina; (o uso de laxantes pode provocar irritação intestinal)
DIARREIA	
CAPACIDADE	
Reconhecer a <u>presença</u> de sinais de diarreia	Aumento do número de defecções e diminuição da sua consistência, em relação ao que é habitual para essa criança;
Implementa <u>medidas de prevenção da desidratação</u>	Oferecer líquidos (água ou chá), em pequenas quantidades de cada vez (assegurar que a criança ingere pelo menos tantos líquidos quanto está a perder); pode fazer-se um soro caseiro: sal de cozinha (uma colher de chá); açúcar (uma colher de sobremesa); dissolver num litro de água;

ANEXO VIII - GUIÕES TEMÁTICOS DAS SESSÕES DE *FOCUS GROUP*

O Exercício da Maternidade em Reclusão

Focus Group – Guião temático

Questão investigação

Como se caracteriza o modelo de enfermagem em uso na assistência às mães reclusas com filhos ao seu cuidado?

Objetivos

- Identificar as áreas de atenção que os enfermeiros integram na assistência às mulheres reclusas com filhos ao seu cuidado;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem na assistência às mulheres reclusas com filhos ao seu cuidado;
- Identificar as intervenções de enfermagem na assistência às mães reclusas com filhos ao seu cuidado;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros acerca do exercício do papel maternal das mães reclusas com filhos ao seu cuidado.

Questões

- Quais as solicitações de cuidados de enfermagem mais frequentes: da mãe, da criança e da díade?

(na gravidez; no puerpério; após)

- Quais os cuidados de enfermagem mais frequentes na assistência: à mãe, à criança e à díade?

(na gravidez; no puerpério; após)

- Quais os cuidados de enfermagem mais necessários na assistência: à mãe, à criança e à díade?

(na gravidez; no puerpério; após)

- Qual a opinião dos enfermeiros sobre o exercício do papel maternal das mulheres reclusas com filhos ao seu cuidado?

FOCUS GROUP

1ª sessão

Objetivo	Estratégias/atividades a desenvolver
- Promover o envolvimento dos sujeitos de investigação no processo dos grupos focais	- Atividade de Quebra-Gelo - Enquadramento do trabalho e objetivos e planeamento das sessões de grupos focais.
- Identificar as áreas de atenção que os enfermeiros integram na assistência às mulheres reclusas com filhos ao seu cuidado	Entrevista semi-estruturada/Debate - Quais as solicitações de cuidados de enfermagem das mães reclusas? - Quais as solicitações de cuidados de enfermagem das crianças reclusas? - Quais as solicitações de cuidados de enfermagem á díade mãe/criança reclusa
- Identificar os diagnósticos de enfermagem na assistência às mulheres reclusas com filhos ao seu cuidado	Entrevista semi-estruturada/Debate - Quais as necessidades de cuidados de enfermagem das mães reclusas - Quais as necessidades de cuidados de enfermagem das crianças reclusas? - Quais as necessidades de cuidados de enfermagem á díade mãe/criança reclusa?
- Identificar as intervenções de enfermagem na assistência às mães reclusas com filhos ao seu cuidado	Entrevista semi-estruturada/Debate - Quais os cuidados de enfermagem às mães reclusas? - Quais os cuidados de enfermagem às crianças reclusas? - Quais os cuidados de enfermagem á díade mãe/criança reclusa?
- Conhecer a opinião dos enfermeiros acerca do exercício do papel maternal das mães reclusas com filhos ao seu cuidado.	- Qual a vossa opinião acerca do exercício do papel maternal das mães reclusas com filhos ao seu cuidado?

Local: _____

Nº participantes: _____

Investigador principal: _____

Colaboradores: _____

O Exercício da Maternidade em Reclusão

Focus Group – Guião temático

Questão investigação

Como se poderá constituir uma assistência de enfermagem promotora do exercício da maternidade das mães reclusas com filhos ao seu cuidado?

Objetivos

- Compreender de que forma a promoção do exercício da maternidade se constitui como uma área de atenção, no âmbito da assistência de enfermagem em reclusão
- Conhecer as condições facilitadoras e dificultadoras sentidas pelos enfermeiros, no apoio ao exercício do papel maternal em reclusão

Questões

- Quais são as condições que dificultadoras e facilitadoras que enfrentam no âmbito do apoio ao exercício da maternidade em reclusão?
 - relacionadas com a instituição/estrutura organizacional
 - relacionadas com o equipamento
 - relacionadas com a equipa/prestação de cuidados
- Consideram a promoção do exercício da maternidade em reclusão como uma área de atenção no âmbito da vossa assistência?
 - Como priorizavam a promoção do exercício da maternidade no âmbito da assistência de enfermagem em reclusão
- O que consideram que seria um modelo ideal de assistência, para a promoção do exercício da maternidade em reclusão?
 - Que aspetos da assistência mantinham
 - Que aspetos da assistência retiravam
 - Que aspetos incluíam de novo

FOCUS GROUP

2ª sessão

Objetivo	Estratégias/atividades a desenvolver
- Promover o envolvimento dos sujeitos de investigação no processo dos grupos focais	- Atividade de acolhimento - Resumo dos principais aspetos que emergiram da sessão anterior
- Conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, no apoio ao exercício do papel maternal em reclusão	- Quais são as condições que dificultadoras e facilitadoras que enfrentam no âmbito do apoio ao exercício da maternidade em reclusão? - relacionadas com a instituição/estrutura organizacional - relacionadas com o equipamento - relacionadas com a equipa/prestação de cuidados
- Compreender de que forma a promoção do exercício da maternidade se constitui como uma área de atenção, no âmbito da assistência de enfermagem em reclusão	- Consideram a promoção do exercício da maternidade em reclusão como uma área de atenção no âmbito da vossa assistência? - Como priorizavam a promoção do exercício da maternidade no âmbito da assistência de enfermagem em reclusão
- Conhecer o modelo ideal de assistência de enfermagem, no apoio ao exercício da maternidade em reclusão	- O que consideram que seria o modelo ideal de assistência, para a promoção do exercício da maternidade em reclusão? - Que aspetos da assistência mantinham - Que aspetos da assistência retiravam - Que aspetos incluíam de novo

Local: _____

Nº participantes: _____

Investigador principal: _____

Colaboradores: _____