



Diagnósticos de Enfermeria de mães encarceradas*

Diagnósticos de Enfermagem de mães encarceradas
Nursing Diagnoses of incarcerated mothers

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

Cómo citar este artículo:

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 del trabajo de conclusión 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 correspondiente:

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

Recibido: 10/06/2017
Aprobado: 29/01/2018

INTRODUCCIÓN

Brasil posee una población de 579.781 personas custodiadas en el Sistema Penitenciario, siendo 37.380 mujeres y 542.401 hombres. En el período 2000 a 2014, el aumento de la población femenina fue del 567,4%, mientras que el promedio de crecimiento masculino en el mismo período fue del 220,2%. La tasa de mujeres presas en el país es superior al crecimiento general de la población carcelaria, que tuvo un aumento del 119% en el mismo período⁽¹⁾.

A pesar de la curva ascendente del encarcelamiento de mujeres, la estructura prisional y las políticas penitenciarias fueron pensadas para hombres, careciendo de inversiones en la infraestructura para ofrecer una atención que priorice las especificidades femeninas. Tal realidad es similar a la de otros países de América Latina y Europa en lo que se refiere a la cantidad y calidad de asistencia a la salud. La mala calidad de los servicios prestados y el sufrimiento de madres al abandonar a su hijo⁽²⁻³⁾ configura un contexto que lleva a las mujeres en privación de libertad a desarrollar enfermedades psicosomáticas⁽³⁾.

Las investigaciones nacionales presentan determinantes que interfieren en la salud de la mujer en el ambiente prisional, que van desde la dificultad de adaptarse a la alimentación ofrecida, hasta los sentimientos negativos como dolor, soledad, abandono, ansiedad, violencia física y psicológica, disturbios del sueño y tabaquismo⁽⁴⁾. En el caso de las mujeres en el período gestacional y en el puerperio, el ambiente prisional se vuelve aún más delicado por condiciones fisiológicas como las alteraciones hormonales y físicas, que requieren cuidados específicos y un espacio diferenciado de las demás personas. Se necesita un espacio que pueda promover la Lactancia Materna (LM) y asegure ambiente adecuado para los niños mayores de 6 meses y menores de 7 años que estén desamparados⁽⁵⁾.

La Ley nº 11.942 de 2009⁽⁶⁾ garantiza condiciones favorables para la permanencia de niños en el sistema penitenciario, evitando la separación y preservando la convivencia de la madre con su hijo. A pesar del marco legal, las estructuras físicas y funcionales del ambiente carcelario necesitan inversiones, a fin de asegurar a las madres en privación de libertad la convivencia y el cuidado con su bebé en un ambiente seguro y saludable.

El ambiente prisional es una experiencia traumática por ocasionar la quiebra del ritmo y estilo de vida habitual. Además, afecta las relaciones, las rutinas sociales, laborales y de ocio. Otros factores, como las condiciones precarias de las penitenciarías femeninas y los agravios en salud de esta población, han despertado el interés de investigadores por acciones de cuidado para promoción en salud y prevención de enfermedades⁽⁴⁾.

De esta forma, se cree que la presencia del enfermero en el sistema penitenciario posibilita una asistencia individualizada en el momento en que se identifica el Diagnóstico de Enfermería (DE), y se planifican las intervenciones para el logro de resultados deseables en salud.

Considerando que las madres en lactación experimentan adaptaciones fisiológicas, emocionales y psicológicas, y que éstas, sumadas al hecho del encarcelamiento, pueden transformarse en problemas de salud, se apuntó a identificar los DE por la taxonomía de la NANDA-I⁽⁶⁾ presentadas por las mujeres en privación de libertad.

MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, desarrollado en la Colonia Penal Femenina de Recife (CPFR), en el período de marzo a agosto de 2014. El estudio es parte integrante del Proyecto de investigación titulado “Promoción de la Salud de mujeres en privación de libertad a la luz de la Teoría del Autocuidado” (*Promoção da Saúde de mulheres em privação de liberdade à luz da Teoria do Autocuidado*). La CPFR es la única unidad prisional, exclusivamente femenina, ubicada en la capital del estado de Pernambuco. Abriga a mujeres que cometieron delitos y que necesitan reclusión en régimen cerrado o semiaabierto. Tiene capacidad para albergar a 275 mujeres, y, en el momento de la realización de la presente investigación, se encontraban reclusas 919 detenidas, entre ellas, las lactantes y sus respectivos bebés. Las lactantes se separan de las demás en un espacio denominado de cuarto de niños, constituido por tres celdas sin rejas, compartidas por cuatro a cinco mujeres y sus hijos.

La muestra fue constituida por 18 mujeres que estaban amamantando durante el período de recolección de datos. Se excluyeron aquellas madres no autorizadas por la dirección a salir de la celda por representar un riesgo para las investigadoras.

Para la recolección de datos, realizada en el consultorio de atención disponible en la unidad prisional, se utilizó un instrumento estructurado con preguntas abiertas y cerradas. Inicialmente, se realizó la categorización de los datos y posteriormente las evidencias clínicas fueron agrupadas en patrones e identificadas en los ámbitos en que las respuestas de las lactantes estaban insertadas en la taxonomía de la NANDA-I⁽⁶⁾. A continuación, se buscó la identificación de las clases, finalizando con la inferencia de los títulos de los probables diagnósticos.

Los DE listados fueron codificados y almacenados en el software de análisis estadístico SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, versión 11.5.

Todos los diagnósticos pasaron por análisis de exactitud, que busca juzgar el grado con que el diagnóstico elencado coincide con las pistas presentadas. Para ello, se utilizó la Escala de Precisión de Diagnóstico de Enfermería (EADE en portugués) – Versión 2. Los diagnósticos se dispusieron en las siguientes clasificaciones: “Nula”, el puntaje puntualiza el valor de (0), y significa que no hay pistas para indicar el diagnóstico en cuestión. “Bajo”, el resultado es (1) y significa que la(s) pista(s) tiene(n) baja relevancia, baja especificidad y baja coherencia. “Moderada”, la puntuación varía de (2; 4,5; 5,5), representando que la(s) pista(s) presente(s) tiene (tienen) coherencia baja con los datos de la evaluación, pero tiene (tienen) pista(s) altamente/moderadamente específica(s) para el diagnóstico en cuestión. “Alta” las puntuaciones de (9,0; 10,0; 12,5; 13,5) representan que la(s) pista(s) presente(s) en los datos de evaluación es (son) altamente/moderadamente coherente(s) con los datos de la evaluación. Es (son) también altamente/moderadamente relevante(s), y/o altamente/moderadamente específico(s) para el diagnóstico en cuestión⁽⁷⁾.

Se consideró para la discusión los diagnósticos calificados en las categorías de moderada a alta exactitud.

Los datos fueron recolectados después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos (CEP) del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Pernambuco bajo CAAE nº 15834613.8.0000.5208 y Dictamen nº 297.369. Las etapas de este estudio atendieron a la Resolución 466/2012, respetando los principios éticos de la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

RESULTADOS

La muestra se constituyó de mujeres jóvenes, con un 50% entre 19 y 21 años de edad, un 22,2% entre 22 y 24 años y un 27,8% con una edad mayor de 25 años, siendo la mayoría (66,7%), natural de la Región Metropolitana de Recife. En cuanto al color, el 77,8% se autodeclararon parda, las demás blancas y negras. En cuanto al número de hijos, incluidos los nacidos en la cárcel, el 33,3% tenía entre tres y cuatro hijos, el 27,8% dos hijos, el 22,2% sólo un hijo, el 11,1% cinco hijos y una mujer tenía seis (5,6%).

Son mujeres que en su mayoría viven en unión estable (44,4%) o son solteras (38,9%). En la mayoría de los casos, el 61,1% cursó apenas la Educación primaria incompleta, 11,1% Educación primaria completa, 22,2% la enseñanza media incompleta y sólo una había concluido la enseñanza media completa (5,6%).

Entre las ocupaciones, 33,3% eran del hogar, 33,3% vendedoras, 22,2% limpiadoras, 5,6% peluqueras y 5,6% trabajadoras rurales. En cuanto al salario, el 77,8% tenía ingresos de hasta un salario mínimo, el 11,1% de uno a dos salarios mínimos, el 5,6% de tres a cinco salarios y una no tenía ingresos (5,6%). En cuanto al motivo del encarcelamiento, el tráfico de estupefacientes fue predominante en el 72,2% de las lactantes, el 11,1% por homicidio y el 5,6% por asalto a mano armada, robo y quiebra de la condicional.

Las lactantes presentaron, en el 100% de la muestra, los DE por la taxonomía de la NANDA-I⁽⁶⁾: Riesgo de vínculo madre-hijo perjudicado, Patrón de sexualidad ineficaz, Conocimiento deficiente sobre lactancia y Actividad de recreación deficiente. Se añade el DE Riesgo de lactancia interrumpida, el cual no es estandarizado por la taxonomía. Para los demás diagnósticos, las frecuencias fueron: Lactancia ineficaz (33,3%), Ansiedad (50%), Comportamiento de salud propenso a riesgo (94,4%), Dentición perjudicada (77,7%), Dolor agudo (22,2%) Eliminación urinaria perjudicada (11,1%), Enfrentamiento ineficaz (5,6%), Enfrentamiento familiar comprometido (50%), Insomnio (16,6%), Motilidad gastrointestinal disfuncional (22,2%), y Patrón de sueño perjudicial (27,8%). Se discutirán los cinco primeros debido a la frecuencia, magnitud y repercusión en la salud y el bienestar de estas lactantes.

DISCUSIÓN

Según NANDA-I⁽⁶⁾, el DE de riesgo se refiere a la vulnerabilidad de individuos, familia, grupo o comunidad para el desarrollo de una respuesta humana no deseada

a condiciones de salud/proceso de vida. Por lo tanto, el DE “Riesgo de vínculo perjudicado” (00058), conceptualizado como “vulnerabilidad a la ruptura del proceso interactivo entre padres/persona significativa y el niño, que promueve el desarrollo de una relación recíproca de protección y cuidado”, tiene entre los factores de riesgo la barrera física. Estas barreras que pueden comprometer la relación madre-hijo, fueron evidenciadas por la falta de estructura del sistema penitenciario en promover la permanencia madre/hijo y por la separación después de los 6 meses de vida del bebé.

En la CPFR, el plazo máximo de permanencia del niño, a partir de la fecha del nacimiento, corresponde a 6 meses. Después de ese período, madre e hijos se reencuentran en visitas, cuando el niño cumple 1 año de vida. En ese contexto, se consideraron, como factores de riesgo de vínculo madre e hijo perjudicado, la separación, la inadecuación de espacios destinados para visitas frecuentes, para el ordeño y para destinar la leche materna a los niños.

La importante separación vivenciada por esas madres lactantes, sumado al riesgo anunciado de la lactancia interrumpida, se traduce como la ruptura del vínculo entre madre e hijo. Inevitablemente, habrá una quiebra en el proceso de lactancia y, consecuentemente, interrupción de esa importante interacción sensorial entre madre y bebé. En concordancia, la literatura muestra que ese vínculo que antecede a la propia concepción crece durante la gestación y se concreta en el puerperio, considerado como responsable por despertar en el niño la sensación de pertenencia, referencia de gran valor para la estructuración de la personalidad⁽⁸⁾.

La ley 11.942, de 28 de mayo de 2009, asegura condiciones mínimas de asistencia a la mujer en el prenatal y en el posparto y, cuando la lactante se encuentra presa, define que las instituciones penales femeninas deben ser dotadas de cuarto de lactantes, para que las detenidas puedan cuidar y amamantar al menos hasta los 6 meses de edad del niño. Tales instituciones deben también estar dotadas de guardería, para albergar a niños mayores de 6 meses y menores de 7 años⁽⁵⁾.

La ausencia de lugares adecuados para la LM en el sistema penitenciario perjudica a la madre e hijo. Sin embargo, cuando el sistema penitenciario proporciona políticas y servicios adecuados para las mujeres lactantes en privación de libertad, y sus bebés permanecen con ellas, los resultados pueden ser positivos y duraderos. Así, el Estado necesita aumentar las inversiones en la salud de esta población con el objetivo de contribuir a la salud física y mental del binomio madre-hijo⁽⁹⁾.

No obstante el encarcelamiento de esos niños, éste parece ser una ventaja por el mantenimiento del vínculo materno y efectivización de la lactancia, extremadamente necesarios para su crecimiento y desarrollo sano. Sin embargo, se hace necesario repensar y evaluar los beneficios para los niños al someterlos al ambiente prisional, considerando el espacio físico deficiente y las limitaciones nutricionales y recreativas a las que quedan expuestos⁽¹⁰⁾.

A partir de estos problemas enumerados en cuanto a las condiciones físicas inadecuadas del sistema penitenciario para promover la LM, se encadenan otros problemas tales como el Riesgo de lactancia interrumpida. Este DE etiquetado por las investigadoras no forma parte de la taxonomía de la NANDA-I, sin embargo, fue asignado para esa población por la vulnerabilidad de la quiebra de la continuidad del proceso de lactancia. Este entendimiento parte del concepto del DE “Lactancia interrumpida (00105)”, definido como “quiebra de la continuidad del ofrecimiento de leche a un lactante o niño pequeño, directo del pecho, que puede comprometer el éxito de la lactancia y o el estado nutricional del bebé/niño”⁽⁶⁾.

Así, los factores de riesgo encontrados en el proceso de lactancia se refieren a la incapacidad o inconveniencia de colocar al niño en el pecho para mamar y la necesidad de destetar el bebé repentinamente. En este sentido, estudios en profundidad son necesarios para evidenciar otros factores de riesgo para el DE Riesgo de lactancia interrumpida, a fin de someterlo a la NANDA-I⁽⁶⁾ como un nuevo DE.

Se resalta que para evitar estos factores de riesgo es necesario un ambiente adecuado para la LM y la promoción de la salud del niño al ofrecer elementos nutricionales e inmunológicos que disminuyen el riesgo de desarrollar alergias, patologías pulmonares recurrentes e infecciones bacterianas; y, para la madre, la lactancia promoverá la involución uterina, disminuir el riesgo de hemorragia en el post parto y hacerla volver al peso anterior al embarazo⁽¹¹⁾.

A pesar del derecho de amamantar a las mujeres en privación de libertad, dispuesto en bases legales, como la Constitución Federal Brasileña, que asegura que las presidiarias permanezcan con sus hijos durante el período de la lactancia⁽¹²⁾, y en consonancia con la Ley de Ejecución Penal (LEP), en su artículo 83, § 2º, que define el ambiente prisional femenino como dotado de un lugar ideal para la promoción de esa práctica⁽¹³⁾, las madres reclusas están privadas de vivir la LM de forma espontánea y completa por el tiempo que creen necesario.

Se destaca que identificar factores de riesgo puede asegurar el cumplimiento del Estatuto del Niño y del Adolescente. El estudio muestra que la promoción y el apoyo de la lactancia materna dentro del sistema penitenciario pueden contribuir positivamente al proceso de resocialización. Apoyar esta práctica dentro y fuera de las instalaciones penitenciarias es fundamental, sin embargo, se hace necesario un soporte legal y condiciones favorables para la convivencia del binomio madre-hijo⁽¹⁴⁾, ya que la LM no sólo significa nutrir, sino que traduce también el vínculo, el afecto y la protección⁽¹¹⁾. A pesar de que el niño siente necesidad física de leche, su necesidad emocional es igualmente fuerte.

Las madres presas, participantes de estudio realizado en Inglaterra y Gales, resaltaron que dentro del ambiente prisional el espacio físico es limitado, incómodo, inseguro e insalubre. Pero que, aún así, dentro del presidio encuentran lugares seguros para cuidar y discutir sentimientos como culpa, remordimiento y desesperanza con sus hijos. A pesar de la realidad, las mujeres relatan que estos factores ambientales pueden ser tolerados por el deseo de estar cerca del hijo⁽¹⁵⁾.

La mayoría de los presidios brasileños establecen un plazo máximo para la permanencia del niño junto a la madre,

y, cuando se ha agotado el plazo, el niño es entregado al cuidado de terceros, lo que dificulta o impide la lactancia. Se vive actualmente el dilema, en el cual el niño no puede ser visto como la justificativa de liberación de esas lactantes, al mismo tiempo que no debe ser sometida a cumplir la pena de privación de libertad materna, principalmente en el actual escenario. La solución ya existe en diversos instrumentos legales, que preconizan grandes cambios en la estructura penitenciaria, como la creación de más instituciones penitenciarias y adecuadas para el público femenino^(5,12-13).

Otros diagnósticos de enfermería por la taxonomía de la NANDA-I⁽⁶⁾ se identificaron: “Patrón de Sexualidad ineficaz” (00065), definido como “expresiones de preocupación en cuanto a la propia sexualidad”. Las características definidoras presentes en la población de este estudio, en consonancia con ese diagnóstico fueron: alteración en la actividad sexual, alteración en las relaciones con personas significativas, alteraciones en el comportamiento sexual, dificultades en la actividad sexual y cambio en el papel sexual.

Los cambios hormonales del embarazo, los acontecimientos del parto, como episiotomías o laceraciones, cambios físicos del estado gestacional, cansancio por noches mal dormidas y cambios de papeles, en los que el hombre y la mujer se ven sólo como padre y madre, pueden desencadenar alteraciones de los patrones de actividad sexual, independientemente de la cárcel⁽¹⁶⁾. Sin embargo, las alteraciones presentes en las alimentaciones de este estudio no sólo se relacionan con el período post-parto, sino que son principalmente agravadas por la pena de privación de libertad, barreras físicas e inexistencia de política interna y espacio apropiado para la realización de la visita íntima.

Las mujeres privadas de libertad parecen tener más probabilidades de desarrollar trastornos de personalidad por falta de apego, llevándolas a la ansiedad, impulsividad y cuestiones importantes en relación a la identidad⁽¹⁷⁾. Muchas de estas mujeres, motivadas por la soledad y en busca de protección y cariño, adoptan identidades alternativas de género y orientación sexual. Algunas asumen identidades masculinas dominantes en la búsqueda de satisfacer deseos afectivos y eróticos bajo la coacción del encarcelamiento⁽¹⁸⁾.

La Resolución del Consejo Nacional de Política Criminal y Penitenciaria (CNPCCP), nº 04, de 29 de junio de 2011, define que la visita íntima, “recepción por la persona presa, nacional o extranjera, hombre o mujer, de cónyuge u otro en el establecimiento penitenciario en que esté recogido”, debe ocurrir en un ambiente reservado, cuya privacidad e inviolabilidad se asegure a las relaciones heterosexuales y homoafectivas, debiendo la dirección del establecimiento prisional asegurar la visita íntima, al menos, una vez al mes⁽¹⁹⁾.

Promover el acceso a las visitas reduce los índices de violencia sexual en las cárceles por disminuir la tensión emocional de los presos y por proteger el mantenimiento de la relación afectiva del condenado con el compañero(a). La negación de ese derecho puede generar problemas psicológicos, favoreciendo conductas inadecuadas, deformando la autoimagen del recluso(a), destruyendo su vida conyugal, ya sacudida por la cárcel, provocando el debilitamiento o la quiebra de vínculos. Se trata de un derecho viable, aunque de forma precaria, en establecimientos

penitenciarios destinados a hombres, pero una realidad que no alcanza a todas las mujeres en privación de libertad⁽¹⁾.

El DE “Conocimiento deficiente (00126) sobre lactancia materna” fue evidenciado tras la aplicación de una encuesta sobre LM que identificó respuestas erróneas de las nutriciones sobre conocimientos básicos de lactancia. Según NANDA-I⁽⁶⁾, el DE “conocimiento deficiente” (00126) se define como la “ausencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico”⁽⁷⁾.

Al considerar que somos educados en conjunto y que ese proceso es mediado por el mundo⁽²⁰⁾, se percibe que el conocimiento no puede ser entendido sólo como asimilación y acumulación de informaciones. Es el resultado de una construcción colectiva, nacida de la interacción con el mundo y entre individuos, se constituye como un importante subsidio para el cambio de actitudes, la adopción de nuevas formas de pensar, el desarrollo y la ampliación de un ser. Para el enfermero insertado en el ambiente carcelario como educador de salud, es difícil e importante la misión de romper barreras y tabúes sociales, ofrecer y compartir informaciones, contribuyendo para el empoderamiento de las madres lactantes y quitar estigmas.

Aunque el conocimiento es necesario, por sí solo no es suficiente para la incorporación de hábitos saludables. Un estudio cualitativo, realizado con 152 lactantes norteamericanas, que en las primeras 72 horas posparto ya habían introducido fórmulas lácteas, indicó que la toma de decisión materna relacionada a la alimentación infantil es multifactorial⁽²¹⁾.

A pesar de la adopción y el mantenimiento de la LM ser influenciado por diversos factores, tener conocimiento sobre la práctica permite un mayor fundamento para la toma de decisiones asertivas. En este proceso, se destaca el papel de profesionales de salud en la promoción de una educación continua, destinada a ayudar a los clientes a desarrollar y aprehender conocimientos, habilidades, actitudes y auto-conocimiento, necesarios para asumir de manera efectiva y responsable las decisiones acerca de su salud⁽²²⁾.

Las vivencias durante el prenatal son factores importantes para el empoderamiento de esa lactante sobre la práctica de la LM. A partir de las informaciones recibidas, los conocimientos serán generados y ayudarán a esa mujer durante la preparación y el mantenimiento del proceso de lactancia. En este escenario, el enfermero debe asumir su papel de orientador, educador y consejero para ofrecer una asistencia de calidad al binomio madre-hijo. El desafío es preparar, desde el período gestacional, a las madres para el proceso de lactancia. El aumento del conocimiento y la confianza de las mujeres embarazadas en su capacidad para decidir y actuar contribuirá al dominio y al éxito de la lactancia materna⁽²³⁾. De esta forma, se entiende que acciones educativas sobre LM en el sistema penitenciario son necesarias para promover el empoderamiento y debe comenzar en el embarazo.

El DE “Actividad de recreación deficiente” (00097) se define como “Estimulación (interés o compromiso) disminuida en actividades recreativas o de ocio”. Entre las características definitorias citadas por la NANDA-I⁽⁷⁾, se evidenció, en las declaraciones de las lactantes, los relatos de sentirse aburrida y la imposibilidad de realizar los pasatiempos habituales en la cárcel.

En el sistema carcelario brasileño, marcado por cárceles y penitenciarias con estructuras arcaicas, precarias, improvisadas y que no acompañan el crecimiento de la población carcelaria, es notoria la escasez de actividades de ocio o de ocupación, situación agravada por la superpoblación, que ocasiona, consecuentemente, ausencia de espacios propios destinados a actividades físicas y de recreación.

Las lactantes de este estudio, después del parto y hasta los niños cumplen 6 meses de edad, quedan en un lugar reservado, separadas de las demás detenidas. La televisión y el “baño de sol”, momento en que salen de la celda privada y pueden pasear con sus bebés en el patio del pabellón, parecen ser las pocas oportunidades de ocio.

La ausencia de actividades es reafirmada a partir de las palabras de esas mujeres, cuando relatan que les gustaría poder realizar algún tipo de actividad para pasar el tiempo, refiriendo ociosidad. Además del *déficit* de recreación, se observó en el escenario del estudio la superpoblación, el espacio físico restringido y el cuadro personal insuficiente para atender a la demanda. En un levantamiento, realizado en el mes de octubre/2014, estaban reclusas 919 mujeres, aunque la capacidad total es de 275 detenidas.

Es necesario subrayar que el derecho a la recreación está establecido como derecho del ciudadano, independientemente de género, etnia, edad o clase social. La negación de este derecho repercute en el compromiso de otro, también presente en dispositivos legales, la salud. El ocio, entendido como actividades realizadas por espontánea voluntad, como forma de descanso, diversión o entretenimiento, actividades que generan placer, actúa notoriamente como amortiguador de estrés y factor promotor de bienestar y salud mental⁽²⁴⁾, a ejemplo de la práctica de deportes y ejercicios físicos.

La LEP trae como derecho del individuo en privación de libertad, proporcionalidad en la distribución del tiempo para el trabajo, el descanso y la recreación, también establece, en su artículo 83, que el establecimiento penal debe poseer áreas y servicios destinados a ofrecer asistencia, educación, trabajo, recreación y práctica deportiva⁽⁵⁾. De esta forma, se entiende que ese es otro derecho que viene siendo cercenado, generando, por consiguiente, daños a la integridad física y mental de esas mujeres.

Hay necesidad, también, de cambios en el perfil y la actitud de los profesionales, principalmente de aquellos involucrados en la asistencia de salud prestada a esas mujeres, en especial el enfermero, que debe ejercer el importante papel de educador en salud, proporcionando informaciones, componiendo saberes, cambiando actitudes y paradigmas, siendo agente promotor de salud y calidad de vida en el ambiente carcelario.

CONCLUSIÓN

Por medio de los Diagnósticos de Enfermería identificados, se percibe que las lactantes en privación de libertad experimentan cotidianamente situaciones de vulnerabilidad a su salud y a sus demás derechos, a pesar de la existencia de innumerables instrumentos legales que garantizan a esas mujeres el acceso a derechos y en consecuencia, la protección a la persona humana. Los DE identificados retratan situaciones influenciadas por factores sociales y culturales, inherentes a las lactantes, pero agravados por el ambiente a que se exponen en la cárcel.

Los Diagnósticos de Enfermería encontrados en las madres lactantes participantes del estudio no son exclusivos de esa población, plantean problemas y fragilidades que pueden estar presentes en otras inclusive no expuestas al ambiente de la cárcel. Sin embargo, algunos factores relacionados de los respectivos diagnósticos pueden ser exclusivos del ambiente carcelario, agravando los problemas que esa nutrición podría presentar.

Otro agravante se refiere a las barreras en lo que se refiere a intervenciones eficaces en los diagnósticos de enfermería enumerados, ya que la resolución de parte de los problemas encontrados está directamente relacionada al cumplimiento de los términos dispuestos en los instrumentos legales vigentes.

Por último, a pesar de que los diagnósticos de enfermería aquí presentados no pueden ser generalizados, considerando que proceden de una única unidad prisional, se muestran relevantes para la dinámica de la atención a las mujeres/madres privadas de libertad, brindando informaciones que contribuirán a la práctica interdisciplinaria en la planificación de acciones, tales como intervenciones educativas que lleven al conocimiento más eficaz de esa clientela, disminuyendo sus características más definidoras y sus factores relacionados, en especial los exclusivos del ambiente carcelario. Además, se sugiere que otros estudios sean realizados para contemplar otras realidades penitenciarias del país.

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.

RESUMO

Objetivo: Identificar os Diagnósticos de Enfermagem de nutrízes 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 nutrízes participantes do estudo. **Conclusão:** Os Diagnósticos de Enfermagem identificados não são exclusivos das nutrízes 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.

DESCRIPTORES

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

REFERENCIAS

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/11942.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 em 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. Radzimirski 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

