



Diagnósticos de Enfermagem de mães encarceradas*

Nursing Diagnoses of incarcerated mothers

Diagnósticos de Enfermería de madres encarceladas

Ruanny Maria Albuquerque dos Santos¹, Francisca Márcia Pereira Linhares¹, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Morais¹, Tatiane Gomes Guedes¹, Marcelle Lima Guimarães²

Como citar este artigo:

Santos RMA, Linhares FMP, Morais SCR, Guedes TG, Guimarães ML. Nursing Diagnoses of incarcerated mothers. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03338. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017024503338>

* Extraído do trabalho de conclusão de curso: “Diagnóstico de enfermagem de nutrízes em privação de liberdade”, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, 2015.

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Enfermagem, Recife, PE, Brasil.

² Instituto Federal de Pernambuco (Campus Pesqueira), Recife, PE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify the Nursing Diagnoses of incarcerated nursing mothers by the NANDA-I Taxonomy II. **Method:** Descriptive/exploratory study developed in the Women's Penal Colony, Recife, PE. **Results:** The sample consisted of 18 women who were breastfeeding during the study period. A total of 17 diagnoses were listed, whose accuracy was classified as moderate and high by the Nursing Diagnoses Accuracy Scale (EADÉ, version 2). Five of these diagnoses were selected for discussion, regarding frequency, magnitude, and impact on the health and well-being of nursing mothers participating in the study. **Conclusion:** The Nursing Diagnoses identified in this study are not exclusive to nursing mothers who are incarcerated. Some factors relevant to the prison environment may aggravate their problems, which reveal situations of health vulnerability and rights violation. These situations require changes that may respond to the health needs of this target population.

DESCRIPTORS

Nursing Diagnosis; Breast Feeding; Prisons; Maternal-Child Nursing.

Autor correspondente:

Ruanny Maria Albuquerque dos Santos
Departamento de Enfermagem,
Universidade Federal de Pernambuco
Av. Prof. Moraes Rego, 1235,
Cidade Universitária
CEP 50670-901 – Recife, PE, Brasil
ru_anny@hotmail.com

Recebido: 10/06/2017
Aprovado: 29/01/2018

INTRODUÇÃO

O Brasil possui uma população de 579.781 pessoas custodiadas no Sistema Penitenciário, sendo 37.380 mulheres e 542.401 homens. No período de 2000 a 2014, o aumento da população feminina foi de 567,4%, enquanto a média de crescimento masculino, no mesmo período, foi de 220,2%. A taxa de mulheres presas no país é superior ao crescimento geral da população carcerária, que teve aumento de 119% no mesmo período⁽¹⁾.

Apesar da curva ascendente do encarceramento de mulheres, a estrutura prisional e as políticas penitenciárias foram pensadas para homens e, ainda, carecem de investimentos na infraestrutura para oferecer uma atenção que priorize as especificidades femininas. Tal realidade é semelhante à de outros países da América Latina e da Europa no que se refere à quantidade e qualidade de assistência à saúde. A má qualidade dos serviços prestados e o sofrimento de mães ao abandonarem seu filho⁽²⁻³⁾ é um contexto que leva as mulheres em privação de liberdade a desenvolverem doenças psicossomáticas⁽³⁾.

Pesquisas nacionais apresentam determinantes que interferem na saúde da mulher no ambiente prisional, desde a dificuldade de adaptar-se à alimentação oferecida até os sentimentos negativos como dor, solidão, abandono, presença de ansiedade, violência física e psicológica, distúrbio do sono e tabagismo⁽⁴⁾. No caso das mulheres no período gestacional e no puerpério, o ambiente prisional se torna ainda mais delicado pela sua condição fisiológica, como as alterações hormonais e físicas, que requerem cuidados específicos e um espaço diferenciado das demais detentas. Um espaço que promova o Aleitamento Materno (AM) e assegure ambiente adequado para as crianças maiores de 6 meses e menores de 7 anos que estejam desamparadas⁽⁵⁾.

A Lei n.º 11.942 de 2009⁽⁶⁾ garante condições favoráveis para a permanência de crianças no sistema prisional, evitando a separação e preservando o convívio da mãe com seu filho. Apesar do arcabouço legal, as estruturas físicas e funcionais do ambiente carcerário precisam de investimentos, de modo a assegurar às mães em privação de liberdade o convívio e o cuidado com seu bebê em ambiente seguro e salutar.

O ambiente prisional é uma experiência traumática por ocasionar quebra do ritmo e estilo de vida habitual. Além disso, afeta relacionamentos, rotinas sociais, laborais e de lazer. Outros fatores, como as condições precárias das penitenciárias femininas e os agravos em saúde desta população, têm despertado interesse de pesquisadores por ações de cuidado para promoção em saúde e prevenção de doenças⁽⁴⁾.

Dessa forma, acredita-se que a presença do enfermeiro no sistema prisional possibilita uma assistência individualizada no momento em que se identifica o Diagnóstico de Enfermagem (DE), e planeja-se as intervenções para o alcance de resultados desejáveis em saúde.

Considerando-se que as nutrizes vivenciam adaptações fisiológicas, emocionais e psicológicas, e que estas, quando somadas ao fato do encarceramento, podem se transformar em problemas de saúde, objetivou-se identificar os DE pela taxonomia da NANDA-I⁽⁶⁾ apresentados por nutrizes em privação de liberdade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, desenvolvido na Colônia Penal Feminina do Recife (CPFR), no período de março a agosto de 2014. O estudo é parte integrante do Projeto de pesquisa intitulado “Promoção da Saúde de mulheres em privação de liberdade à luz da Teoria do Autocuidado”. A CPFR é a única unidade prisional, exclusivamente feminina, localizada na capital do estado de Pernambuco. Abriga mulheres que cometeram delitos e que necessitam de reclusão em regime fechado ou semiaberto. Possui capacidade para abrigar 275 mulheres, e, no momento da realização da presente pesquisa, encontravam-se reclusas 919 detentas, dentre elas, as nutrizes e seus respectivos bebês. As nutrizes ficam separadas das demais em um espaço denominado de berçário, constituído por três celas sem grades, compartilhadas por quatro a cinco mulheres e seus filhos.

A amostra foi constituída por 18 mulheres que estavam amamentando durante o período de coleta de dados. Foram excluídas as nutrizes não autorizadas pela direção a sair da cela por representarem risco para as pesquisadoras.

Para a coleta de dados, realizada no consultório de atendimento disponível na unidade prisional, foi utilizado um instrumento estruturado com perguntas abertas e fechadas. Inicialmente, foi realizada a categorização dos dados e posteriormente as evidências clínicas foram agrupadas em padrões e identificadas nos domínios em que as respostas das nutrizes estavam inseridas na taxonomia da NANDA-I⁽⁶⁾. Em seguida, buscou-se a identificação das classes, finalizando com a inferência dos títulos dos prováveis diagnósticos.

Os DE listados foram codificados e armazenados no *software* de análise estatística SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, Versão 11.5.

Todos os diagnósticos passaram por análise de acurácia, que busca julgar o grau com que o diagnóstico elencado coincide com as pistas apresentadas. Para tal, foi utilizada a Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem (EADE) – Versão 2. Os diagnósticos foram dispostos nas seguintes classificações: “Nula”, o escore pontua o valor de (0), e significa que não há pistas para indicar o diagnóstico em questão. “Baixa”, o escore é (1) e significa que a(s) pista(s) tem(têm) baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência. “Moderada”, o escore varia de (2; 4,5; 5,5), representando que a(s) pista(s) presente(s) tem(têm) coerência baixa com os dados da avaliação, mas tem(têm) pista(s) altamente/moderadamente específica(s) para o diagnóstico em questão. “Alta” os escores de (9,0; 10,0; 12,5; 13,5) representam que a(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação é (são) altamente/moderadamente coerente(s) com os dados da avaliação. É (são) também altamente/moderadamente relevante(s), e/ou altamente/moderadamente específica(s) para o diagnóstico em questão⁽⁷⁾.

Considerou-se para a discussão os diagnósticos qualificados nas categorias de moderada a alta acurácia.

Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob CAAE n.º 15834613.8.0000.5208 e

Parecer n.º 297.369. As etapas deste estudo atenderam à Resolução 466/2012, sendo respeitados os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

RESULTADOS

A amostra constitui-se de mulheres jovens, com 50% entre 19 e 21 anos de idade, 22,2% entre 22 e 24 anos e 27,8% com idade maior que 25 anos, sendo a maioria (66,7%) natural da Região Metropolitana do Recife. Quanto à cor, 77,8% se autodeclararam parda, as demais brancas e negras. Em relação ao número de filhos, incluindo os nascidos no cárcere, 33,3% possuíam entre três e quatro filhos, 27,8% dois filhos, 22,2% apenas um filho, 11,1% cinco filhos e uma mulher tinha seis filhos (5,6%).

São mulheres que, em sua maioria, vivem em união estável (44,4%) ou são solteiras (38,9%). Possuem baixa escolaridade, 61,1% cursaram apenas o Ensino fundamental incompleto, 11,1% o Ensino fundamental completo, 22,2% o Ensino médio incompleto e somente uma havia concluído o Ensino médio completo (5,6%).

Entre as ocupações, 33,3% eram do lar, 33,3% vendedoras, 22,2% diaristas, 5,6% cabeleireiras e 5,6% trabalhadoras rurais. Quanto à renda pessoal, 77,8% possuíam renda de até um salário mínimo, 11,1% de um a dois salários mínimos, 5,6% de três a cinco salários e uma não possuía renda (5,6%). Em relação ao motivo do encarceramento, o tráfico de entorpecentes foi predominante em 72,2% das nutrizes, 11,1% por homicídio e 5,6% por assalto à mão armada, furto e quebra da condicional.

As nutrizes apresentaram, em 100% da amostra, os DE pela taxonomia da NANDA-I⁽⁶⁾: Risco de vínculo mãe-filho prejudicado, Padrão de sexualidade ineficaz, Conhecimento deficiente sobre amamentação e Atividade de recreação deficiente. Acrescenta-se o DE Risco de amamentação interrompida, o qual não é padronizado pela taxonomia. Para os demais diagnósticos, as frequências foram: Amamentação ineficaz (33,3%), Ansiedade (50%), Comportamento de saúde propenso a risco (94,4%), Dentição prejudicada (77,7%), Dor aguda (22,2%), Eliminação urinária prejudicada (11,1%), Enfrentamento ineficaz (5,6%), Enfrentamento familiar comprometido (50%), Insônia (16,6%), Motilidade gastrointestinal disfuncional (22,2%) e Padrão de sono prejudicado (27,8%). Serão discutidos os cinco primeiros devido à frequência, magnitude e repercussão na saúde e no bem-estar destas nutrizes.

DISCUSSÃO

Segundo a NANDA-I⁽⁶⁾, o DE de risco diz respeito à vulnerabilidade de indivíduos, família, grupo ou comunidade para desenvolvimento de uma resposta humana indesejada a condições de saúde/processo de vida. Assim, o DE “Risco de vínculo prejudicado” (00058), conceituado como “vulnerabilidade à ruptura do processo interativo entre pais/pessoa significativa e a criança, que promove o desenvolvimento de uma relação recíproca de proteção e cuidado”, tem, entre os fatores de risco, a barreira física. As barreiras físicas, que podem comprometer a relação mãe-filho, foram evidenciadas

pela falta de estrutura do sistema penitenciário em promover a permanência mãe/filho e pela separação após os 6 meses de vida do bebê.

Na CPFR, o prazo máximo de permanência da criança, a contar da data do nascimento, corresponde a 6 meses. Após esse período, mãe e filhos se reencontram em visitas, quando a criança completa 1 ano de vida. Nesse contexto, consideraram-se, como fatores de risco de vínculo mãe e filho prejudicado, a separação, a inadequação de espaços destinados para visitas frequentes, para a ordenha e a para destinar o leite materno às crianças.

A eminente separação vivenciada por essas nutrizes, além do risco anunciado da amamentação interrompida, se traduz como a quebra do vínculo entre mãe e filho. Inevitavelmente, haverá uma quebra no processo de amamentação e, conseqüentemente, interrupção dessa importante interação sensorial entre mãe e bebê. Em concordância, a literatura traz que esse vínculo, que antecede a própria concepção, cresce durante a gestação e se concretiza no puerpério, considerado como responsável por despertar na criança a sensação de pertencimento, referência de grande valia para a estruturação da personalidade⁽⁸⁾.

A lei 11.942, de 28 de maio de 2009, assegura condições mínimas de assistência à mulher no pré-natal e no pós-parto e, quando a nutriz encontra-se presa, define que as instituições penais femininas devem ser dotadas de berçário, para que as detentas possam cuidar e amamentar no mínimo até os 6 meses de idade da criança. Tais instituições devem também ser dotadas de creche, para abrigar crianças maiores de 6 meses e menores de 7 anos⁽⁵⁾.

A ausência de locais adequados para o AM no sistema penitenciário prejudica mãe e filho. No entanto, quando o sistema prisional fornece políticas e serviços adequados para mulheres nutrizes em privação de liberdade, e seus bebês permanecem com elas, os resultados podem ser positivos e duradouros. Assim, o Estado precisa aumentar os investimentos na saúde desta população com objetivo de contribuir para a saúde física e mental do binômio mãe-filho⁽⁹⁾.

Não obstante o encarceramento dessas crianças, este parece ser uma vantagem pela manutenção do vínculo materno e efetivação do aleitamento, extremamente necessários para seu crescimento e desenvolvimento sadio. No entanto, faz-se necessário repensar e avaliar os benefícios para a criança ao submetê-la ao ambiente prisional, considerando-se o espaço físico deficiente e as limitações nutricionais e recreativas às quais fica exposta⁽¹⁰⁾.

A partir desses problemas elencados quanto às condições físicas inadequadas do sistema prisional para promover o AM, outros problemas são anunciados, como o Risco de amamentação interrompida. Este DE rotulado pelas pesquisadoras não faz parte da taxonomia da NANDA-I, no entanto, foi elencado para essa população pela vulnerabilidade da quebra da continuidade do processo de amamentação. Esse entendimento parte do conceito do DE “Amamentação interrompida (00105)”, definido como “quebra da continuidade do oferecimento de leite a um lactente ou criança pequena, direto das mamas, que pode comprometer o sucesso da amamentação e/ou o estado nutricional do lactente/criança”⁽⁶⁾.

Assim, os fatores de risco encontrados no processo de amamentação referem-se à incapacidade ou inconveniência de colocar a criança no peito para mamar e à necessidade de desmamar o bebê repentinamente. Nesse sentido, estudos de profundidade são necessários para evidenciar outros fatores de risco para o DE Risco de amamentação interrompida, a fim de submetê-lo à NANDA-I⁽⁶⁾ como um novo DE.

Ressalta-se que para evitar esses fatores de risco é necessário um ambiente adequado para o AM e a promoção da saúde da criança ao oferecer elementos nutricionais e imunológicos, que diminuem o risco de esta desenvolver alergias, patologias pulmonares recorrentes e infecções bacterianas; e, para a mãe, a amamentação irá promover a involução uterina, diminuir o risco de hemorragia no pós-parto e fazê-la retornar ao peso anterior à gravidez⁽¹¹⁾.

Apesar do direito de amamentar das mulheres em privação de liberdade, disposto em bases legais, como a Constituição Federal Brasileira, que assegura que as presidiárias permaneçam com seus filhos durante o período da amamentação⁽¹²⁾, e em consonância com a Lei de Execução Penal (LEP), em seu artigo 83, § 2º, que define o ambiente prisional feminino ser dotado de local ideal para a promoção dessa prática⁽¹³⁾, as mães reclusas ainda são privadas de vivenciar o AM de forma espontânea e completa pelo tempo que acharem necessário.

Destaca-se que identificar fatores de risco pode assegurar o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente. Estudo mostra que a promoção e o apoio da amamentação dentro do sistema prisional podem contribuir positivamente para o processo de ressocialização. Apoiar essa prática dentro e fora das instalações penitenciárias é fundamental, no entanto, faz-se necessário um suporte legal e condições favoráveis para a convivência do binômio mãe-filho⁽¹⁴⁾, visto que o AM não significa apenas nutrir, mas traduz, também, vínculo, afeto e proteção⁽¹¹⁾. Apesar de a criança sentir necessidade física de leite, sua necessidade emocional é igualmente forte.

Mães presas, participantes de estudo realizado na Inglaterra e País de Gales, ressaltaram que dentro do ambiente prisional o espaço físico é limitado, incômodo, inseguro e insalubre. Mas que, mesmo assim, dentro do presídio encontram lugares seguros para cuidar e discutir sentimentos como culpa, remorso e desesperança com seus filhos. Apesar da realidade, as mulheres relatam que esses fatores ambientais podem ser tolerados pelo desejo de ficar perto do filho⁽¹⁵⁾.

A maioria dos presídios brasileiros estabelece um prazo máximo para a permanência da criança junto à mãe, e, quando esgotado o prazo, a criança é entregue aos cuidados de terceiros, o que dificulta ou impede a amamentação. Vive-se atualmente o dilema, no qual a criança não pode ser vista como alvará de soltura dessas nutrizes, ao mesmo tempo não deve submetida a cumprir a pena de privação de liberdade materna, principalmente no atual cenário. A solução já existe em diversos instrumentos legais, que preconizam grandes mudanças na estrutura penitenciária, como a criação de mais instituições penitenciárias e adequadas para o público feminino^(5,12-13).

Outros diagnósticos de enfermagem pela taxonomia da NANDA-I⁽⁶⁾ foram identificados: “Padrão de Sexualidade ineficaz” (00065), definido como “expressões de preocupação quanto à própria sexualidade”. As características definidoras presentes na população deste estudo, em consonância com esse diagnóstico foram: alteração na atividade sexual, alteração nas relações com pessoas significativas, alterações no comportamento sexual, dificuldades na atividade sexual e mudança no papel sexual.

Alterações hormonais da gravidez, acontecimentos do parto, como episiotomias ou lacerações, alterações físicas do estado gravídico, cansaço por noites mal dormidas e mudanças de papéis, em que homem e mulher enxergam-se apenas como pai e mãe, podem desencadear alterações dos padrões de atividade sexual, independentemente do cárcere⁽¹⁶⁾. Porém, as alterações presentes nas nutrizes deste estudo não estão apenas relacionadas ao período pós-parto, mas, principalmente, são agravadas pela pena de privação de liberdade, barreiras físicas, e inexistência de política interna e espaço apropriado para realização da visita íntima.

As mulheres privadas de liberdade parecem ter mais probabilidade de desenvolver transtornos de personalidade por falta de apego, levando-as a ansiedade, impulsividade e questões importantes em relação à identidade⁽¹⁷⁾. Muitas destas mulheres, motivadas pela solidão e em busca de proteção e carinho, adotam identidades alternativas de gênero e orientação sexual. Algumas assumem identidades masculinas dominantes na busca de satisfazer desejos afetivos e eróticos sob a coação do encarceramento⁽¹⁸⁾.

A Resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), n.º 04, de 29 de junho de 2011, define que a visita íntima, “recepção pela pessoa presa, nacional ou estrangeira, homem ou mulher, de cônjuge ou outro parceiro ou parceira, no estabelecimento prisional em que estiver recolhido”, deve ocorrer em ambiente reservado, cuja privacidade e inviolabilidade sejam asseguradas às relações hetero e homoafetivas, devendo a direção do estabelecimento prisional assegurar a visita íntima, pelo menos, uma vez por mês⁽¹⁹⁾.

Promover o acesso às visitas reduz os índices de violência sexual nos presídios por diminuir a tensão emocional dos presos e por proteger a manutenção da relação afetiva do(a) sentenciado(a) com o(a) companheiro(a). A negação desse direito pode gerar problemas psicológicos, favorecendo condutas inadequadas, deformando a autoimagem do recluso(a), destruindo sua vida conjugal, já abalada pelo cárcere, provocando o enfraquecimento ou a quebra de vínculos. Trata-se de um direito viabilizado, mesmo que de forma precária, em estabelecimentos prisionais destinados a homens, mas uma realidade que não alcança todas as mulheres em privação de liberdade⁽¹⁾.

O DE “Conhecimento deficiente (00126) sobre amamentação” foi evidenciado após aplicação de um inquérito sobre AM que identificou respostas errôneas das nutrizes sobre conhecimentos básicos de amamentação. Segundo a NANDA-I⁽⁶⁾, o DE “Conhecimento deficiente” (00126) é definido como a “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico”⁽⁷⁾.

Ao considerar que somos educados em comunhão e que esse processo é mediatizado pelo mundo⁽²⁰⁾, percebe-se que o conhecimento não pode ser entendido apenas como assimilação e acúmulo de informações. Ele é o resultado de uma construção coletiva, nascido da interação com o mundo e entre indivíduos, constitui-se como um importante subsídio para mudança de atitudes, adoção de novas formas de pensar, desenvolvimento e ampliação de um ser. Para o enfermeiro inserido no ambiente carcerário, como educador de saúde, é difícil e importante a missão de quebrar barreiras e tabus sociais, oferecer e compartilhar informações, contribuindo para o empoderamento dessa nutriz e mudança de estigmas.

Embora o conhecimento seja necessário, por si só não é suficiente para a incorporação de hábitos saudáveis. Estudo qualitativo, realizado com 152 nutrizes norte-americanas, que nas primeiras 72 horas pós-parto já haviam introduzido fórmulas lácteas, indicou que a tomada de decisão materna relacionada à alimentação infantil é multifatorial⁽²¹⁾.

Apesar da adoção e manutenção do AM ser influenciado por diversos fatores, a detenção de conhecimento sobre a prática permite um maior embasamento para a tomada de decisões assertivas. Nesse processo, destaca-se o papel de profissionais de saúde na promoção de uma educação contínua, destinada a ajudar as clientes a desenvolver e apreender conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento, necessários para assumir de maneira efetiva e responsável as decisões acerca de sua saúde⁽²²⁾.

As vivências durante o pré-natal são fatores importantes para o empoderamento dessa nutriz sobre a prática do AM. A partir das informações recebidas, conhecimentos serão gerados e auxiliarão essa mulher durante o preparo e a manutenção do processo de amamentação. Nesse cenário, o enfermeiro deve assumir o seu papel de orientador, educador e conselheiro para oferecer uma assistência de qualidade ao binômio mãe-filho. O desafio é preparar, desde o período gestacional, as mães para o processo de amamentação. O aumento do conhecimento e da confiança das mulheres grávidas na sua capacidade de decidir e agir contribuirá para o domínio e o sucesso da amamentação⁽²³⁾. Dessa forma, entende-se que ações educativas sobre AM no sistema prisional são necessárias para promover o empoderamento e deve começar na gravidez.

O DE “Atividade de recreação deficiente” (00097) é definido como “Estimulação (interesse ou engajamento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer”. Entre as características definidoras citadas pela NANDA-I⁽⁷⁾, evidenciaram-se, nas declarações das nutrizes, os relatos de sentir-se entediada e a impossibilidade de realizar os passatempos habituais no presídio.

No sistema carcerário brasileiro, marcado por presídios e penitenciárias com estruturas arcaicas, precárias, improvisadas e que não acompanham o crescimento da população carcerária, é notória a escassez de atividades de lazer ou de ocupação, situação agravada pela superlotação, que ocasiona, conseqüentemente, ausência de espaços próprios destinados a atividades físicas e de recreação.

As nutrizes deste estudo, após o parto e até as crianças completarem 6 meses de idade, ficam em um local reservado,

separadas das demais detentas. A televisão e o “banho de sol”, momento em que elas saem da cela privativa e podem passear com seus bebês no pátio do pavilhão, parecem ser as poucas oportunidades de lazer.

A ausência de atividades é reafirmada a partir das falas dessas mulheres, quando relatam que gostariam de poder realizar algum tipo de atividade para passar o tempo, referindo ociosidade. Além do *déficit* de lazer, observou-se no cenário do estudo a superlotação, o espaço físico restrito e o quadro pessoal insuficiente para atender à demanda. Em levantamento, realizado no mês de outubro/2014, estavam reclusas 919 mulheres, embora a capacidade total seja de 275 detentas.

É necessário salientar que o direito ao lazer está disposto como direito do cidadão, independentemente de gênero, etnia, idade ou classe social. A negação deste direito repercute no comprometimento de outro, também presente em dispositivos legais, a saúde. O lazer, entendido como atividades realizadas por espontânea vontade, como forma de descanso, diversão ou entretenimento, atividades que gerem prazer, sabidamente age como amortecedor de estresses e fator promotor de bem-estar e saúde mental⁽²⁴⁾, a exemplo da prática de esportes e exercícios físicos.

A LEP traz como direito do indivíduo, em privação de liberdade, proporcionalidade na distribuição do tempo para o trabalho, o descanso e a recreação, também estabelece, em seu artigo 83º, que o estabelecimento penal deve possuir áreas e serviços destinados a oferecer assistência, educação, trabalho, recreação e prática esportiva⁽⁵⁾. Dessa forma, entende-se que esse é mais um direito que vem sendo cerceado, gerando, por conseqüência, danos à integridade física e mental dessas mulheres.

Há necessidade, também, de mudanças no perfil e na atitude dos profissionais, principalmente daqueles envolvidos na assistência de saúde prestada a essas mulheres, em especial o enfermeiro, que deve exercer o importante papel de educador em saúde, proporcionando informações, compondo saberes, mudando atitudes e paradigmas, sendo agente promotor de saúde e qualidade de vida no ambiente carcerário.

CONCLUSÃO

Por meio dos Diagnósticos de Enfermagem identificados, percebe-se que as nutrizes em privação de liberdade vivenciam, cotidianamente, situações de vulnerabilidade à sua saúde e aos seus demais direitos, apesar da existência de inúmeros instrumentos legais que garantem a essas mulheres acesso a direitos e, conseqüentemente, a proteção à pessoa humana. Os DE identificados retratam situações influenciadas por fatores sociais e culturais, inerentes às nutrizes, mas agravados pelo ambiente a que são expostas no cárcere.

Os Diagnósticos de Enfermagem encontrados nas nutrizes participantes do estudo não são exclusivos dessa população, representam problemas e fragilidades que podem estar presentes em nutrizes não expostas ao ambiente do cárcere. No entanto, alguns fatores relacionados dos respectivos diagnósticos podem ser exclusivos do ambiente carcerário, agravando os problemas que essa nutriz poderia apresentar.

Outro agravante refere-se às barreiras no que tange a intervenções eficazes nos diagnósticos de enfermagem elencados, visto que a resolução de parte dos problemas encontrados está diretamente relacionada ao cumprimento dos termos dispostos nos instrumentos legais vigentes.

Por fim, apesar de os diagnósticos de enfermagem aqui apresentados não poderem ser generalizados, considerando-se ser provenientes de uma única unidade prisional, mostram-se

relevantes para a dinâmica do atendimento à mulheres/mães privadas de liberdade, trazendo informações que contribuirão para a práxis interdisciplinar no planejamento de ações, como intervenções educativas que tornem o conhecimento mais eficaz dessa clientela, diminuindo as características definidoras e os fatores relacionados, sobretudo, os exclusivos do ambiente carcerário. Ademais, sugere-se que outros estudos sejam realizados de forma a contemplar outras realidades prisionais do país.

RESUMO

Objetivo: Identificar os Diagnósticos de Enfermagem de nutrizes em privação de liberdade pela Taxonomia II da NANDA-I. **Método:** Estudo descritivo/exploratório, desenvolvido na Colônia Penal Feminina do Recife – PE. **Resultados:** A amostra constituiu-se de 18 mulheres que se encontravam amamentando durante o período da pesquisa. Foram elencados 17 diagnósticos classificados em moderada e alta acurácia pela Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem (EADE, versão 2). Desses, cinco foram selecionados para discussão, considerando-se a frequência, a magnitude e a repercussão na saúde e no bem-estar das nutrizes participantes do estudo. **Conclusão:** Os Diagnósticos de Enfermagem identificados não são exclusivos das nutrizes em privação de liberdade, porém, alguns fatores relacionados são pertinentes ao ambiente carcerário, os quais podem agravar os problemas dessa população, pois retratam situações de vulnerabilidade à saúde e violação dos direitos dessas mulheres, exigindo mudanças que respondam às demandas de saúde desse público-alvo.

DESCRITORES

Diagnóstico de Enfermagem; Aleitamento Materno, Prisões; Enfermagem Materno-Infantil.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los Diagnósticos de Enfermería de madres amamantando en privación de libertad por la Taxonomía II de NANDA-I. **Método:** Estudio descriptivo/exploratorio, desarrollado en la Colonia Penal Femenina de Recife, Estado de Pernambuco. **Resultados:** La muestra se constituyó con 18 mujeres que se encontraban amamantando durante el período de la investigación. Fueron listados 17 diagnósticos clasificados en moderada y alta precisión por la Escala de Precisión del Diagnóstico de Enfermería (NDAS, versión 2). De esos, cinco fueron seleccionados para discusión, considerándose la frecuencia, la magnitud y la repercusión en la salud y el bienestar de las lactantes participantes en el estudio. **Conclusión:** Los diagnósticos de Enfermería identificados no son exclusivos de las madres lactando en privación de libertad, pero algunos factores relacionados son pertinentes al ambiente carcelario, los cuales pueden agravar los problemas de dicha población, pues muestran situaciones de vulnerabilidad sanitaria y violación de los derechos de esas mujeres, por lo que requieren cambios que respondan a las demandas sanitarias de ese público objetivo.

DESCRIPTORES

Diagnóstico de Enfermería; Lactancia Materna, Prisiones; Enfermería Materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Justiça; Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Infopen Mulheres [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2016 jun. 05]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>
2. Ariza LJ, Iturralde M. Una perspectiva general sobre mujeres y prisiones en América Latina y Colombia. *Rev Derecho Publico*. 2015;35:1-23.
3. Till A, Forrester A, Exworthy T. The development of equivalence as a mechanism to improve prison healthcare. *J Royal Soc Med*. 2014;107(5):179-82.
4. Santos MV, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Guerra JVV. The physical health of women deprived of their freedom in a prison in the state of Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2017 [cited 2017 Sep 05];21(2):1-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/en_1414-8145-ean-21-02-e20170033.pdf
5. Brasil. Lei n. 11.942 de 28 de maio de 2009. Altera a lei de Execução Penal [Internet]. Brasília; 2009 [citado 207 set. 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11942.htm.
6. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
7. Matos FGOA, Cruz DALM. Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem. In: Herdman H, organizadora. PRONANDA - Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 91-116.
8. Roncallo PCA, Miguel SM, Freijo HA. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Rev Escritos Psicol*. 2015;8(2):14-234.
9. Kotlar B, Kornrich R, Deneen M, Kenner C, Theis L, von Esenwein S, et al. Meeting incarcerated women's needs for pregnancy-related and postpartum services: challenges and opportunities. *Perspect Sex Reprod Health*. 2015;47(4):221-5.
10. Freitas AM, Inácio AR, Saavedra L. Motherhood in prison: reconciling the irreconcilable. *Prison J*. 2016;96(3):415-36.
11. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: MS; 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
12. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília; 1988 [citado 2017 set. 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

13. Brasil. Lei n. 7.210 de 11 de Julho de 1984. Institui a Lei de Execuções Penais [Internet]. Brasília; 1984 [citado 2017 set. 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm
14. Paynter MJ, Snelgrove-Clarke E. Breastfeeding support for criminalized women in Canada. *J Hum Lact*. 2017;33(4):672-76.
15. Baldwin L. Motherhood disrupted: reflections of post-prison mothers. *Emotion Space Soc*. 2018;26:49-56.
16. Enderle CF, Kerber NPC, Lunardi VL, Nobre CMG, Matto L, Rodrigues EF. Constraints and/or determinants of return to sexual activity in the puerperium. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2013;21(3):719-25.
17. Castiglioni CM, Wilhelm LA, Prates LA, Cremonese L, Demore CC, Ressel LB. Práticas de cuidado de si: mulheres no período puerperal. *J Nurs UFPE On Line* [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 03];10(10):3751-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11440/13249>
18. Castro Madariaga FA, Gómez Garcés BE, Carrasco Parra A, Foster J. Sexuality behind bars in the female central penitentiary of Santiago, Chile: unlocking the gendered binary. *Nurs Inq*. 2017;24(1). DOI: 10.1111/nin.12183
19. Brasil. Ministério da Justiça. Resolução CNPCP n. 4, de 29 de junho de 2011. Recomenda aos Departamentos Penitenciários Estaduais ou órgãos congêneres seja assegurado o direito à visita íntima a pessoa presa, recolhida nos estabelecimentos prisionais [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2017 nov. 03]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/politicas-2/mulheres-1/anexos-projeto-mulheres/resolucao-no-04-de-29-de-junho-de-2011.pdf>
20. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
21. Radzysinski S, Callister LC. Mother's beliefs, attitudes, and decision making related to infant feeding choices. *J Perinatal Educ*. 2016;25(1):18-28.
22. Bomfim ES, Araújo IB, Santos AGB, Silva AP, Vilela ABA, Yarid SD. Atuação do Enfermeiro acerca das práticas educativas na Estratégia de Saúde da Família. *J Nurs UFPE On Line* [Internet]. 2017 [citado 2017 nov. 03];11(3):1398-402. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13982/16835>
23. Cardoso A, Silva AP, Marín H. Pregnant women's knowledge gaps about breastfeeding in Northern Portugal. *Open J Obstetr Gynecol* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 03];7(3):376-85. Available from: <http://www.scirp.org/Journal/PaperInformation.aspx?PaperID=74972>
24. Baldissera VDA, Bueno SMV. Leisure and mental health in people with hypertension: convergence in health education. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 08];46(2):380-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200016&script=sci_arttext&tlng=en



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.