



**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA
INFLUÊNCIAS CULTURAIS NO SER E TORNAR-SE MÃE EM UM
CONTEXTO ANGOLANO**

Susana América Neves Rodrigues

Relatório de estágio, orientado pela Prof. Doutora Rita Fernandes e coorientadora Prof. Goreti Marques e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Novembro de 2022

Porto

“Um amor mais forte que tudo, mais obstinado que tudo, mais duradouro que tudo, é somente o amor de mãe”

Paul Raynal

AGRADECIMENTOS

A todas as mães que aceitaram participar no nosso estudo partilhando connosco as suas experiências relativas à sua nova condição de mães. A atenção, simpatia e disponibilidade, a todas elas o nosso sincero obrigado.

Às Professoras Doutoras Rita Fernandes e Goreti Marques, pela orientação, amizade e estímulo dispensados.

À instituição de saúde que aceitou colaborar no nosso estudo.

Família, a todos vós, pelo vosso amor, paciência, compreensão e ânimo!

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

E	Entrevista
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ESIP	Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
OE	Ordem dos Enfermeiros
ONGs	Organizações Não Governamentais
PAV	Plano Alargado de Vacinação Angolano
REPE	Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

Com a diversidade cultural cada vez mais presente, o cuidar de clientes provenientes de qualquer parte do mundo é uma realidade e que apresenta inúmeros desafios para a enfermagem. Neste contexto, surge a necessidade de que os cuidados prestados sejam culturalmente competentes, tendo sempre como objetivo contribuir para o bem-estar e maximização da saúde, respeitando a identidade de cada indivíduo, família, grupo, comunidade e/ou instituição.

O presente relatório de estágio tem como objetivo geral relatar as atividades que, depois de refletidas e analisadas, conduziram à aquisição e/ou ao desenvolvimento de competências na área de especialização de Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, em Portugal e em Luanda, com especial enfoque nas influências culturais no ser e tornar-se mãe em um contexto angolano.

Este relatório é constituído por dois capítulos: no primeiro capítulo, pretende-se refletir criticamente no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica nos diferentes campos de estágio, realizados em Portugal e Angola, com suporte na evidência científica, nas tomadas de decisão e em particular no cuidar culturalmente competente à criança, ao jovem e à família. Posteriormente, no segundo capítulo, desenvolveu-se um estudo qualitativo para compreender as influências culturais no ser e tornar-se mãe em um contexto angolano, que resultou numa proposta de intervenção neste domínio, permitindo caracterizar a importância da criança para a família, identificar as formas de parentalidade existentes e compreender como a cultura interfere no processo de relação entre mãe e filho(a).

As competências desenvolvidas ocorreram principalmente ao nível do domínio da prestação de cuidados específicos, para dar resposta às necessidades ao longo do ciclo de vida e desenvolvimento da criança, do jovem e da família. O percurso percorrido permitiu-nos compreender como é que as influências culturais interferem no processo de ser mãe.

Palavras-chaves: Vinculação, Cultura Angolana, Parentalidade, Competências Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT

With cultural diversity increasingly present, caring for clients from any part of the world is a reality that presents numerous challenges for nursing. In this context, there is a need for the care provided to be culturally competent, always aiming to contribute to the well-being and maximization of health, respecting the identity of each individual, family, group, community and/or institution.

The general objective of this internship report is to present the activities that after being reflected and analyzed, led to the acquisition and/or development of skills in the specialization area of Child and Pediatric Health Nursing in Portugal and in Luanda with special emphasis on cultural influences of being and becoming a mother in an Angolan context.

This report consists of two chapters: in the first chapter we intend to critically reflect on the development of competencies of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing in the different internship fields, carried out in Portugal and Angola, supported by scientific evidence in decision-making and in culturally competent care to the child, young and family. Subsequently, in the second chapter, a qualitative study was developed to understand the cultural influences on being and becoming a mother in an Angolan context, which resulted in an intervention proposal in this domain, allowing the characterization of the importance of the child in the family, identification of existing forms of parenting and understanding how culture interferes in the relationship between mother and child.

The skills developed mainly occurred in the domain of providing specific care to respond to the needs through the life cycle and development of the child, young, and family. The path taken allowed us to understand how cultural influences interfere with the process of being a mother.

Keywords: Bonding, Angolan Culture, Parenting, Competencies of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS	15
ÍNDICE DE TABELAS	17
INTRODUÇÃO	19
1. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO	23
1.1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	25
1.1.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.....	26
1.1.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.....	31
1.1.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem	34
2. INFLUÊNCIAS CULTURAIS NO SER E TORNAR-SE MÃE EM ANGOLA	41
2.1. PARENTALIDADE EM CONTEXTO ANGOLANO	41
2.1.1. Ser criança em Angola	42
2.1.2. Ser mulher em Angola	43
2.1.3. Parentalidade	44
2.1.4. Parentalidade em um meio socio económico desfavorecido.....	47
2.1.5. Fuga à paternidade	48
2.1.6. Estilos parentais	49
2.1.7. A influência das crenças na parentalidade	50
2.1.8. Enfermeiro como ser culturalmente competente.....	51
2.2. METODOLOGIA.....	54
2.2.1. Tipo de estudo de investigação	55
2.2.2. População-alvo e amostra	56
2.2.3. Procedimentos éticos.....	56
2.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	58
2.3.1. Influências culturais no ser mãe em um contexto angolano.....	59
2.3.2. O papel da criança.....	59
2.3.3. Papel da mãe na educação dos filhos	63
2.3.4. Expetativas nas relações entre mães e filhos e filhos e mães na experiência pessoal e familiar da mãe.....	65
2.3.5. Aspetos familiares e culturais de perceber a família	67
2.3.6. Apoio familiar	70
2.4. SER E TORNAR-SE MÃE EM UM CONTEXTO ANGOLANO.....	73
2.4.1. O “Kandengue”	74

2.4.2. Autoridades decisoras na educação do “Kandengue”	76
2.4.3. Diferentes dinâmicas familiares.....	77
2.4.4. Diferentes aspetos de percecionar a “Kanda”	79
2.4.5. Redes de suporte à mãe	81
2.5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	83
CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
APÊNDICES.....	105
APÊNDICE 1 – FOLHETO INFORMATIVO- EM QUE SITUAÇÕES DEVE LEVAR O SEU FILHO À URGÊNCIA	
APÊNDICE 2 - PALESTRA PRIMEIROS SOCORROS “O KITO ESTÁ DOENTE”	
APÊNDICE 3 - ECOMAPAS E GENOGRAMAS 1 A 18	
APÊNDICE 4 - GUIÃO DA ENTREVISTA -DESCRIÇÃO DO AMBIENTE FAMILIAR	
ANEXOS	
ANEXO 1 - PLANO ALARGADO DE VACINAÇÃO ANGOLANO (PAV)	
ANEXO 2 - PLANO DE VACINAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	
ANEXO 3 – ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA	
ANEXO 4 – PARECER DO NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO E DA COMISSÃO DE ÉTICA (CE2022/20)	
ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	
ANEXO 6 - CONSENTIMENTO INFORMADO	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo ecológico da parentalidade, adaptado de Kotchick e Forehand (2002) e Luster e Okagaki (2005).	45
Figura 2 - Modelo Sunrise (Reis et al., 2012).....	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra.....	57
Tabela 2 -Temática e categorias relativas	59
Tabela 3 - Temática “O papel da criança”, categorias ,subcategorias e respectivas unidades de registo	60-61
Tabela 4 - “Papel da mãe na educação dos filhos”, categorias, subcategorias e respectivas unidades de registo.....	63-64
Tabela 5 - “Expetativas nas relações entre mães e filhos e filhos e mães na experiência pessoal e familiar da mãe”, categorias,subcategorias e unidades de registo.	66
Tabela 6 – Categoria “Aspetos familiares e culturais de percecionar a família” e subcategorias	68
Tabela 7 - Temática “Apoio familiar”, categorias,subcategorias relativas e unidades de registo.	70-71

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria, tem como principal objetivo descrever o desenvolvimento do percurso formativo e do processo de aquisição e desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

Considerando que na prestação de cuidados os pais são os melhores prestadores de cuidados, tornando-se parceiros na prestação de cuidados à criança, é fundamental o apoio dos enfermeiros durante as transições do ciclo de vida e as associadas às de saúde-doença, para que desenvolvam intervenções promotoras da parentalidade, com o objetivo de desenvolverem conhecimentos e de os capacitar de competências parentais, para prestarem cuidados aos seus filhos.

Ao longo deste percurso e enquanto enfermeira prestadora de cuidados à criança/jovem e família em situação crítica, percebeu-se que o cuidar em Enfermagem vai para além da técnica, que engloba também estratégias para diminuir o impacto e a ansiedade provocados pela doença, tanto a nível físico, como a nível emocional. O enfermeiro acompanha a família na avaliação dos conhecimentos existentes sobre a doença e os seus receios, neste contexto houve a necessidade de desenvolver e aprofundar conhecimentos e capacidades para cuidar da criança/jovem e família em situações de elevada complexidade, para além das transições desenvolvimentais.

As atividades desenvolvidas foram baseadas nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, conduzindo à aquisição de competências que conferem o grau de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tendo por base os objetivos definidos, nomeadamente: assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; prestar cuidados de Enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Considerando a infância uma etapa desafiante em todas as dimensões do crescimento e desenvolvimento, é de extrema importância, capacitar os pais para a adequada prestação de cuidados à criança, ambicionando assim o alcance de todos os pressupostos fundamentais para a obtenção de uma parentalidade positiva.

No contexto da globalização económica, social e cultural em que vivemos, o convívio, cada vez mais regular entre culturas, representa um desafio constante. Numa sociedade cada vez mais multicultural, as culturas têm uma elevada influência na forma de pensar e de agir das famílias (Basem et al., 2021). A experiência e o significado de doença/saúde, assim como do tratamento, estão enraizados em determinadas e diferentes crenças e valores culturais aos quais os cuidados de saúde devem ser sensíveis (Valizadeh et al., 2017).

Por este motivo, os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos e ferramentas necessárias para promover cuidados de excelência e por sua vez, os cuidados de saúde devem ser culturalmente competentes. Em particular o Enfermeiro ESIP deverá compreender as famílias em contexto de desvantagem socioeconómica, identificando os próprios subsistemas, compreender a interação dos diferentes sistemas e das suas condições inerentes, para melhorar a intervenção e eficácia terapêutica (Foss-Kelly et al., 2017).

Quando se fala no cuidar em pediatria, pressupõe-se que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades e competências respondendo às necessidades da criança e da sua família, estabelecendo com estas uma relação terapêutica e valorizando-se a parentalidade. A competência cultural em enfermagem refere-se à compreensão das influências culturais sobre as crenças de saúde e os comportamentos das pessoas, com base numa consciência adquirida pelos enfermeiros sobre os estilos de vida próprios das populações. Para que seja possível compreender as experiências vivenciadas repletas de valores compartilhados socialmente, é necessário trabalhar com base na cultura, de modo a identificar os elementos fundamentais e geradores de condutas que orientam as práticas de saúde.

Esta temática surgiu não só pela pertinência relacionada com a realidade multicultural cada vez mais presente nas sociedades, mas essencialmente para perceber melhor a sociedade em que se encontra inserida. A seleção das instituições para campos de estágio baseou-se não só no desenvolvimento de competências de Enfermeiro ESIP, mas, também, no aprofundamento da temática: as influências culturais no ser e tonar-se mãe, em um contexto angolano. Para a concretização deste percurso, foram realizados estágios em diversas áreas de intervenção: o contexto da hospitalização foi realizado em Portugal, numa unidade hospitalar do Grande Porto, iniciado em dezembro de 2021, o Estágio de Pediatria na Comunidade e o Estágio em Centros de Desenvolvimento e Unidades de Apoio à criança, foram realizados em Luanda.

Ao longo dos diversos estágios, foi importante observar que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica necessita de ser culturalmente competente, uma vez que em qualquer lugar terá de saber lidar com a possibilidade de contactar com uma realidade multicultural e a necessidade de compreender as diferentes culturas. Através dos mesmos, pretendeu-se também avaliar a importância da criança para a família no contexto angolano, identificar as formas de parentalidade existentes e compreender como a cultura interfere no processo de relação entre mãe e filho(a).

Neste contexto, este relatório é constituído por dois capítulos. No primeiro capítulo, pretende-se refletir criticamente sobre o desenvolvimento de competências do Enfermeiro ESIP nos diferentes campos de estágio, com suporte na evidência científica no processo de tomada de decisão. No segundo capítulo é desenvolvida uma investigação predominantemente qualitativa, com recurso a 18 entrevistas a mães angolanas de um contexto específico de Luanda. Neste sentido, foi apresentada a fundamentação teórica, os pressupostos metodológicos da investigação, assim como os procedimentos formais e éticos, os resultados e a discussão sobre a perceção das influências culturais no ser e tornar-se mãe em contexto angolano, e uma proposta de intervenção. O relatório culmina com uma breve conclusão sobre o trabalho desenvolvido.

1. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO

Ao longo deste capítulo descreve-se brevemente o percurso formativo, apresentam-se os seus objetivos gerais e específicos e as atividades desenvolvidas.

Através das aulas lecionadas com os estágios experienciados, foi possível prestar cuidados de saúde diretos à população, planear cuidados de saúde quer em contexto hospitalar, quer na comunidade, tal como participar na organização e implementação de ações de formação para enfermeiros e para a população.

Neste capítulo são descritas as atividades desenvolvidas e organizadas de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e integradas quer nas competências inerentes aos Enfermeiros Especialistas quer nas específicas dos Enfermeiros ESIP.

Ao longo do percurso formativo, foi possível demonstrar uma prática que respeita os direitos humanos, analisando e interpretando as situações específicas de cuidados especializados, e gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Num contexto multicultural, e respeitando os valores, costumes e as crenças, foi possível estabelecer empatia para com a criança/família, especificando os cuidados adequados à situação.

Perante uma equipa jovem e com um baixo nível de literacia, no âmbito do estágio da comunidade em Angola, houve a possibilidade de gerir a equipa, fomentando a segurança e a privacidade da criança/família. Por este motivo, ao longo dos estágios decorridos em Angola, foi importante que o Enfermeiro ESIP apresentasse um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas, sempre com o objetivo de melhorar a qualidade da prestação de cuidados nos diversos contextos.

Durante a formação, desenvolveu-se um protocolo de forma a incentivar os pais ou responsáveis legais a acompanharem as crianças/jovens nas consultas. O mesmo foi aprovado pela Direção da instituição, que já se encontra a ser aplicado, mas ainda aguarda a sua publicação formal, isto a fim de promover a vinculação e destacar a importância da parentalidade. A necessidade da criação deste protocolo deve-se ao facto de se observar que neste contexto é de extrema importância a criação de estratégias para melhorar a vinculação, entre pais e crianças, a fim de promover a parentalidade.

De acordo com o que foi referenciado, durante o percurso formativo, esclareceu-se a equipa de enfermagem da importância da formação, na promoção da vinculação, as influências culturais sobre a parentalidade e a necessidade de investigar mais sobre esta temática.

O Enfermeiro ESIP tem um papel fundamental na promoção do desenvolvimento da criança, na definição das necessidades da criança e família, necessitando de um plano de cuidados com intervenções, com o objetivo de contribuir para a sua qualidade de vida e desenvolvimento da sua autonomia. Desta forma, a assistência de Enfermagem tem como finalidade minimizar o impacto de situações problemáticas identificadas, progredindo para o pleno bem-estar físico e psicológico. O papel dos enfermeiros é fundamental na vinculação da tríade pai/mãe/filho. A promoção da saúde, o incentivo ao aleitamento materno e a integração dos pais no cuidado dos seus filhos são alguns exemplos das medidas que devem estar sempre presentes nos serviços e os cuidados devem ser agrupados de forma a respeitar o sono e o repouso da criança/jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No estabelecimento de uma relação de partilha de conhecimentos o Enfermeiro ESIP promove a pesquisa na sua área de formação e desenvolve uma comunicação eficaz para compreender as atividades de cada profissional de saúde, compartilhar ideias e decisões necessárias, tendo como objetivo melhorar o bem-estar da criança e família. Essa forma de recolher informação e reforçar o envolvimento de todos os técnicos nas tomadas de decisões tem como propósito garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Ao cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, o Enfermeiro ESIP implementa e gere, junto com a família, um plano de saúde promotor de parentalidade, em particular pela promoção da aprendizagem de habilidades específicas e individuais à criança e à família, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde /doença pela procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem , reforçando-se novamente, a importância às famílias da maximização do potencial de desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2019) .

De acordo com o descrito, foram desenvolvidas ao longo deste percurso, competências específicas do Enfermeiro ESIP, como a parceria de cuidados em cada área de assistência à criança, especificamente de competências relativas à promoção da parentalidade.

As competências desenvolvidas ao longo desde percurso fazem parte das competências específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro ESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em seguida, reflete-se sobre o desenvolvimento das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas nos seus variados domínios e posteriormente, das competências específicas do Enfermeiro ESIP.

1.1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A competência de um profissional manifesta-se como cada indivíduo consegue articular os seus conhecimentos, recursos e competências, com a finalidade de orientar eficazmente um conjunto de situações profissionais, não se limitando apenas a um conjunto de conhecimentos adquiridos (Côté, 2018).

O desenvolvimento de competências enriquece a capacidade interventiva do enfermeiro, promovendo a qualidade dos cuidados prestados ao cliente. Os enfermeiros, no sentido de caminharem para a excelência nos cuidados, necessitam de permanente formação, de forma a darem respostas às necessidades do cliente/família, sendo o Enfermeiro Especialista detentor de competências, que se articulam entre si, competências essas na área do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

O Enfermeiro Especialista tem um papel crucial na gestão dos cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, de forma a garantir a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, adequando os recursos necessários à prestação dos cuidados e adotando sempre um estilo de liderança adequado.

As competências apelam à integração de diferentes saberes e o Enfermeiro Especialista não as pode restringir apenas à sua competência científica. É fundamental que seja igualmente competente do ponto de vista pedagógico, pessoal e cultural (Alarcão & Tavares, 2015). Estas competências, enquanto Enfermeiro Especialista, são subjacentes às decisões tomadas com base nas teorias desenvolvidas no decorrer do estágio.

De acordo com os diferentes contextos, o Enfermeiro Especialista sente uma necessidade de aumentar os níveis de conhecimento específicos aos diversos contextos e para tal a aquisição de novos conhecimentos, para o desenvolvimento de competências capazes de dar respostas adequadas às necessidades específicas dos indivíduos.

1.1.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

O Enfermeiro ESIP assiste a criança e família, em situações de especial complexidade e presta cuidados específicos no desenvolvimento da criança (OE, 2018). Assim, deve reconhecer e compreender as necessidades das crianças/jovens e dos pais, prestando cuidados centrados na família, de forma a diminuir o *stress* provocado na mesma. Estes profissionais necessitam de direcionar a sua intervenção não só para a relação criança/jovem/família, mas também considerando o ambiente, tendo em conta os fatores protetores e de *stress*, associados às suas vivências (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Para o enfermeiro ser capaz de lidar com situações novas e complexas, com o objetivo de obter soluções e refletir sobre as suas decisões, é importante que consiga diagnosticar, planejar, intervir e avaliar. Para tal, nem sempre o enfermeiro dispõe de toda a informação, necessitando de observar e investigar, para realizar uma correta identificação do problema (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Considerando a criança como um ser vulnerável, e a progressiva autonomização e o binómio criança/família como o foco do cuidar, o Enfermeiro ESIP deve estabelecer uma parceria de forma a promover a otimização da saúde, adequando a gestão do regime terapêutico e da parentalidade (Regulamento nº 422/2018, 2018).

No desenvolvimento da competência ***implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem***, ao longo deste percurso nomeadamente, em internamento hospitalar em Portugal, e no âmbito dos cuidados culturalmente competentes, como enfermeira, foi imprescindível estar atenta às famílias provenientes de outros contextos socioculturais, uma vez que, algumas famílias pertenciam a uma minoria étnica, tornam-se por vezes vulneráveis nos aspetos relacionados com a saúde.

O Enfermeiro ESIP necessita ser capaz de implementar e gerir em parceria com a família, um plano de saúde, promovendo a parentalidade de acordo com as características familiares encontradas ao longo do seu percurso. Acrescentando, o desenvolvimento de capacidades para gerir o regime e da reinserção social da criança /jovem, através da procura sistemática de oportunidades para trabalhar em parceria com os pais, capacitando e negociando o seu envolvimento nos cuidados, utilizando para isso estratégias motivadoras para o desenvolvimento de competências na assunção de papéis (Pedroso, 2017).

Como enfermeira mestranda, foi importante contactar com crianças em todas as etapas do ciclo vital, desde o nascimento até à adolescência, em diversos contextos, prestando cuidados direcionados de acordo com as suas especificidades e exigências de cada uma destas etapas e tendo em conta cada contexto específico, promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde o nascimento até à adolescência, e dando resposta às competências específicas do EESIP.

Deste modo, tentou-se adotar uma abordagem transcultural de forma adaptada às dinâmicas familiares. Em Portugal, foi fundamental reconhecer a necessidade de o Enfermeiro ESIP respeitar e trabalhar com as diferenças da pessoa de etnia cigana, adotando, para o efeito um tipo de comunicação adequada e adaptada às diferenças de linguagem cultural, a fim de estabelecer uma comunicação eficaz. Assim, foi desenvolvido um processo de Enfermagem, utilizando o Sistema de Informação da Ontologia de Enfermagem, que se baseia na linguagem utilizada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® (CIPE), tendo como foco: a criança, a mãe, o pai, a dinâmica familiar, estimulando a sua participação em todas as fases do internamento, respeitando o contexto cultural, e as condições residenciais onde habita a família. Neste sentido, foram desenvolvidas intervenções autónomas do Enfermeiro ESIP ao longo do internamento, promovendo o conhecimento e as capacidades da família, potencializando os recursos familiares de forma a dar resposta às suas necessidades, tendo em conta o nível de literacia dos pais e aproveitando as oportunidades de enriquecimento da literacia em saúde.

O envolvimento e a participação da mãe nos cuidados foram intervenções autónomas, no sentido de a capacitar e criar oportunidades para revelar as suas aptidões e posteriormente, adquirir competências e conhecimentos para cuidar do seu filho, com mais autonomia. Neste âmbito, o Enfermeiro ESIP deve ser capaz de transmitir conhecimentos culturalmente competentes e adequados, que contribuam para o bem-estar da criança/família.

O desenvolvimento da criança exige por parte dos pais uma adaptação de expectativas, comportamentos, sentimentos e preocupações em função do seu estadio. As preocupações e os receios da família da criança devem ser sempre considerados, facilitando a informação de forma a que a mãe compreenda as principais características do desenvolvimento no que diz respeito à saúde do seu filho (Lopes, 2012). Esta competência necessita aliar-se ao conhecimento cultural do indivíduo para promover o

melhor cuidado nas diferentes formas de pensar, saberes e práticas de saúde (Oliveira & Rocha, 2019a).

Sendo estas competências do Enfermeiro ESIP, sempre que necessário foi do interesse da estudante verificar a necessidade de apoio da comunidade especificamente para algumas famílias, de acordo com as necessidades identificadas, com o objetivo de capacitar a criança e envolver a família nas estratégias e conhecimentos, desde o primeiro dia de internamento, uma vez que a preparação para a alta decorre desde este dia. Aquando da alta cabe ao enfermeiro a elaboração da carta de alta, para referenciar a criança e família à rede de cuidados comunitários de suporte. O Enfermeiro ESIP deve ter a sensibilidade e atenção às experiências populares da comunidade, não entrar em conflito com a cultura presente, valorizando o que é comprovadamente científico, mas respeitando as crenças da família e sua comunidade, praticadas ao longo de gerações (Melo et al., 2015).

Ao longo do estágio realizado em Angola, no contexto do serviço de urgência, no âmbito do desenvolvimento de capacidades para adquirir competências de Enfermeiro ESIP no cuidar da criança doente e família em situação de doença aguda ou crónica, considerou-se fundamental observar o funcionamento da equipa nas diversas situações, adotando sempre uma atitude crítica e reflexiva.

Numa sociedade em que culturalmente a criança cresce ao cuidado de terceiros, o maior desafio foi sensibilizar não só a equipa de saúde, mas também os pais/família, para a importância da vinculação no desenvolvimento da criança. A recusa de alguns pais em comparecerem na instituição a fim de acompanharem os filhos doentes ao serviço de urgência, foi um grande desafio deste estágio, uma vez que diariamente foi necessário realizar gestão de conflitos de acordo com o referenciado.

Outro desafio foi a promoção da vinculação num ambiente culturalmente diferenciado, respeitando os direitos da criança. Tendo em conta que os próprios profissionais de saúde compartilham crenças e significados culturais de saúde, sentiu-se necessidade de sensibilizar a equipa multidisciplinar para esta temática, obter a sua compreensão e a aceitação, incentivando a pesquisarem sobre a relação da evidência científica com a cultura.

Com o intuito de desenvolver competências parentais desenvolveu-se um folheto informativo, com o título “*Em que situações deve levar o seu filho a urgência*”, de forma a elucidar a população alvo baseado em Orientações da Direção Geral de Saúde de Portugal (Direção-Geral da Saúde, 2004, 2018), que foi entregue ao departamento de

marketing para ser trabalhado de acordo com as normas da instituição e posteriormente, a sua produção e distribuição. (Apêndice 1). Na comunidade, também num contexto angolano, foi importante o contacto com uma realidade multicultural, sendo necessário adaptar a linguagem e o conteúdo da informação às características do país de origem e diferentes subculturas.

No desenvolvimento de competências, foram realizados ensinamentos às mães sobre o desenvolvimento infantil e instruídas sobre os sinais de alerta, de acordo com a respetiva faixa etária (Direção-Geral da Saúde, 2013). A avaliação dos diversos planos de vacinação contribuiu para o aumento dos conhecimentos sobre a vacinação em inúmeros países e a necessidade de adaptar os planos vacinais de acordo com o Plano Alargado de Vacinação Angolano (PAV) e o plano internacional da clínica onde se realizou o estágio (Anexos 1 e 2).

Num país onde não existem profissionais, nem instituições que realizem saúde escolar na comunidade, todo este trabalho tem de ser realizado no âmbito da consulta de desenvolvimento, na referida instituição privada em Luanda.

Verificou-se a presença de um número elevado de crianças com menos de cinco anos, com cáries. Por conseguinte, foram também realizados ensinamentos de acordo com a idade da criança. Existe um grande desconhecimento por parte das famílias sobre a necessidade de vigilância precoce da saúde oral, e as suas consequências. O acompanhamento durante a higienização oral no domicílio é precário, o consumo de alimentos ricos em açúcar é elevadíssimo, desta forma, os ensinamentos foram uma realidade constante, incentivando a mãe e a criança à lavagem dos dentes e ao devido acompanhamento, ensinamentos estes baseados na Direção Geral de Saúde Portuguesa (Direção-Geral da Saúde, 2005).

Assim, foram mobilizados os conhecimentos previamente adquiridos de forma a lidar com as diversas situações que se deparou ao longo deste percurso, ao trabalhar a capacitação para integrar conhecimentos, lidar com as questões complexas já acima referidas, sensibilizando a equipa, estar desperta para estas situações e desenvolver reflexões e soluções em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções, através da multiplicidade de situações com que nos deparámos em contexto de estágio.

Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam prejudicar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

O Enfermeiro ESIP avalia as crianças, analisa os respetivos sinais de alerta e em conjunto com a equipa multidisciplinar da instituição define um plano de atividades que melhor se adequa às diferentes crianças e características pessoais, familiares e sociais. Desta forma, foram planeadas atividades, durante o estágio na comunidade, realizado em Luanda, que permitiu adquirir conhecimentos sobre as práticas relacionadas com o cuidado à criança e ao jovem em risco.

Em relação às crianças, vítimas de maus-tratos por parte dos pais, é fundamental a sensibilização da população para que as famílias e instituições, apresentem queixas contra os agressores e é crucial sensibilizar os direitos da criança em ser ouvida e valorizada pela sociedade.

Os lares existentes na comunidade de apoio à criança apresentam condições muito precárias, e não apresentam soluções para o problema. Nestes casos, as reuniões frequentes com a família são de extrema importância, trabalhando significados e crenças culturais, tal como ensinando procedimentos e comportamentos adequados para o bem-estar da criança.

Neste sentido, foi fundamental gerir e implementar um plano de saúde, promotor da parentalidade, permitindo a integração da criança na família e na comunidade. No contexto comunitário, desenvolveram-se atividades ocupacionais lúdicas com as crianças e jovens, aumentando a autoestima, reconhecendo os seus talentos, com o objetivo de melhorar o seu desenvolvimento (Souza et al., 2019). Atividades que se desenvolveram de acordo com as preferências das crianças/jovens, que passaram desde a dança, à música e até às artes plásticas, em vez de se encontrarem na rua, ocupava-se o seu tempo e desenvolvia-se as suas competências artísticas, além de terem um acompanhamento escolar articulado com os devidos estabelecimentos de ensino, sendo que alguns dos jovens no futuro poderão ser integrados no mercado de trabalho na empresa que apoia a instituição.

A família e/ou o principal cuidador, que o Enfermeiro ESIP encontra é muitas vezes constituída pelos irmãos mais velhos, e de acordo com esta realidade foi realizada uma palestra, a cerca de 100 crianças, dos sete aos 13 anos, sobre “*Primeiros Socorros*” baseada em normas e evidência (Direção-Geral da Saúde, 2018; Martins et al., 2006), mas com um conteúdo muito simples e apropriado à realidade e aos recursos existentes, que apesar de não serem os mais atuais, por exemplo a atualização de iodopovidona nas

feridas, é o de mais fácil acesso às famílias carentes e condições de higiene presentes (Apêndice 2). A importância desta formação revela que nesta realidade, crianças cuidam de crianças.

Esta palestra teve a presença da mascote da instituição, “Kito “, como instrumento facilitador na humanização e que ajudou a ilustrar e exemplificar os conceitos apresentados (Borges & Voltari, 2016). No final da palestra as crianças demonstraram terem adquirido conhecimentos, ao responderem de uma forma assertiva às perguntas realizadas aleatoriamente. A palestra versou a prevenção de acidentes, prevenção da doença e recuperação da saúde, modo de administração de antipiréticos, entre outros, e permitiu desenvolver competências essenciais ao Enfermeiro ESIP na área da promoção de saúde e lidar com problemas de saúde comuns na população pediátrica.

1.1.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Para o enfermeiro ser capaz de lidar com situações novas e complexas de modo a obter soluções e refletir sobre as suas decisões, é importante que consiga diagnosticar, planejar, intervir e avaliar. Para tal nem sempre o enfermeiro dispõe de toda a informação, necessitando de observar e investigar, para realizar uma correta identificação do problema (OE, 2012).

Assistir a criança/jovem /família, na sua complexidade, constitui um dos grandes objetivos da prática diária do Enfermeiro ESIP, para a otimização da saúde da criança/jovem, é necessário incluir os pais, uma vez que são eles que melhor conhecem a criança e, conseqüentemente, as suas necessidades especiais.

O Enfermeiro ESIP necessita de mobilizar recursos, para cuidar da criança/jovem/família de acordo com a sua complexidade, recorrendo a diversos meios, tal como terapias disponíveis e ser capaz de comunicar as suas conclusões, os seus conhecimentos e o seu raciocínio à equipa multidisciplinar de forma clara e objetiva.

Durante este percurso formativo, foi imprescindível reconhecer a instabilidade das funções vitais da criança, mobilizando os conhecimentos adquiridos, para a identificação rápida de focos de instabilidade e uma resposta antecipatória.

De acordo com competência ***reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados***, o enfermeiro deve reconhecer situações de risco de falência das funções vitais e potencial risco de morte e prestar cuidados de Enfermagem apropriados. Durante os estágios, independentemente

da área geográfica, a mestranda acompanhou o maior número de situações possíveis o que permitiu aprofundar conhecimentos e desenvolver competências para identificar rapidamente focos de vulnerabilidade, de forma a intervir atempadamente em situações futuras. Deste modo, foi importante mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo, permitindo atuar antecipadamente.

O exercício de Enfermeiro ESIP exige conhecimentos e experiências de alta complexidade, uma vez que diariamente depara-se, com situações simples ou complexas, exercendo num contexto de trabalho imprevisível e instável. Sendo essencial a articulação do Enfermeiro ESIP no desenvolvimento de competências, com uma série de procedimentos no sentido da promoção da saúde e da parentalidade. A intervenção dos enfermeiros é focada numa comunicação assertiva, estabelecendo prioridades para uma intervenção eficaz (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Numa situação de urgência em pediatria é na triagem que a criança e família têm o primeiro contacto com os profissionais do serviço de urgência, e é neste momento que o enfermeiro coloca diversas questões para compreender a necessidade da deslocação ao serviço e, em algumas situações, sendo necessárias atuações imediatas (Amthauer & Cunha, 2016). Assim, é imprescindível reter os aspetos importantes da informação transmitida para tal. No contexto angolano utiliza-se o sistema informático de urgência da *Glintt*, que apesar de não empregar a triagem de Manchester, assume cores de acordo com a prioridade da situação em causa. Associado a isso, é fundamental um olhar crítico sobre os sinais de alerta da criança, como reatividade, coloração da pele e mucosas, padrão respiratório, resposta verbal e/ou motora (adaptado à idade), lesões visíveis, sinais hemorrágicos, alterações nos parâmetros vitais, entre outros.

O protocolo desenvolvido, já descrito anteriormente, sobre a sensibilização da importância da presença dos pais ou tutores legais na consulta, foi também pensado, ao observar-se que nas triagens era habitual a presença de crianças/adolescentes, sozinhos, ou acompanhados pelas “babás” e/ou motoristas da família.

Nas intervenções invasivas e nas situações de dor aguda ou crónica, o enfermeiro faz a **gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/ jovem**, aprimorando as respostas. É fundamental que o Enfermeiro ESIP faça a gestão da analgesia, assim como a utilização das medidas não farmacológicas para o controlo da dor e os respetivos ensinamentos aos pais, sobre estas medidas. O enfermeiro especialista é autónomo nestas intervenções, deve ser capaz de gerir estas medidas de acordo com a idade da criança, para evitar que a dor desencadeie complicações na recuperação ou provoque sequelas no desenvolvimento

infantil. Verificou-se que a dor é pouco reconhecida pela família, e quando esta recorre ao serviço de urgência, a criança por vezes já apresenta dor há vários dias, sendo apenas valorizada quando apresenta febre ou agitação noturna, alterando a dinâmica da família. A gestão da dor e do bem-estar da criança é de extrema importância, e cabe ao Enfermeiro ESIP, durante os procedimentos invasivos, incentivar a família a demonstrar afeto pela criança e envolver em algumas técnicas simples de distração, apesar do afeto ser dificilmente observado na interação entre criança e mãe/pai em determinadas famílias.

Apesar da dificuldade, foram sempre valorizados o envolvimento e a participação dos pais na gestão da dor, como parceiros no cuidar, garantindo a gestão de medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas para o controlo e alívio da mesma. A dor causada pela realização de técnicas invasivas, nomeadamente a punção venosa, é um dos momentos de maior *stress* para a criança/família, sendo que foram sempre utilizadas medidas não farmacológicas para a minimização da dor, como o reforço positivo, a técnica de distração e de imaginação orientada, a música, de acordo com as preferências da família/criança e os telemóveis, o toque e a presença contínua do pai ou mãe (Gil & Vara, 2011).

O Enfermeiro ESIP deve preparar e informar previamente a criança e a mãe/pai, acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Durante o percurso, nas unidades hospitalares, foi fundamental, incentivar a dinâmica família/ criança, promovendo estratégias de *coping* e de adaptação, de forma a superar as suas limitações, como o adequado suporte familiar, da comunidade e sempre que necessário, referenciando para instituições de suporte e/ou de cuidados especializados.

No decorrer do processo de doença e sempre que a hospitalização é necessária, podem ocorrer alterações no bem-estar físico e mental das crianças, podendo levar à suspensão ou até mesmo ao cancelamento de cirurgias. Deste modo, é importante que o Enfermeiro ESIP tenha a noção do *stress* que a cirurgia pode provocar à criança/família, uma vez que por muitos conhecimentos que o enfermeiro possa fornecer, a mesma pode ter dificuldade de assimilação pelo medo e pela ansiedade provocados pela hospitalização e a necessidade de intervenção cirúrgica (Sampaio et al., 2017). Neste contexto, ocorreram inúmeras oportunidades de aprendizagem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, realizando ensinamentos sobre hábitos de vida saudáveis, capacitando os pais a adotarem comportamento para além de saudáveis,

também seguros, sempre no sentido da maximização da saúde, prevenção da doença e recuperação da saúde (Aparício, 2016; Silva & Lacordia, 2016).

Relativamente à competência ***promover a adaptação da criança/jovem à doença***, o EESIP deve demonstrar disponibilidade para responder às dúvidas existentes, levando conforto ao doente e à sua família, reduzindo a ansiedade, principalmente nos pais, uma vez que são os mediadores entre as crianças e este processo de transição (Acioly et al., 2019).

Na situação de urgência, ou mesmo de hospitalização, e, sempre que ocorre a necessidade de se realizar uma cirurgia pediátrica, existe a separação dos pais na entrada para o bloco operatório, o que representa o momento mais difícil para a criança e para os pais. A intervenção não farmacológica é um campo de grande interesse, uma vez que através de uma série de técnicas simples é possível auxiliar a criança e a família a superar ou minimizar os seus medos e ansiedades. Intervenções, como, por exemplo, uma visita pré-operatória ao centro cirúrgico atenuaria a ansiedade da criança e da família no dia da cirurgia (Carlsson & Henningsson, 2018).

No contexto português, verificou-se, que as crianças levam a sua própria roupa e o brinquedo terapêutico, permanecendo na companhia dos pais até ao momento da sedação e quando acordam da mesma, os pais já se encontram junto delas, estas intervenções diminuem a ansiedade e os medos tanto da criança como dos familiares (Borges & Voltari, 2016).

1.1.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

De acordo com as competências específicas do ESIP, o enfermeiro ***promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais***, desenvolve e consolida os conhecimentos específicos da área de desenvolvimento infantil, durante a permanência nos cuidados de saúde primários, o que me permite transpor esses conhecimentos e aplicá-los em todos os contextos. A promoção de saúde é, segundo a Ordem dos Enfermeiros, no seu artigo 4º do Regulamento no 422/2018, uma das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, sendo da sua competência, assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (Ordem dos enfermeiros, 2018).

O Enfermeiro ESIP deverá manter uma procura permanente de excelência no exercício profissional, ajudando a criança a alcançar o seu potencial máximo de saúde,

sendo essencial a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis e fornecer informação geradora de aprendizagem e de novas capacidades, no sentido de adotar comportamentos potenciadores de saúde (Ordem dos enfermeiros, 2001).

Durante este percurso na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), em Portugal, foi importante perceber o *stress*, a angústia e o medo que os pais sentem durante o internamento que, por vezes, pode causar alterações no processo de vinculação. Assim, é essencial, negociar o envolvimento dos pais, encorajando-os a permanecerem junto do neonato, a colaborarem na prestação de cuidados, realizando sempre que possível a técnica de posicionamento em canguru de forma a minimizar a angústia dos pais, promovendo a vinculação e reduzindo os níveis de *stress* do bebé (Pires et al., 2019).

Estas intervenções são fundamentais uma vez que a separação dos pais do seu recém-nascido provoca sofrimento, sentimentos de culpa, depressão, ansiedade e medo relacionado com a sobrevivência do recém-nascido, constituindo uma fonte de *stress* para os pais e contribuindo para o adiamento do processo de vinculação e aumento do risco de alteração do papel parental e da parentalidade (Ionio et al., 2017) .

Ao longo dos anos, tem vindo a ser estudada a relação entre as experiências da parentalidade e o desenvolvimento do recém-nascido, procurando compreender a relação das experiências vividas pelos pais durante a hospitalização do recém-nascido e de que forma podem influenciar o desenvolvimento do bebé e da família, a curto, a médio e a longo prazo (Altimier & Phillips, 2016). Foi crucial a criação de estratégias ao longo dos estágios, para melhorar a adaptação entre pais e crianças, a fim de promover a parentalidade e a vinculação

No âmbito da consulta de saúde infantil, realizada numa instituição privada em Angola, ***promove o crescimento e o desenvolvimento infantil***, através do contacto com uma realidade multicultural, em cada consulta foram realizados ensinamentos à mãe sobre o desenvolvimento infantil e instruídos sobre os sinais de alerta, associando o aumento de conhecimentos nas atividades promotoras de desenvolvimento e cuidados antecipatórios. (Direção-Geral da Saúde, 2013).

A cultura está presente nesta promoção de saúde e de desenvolvimento, considerando que o conjunto de valores aprendidos na infância tende a caracterizar as atitudes e os comportamentos das crianças durante a vida, influenciando os seus objetivos a curto e longo prazo, e as suas inclinações impulsivas imediatas, assim, a sociedade socializa a geração seguinte no seu património cultural (Hockenberry & Wilson, 2014).

A avaliação dos diversos planos de vacinação contribuiu para o aumento dos conhecimentos sobre a vacinação em inúmeros países e a necessidade de adaptar os planos vacinais de acordo com o plano de vacinação de cada país, nomeadamente, o angolano, e o plano internacional da clínica, que se encontram em anexo (Anexos 1 e 2).

Na consulta de saúde infantil, também se verificou uma baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo até aos seis meses, como verificado em outras realidades como refere Trindade et al.(2021). Os fatores de baixa adesão em Angola identificados foram: a licença de maternidade, de três meses; a baixa literacia em saúde; a cultura e a necessidade da criança não estar dependente da mãe e poder ficar ao cuidado da “*babá*”. Existe ainda um longo trabalho pela frente sobre a promoção do aleitamento materno, uma vez que culturalmente existe uma pressão por parte dos elementos mais velhos da família, nomeadamente as avós/tias, para alimentarem os latentes, a partir dos três meses, com a comida tradicional, nomeadamente, *funge* de milho, à qual juntam molho de tomate e quiabos, conselhos esses que se aliam ao medo das mães falharem e terem de assumir o erro perante o pai da criança e de toda a família. De acordo com o contexto cultural, foram realizados ensinamentos à mãe sobre a importância do aleitamento materno até aos 6 meses, armazenamento e conservação do leite, baseado nas orientações do Comité Português do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e sobre como iniciar a introdução dos novos alimentos (Levy & Bértolo, 2012).

A instituição, dispõe de um folheto sobre a introdução dos novos alimentos (Anexo 3), no entanto, é fundamental, a sua explicação de acordo com a família, a sua origem e cultura. Sendo de extrema importância, o conhecimento dos alimentos nacionais e internacionais que melhor se adequam a cada família e às suas capacidades económicas. No âmbito da alimentação, foram realizados ensinamentos de acordo com os hábitos culturais e alimentares da família, mas sempre incentivando os hábitos alimentares saudáveis (Direção-Geral da Saúde, 2019).

O comportamento alimentar é complexo, dependente de determinantes externos e internos. Na sociedade moderna, o acesso aos alimentos é predominantemente urbano, determinado pela estrutura socioeconómica, a qual envolve principalmente as políticas económicas, sociais e agrícolas. Assim sendo, as práticas alimentares estabelecidas pela condição de classe social englobam determinantes culturais e psicossociais (Braga & Costa, 2021; Rocha et al., 2013).

A introdução adequada dos novos alimentos no primeiro ano de vida, bem como o acesso a uma diversificada quantidade de alimentos saudáveis e uma adequada

socialização alimentar, permite à criança iniciar a aquisição das preferências alimentares responsáveis pela determinação do seu padrão alimentar (Huçalo & Ivatiuk, 2017; Kiefner-Burmeister & Hinman, 2020; Lirola et al., 2021; Schafer & Ferraro, 2013).

Ao longo das consultas e em contexto angolano economicamente favorecido, existiu a oportunidade de avaliar inúmeras crianças com alterações no seu desenvolvimento, nomeadamente atrasos na fala e de comportamento, associados à falta de estímulos proporcionados pela família e na utilização constante da televisão e dos telemóveis/*tablets*. Alguns pais desconhecem a importância dos estímulos e do brincar para o desenvolvimento da criança, do benefício dos brinquedos lúdicos, no entanto, a maioria não valoriza a necessidade da mudança nos comportamentos, devido às demandas da vida social e profissional. Durante o contacto com as famílias no âmbito da consulta de desenvolvimento, no contexto angolano mais favorecido, foi valorizada sempre a sua cultura, e as mães mostraram-se disponíveis para a partilha de informação e aquisição de conhecimentos. Com estas intervenções, foi desenvolvida a competência, o enfermeiro ***comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura.***

O Enfermeiro ESIP necessita adquirir esta competência para que seja possível desenvolver a competência, que ***promove a proteção dos direitos humanos***, nomeadamente através do respeito pelos valores, costumes e crenças das famílias, e da equipa de enfermagem onde está inserido. A cultura influencia a atribuição de papéis de género, sistemas de crenças e a visão do mundo, que têm impacto na resposta da pessoa e da família aos cuidados de saúde. Estas crenças e comportamentos culturais influenciam a adesão ao plano terapêutico, a perceção da doença, dos respetivos efeitos colaterais e do tratamento que a criança deverá receber (Roberson et al., 1989).

Neste sentido, promover a saúde da criança requer da parte dos enfermeiros uma compreensão das influências sociais, culturais e religiosas. Isto, por sua vez, depende de uma consciência intencional do contexto sociocultural da criança, quanto mais os enfermeiros conhecerem os valores, as crenças e os costumes de outros grupos étnicos e o modo de obter esta informação dos familiares, mais aptos estarão para satisfazer as necessidades destas famílias e conseguir a sua cooperação e aceitação (Hockenberry & Wilson, 2014).

O Enfermeiro ESIP culturalmente competente detém a sua sensibilidade e atenção às experiências populares da comunidade, não entra em conflito com a cultura presente, valorizando o que é comprovadamente científico, mas respeitando as crenças, praticadas ao longo de gerações (Melo et al., 2015). Ao tomar decisões fundamentadas, de acordo

com a evidência científica e as suas responsabilidades éticas e morais em consonância com a cultura desenvolve competências culturais, este desenvolvimento é um processo prolongado, que implica uma diversidade de atributos e atitudes pessoais, bem como todo um percurso de aprendizagem de conhecimentos e habilidades (Guedes et al., 2019).

Em Angola, como em outros contextos africanos, as mães de contexto social desfavorecido transportam as suas crianças às costas, promovendo desta forma a vinculação. No entanto, quem procura a clínica, habitualmente é de estrato social elevado, entregando os cuidados e os afetos às “*babás*”, diferenciando-se dos cuidados culturais geracionais.

Nos cuidados familiares prestados à criança, salienta-se que a transmissão de conhecimentos intergeracionais e culturais nos cuidados ao recém-nascido interferem na prática dos cuidados ao coto umbilical. Tradicionalmente, o coto umbilical está envolto em crenças e mitos, e várias práticas tradicionais são utilizadas. Algumas das práticas frequentes no cuidado ao coto umbilical realizadas pelas mães em Luanda, caracterizam-se pela utilização de produtos como folhas, cinza, sal, barata queimada, óleo, azeite e pó de café. Assim, reconhece-se nestas práticas representações e costumes adquiridos no contexto sociofamiliar e cultural de qual os cuidadores fazem parte (Linhares et al., 2012).

Perante esta situação também foi necessário intervir na equipa de enfermagem, sensibilizando a mesma a prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência, uma vez que a medicina tradicional está muito enraizada também nos profissionais de saúde e dificilmente conseguem contrariar a informação dos mais velhos.

A estudante de Enfermagem ESIP privilegiou o conhecimento dos hábitos culturais das mães angolanas e considerou o contexto familiar e social em que estas se inserem, permitindo o cuidar culturalmente competente, para estar dotada de conhecimentos e competências comunicacionais e culturais sobre os cuidados a prestar, a fim de fundamentar os benefícios das práticas baseadas em evidência científica, contrapondo a certas práticas baseadas na tradição e que podem trazer danos para a saúde da criança.

No caso das práticas culturais ao coto umbilical entrevistou-se na repadronização, ou reestruturação cultural, Leininger (2001) refere que nestes casos associa-se à ação do enfermeiro em facultar a modificação dos comportamentos de origem cultural que sejam nocivos, negativos ou incompatíveis com o bem-estar do cliente.

No entanto, a mesma autora, alerta que esta não é a única forma de intervir na cultura, isto é, quando a cultura interfere nos cuidados ao recém-nascido, o enfermeiro

poderá atuar no sentido da preservação ou manutenção cultural, nomeadamente no apoio da família na conservação dos seus aspetos culturais que desenvolvem comportamentos saudáveis. A intervenção baseada na acomodação ou a negociação cultural sucede quando o existe reconhecimento que certa prática, embora não tenha a utilidade científica reconhecida, tem um significado ao nível cultural. Por tal, o enfermeiro deve negociar a integração dessa prática nos cuidados, para alcançar uma maior adesão do cliente ao tratamento (Leininger, 2001).

Assim, o Enfermeiro ESIP ***promove um ambiente físico, psicossocial, cultural gerador de segurança e proteção das famílias, apresentando respeito pela identidade cultural.***

Por forma a incentivar algumas mudanças nos procedimentos familiares, como os cuidados com o latente que apenas vai ao colo da mãe para ser amamentado e da criança que passa as 24 horas com a empregada, foram realizados ensinamentos aos pais sobre a importância da vinculação segura e do desenvolvimento da criança, sendo fundamentais a exploração e o desenvolvimento dos significados e crenças atribuídas a estes cuidados.

A interação dos pais na compreensão da criança e do seu comportamento, assim como a sua estimulação, são fundamentais para o seu desenvolvimento (Fielden & Gallagher, 2008; Long et al., 2001). Um ambiente saudável em casa com brinquedos e atividades apropriados para a idade (Heaman et al., 2006; Sadler & Cowlin, 2003; Wagner et al., 2002) e uma variedade de estímulos são estratégias que promovem o crescimento e a aprendizagem da criança. Assim, foram realizados ensinamentos às famílias sobre os benefícios de brincarem com os filhos, promovendo o seu desenvolvimento.

Culturalmente o pai, no contexto angolano, não colabora nos cuidados aos filhos, o que deixa a mãe muito sobrecarregada, porque muitas vezes também trabalha, e por sua vez entrega, os filhos a cuidados de terceiros. Nestas situações, e de acordo com Oliveira e Rocha (2019b), a presença de ambos os cuidadores é fundamental para um adequado desenvolvimento das crianças, principalmente nos primeiros três anos da vida da criança para aumentar a sua autoestima e autoconfiança e facilitar o seu desenvolvimento. Durante estes anos, o cérebro humano tem um grande potencial para a aprendizagem e os pais têm oportunidade para otimizar o desenvolvimento do seu filho, proporcionando uma parentalidade positiva (Linebarger & Slovin, 2005).

Também foi imprescindível explicar à equipa, durante as passagens de turno sobre a importância da vinculação para o desenvolvimento da criança, baseado em Machado et al. (2017) e Tereno e Matos (2017).

O respeito pelos direitos da criança são alvo de atenção do Enfermeiro ESIP, todavia nem em todas as sociedades os direitos das crianças são respeitados, e, nestes casos, os profissionais devem sensibilizar a população alvo para esta problemática.

Sendo a criança um ser vulnerável e essa vulnerabilidade implicar a fragilidade e dependência, principalmente os de menor nível socioeconómico, pode afetar a sua saúde, mesmo na ausência de doença, a nível psicológico, social ou mental.

A vulnerabilidade das crianças, adolescentes e das suas famílias manifesta-se, por vezes em violência no contexto familiar e escolar. As dificuldades de proporcionar educação de qualidade, os baixos salários e o desemprego afetam também a trajetória de vida dessas famílias (Bertagnoni & Galheigo, 2021; Watters, 2017).

O enfermeiro ***promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde***, designadamente através do reforço da tomada de decisão responsável e negociação do contrato de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

As relações com os adolescentes exigem muita dedicação junto dos mesmos, sendo necessário respeitar o direito a informação e à sua privacidade.

O Enfermeiro ESIP direciona a conversa não só para a família, mas também para a criança/jovem, em particular para o adolescente, possibilitando que estes assumam um crescente interesse pela sua saúde, desenvolvendo capacidades através do reforço da tomada de decisão responsável e negociação do contrato de saúde. As influências culturais interferem na promoção dessa autoestima e existe a necessidade de envolver toda a família e até comunidade no cuidado às crianças e adolescentes, inclusive os próprios profissionais de saúde.

Um grande desafio enfrentado pelos enfermeiros é a prestação de cuidados culturalmente competentes a uma sociedade cada vez mais diversificada. Os clientes que procuram cuidados de saúde revelam necessidades culturais e comportamentos distintos. A prestação de cuidados centrados no cliente e na família exige que os enfermeiros reconheçam a cultura do cliente e da família, a cultura do enfermeiro, e que ambas podem afetar o cuidado e a relação terapêutica.

Neste contexto, torna-se evidente a necessidade de os Enfermeiros ESIP realizarem uma avaliação dos aspetos culturais da criança/família, suas crenças e práticas em saúde. Para além, do desenvolvimento de competências comunicacionais, de negociação e assunção de um compromisso cultural. Sendo necessário um relacionamento terapêutico que represente respeito pelas crenças e valores culturais da família, transmitindo um bem-estar cultural para com a mesma.

2. INFLUÊNCIAS CULTURAIS NO SER E TORNAR-SE MÃE EM ANGOLA

2.1. PARENTALIDADE EM CONTEXTO ANGOLANO

A partir do século XX, ocorreram diversas transformações nas sociedades, relacionadas com os papéis sociais de homens e mulheres, que provocaram mudanças significativas na constituição da família (Medeiros & Jaeger, 2021).

A história de África é anterior à colonização, sendo que, os africanos apresentavam formas distintas de se organizarem, quer a nível social, religioso, cultural e linguístico (Couto, 2020).

De certa forma, podemos dizer que “a colonização” interrompeu a história africana, uma vez que, os portugueses relacionavam-se com as escravas e não assumiam os seus filhos, provocando consequências no sistema de parentesco e filiação desde essa altura até à atualidade. Os laços de filiação, o valor da linhagem e o parentesco que caracterizam os antigos reinos existentes em Angola foram-se perdendo com a colonização (Wheeler et al., 2011).

Atualmente e, segundo Yoba (2018), a família angolana é heterogénea, formada por duas grandes organizações na sociedade: família tradicional e família do tipo europeu. A família tradicional angolana é normalmente extensa, podendo ser poligâmica, sendo este tipo de organização característico do sistema cultural tradicional angolano. Os filhos pertencem à mãe e estão vinculados à sua família, sendo que, o poder paternal sobre os filhos do casal é exercido pela mãe e pelos seus irmãos maternos. No entanto, a família organizada de acordo com os padrões da cultura europeia constitui o tipo de família de referência legal em Angola (Decreto-lei nº 1/88, 1988).

Considerando a família como o pilar da sociedade e que a parentalidade é uma função imprescindível para as nossas sociedades e para o seu futuro, devemos estar conscientes das numerosas mudanças e dos desafios, com os quais são hoje confrontadas as famílias.

Desta forma, foi crucial conhecer os diferentes modos de parentalidade, para que possamos valorizar e apoiar a(s) parentalidade(s), sendo este apoio, fundamental para as crianças e para os pais.

2.1.1. Ser criança em Angola

Em Angola até a independência, as pessoas viviam no seu núcleo familiar, sendo este de natureza alargada e de uma forma geral nos seus locais de nascimento ou em aldeias, estando as aldeias organizadas segundo a autoridade tradicional denominada de “*Soba*” ou chefe nas aldeias em Angola, desde o tempo pré-colonial até hoje.

A educação de crianças e jovens não era apenas da responsabilidade da família, mas era, sobretudo, comunitária. Era inaceitável que as crianças não tivessem ligação àquele ritmo da comunidade (Neto, 2014).

Após a década de 90, surge o fenómeno das crianças de rua, vítimas de uma guerra que matou muitas famílias e deixando, por sua vez, muitas crianças/jovens sem suporte familiar. Com a deterioração das condições socioeconómicas das famílias, o aparecimento de crianças de rua foi aumentando e prolongando-se até aos nossos dias (Lopes, 2017).

O conceito de criança, ao longo dos anos, sofreu algumas alterações e ocupou diferentes posições na sociedade. Essas transformações levaram a criança a enfrentar diversas situações de vida e de saúde, para que ao fim de muitos anos fosse finalmente considerada um sujeito social com características particulares (Osinski & Cunha, 2021).

Estima-se que 60% da população angolana seja constituída por crianças e adolescentes, e, acordo com a Estratégia Nacional de Planeamento Familiar 2017- 2021, Angola é um dos países com maior taxa de fecundidade no mundo, sendo que, cada mulher, com uma vida sexualmente ativa, pode gerar entre três a cinco filhos nas zonas urbanas, ou dois a oito filhos nas zonas rurais (Narciso, 2018).

Angola apresenta uma população maioritariamente jovem, e, de acordo com o Relatório Global da Infância de 2019, é um dos piores países para se ser criança. A pobreza e as carências na infância prejudicam o seu desenvolvimento físico, psicológico e social. A taxa de mortalidade infantil em Angola é a maior do mundo, sendo que, uma em quatro crianças morre antes de completar cinco anos de idade, consequência de muitos fatores, como a desnutrição crónica que afeta 45% das crianças e falta de acesso a água potável. A esperança média de vida neste país é de 45,2 anos (UNICEF, 2018).

Em Angola, 74,4% das crianças sofrem privações multidimensionais em pelo menos três dimensões de um total das sete privações possíveis (nutrição, saúde, prevenção da malária, habitação, saneamento básico, água e informação). Estas crianças sofrem em média quatro a cinco privações, o que representa 66% de um número total de privações.

A incidência mais elevada das privações em Angola nas crianças dos zero aos 23 meses ocorre sobretudo na nutrição, sendo que cerca de 86% destas crianças são privadas de uma alimentação adequada. A privação nesta dimensão é medida considerando a privação na alimentação infantil e o consumo de micronutrientes (Schermbucker, 2018).

As crianças, sem exceção, são seres vulneráveis quando vivenciam situações que podem colocar o seu desenvolvimento psíquico, emocional e físico em risco, através de circunstâncias do seu meio familiar, pessoal ou social.

Segundo Cardoso (2014), no Hospital dos Queimados “Neves Bendinha”, em 2014, revelou-se que cerca de 47% das causas de queimaduras eram por negligência, na sua maioria queimaduras por água quente. Deste valor, 20% por abuso físico, do qual a ação mais predominante foi a submersão do corpo da criança em líquido quente, e 33% por acidente, causados mais frequentemente por incêndios. As vítimas que fizeram parte deste estudo tinham em média sete anos de idade, e entre elas 50% eram crianças menores de cinco anos de idade.

Para além do que foi referenciado, o trabalho infantil em Angola é comum, sendo que muitas crianças são forçadas a exercer trabalhos de vendas ambulantes, lavagem de carros, serviços domésticos, para providenciar sustento às suas famílias, estando expostas constantemente ao perigo (Mateus, 2018).

2.1.2. Ser mulher em Angola

Ao longo da história, as mulheres têm sido subordinadas em vários aspetos da vida social, política, económica e cultural. As mulheres representam os papéis de reprodutoras e consumidoras, associadas, sobretudo, ao papel de maternidade, tendo ao seu encargo o cuidar dos filhos e do lar. Já os homens tem a responsabilidade de prover o sustento da família. Em Angola, a cidadania e participação das mulheres enfrenta ainda inúmeros constrangimentos, muitos dos quais decorrentes do percurso histórico do país (Domingos, 2018).

A socialização das crianças, particularmente as meninas, é realizada num contexto da tradição que fundamenta a discriminação da mulher, ou seja, o seu destino é ser doméstica, esposa, mãe e viver segundo o domínio masculino. Conservando hábitos e costumes locais, entre eles, os ritos de iniciação contribuem não apenas para a diferenciação de papéis sexuais, mas também para a inferiorização social das mulheres. Tais condições são reforçadas pelo domínio masculino que tende a naturalizar a

submissão das mulheres. A mulher é o pilar da família, transportando todas as responsabilidades no domínio da educação dos filhos, do agregado familiar, assim como a organização do lar, e nunca intervém nas decisões da vida comunitária. Acima de tudo, a mulher é a garantia de reprodução da linhagem, pelo que será estimada pelo marido consoante o número de filhos que gerar (Silva, 2011a).

2.1.3. Parentalidade

Em África, e nomeadamente em Angola, as famílias valorizam as interações entre os seus membros. A família tradicional africana abrange vários ciclos geracionais e agregados familiares extensos e estende-se aos membros da família que coabitam e repartem recursos. Os idosos nas famílias tradicionais assumem papéis de extrema relevância para cada um dos seus constituintes, sobretudo para os mais novos, a fim de haver de certo modo uma proteção à infância. O desenvolvimento das sociedades também tem originado novas formas de parentalidade no contexto angolano, que merecem ser estudados. A realidade da sociedade angolana é caracterizada por valores da cultura tradicional africana, aonde as mães transportam as crianças às costas, promovendo desta forma uma vinculação segura (Pantoja, 2011).

A natureza do vínculo entre a criança e a mãe é a parte importante da parentalidade, uma qualidade que tem demonstrado ser determinante para a saúde da criança. A parentalidade na atualidade é provavelmente a questão mais importante da saúde pública que a sociedade enfrenta, quando observada de forma isolada, reflete-se nas doenças e nos acidentes na infância, na gravidez na adolescência e no uso indevido de substâncias, assim como no absentismo, abandono e insucesso escolar, para além do abuso infantil e nos distúrbios mentais e de comportamento (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Atualmente, a mulher apresenta um papel importante na sociedade, apesar de a maioria das mulheres angolanas continuarem numa condição de desigualdade perante o homem (Silva, 2013).

Na classe média, verifica-se uma entrega dos cuidados parentais a uma *"babá"* caracterizada por uma mulher contratada que presta cuidados à criança (Kondratiuk & Neira, 2020), ficando deste modo o olhar e o tato pouco presentes no dia a dia da mãe-criança, situação que poderá introduzir mudanças no relacionamento e consequentemente na vinculação e ligação desta díade. Segundo a teoria da vinculação, características como

sensibilidade às necessidades da criança, disponibilidade física e emocional, tal como consistência nas atitudes e comportamentos, são fundamentais para o desenvolvimento de uma relação de vinculação segura (Maia et al., 2012).

Baseada nas interações com as figuras de vinculação, a criança desenvolve expectativas relativamente a si própria, aos outros e ao mundo. Assim, tornou-se fundamental reconhecer como esta forma de estar, no ambiente familiar, nomeadamente, entre mãe e filho, influencia a perceção de ser mãe e a própria relação entre os dois (Maia et al., 2012).

Sendo a coparentalidade ainda um tema pouco explorado nesta realidade, permanecendo a dimensão histórica do patriarcado, a figura do pai arcaico é uma realidade, possuindo características fortes como a distância e o autoritarismo. O vínculo pai/filho começa a aparecer, mas é ainda pouco enaltecido. É imprescindível o crescimento físico e mental adequado dos indivíduos, sobressaindo a problemática das relações que este possui, salientando-se a importância da formação dos vínculos na constituição dos indivíduos, tendo em vista, o afeto, como a base da criação da família (Neto & Martins, 2019).

O Modelo Ecológico da parentalidade (Figura 1) realça os efeitos que o contexto social promove no processo da parentalidade, em particular, os efeitos da etnia e da cultura, assim como, o estatuto socioeconómico, o ambiente e a comunidade (Kotchick & Forehand, 2002; Tom & Okagaki Lynn, 2005).

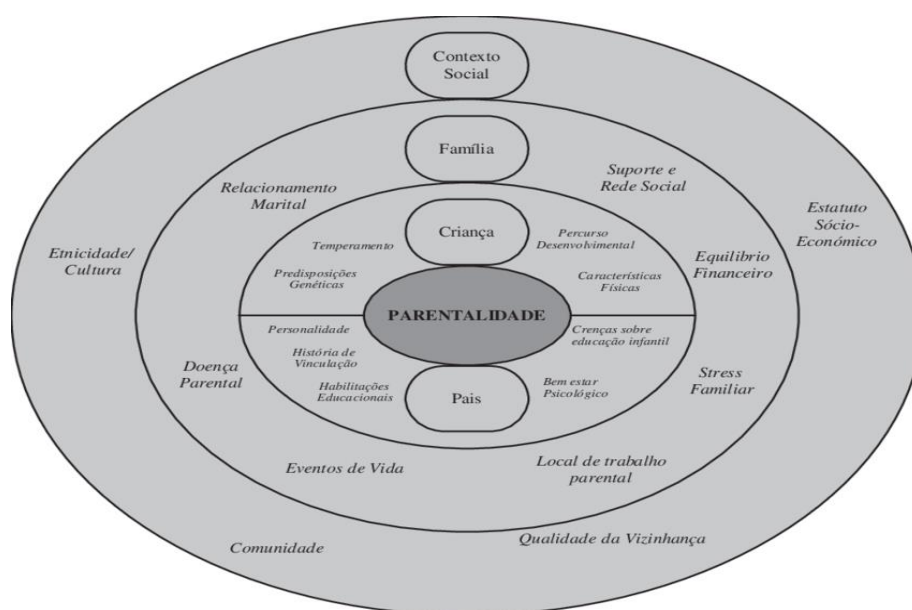


Figura 1 - Modelo ecológico da parentalidade, adaptado de Kotchick e Forehand (2002) e Luster e Okagaki (2005).

Fonte:(Barroso & Machado, 2010)

Nas últimas décadas, os estudos sobre o papel parental, as atitudes dos pais e as suas crenças têm sido alvo de investigação, considerando que o envolvimento do pais apresenta um elevado impacto no desenvolvimento da criança (Littlewood & Greenfield, 2018).

A parentalidade é uma função complexa e influenciada por muitos fatores. Os pais e os filhos apresentam um papel de construção do seu ambiente. O processo da parentalidade envolve numerosas interações entre a tríade, família, criança e o ambiente, sendo que a própria economia do país afeta a parentalidade, uma vez que atualmente os pais enfrentam níveis elevados de *stress* social e económico (Cruz, 2013).

Na saúde, a parentalidade é uma fonte principal de influências no desenvolvimento e bem-estar das crianças, e que ajuda a ultrapassar, frustrações, medos e fracassos (Luster & Okagaki, 2006; Mowder, 2005; Senese et al., 2012).

A parentalidade é uma transição importante no ciclo vital de muitas famílias, preenchida de novas aprendizagens, experiências e conquistas (Luster & Okagaki, 2006; Menal-Puey et al., 2018; Senese et al., 2012).

Os fatores multiculturais influenciam a qualidade do desempenho parental no dia a dia dos pais, através dos quais advém a dinâmica familiar e o bem-estar da família (Schulz et al., 2017; Wiley, 2016).

Apesar das diferentes configurações que uma família pode ter, a parentalidade representa uma transição importante para as famílias. A estabilidade familiar, com a presença de ambos os pais, ajuda a melhorar indicadores sociais, emocionais, comportamentais, assim como o sucesso escolar nas crianças (Wiley, 2016). Os valores e as crenças sobre a educação das crianças influenciam a parentalidade, aos quais estão diretamente associados à história e cultura subjacentes (Daniels & Grinstein-Weiss, 2018).

As crenças parentais, associadas à origem cultural dos pais podem ser designadas como um conjunto organizado de ideias inerentes à parentalidade, sendo que as decisões, escolhas e apreciações funcionam como modelos para comportamentos e atitudes a desempenhar com os filhos (Paat et al., 2020).

Neste sentido, emerge a necessidade de desenvolver esta pesquisa neste contexto específico, para se caracterizar o conceito de parentalidade e de filho(a), mas também as suas interações com o meio, para conseguir planejar intervenções de enfermagem mais efetivas e duradouras, no âmbito da promoção da parentalidade positiva, na vinculação e na ligação da díade mãe-filho em um contexto angolano.

Alguns autores defendem que ser mãe é uma questão de aprendizagem pessoal e não um processo inato (Ferrari & Ribeiro, 2020; Foucault, 1995), apesar da sociedade designar as mulheres com o dom inato para a maternidade, como se todas possuíssem características definidas como indispensáveis para serem mães, como a afetividade, a sensibilidade e amor, como verbalizado pelos membros da sociedade angolana. Na idealização do papel de mãe foi formada a ideia de que a relação mãe-bebé era muito importante para o desenvolvimento da criança, contrariamente ao que aconteceu no início do século XVIII. Esta forma de ver a maternidade levou ao decréscimo da importância da imagem do pai como figura central nas decisões sobre os filhos (Badinter, 1980). Desta forma, é essencial aprofundar os conhecimentos, de acordo com as crenças parentais que interferem no desempenho parental e, por consequência, no desenvolvimento das crianças.

As práticas parentais e a estrutura familiar são também influenciadas pela situação económica e social do indivíduo (Friedson, 2016), conforme se descreve em seguida.

2.1.4. Parentalidade em um meio socio económico desfavorecido

A parentalidade em contexto de desvantagem socioeconómica é definida como a parentalidade na qual os indivíduos se encontram numa situação desfavorecida de condições sociais e económicas, uma vez que é influenciada por inúmeros fatores que determinam a relação entre pai/filho e consequentemente as características e funções da mesma, assim como o futuro dos filhos e a interiorização de hábitos e valores familiares (Schulz et al., 2017).

Os contextos de desvantagem socioeconómica influenciam a parentalidade, pela experiência psicológica da subsistência e pelas dificuldades em colmatar as necessidades básicas. Desta forma, contribuem para o aumento de *stress*, ansiedade e depressão, gerando conflitos, comportamentos hostis, influenciando a disponibilidade parental levando a práticas parentais prejudiciais ao desenvolvimento biopsicossocial. Assim, não existem recursos nem disponibilidade para se investir no desenvolvimento pessoal de cada membro da família, uma vez que o objetivo é a subsistência e colmatação de necessidades básicas (Foss-Kelly et al., 2017; Jeon & Neppl, 2016; Lee et al., 2013).

A pobreza influencia a parentalidade, uma vez que os pais vivem preocupados em alimentar, proporcionar acesso aos cuidados de saúde ou condições habitacionais adequadas aos seus filhos. Os ambientes desfavoráveis exercem um forte impacto na

parentalidade, nas práticas parentais e no desenvolvimento dos filhos (Jeon & Neppl, 2016).

Os pais neste contexto social tendem a considerar a punição física como uma necessidade de obediência, considerando ser um procedimento importante ao longo do desenvolvimento dos filhos (Friedson, 2016).

Nos contextos de desvantagem social, a frequente ausência de uma figura parental dos pais contribui para o aumento de *stress* parental e de dificuldades na imposição de regras comportamentais.

2.1.5. Fuga à paternidade

A fuga à paternidade é uma problemática enquadrada na ordem sociológica, psicológica, histórica e antropológica. A fuga à paternidade ou o abandono afetivo é uma problemática na sociedade angolana de modo geral, sendo alvo de preocupações dentro da área jurídica. Esta problemática surgiu em Angola há várias décadas, no entanto, nos últimos tempos, tem crescido de forma descontrolada um pouco por todo o país (Wheeler et al., 2011).

Este fenómeno leva, em muitos casos, à desestruturação familiar. Muitas crianças abandonadas e rejeitadas são acolhidas por instituições governamentais e não governamentais e outras tornam-se crianças de rua (Pintinho, 2018).

Existem diversos fatores que influenciam a fuga à paternidade, entre eles, a violência doméstica, o divórcio, a bruxaria e a colonização. A feitiçaria ainda hoje é uma realidade da sociedade angolana, sendo que muitos pais quando acreditam que a criança possui algum feitiço, acabam por abandoná-la (Pintinho, 2018).

Falando da mudança da civilização e recorrendo ao que nos diz a história, não na vertente angolana, mas nas últimas décadas, o papel do pai na sociedade encontra-se em constante evolução, isto devido às transformações culturais, sociais e familiares. Na sociedade angolana, primeiramente, os filhos eram propriedade do pai, sendo que, as mães quase praticamente não apresentavam direitos sobre os filhos e o pai seria apenas o suporte financeiro da família (Benczik, 2011).

Atualmente, o pai, como progenitor, é promotor dos direitos fundamentais da criança, garantindo assim um crescimento e desenvolvimento harmoniosos, apesar de não existir um modelo próprio de paternidade, sendo o resultado da experiência vivida e sentida de modo subjetivo (Cúnico & Arpini, 2013). O poder paternal é um direito que

cabe aos pais sobre os filhos. Este direito exercido pelo pai, garante a criação do filho com amor, assistência, afetividade e dignidade (Pintinho, 2018).

No entanto, verificam-se famílias resultantes de relações extraconjugais (um homem com duas ou mais famílias constituídas), situação que de acordo com costumes regionais é aceite socialmente (Yoba, 2018). Desta forma é possível dizer que a ausência do pai pode interferir diretamente no desenvolvimento da criança.

2.1.6. Estilos parentais

A teoria da vinculação defende que as figuras de vinculação são cuidadores sensíveis e afetuosos, promovendo uma vinculação segura com os seus filhos, causando consequências desenvolvimentais positivas (Cassidy, 2016).

Uma vinculação de menor qualidade está relacionada com os estilos parentais, por diminuição do suporte emocional e rejeição, enquanto um maior suporte emocional e um maior envolvimento levam a uma promoção da vinculação segura (Simões et al., 2014).

O estilo parental considerado como o ideal é o democrático, sendo que neste estilo, os pais orientam as atividades das crianças, privilegiando o diálogo, promovendo a autonomia e individualidade nas crianças. Os pais transmitem as ideias, mas para além do seu ponto de vista, as crianças também possuem as suas. De acordo com o respetivo estilo, os pais valorizam a obediência, assim como a autonomia, uma vez que tendem a ter um papel firme, mas também afetoso (Baumrind, 1966).

No estilo parental autoritário, os pais ditos autoritários modelam a criança de acordo com as normas pré-definidas por eles, o comportamento da criança é controlado e avaliado de acordo com regras previamente impostas. Neste tipo de estilo parental, os pais prezam imensamente a obediência, considerando-a uma virtude e dão imenso valor ao respeito e à autoridade, apresentando valores reduzidos de afeto. Neste estilo, os pais tendem a desencorajar a independência e a individualidade da criança, bem como a comunicação, exercendo sobre as crianças um elevado controlo psicológico (Mojica & León-Herrera, 2018).

Relativamente ao estilo permissivo, os pais, ao contrário dos autoritários, não são a favor da punição e a sua perspetiva não é moldar a criança aos seus ideais. Os pais de estilo permissivo são recetivos aos desejos das crianças, bem como aos seus comportamentos e ações (Baumrind, 1966). Este estilo parece comprometer o desenvolvimento psíquico e social das crianças, evidenciando um baixo nível de

autocontrole, baixa autoestima e autonomia, imaturidade e comportamentos menos assertivos ao nível da responsabilidade social (Monteiro & Mota, 2021).

A qualidade dos cuidados parentais é fundamental para o desenvolvimento das crianças, uma vez que os pais são as pessoas essenciais para o desenvolvimento emocional da criança, durante os seus primeiros anos de vida (Chora et al., 2019).

2.1.7. A influência das crenças na parentalidade

Nas últimas décadas, as crenças e atitudes dos pais sobre o seu papel parental têm sido muito questionadas, uma vez que se considera que estas cognições guiam os comportamentos e a ligação do pai, tendo deste modo repercussão no desenvolvimento da criança. Espera-se que as crenças dos pais sobre os papéis a desempenhar na vida da criança influenciem os seus comportamentos na interação com a mesma (Grusec & Danyliuk, 2014).

A crença é caracterizada como um conhecimento considerado verdadeiro, para qualquer indivíduo, apesar de ser uma experiência subjetiva, uma vez que existem diferentes pontos de vista sobre uma mesma situação, e essas crenças determinarem ou regularem as decisões e ações dos indivíduos (Burrus & Carney, 2015). As crenças dos pais sobre a parentalidade e sobre a vida em geral têm impacto na motivação, previsão, explicação e mudança dos comportamentos parentais, influenciando as relações com os filhos, o que, inevitavelmente se repercute no desenvolvimento cognitivo, social e emocional das crianças (Sharot & Garrett, 2016).

Deste modo, as crenças parentais podem ser designadas, como um conjunto de ideias subjacentes à parentalidade, decisões, escolhas e apreciações que funcionam como modelos para comportamentos e atitudes a desempenhar para com os filhos (Senese et al., 2012).

O ambiente familiar tem um papel fundamental no desempenho das crianças, sendo os pais os responsáveis pelas respostas às necessidades básicas, como, alimentação, higiene, afeto, saúde, além de promoverem o desenvolvimento infantil. Além disso, os pais transmitem a cultura e os valores educacionais que a criança necessita para se adaptar à sociedade em que está inserida (Bornstein, 2012).

2.1.8. Enfermeiro como ser culturalmente competente

A cultura permite ao Homem reproduzir no mundo dinamizando, a essência do ser humano. O facto de estar sempre a criar ou recriar a sua obra ou as suas manifestações, faz da cultura uma das marcas mais tipicamente humanas (Sugawara & Nikaido, 2014).

A cultura caracteriza um determinado grupo com os seus valores, crenças, normas padrões e práticas que são aprendidos, partilhados e transmitidos de uma geração para a outra (Leininger, 2001).

Os enfermeiros tornam-se culturalmente competentes quando desenvolvem uma compreensão sobre outras culturas para além da sua, respeitando e sendo sensíveis às suas crenças e costumes, principalmente no que diz respeito aos seus efeitos nos cuidados de saúde, promovendo o seu autoconhecimento e compreendendo como a sua própria cultura afeta a sua capacidade para prestar cuidados a outros (Opperman & Kathleen, 2001).

Perante um tema de extrema importância para a prestação de cuidados de saúde, na década de 50, surgiu a *Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural do Cuidado*, que foi desenvolvida pela reconhecida fundadora da Enfermagem Transcultural, Madeleine Leininger (Hockenberry & Wilson, 2014). A teoria defende cuidados de saúde numa abordagem holística, de acordo com a cultura e focados na enfermagem científica e humanística.

O cuidar cultural procura compreender a diversidade e universalidade do cuidado humano em relação à visão do mundo, estrutura social e outras dimensões, e perceber o modo de prestar cuidados culturalmente congruentes para diferentes pessoas, famílias ou grupos culturais (Leininger, 1999). Como complemento à sua teoria e para sua melhor compreensão, Leininger (1999) desenvolveu o *Modelo Sunrise* (Figura 2), que simboliza o nascer do sol como a esperança para gerar novos conhecimentos em enfermagem transcultural e personifica o cuidado cultural como sendo um sol, pretendendo que este nasça, brilhe e se dissemine pela sociedade.

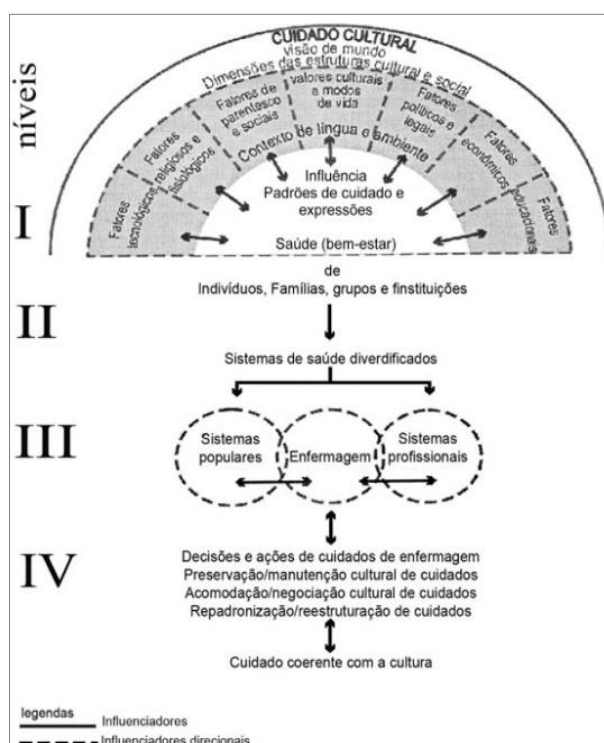


Figura 2 - Modelo Sunrise.

Fonte: (Reis et al., 2012).

Este modelo é constituído por quatro níveis (Crespo et al., 2014; Gualda & Hoga, 1992):

- Nível I: Representa a visão do mundo, as diferentes culturas, como o caso da cultura africana e a estrutura social que influencia o cuidar e a saúde, nomeadamente o desenvolvimento infantil.
- Nível II: Focaliza os indivíduos, as famílias, os grupos e as instituições socioculturais, em vários sistemas de saúde;
- Nível III: Inclui o sistema popular, a Enfermagem e o sistema profissional, representadas por três eclipses, que revelam a necessidade de existir uma interação entre Enfermeiro e a criança/ família, para possa identificar a diversidade e universalidade dos cuidados culturais e evitar o choque e a imposição cultural;
- Nível IV: Identifica as três possíveis formas de atuação dos profissionais de Enfermagem para atingirem o cuidado culturalmente congruente. Em todas, as ações e decisões do profissional têm como foco central, o apoio e a capacitação de pessoas de uma cultura específica, para conhecerem e desempenharem as suas capacidades:

- **Preservação/ Manutenção do Cuidado Cultural:** auxiliando-os a reter e/ou preservar hábitos favoráveis de cuidado para que possam manter o seu bem-estar ou recuperar de um processo de doença.
- **Repadronização/ Reestruturação do Cuidado Cultural:** auxiliando-os na modificação de modos de vida e padrões de cuidados de saúde para outros mais saudáveis e proporcionadores de bem-estar, respeitando os valores culturais dos indivíduos ou grupos.
- **Negociação do Cuidado Cultural:** auxiliando-a a adquirir estratégias de adaptação, negociação ou ajustamento dos seus hábitos de saúde e de vida. Desta forma, o enfermeiro poderia negociar com a família, a necessidade de vigilância médica.

À medida que a diversidade étnica, racial e cultural aumenta, torna-se imperativo que os enfermeiros se tornem competentes em enfermagem transcultural e desenvolvam sensibilidade cultural (Munoz & Luckmann, 2005).

A sua finalidade deste Modelo é evidenciar como os elementos da teoria determinam a condição de saúde, a prestação de cuidados dos Enfermeiros e a complementaridade.

Entre os componentes do diagrama, observam-se as dimensões das estruturas cultural e social, formadas pelos fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, de parentesco e sociais, valores culturais e modos de vida, políticos e legais, económicos e educacionais, que se repercutem na existência humana. Estes fatores constituem uma interação como representado pelas linhas tracejadas, intimamente presentes no ser humano. As setas do diagrama que são bidirecionais, destaca-se pela recíproca influência cultural no contexto social. O diagrama transmite uma visão de mundo do cuidado cultural que é influenciada e influencia as dimensões da estrutura cultural e social que, por sua vez, também são influenciadas e influenciam todos os seus fatores constitutivos. Assim sendo, as dimensões da construção cultural e social partem, da visão do mundo, sendo alteradas pelos contextos de linguagem e pelo ambiente (Leininger, 2001).

Os elementos de Enfermagem e a relação enfermeiro/cliente encontram-se demonstrados no setor das três elipses. Em relação à família, uma vez que a parentalidade é influenciada pela cultura, a tomada de decisão e as intervenções de enfermagem, são caracterizadas por um cuidar cultural de preservação/manutenção, de acomodação/negociação do cuidar cultural e repadronização/reestruturação desse mesmo cuidar cultural. Ainda no modelo *Sunrise* estão representadas as fases do processo de Enfermagem e desta forma, implementação deste modelo promove uma visão mais

abrangente do ser humano, que o considera indissociável do seu contexto cultural, o que consequentemente proporcionará um cuidar congruente culturalmente.

Assim, o Ser Humano é iminentemente um Ser Cultural, existindo fatores externos e internos que estão implicados na formação e no crescimento da criança, nos seus ideais, crenças e visão do mundo. Desta forma, os Enfermeiros ESIP como sendo um grupo de grande influência junto das comunidades, que assumem um papel preponderante na promoção da saúde e prevenção da doença, precisam de ter em consideração o contexto cultural das crianças e suas famílias ao prestarem cuidados de saúde.

Após o percurso formativo no desenvolvimento de competência de Enfermeira ESIP imbuído nas considerações culturais presentes na sociedade e na família, tal como na exploração de alguns conceitos teóricos e históricos que caracterizam o contexto que se pretende estudar, continuou-se este processo de formação no desenvolvimento de uma investigação essencialmente de cariz qualitativa com os seguintes objetivos: caracterizar a importância da criança para a família; identificar as formas de parentalidade existentes e compreender como a cultura interfere no processo de relação entre mãe e filho(a).

2.2. METODOLOGIA

A investigação científica usa métodos que permitem o desenvolvimento dos conhecimentos, representando, portanto, o caminho para a construção do conhecimento próprio de todas as disciplinas. Desta forma, o conhecimento de Enfermagem alcançado, graças à investigação científica, promove, não só, a credibilidade dos enfermeiros e a confiança nos cuidados prestados pelos mesmos, mas também a evolução de um cuidar intuitivo para um cuidar resultante de estudos comprovados e conhecimentos divulgados pela investigação em enfermagem (Pereira, 2014).

O enquadramento metodológico é entendido como um conjunto de procedimentos, técnicas ou instrumentos de recolha e tratamento de dados, utilizados no processo da pesquisa, proporcionando ao pesquisador atingir os objetivos traçados.

Toda e qualquer investigação adota uma metodologia e um caminho baseado em técnicas ou instrumentos de recolha de informação para alcançar os objetivos definidos. A presente pesquisa é do tipo de metodologia qualitativa, tem como estratégia e técnica de recolha a entrevista semiestruturada e no tratamento de informações a análise de conteúdo.

A metodologia qualitativa utilizada neste estudo justifica-se pelos objetivos de pesquisa, nomeadamente em perceber a perspetiva das influências culturais na transição à parentalidade, sobretudo, pela partilha de experiências das famílias. A utilização da entrevista como instrumento de recolha de dados revelou-se um excelente meio para atingir os objetivos traçados, com um excelente contributo das mães na realização do presente estudo. As propriedades deste tipo de metodologia contribuíram para compreender a perspetiva dos participantes, salientando-se, também, que as mães envolvidas se sentiram satisfeitas em poder falar sobre os conflitos, satisfações e angústias que vivenciam.

Como instrumento de recolha de dados, recorreu-se ao genograma e ecomapa, tal como a entrevistas semiestruturadas, dispondo de uma série de perguntas abertas, organizadas num guião, a partir do qual se receberam informações por parte das entrevistadas. Neste tipo de pesquisa, a entrevistadora procura adquirir tanto a objetividade como a profundidade do assunto em debate.

O que caracteriza estas entrevistas é a incorporação de perguntas abertas no guião (Apêndice 4). Esperou-se que as entrevistadas respondessem livremente a essas perguntas, sendo que a entrevistadora apesar de ter uma série de perguntas previstas, deixou as entrevistadas falarem abertamente, esforçando-se simplesmente por encaminhar a entrevista para os objetivos, sempre que as entrevistadas se afastassem deles.

Aquando da efetivação das entrevistas procedemos à codificação das mesmas com designação da letra “E” e com o número referente à ordem em que foi realizada (exemplo: de E1 a E18). Após a recolha de dados, transcreveram-se as entrevistas em “*verbatim*” até considerarmos ter atingido a saturação dos dados a partir da décima oitava entrevista.

2.2.1. Tipo de estudo de investigação

A investigação enquadra-se numa abordagem qualitativa pelo carácter exploratório e indutivo, com recolha de dados através da caracterização da família (ecomapa e genograma) que se encontram no apêndice 3 e posteriormente, recolha dos dados qualitativos na realização de entrevistas às mães.

2.2.2. População-alvo e amostra

A amostra é constituída por 18 mães de crianças/latentes (até 24 meses) que recorreram a uma clínica privada em Luanda, no âmbito da consulta de saúde infantil. As entrevistas foram agendadas na confirmação da respetiva consulta, obtendo-se o consentimento das inquiridas para a participação no estudo.

Com intuito de compreender a perceção das influências culturais no ser e tornar-se mãe em um contexto angolano, utilizou-se como instrumento a entrevista semiestruturada com os seguintes tópicos (Apêndice 4):

- Papel da criança na família e na sociedade;
- Papel da mãe na educação dos filhos e respostas às suas necessidades;
- Aspectos familiares e culturais de perceber a família;
- Expectativas nas relações entre mães e filhos e filhos e mães na experiência pessoal e familiar da mãe.

Como resultado do tratamento dos dados recolhidos, utilizou-se a caracterização familiar (ecomapa e genograma), a qual, permitiu entender os relacionamentos e redes de suporte existentes, tal como as possíveis influências existentes. Através das entrevistas pretendeu-se aceder às verbalizações das mães acerca do que é ser mãe e filho(a)/criança em um contexto angolano, as dificuldades existentes e as formas de as ultrapassar, tal como as relações familiares existentes e expectativas atribuídas à sua própria parentalidade e relação com o filho(a).

2.2.3. Procedimentos éticos

Foram respeitados os princípios éticos, sendo solicitado o Parecer do Núcleo de Investigação e a Comissão de Ética da ESSSM (Anexo 4), com o código de autorização CE2022/20, bem como a autorização da referida instituição para a recolha de dados necessários e realização do estudo de investigação (Anexo 5).

Durante o atendimento na clínica, foram selecionadas as possíveis participantes com base na idade da criança (até 24 meses) e disponibilidade das mães. Após a apresentação do estudo e dos objetivos, solicitou-se o consentimento informado através da sua leitura e disponibilização para esclarecimento de dúvidas, para de seguida, realizar-se a caracterização familiar e a entrevista com autorização de gravação por parte da participante, as gravações das entrevistas foram inutilizadas logo que os dados foram

tratados e obteve-se o seu consentimento por escrito através do documento elaborado para o efeito (Anexo 6).

Durante a realização das entrevistas respeitou-se as técnicas de comunicação, particularmente através da escuta ativa, dando liberdade aos participantes para se expressarem livremente, e respeitando os silêncios. Após a audição das entrevistas, foram transcritas para suporte escrito, respeitando integralmente a linguagem utilizada pelos participantes. Posteriormente, as entrevistas foram lidas diversas vezes, e deu-se início à análise dos dados.

Apresenta-se na tabela seguinte (Tabela 1) as características sociodemográficas dos progenitores das crianças.

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Idade (Média em anos)	Mãe	32
	Pai	35
Nacionalidade da mãe	Luso angolana	11%
	Portuguesa	22 %
	Angolana	67%
Habilitações literárias da mãe	Ensino Superior	65%
	Ensino secundário	35%
Habilitações literárias do Pai	Ensino Superior	61%
	Ensino secundário	33%
	NA	6%
Ocupação da mãe	Empregada	83%
	Desempregada	17%
Estado Civil da mãe	Casada	100%
Famílias	Reconstruídas	37%
	Com filhos de relacionamentos anteriores	33%
Apoio Doméstico	Com babá	94%
	Sem babá	17%
	Babá Interna	44%
	Empregada doméstica	94%
	Empregada doméstica e babá	83%
	Infância da mãe com babá	0%
	Pai partilha tarefas	53%
	Pai partilha tarefas parcialmente	31%
	Pai não partilha tarefas	16%
Avós Maternos	Presentes em Angola	72%
	Fora de Angola	28%
Avós Paternos	Presentes em Angola	50%
	Fora de Angola	44%
	Falecidos	6%

O presente estudo foi realizado com uma amostra de 18 mães de crianças até aos 24 meses. As mães apresentaram uma idade média de 32 anos e os pais de 35 anos; quanto ao estado civil, todos os pais (pai/ mãe) são casados, as famílias são particularmente nucleares, oito destas famílias são reconstituídas e sete apresentam filhos de relações anteriores. Em ambos os progenitores, na maioria das famílias participantes possuem o ensino superior. Verificou-se que grande parte das mães está ativa profissionalmente, sendo residentes, em meio urbano. Foi importante para o estudo a diversidade cultural, com a participação de 12 mães angolanas, duas com dupla nacionalidade (angolana/portuguesa) e quatro de nacionalidade portuguesa. No que diz respeito aos apoios familiares, 13 famílias apresentam os avós maternos no país, no entanto, no que diz respeito aos avós paternos apenas cerca de 50% vivem no país.

O apoio que as mães apresentam é basicamente prestado pelas empregadas, uma vez que apesar de muitas terem as suas mães presentes no país, nem sempre se encontram na mesma área geográfica ou num local próximo.

Das mães referenciadas nestes estudos, 94% delas apresentam “*babá*” em casa e cerca de 44% delas são internas. Além da “*babá*”, ainda 94% das mães apresentam empregadas domésticas/motoristas e apenas 17% destas mães é que não têm apoio de “*babá*”, uma vez que duas destas mães se encontram desempregadas e uma das mães partilha o cuidado com o pai e com a avó da bebé.

Segundo as entrevistadas, 53% dos pais partilham com as mães os cuidados com os filhos, 31% partilham parcialmente e 16% dos pais não colaboram com mães nos cuidados dos filhos e do lar.

2.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A escolha do tema em estudo frequentemente apresenta de base a história de vida dos investigadores, sob ponto de vista profissional. Neste contexto, e tendo por base os resultados obtidos, vamos apresentar uma análise crítica dos mesmos. Os resultados obtidos foram confrontados com os conhecimentos dos investigadores e a fundamentação teórica.

Nesta fase do estudo, tendo em consideração o quadro teórico, procedeu-se à análise do conteúdo das entrevistas. Ao longo da análise do conteúdo das entrevistas foram definidas dimensões, categorias e subcategorias.

A sua análise obedeceu à técnica de análise de conteúdo que permitiu a organização da informação recolhida por dimensões, temáticas e categorias, subcategorias, conseguindo-se, deste modo, uma rápida e clara interpretação dos dados. A construção das categorias obedeceu a regras consideradas fundamentais de: exclusividade, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade (Bardin, 2016).

2.3.1. Influências culturais no ser mãe em um contexto angolano

Referente à dimensão: “Influências Culturais no Ser mãe em um contexto angolano” surgiram as seguintes temáticas: o papel da criança, papel da mãe na educação dos filhos, expectativas nas relações entre mães e filhos e mães na experiência pessoal e familiar da mãe, aspetos familiares e culturais de perceber a família e o apoio familiar. As temáticas e respetivas categorias estão apresentadas de forma esquemática na tabela 2.

Tabela 2 - Temática e categorias

Temática	Categorias
O papel da criança	• Na família (kanda) • Na sociedade • Ser “Kandengue” em Angola • As limitações da comunidade
Papel da mãe na educação dos filhos	• Responsabilidades da mãe • Necessidades da criança • Dificuldades existentes neste contexto
Expectativas nas relações entre mães e filhos e mães na experiência pessoal e familiar da mãe	• A percepção do ser mãe • As experiências pessoais e familiares
Aspetos familiares e culturais de perceber a família	• O ser mãe no passado • O poder da cultura africana • Conflitos
Apoio familiar	• O apoio do pai • O apoio da família • A necessidade da babá

2.3.2. O papel da criança

De acordo com a temática “*O papel da criança*” emergiram as seguintes categorias: na família, na sociedade, ser “Kandengue” em Angola e as limitações da sociedade. Por se tratar de categorias que evidenciam os aspetos centrais do

desenvolvimento da criança, consideramos que as mesmas podem representar dados bastante úteis e determinantes para o tipo de desenvolvimento. Após a identificação das principais categorias constituintes tornou-se pertinente a criação de subcategorias para melhor especificar as categorias temáticas relacionadas com as necessidades da criança e com os atributos e condições para o seu desenvolvimento (Tabela 3).

Tabela 3 - Temática “O papel da criança”, categorias, subcategorias e respetivas unidades de registo

Categoria
Família (<i>kanda</i>)
Subcategorias
Fonte de significação Conexão familiar Harmonia Socialização
Unidades de registo
<i>“...é muito importante...é o centro da nossa família” E1 e referido por outras palavras por E11, E13, E14, E17 e E18</i> <i>“...vai incutir regras e disciplina...ajudar talvez na dinâmica do casal ...” E2</i> <i>“Uma vida para a família, alegria...” E3</i> <i>“Ajuda a deixar de ser egoísta...” E4</i> <i>“Tem de ser feliz...lar estável E5</i> <i>“Alegria...bebe muito desejado” E6 e referido por outras palavras por E12</i> <i>“é o centro da atenção... E7</i> <i>“muita alegria... E8</i> <i>Carinho e proteção E9</i> <i>“Alegria.”. E10 e referido por outras palavras por E14 e E15</i>
Categoria
Sociedade
Subcategoria
O desenvolvimento afetivo, social e físico
Unidades de registo
<i>“...é o futuro, com a educação certa e o acompanhamento” E1</i> <i>“Tem os seus direitos..., mas tem de estar a seguir as regras” E2</i> <i>“Tem direitos, mas também devem fazer o q os pais querem...” E3 e referido por outras palavras por E13</i> <i>“Futuro...” E6 e referido por outras palavras por E11, E12 e E14</i> <i>“Faz parte do conceito família...futuro...é ser mais livre...” E7</i> <i>“Nós os pais muita das vezes não damos o espaço para ter direitos...influenciamos os filhos a seguir o histórico da família...” “Entrevista 08</i> <i>“Aqui em Angola só tem deveres...” E10</i> <i>“É crescer feliz...” “E17</i> <i>“Não tem voz ...” E13</i>

Tabela 3 - Temática “O papel da criança”, categorias, subcategorias e respetivas unidades de registo (continuação)

Categoria
“Kandengue” em Angola
Subcategoria
Sobrevivência
Unidades de registo
“Temos uma forma diferente de educar...vai contra as políticas internacionais...não sou nada contra da criança precisar de levar umas palmadas no momento certo...para perceber que há regras e autoridade...” E2 “É banalizada...” E5 e referido por outras palavras por E16 “Não é ser criança...realidade muito difícil. “E6 e referido por outras palavras por E14 “Infelizmente é uma forma de fazer dinheiro...daí que há tantas crianças na rua...não usufruem dos direitos” E7 “quando nas festas infantis, o que se ouve é cu duro e não músicas do panda...” E6 “A realidade de Angola é a classe baixa, eles não são crianças, são lhe dadas responsabilidades...não direto a uma alimentação...” E8 e referido por outras palavras por E16 e E17 “Crianças sem lar...” E9 “Não há escolas...antigamente tínhamos escolas públicas” E10 “No meu mundo é fácil, mas la fora, ver crianças na rua, dá um aperto no coração” E10 e referido por outras palavras por E11 e E15 “Por um lado, é alegria, apesar da pobreza, têm sempre um sorriso na cara...ainda têm muito poucos direitos ...” E12 “Todos os dias os direitos das crianças são violados. “E14 e referido por outras palavras por e E18
Categoria
Limitações da comunidade
Subcategoria
Privação das necessidades humanas básicas
Unidades de registo
“Não há parques...vacinas...não temos nada de bom para as crianças” E5 “Alimentação não é a correta e o nível de ensino.” E5 e referido por outras palavras por E14 “Saúde e educação...quando há é mais caro...” E7 e referido por outras palavras por E11, E12 e E18 “Não há escolas, défice de pilares, estrutura família...não tem água ...” E8 e referido por outras palavras por E9 “Segurança “E10 e referido por outras palavras por E17 “Saúde ...” E15 referido por outras palavras por E16

Na temática “O papel da criança”, foi possível perceber o enquadramento da criança na família, o papel que desempenha nas decisões e na sociedade civil, bem como conhecer a realidade em que se encontra inserida e as lacunas que a sociedade apresenta. Com base nas entrevistas realizadas, e de acordo com as colaboradoras desta pesquisa, foi possível perceber que relativamente ao “papel da criança” e na categoria, **família “Kanda”**, em que se encontra inserida, que a maioria das mães referem que na sua perceção, a criança na família representa a alegria, harmonia e a esperança, associando o “papel da criança na família” a sentimentos de ligação e vinculação. Estas ações e comportamentos habituais, entre uma mãe e o seu filho, são essenciais para a continuidade do seu processo de desenvolvimento.

Para estas mães, a criança é o centro da família é o centro de ligação e conexão familiar, transmitindo felicidade. No entanto, este novo elemento terá de seguir o que a

família tem projetado para o seu futuro, sendo um ser que terá de cumprir os limites estabelecidos, de forma harmoniosa.

“...é muito importante...é o centro da nossa família” E1

“Uma vida para a família, alegria...” E3

A criança para a **sociedade** é a projeção do futuro, e deverá cumprir as regras pré-estabelecidas pela família. O desenvolvimento da sociedade dependerá do desenvolvimento emocional, físico e social das crianças.

“Nós os pais muita das vezes não damos o espaço para ter direitos...influenciamos os filhos a seguir o histórico da família...” E08

“Aqui em Angola só tem deveres...” E10

“Não tem voz ...” E13

Olhando ao redor, e saindo do ambiente controlado em que estas famílias estão inseridas e de acordo com o seu dia a dia, procuramos perceber qual a percepção das mães em relação ao que é ser **“Kandengue”** em Angola, de uma forma geral e não apenas no meio em que estas mães se encontram inseridas. As mesmas descrevem que ser **“Kandengue”** em Angola é *sobreviver*, uma vez que as necessidades básicas das crianças não são respeitadas, a existência de inúmeras crianças de rua com fome é uma realidade desta sociedade, assim como os seus direitos, sendo que estas crianças cumprem as regras estabelecidas pela sociedade e a sua opinião não é levada em consideração.

“Temos uma forma diferente de educar...vai contra as políticas internacionais...não sou nada contra a criança precisar de levar umas palmadas no momento certo...para perceber que há regras e autoridade...” E2

“...a realidade é a classe baixa, são lhes atribuídas responsabilidades desde muito cedo e não tem oportunidade de ir à escola e de ter uma boa alimentação...não é ser criança...” E8

Relativamente à categoria, **limitações sociedade**, as entrevistadas relatam que a sociedade apresenta limitações nos cuidados de saúde, sendo que os existentes apresentam o custo muito elevado. De acordo com a subcategoria, *necessidades humanas básicas da população*, o país não apresenta uma resposta favorável, uma vez que não existe um ensino público gratuito e com qualidade, os bens alimentares com qualidade são limitados e têm preços muito elevados, e as mães não se sentem seguras fora do seu ambiente, tendo necessidade de viver num ambiente controlado.

“Saúde e educação...quando há é mais caro...” E7, as outras mães corroboram da mesma opinião (E11, E12 e E18)

“Não há escolas, défice de pilares, estrutura familiar...não tem água ...” E8, E9

Todas estas limitações exigem da família um reajustamento e adaptação, sendo fundamental que os enfermeiros foquem a sua atenção nas necessidades da mesma.

2.3.3. Papel da mãe na educação dos filhos

Relativamente à temática “**Papel da mãe na educação dos filhos**” obtiveram-se as categorias: responsabilidades da mãe, necessidades da criança e as dificuldades existentes neste contexto (Tabela 4).

Tabela 4 - “Papel da mãe na educação dos filhos”, categorias, subcategorias e respetivas unidades de registo

Categoria
Responsabilidades da mãe
Subcategorias
Vinculação Acompanhamento no desenvolvimento infantil
Unidades de registo
<i>“Acompanhar o seu crescimento, dar apoio em tudo o que eles precisam...” E1 e referido por outras palavras por E4</i> <i>“Essencial, nós é que somos o exemplo” E1 e referido por outras palavras por E3</i> <i>“...desde que ela nasceu, que há uma ligação muito grande comigo...criar o vínculo com a amamentação...tem um porto seguro...” E2</i> <i>“Respeito pelo bebé, paciência, amor e dedicação...” E6</i> <i>“Atenta as necessidades e ao seu desenvolvimento” E7 e referido por outras palavras por E17</i> <i>“A mãe deve estar presente em tudo...” E8 e referido por outras palavras por E13, E18</i> <i>“Ensinar e educar. “E9 e referido por outras palavras por E10, E15</i> <i>“É tudo. Tenho babá, mas estou presente em tudo...” E10 e referido por outras palavras por E17</i> <i>“Inculcar os princípios vitais de uma sociedade. Ser um exemplo “E12</i> <i>“Estar atenta a tudo e fazer o papel do pai “E14</i> <i>“Educar no caminho de Deus...” E15 e referido por outras palavras por E18</i> <i>“Trabalhar o máximo para que não falte o mínimo “E16</i>
Categoria
Necessidades da criança
Subcategoria
Emocionais Necessidades humanas básicas
Unidades de registo
<i>“Saúde, educação...as descobertas...” E3</i> <i>“Amor, colinho “E1 e referido por outras palavras por E2, E4, E11</i> <i>“Amor, mimo” E5 e referido por outras palavras por E14</i> <i>“Sou muito mãe galinha. Não deixo tudo para as babás “E5</i> <i>“Amor, carinho...dedicação” E6 e referido por outras palavras por E9, E18</i> <i>“Acompanhamento...” E8</i> <i>“Necessidades muitas básicas, alimentação, a higiene, o amor. O respeito.” E12 e referido por outras palavras por E17, E18</i> <i>“Ir para a creche. Estou a aguardar fazer os 2 anos “E15</i>

Tabela 4 - “Papel da mãe na educação dos filhos”, categorias, subcategorias e respectivas unidades de registro (continuação)

Categoria
Dificuldades existentes neste contexto
Subcategoria
Influência familiar Cultura africana
Unidades de registro
“Muito cansativo...tive de colocar as crianças a dormir com a babá para poder descansar...” E5 “Horários de trabalho..., mas há uma facilidade em ter uma babá...é barato” E7 “Não muitas opções para fazer com as crianças...parques...que são importantes para o desenvolvimento das crianças...insegurança... E7 Há dias muito exaustos...quando chego a casa fico só com ela... “E8 “É muito cansativo...” E10 “Quando não há ajuda é muito difícil “E11 “Estar sozinha...não tenho uma mãe e uma avó. Só tenho o meu marido e dependemos um do outro. “E12 e referido por outras palavras por E17 “Interferência da família. Por ser mãe tens de fazer tudo. Sou criticada pelo meu esposo ajudar. Tens de fazer tudo sozinha “E13 “Muito cansativo, porque tenho de deixar tudo orientado para a semana e o pai não ajuda. Até para comer tenho de pedir para ele pegar nela senão não consigo comer. “E14 “Falta de tempo para a bebé” E15 e referido por outras palavras por E18

Nesta temática **Papel da mãe na educação dos filhos**, todas as mães entrevistadas referem que é fundamental criar uma ligação e estabelecer o vínculo com a criança. As necessidades da criança, nesta faixa etária, são muito básicas, sendo que o amor e respeito para com a criança são fundamentais.

As responsabilidades enquanto mãe refletem a importância da presença da mãe durante o acompanhamento do desenvolvimento dos seus filhos. As mães consideram que o apoio e a educação são pilares fundamentais, assim como a ligação com os filhos. É importante criar um ninho e transmitir segurança para o bem-estar das crianças.

“Acompanhar o seu crescimento, dar apoio em tudo o que eles precisam...” E1, e E7 é da mesma opinião

“...desde que ela nasceu, que há uma ligação muito grande comigo...criar o vínculo com a amamentação...tem um porto seguro...” E2

“incutir os princípios vitais de uma sociedade. O amor ao próximo, o respeito...incutir nela, o que os meus pais incutiram em mim...” E12

“Estar atenta a tudo e fazer o papel do pai “E14

As necessidades das crianças transmitidas ao longo das entrevistas foram, amor, afeto, presença.

“Numa fase inicial, as necessidades são muito básicas, é a comida e a higiene...amor, respeito...” E12

A categoria “**Necessidades humanas básicas**” relaciona-se com a satisfação das necessidades nutricionais e hídricas da criança. Uma alimentação adequada e equilibrada é determinante para um adequado desenvolvimento da criança.

As dificuldades que as mães referiram ao logo das entrevistas foram as influências familiares e a cultura africana e como esta interfere na educação dos filhos. Em Angola, todos educam, a educação é dada pela família e não apenas pelos pais, sendo que os mais velhos são muito respeitados e ouvidos.

As grandes dificuldades expressas pelas mães foram a pressão familiar existente na cultura africana e como lidar com as diferenças de hábitos e conhecimentos já existentes nestas mães, nomeadamente, a necessidade de manterem os hábitos alimentares da cultura africana, em que os pais não devem colaborar no cuidar da casa e da criança. Conforme referem, as mães têm de fazer tudo sozinhas, a família fica presente principalmente no primeiro mês de vida do bebé, para ensinar no cuidar ao recém-nascido de acordo com a tradição e para verificar se a mãe é capaz de tratar dele, do marido e da casa.

“Interferência da família. Por ser mãe tens de fazer tudo. Sou criticada pelo meu esposo ajudar. Tens de fazer tudo sozinha” E13

“Muito cansativo, porque tenho de deixar tudo orientado para a semana e o pai não ajuda. Até para comer tenho de pedir para ele pegar nela senão não consigo comer.” E14
“Falta de tempo para a bebé” E15 e E18

A capacidade de desempenhar estes papéis desenvolve-se ao longo do processo de socialização através dos conhecimentos e desenvolvimento de competências.

2.3.4. Expetativas nas relações entre mães e filhos e filhos e mães na experiência pessoal e familiar da mãe

Relativamente às “**Expetativas nas relações entre mães e filhos e filhos e mães na experiência pessoal e familiar da mãe**” obtiveram-se as seguintes categorias: a percepção do ser mãe e as experiências pessoais e familiares (Tabela 5).

Tabela 5 - “Expetativas nas relações entre mães e filhos e filhos e mães na experiência pessoal e familiar da mãe”, categorias, subcategorias e unidades de registo

Categoria
A percepção do ser mãe
Subcategorias
Transição para a parentalidade
Unidades de registo
<i>“Diferente, do que estávamos habituados, uma adaptação...” E1</i> <i>“Doar completamente para uma pessoa ...” E4</i> <i>“Tem de ser a prioridade.” E6 e referido por outras palavras por E14, E15, E17</i> <i>“É inevitável olhar para trás, mas acho que está a correr bem...” E7</i> <i>“A família...somos muito ligadas” E8</i> <i>“Eu nunca quis ser mãe, aconteceu. Estou a aprender todos os dias” E10</i> <i>“Vamos beber todas as raízes...o amor, a atenção. A minha mãe também cuidou de mim longe da família” E12</i> <i>“Ainda está a ser um processo. É a prova do que é amar ...” E13</i> <i>“Muita responsabilidade...dependem de mim” E16.</i>
Categoria
As experiências pessoais e familiares
Subcategorias
Hábitos culturais Experiências vivenciadas
Unidades de registo
<i>“Sempre tive uns pais muito presente e que me acompanharam sempre em todas as minhas decisões...” E1</i> <i>“Fazer o ninho...é dela...sempre tive esse apoio...” E2</i> <i>“A família e os amigos ...A minha orientou-me muito...” E6</i> <i>“A minha mãe é um exemplo.” E7</i> <i>“A mãe foi um exemplo. Mulher guerreira e batalhadora. Criou-nos sem companheiro” E8</i> <i>“Quem me criou foram as minhas tias. A minha mãe precisava de trabalhar. A minha mãe não tem paciência” E10</i> <i>“Fui criada pelas minhas irmãs e são um exemplo” E11 e referido por outras palavras por E15</i> <i>“O amor da minha mãe” E12</i> <i>“Influencias dos estrangeiros” E13 e referido por outras palavras por E14</i> <i>“Os meus pais são um exemplo. Os meus ídolos” E14</i> <i>“Tive uma infância muito difícil, violência doméstica e não quero isso para a minha filha” E17</i> <i>“Sou a última filha, a minha mãe não cuidou de mim, foram as minhas irmãs e as minhas tias.” E18.</i>

Sobre as “**Expetativas nas relações entre mães e filhos e filhos e mães na experiência pessoal e familiar da mãe**” e **na percepção de ser mãe**, as entrevistadas descrevem o ser mãe como um processo e uma adaptação diária, ou seja, encontram-se num processo de transição para a parentalidade, sendo que as mesmas desconhecem a sua existência e importância.

Ser mãe é um processo de adaptação entre a mãe/filho, criando um vínculo e uma ligação de amor para com o bebé. De acordo com a amostra e justificando o que foi referenciado, as expressões mais ouvidas ao longo das entrevistas foram:

“Diferente, do que estávamos habituados, uma adaptação...” E1

“Doar completamente para uma pessoa ...” E4

Relativamente **às experiências pessoais e familiares**, 13 mães referem que foram influenciadas pela mãe de forma positiva, quando nas suas vivências passadas têm como registo a presença dos pais e para estas eles são um exemplo a seguir; valorizam o apoio

que tiveram ao longo dos anos e pretendem seguir este exemplo. As restantes sete mães referem que estas experiências interferiram de forma negativa na forma de serem mães, nomeadamente a pressão familiar, as características da família angolana, já referenciadas neste trabalho e a pressão por manterem os hábitos e costumes angolanos, gerando conflitos familiares e conjugais.

As experiências pessoais e familiares influenciam as relações entre mães e filhos, circunstância que se observou quando as inquiridas referem que os pais são um exemplo que pretendem seguir, quando tiveram pais presentes. Constatou-se que devido a hábitos e costumes, as famílias em Angola são de uma forma geral, famílias alargadas, e muitas mães não foram criadas pelas próprias mães. Desta forma, nas famílias alargadas, em que todos educam, as mães referem que se sentem muitas vezes julgadas por não manterem os hábitos e costumes das famílias.

“Tive uma infância muito difícil, violência doméstica e não quero isso para a minha filha” E17

“Sou a última filha, a minha mãe não cuidou de mim, foram as minhas irmãs e as minhas tias.” E18.

No acompanhamento do desenvolvimento infantil e no cuidar, percecionamos que existem diferenças entre as mães de nacionalidade angolana e de nacionalidade estrangeira.

“Sempre tive uns pais muito presente e que me acompanharam sempre em todas as minhas decisões...” E1

“Aqui todo o mundo educa, os tios, os avós...não é concentrado no pai e na mãe...” E2

A criação de laços vinculativos não é inato e o seu fortalecimento é gradual e dependerá do contexto cultural aonde se encontra inserido.

2.3.5. Aspetos familiares e culturais de percecionar a família

Na temática **“Aspetos familiares e culturais de percecionar a família”** obtiveram-se as subcategorias: o ser mãe no passado, o poder da cultura africana e os conflitos (Tabela 6).

Tabela 6 – Categoria “Aspetos familiares e culturais de perceber a família” e subcategorias

Categoria
O ser mãe no passado
Subcategorias
Família monoparental Ausência maternal Diferenças
Unidades de registo
“...o que a minha mãe pensa na forma de cuidar... E2 “As mães agiam pelos atos e costumes. E3 e referido por outras palavras por E13 Já a julguei mais...foi uma supermãe...criar os filhos sozinha” E5 “Não é igual..., mas hoje compreendo” E6 “Não é igual, mudaram algumas coisas, principalmente na alimentação e a necessidade da vacinação” E7 e referido por outras palavras por E11, E13, E15 “Não. O mundo está muito mais desenvolvido... “E8 e referido por outras palavras por E14, E18 “É igual como a minha mãe ...educou-me muito bem.” E9 “Não. Hoje temos mais apoios e o avanço tecnológico” E12 “Muito mais cultural...a minha é mais liberal...é uma mistura. As mães atualmente estão mais distantes dos filhos. E14 e referido por outras palavras por E16 “As mães antigamente, trabalhavam mais do que prestar atenção aos filhos” E15 “Olho muito pelo que a minha mãe fez, quem cuidou de mim foram as minhas irmãs mais velhas” E016 “Não. Atualmente pesquisamos muito. Antigamente as coisas aconteciam naturalmente”. E17 “A minha mãe criou os filhos sozinha e criou com amor e regras.” E18
Categoria
O poder da cultura africana
Subcategoria
Tradições Medicina tradicional
Unidades de registo
“...influencia a nossa educação” E1 “Aqui todo o mundo educa, os tios, os avós...não é concentrado no pai e na mãe...” E2 “No meu caso não sinto isso.” E7 “Interfere, a cultura africana, as decisões são tomadas pelos tios...tem muita interferência desde pequeno...” E8 “Temos de juntar os dois lados da cultura”. E10 “Todos dão opinião...a alimentação. O funje...colocar a bebé as costas “E13 e referido por outras palavras por E18 “Eu sou do Sul e o meu marido é do Norte e não funciona bem. Somos de culturas muito diferentes. Tudo é complicado, os hábitos alimentares chocam muito.” E14 “...da família do meu marido...acham que algumas coisas não são bem feitas...” E15 “A família paterna...que decide a circuncisão da criança são os tios. Eu não vou, quem trata é a avó. Eu vou ficar só a olhar.” E16.
Categoria
Conflitos
Subcategoria
Padrão alimentar Medicina convencional Multiculturalidade
Unidades de registo
“Faço sempre o que eu quero...diplomaticamente vou dizendo as coisas...” E5 “Não. Até porque estamos afastados da família...” E6 “Não. Nós tomamos as decisões os dois, mas não podemos esquecer a nossa cultura e as nossas raízes e tenho cultura que jamais serão quebrados...” E8 “Ignoro...” E10 “Digo não.” E11 e referido por outras palavras por E18 “Sim...ainda não consegui gerir..., mas vou ignorando e escondemos que o meu esposo ajuda.” E13 “Com a família do meu marido, devido aos hábitos alimentares e o marido colaborar nas tarefas da casa.” E14 “...com a família do meu marido “E15 “Não. Eu aceito a cultura do marido “E16

Na categoria “**Aspetos familiares e culturais de perceber a família**”, o **ser mãe no passado** é ser guerreira, pois a maioria das mães entrevistadas com nacionalidade angolana refere que as suas próprias mães criaram os filhos sozinhas, sem a presença dos companheiros. Pelo motivo da sobrevivência e pela responsabilidade na educação dos filhos, essas mães tornaram-se mais distantes dos filhos, ficando o acompanhamento entregue às irmãs ou filhos mais velhos. Apesar das falhas existentes, estas mães consideram as suas mães um exemplo a seguir.

Em Angola, a mulher constitui o pilar da vida familiar e doméstica na gestão do agregado familiar e na organização da vida doméstica.

“Estar atenta a tudo e fazer o papel do pai...” E14

“As mães antigamente, trabalhavam mais do que prestar atenção aos filhos...” E15

Apesar da maioria das mães angolanas entrevistadas ter viajado e conhecer outras realidades e culturas, **o poder da cultura africana** ainda se encontra enraizada e prezam por manter certos hábitos e costumes da cultura angolana, referindo que o contacto com outras realidades tem um impacto positivo na educação dos seus filhos, ao transmitir conhecimentos mais atualizados, que favorecem o desenvolvimento das crianças.

“A família paterna é que decide a circuncisão da criança ...são os tios. Eu não vou, quem trata é a avó. Eu vou ficar só a olhar...” E16

“Nós tomamos as decisões os dois, mas não podemos esquecer a nossa cultura e as nossas raízes e tenho cultura que jamais serão quebrados...” E8

No presente estudo, a maioria das mães já entrou em **conflito** com a família, mas muitas mães vão conseguindo gerir a situação e conseguem educar as crianças de acordo com o que preconizam, independentemente da opinião da restante família. Os maiores conflitos ocorrem com a família do marido, muitas vezes porque são de regiões diferentes do país e têm hábitos culturais distintos.

“Todos dão opinião...a alimentação. O funje...colocar a bebé as costas “E13 e E18

“Eu sou do Sul e o meu marido é do Norte e não funciona bem. Somos de culturas muito diferentes. Tudo é complicado, os hábitos alimentares chocam muito.” E14

“Interfere, a cultura africana, as decisões são tomadas pelos tios...tem muita interferência desde pequeno...” E8

A cultura caracteriza um determinado povo, com os seus valores, crenças, normas e padrões, atualmente, vamos assistindo à existência de alterações culturais, pela influência da globalização, que podem acarretar choques culturais entre os indivíduos mais velhos.

2.3.6. Apoio familiar

Relativamente ao “Apoio familiar” obtiveram-se as seguintes categorias: o apoio do pai, o apoio da família e a necessidade da “babá” (Tabela 7)

Tabela 7 - Temática “Apoio familiar”, categorias, subcategorias e unidades de registo

Categoria
O apoio do pai
Subcategorias
Pai presente Pai ausente e/ou pouco participativo
Unidades de registo
“é dividido entre a mãe e o pai...” E1 “O pai ajuda, troca fralda...” E2 e referido por outras palavras por E11, E18 “Os pais são completamente passivos” E4 e referido por outras palavras por E14 “Já tive muitas discussões com o meu marido..., mas só faz quando quer...contratamos ajuda para quê? Essa responsabilidade é tua ...” E5 “O pai é super dedicado. Faz tudo...” E6 e referido por outras palavras por E12 “O pai não se mete no banho, no brincar já brinca” E7 “O pai não tem um papel de 50%, agora já não participa tanto. À noite há momento que se levanta...”. E7 “O pai não participa no tomar conta, nem nas consultas porque é muito ocupado. Mas fica com ela no tapete das atividades.” E8 “...nem sempre...as vezes ajuda ...” E9 “O pai foge...não partilha nos cuidados E10 “O pai fica com ela quando acorda, dá banho...ajuda muito.” E13 “A bebé fica com a babá. Ele fica com durante 2 horas com a bebé até eu chegar...e já reclama. Quando estamos os 2 de folga ele toma o pequeno-almoço e sai e eu fico sozinha com a bebé.” E14 “O pai ajuda muito, quando faço tarde ele fica com a bebé. A babá vai embora cedo. Mas se tiver de ficar com a bebé todos os dias não vai ser fácil.” E15 “O pai ajuda muito e está sempre presente nas consultas” E16 “O pai está mais ausente devido aos horários” E17
Categoria
O apoio da família
Subcategoria
Apoio das avós Apoio das babás
Unidades de registo
“As minhas irmãs...somos muito próximas ...” E2. “...babás, alternam semanas, são internas” E4 “Apoio da minha irmã e do meu pai...e as babás” E5 “Tenho muito apoio, vivo em casa dos sogros e tenho a minha cunhada e a babá...” E8 “Tenho o apoio da família, até o económico.” E10 “Minha mãe e a minha prima” E13 “Babá e 2 empregadas.” E14 “Babá interna e a empregada doméstica” E18

Tabela 7 - Temática “Apoio familiar”, categorias, subcategorias e unidades de registo (continuação)

Categoria
A necessidade da babá
Subcategoria
Recurso de padrão social
Unidades de registo
<i>“O apoio é completamente da babá...o pai nem existe essa possibilidade” E4</i> <i>“babá está de 2ª a 6ª feira...” E2 e referido por outras palavras por E3, E6, E12, E17</i> <i>“Indispensável...” E4 e referido por outras palavras por E9, E16, E17</i> <i>“Indispensável...de outra forma não conseguiria trabalhar...” E5 e referido por outras palavras por E18</i> <i>“Acho que é possível viver sem babá” E6</i> <i>“Babá fica alguns dias interna e outros até eu chegar. Fica o domingo em casa” E7</i> <i>“A babá é indispensável...para ir trabalhar...” E7 e referido por outras palavras por E14</i> <i>“Babá fica até eu chegar e temos, jardineiro e duas empregadas que tomam contam da roupa e da comida. A babá descansa ao domingo... Não conseguiria viver sem a babá e sem os empregados” E8</i> <i>“Babá faz o meu horário, e temos mais 2 empregadas que cuidam da casa. Impossível viver sem babá e sem as empregadas, porque o pai não colabora.” E14</i> <i>“A babá está de 2ª a sábado” E15 E16</i>

No “**Apoio Familiar**”, no que diz respeito **ao apoio do pai**, cinco pais apresentam um papel ativo no cuidar das crianças e nas tarefas domésticas, três não cuidam das crianças, mas são capazes de brincar com elas e de ficar com as mesmas por curtos períodos, e dez não prestam cuidados às crianças, referindo que essa responsabilidade é das mães.

Constatou-se que nas famílias incluídas no estudo, todas as crianças encontram-se registadas e com nome de pai, no entanto, verifica-se que o pai não partilha o cuidar dos filhos da mesma forma que a mãe, bem como não participa nas atividades domésticas.

É notória a diferença de atitudes entre os pais estrangeiros e os pais angolanos. Os pais estrangeiros são mais presentes e participativos, capazes de substituir a mãe em qualquer altura e sem diferença no cuidar.

Esta realidade está bem presente nas unidades de registo desta subcategoria, que decorrem das seguintes partilhas das inquiridas:

“Já tive muitas discussões com o meu marido..., mas só faz quando quer...contratamos ajuda para quê? Essa responsabilidade é tua ...” E5

“...a bebé fica com a babá. Ele fica com ela durante 2 horas, até eu chegar...e já reclama. Quando estamos os 2 de folga ele toma o pequeno-almoço e saí, eu fico sozinha com a bebé. E14

“Os pais são completamente passivos” E4 e E14

Na comunidade estrangeira verifica-se também que o pai partilha o cuidar da casa e dos filhos da mesma forma que a mãe.

“O pai é super dedicado. Faz tudo da mesma forma que eu...” E6 e E12

“é dividido entre a mãe e o pai...” E1

O apoio das avós é descrito pelas mães, como essencial e fundamental. De uma forma unânime, as 18 mães referem que recebem o apoio incondicional das avós, principalmente das maternas, mesmo as que se encontram ausentes, devido à área geográfica.

Numa altura em que a mulher se encontra cada vez mais ativa na sociedade angolana, **o apoio da “babá”** e das empregadas domésticas é referenciado como crucial, para poderem continuar a trabalhar.

Das 18 mães entrevistadas, 15 recorrem a “babás”, 16 têm empregados domésticos, para tratar da roupa, cozinhar e cuidar dos jardins, bem como cinco têm “babás” internas.

A maioria destas “babás” tem menos de 30 anos e não tem filhos, para que possam ter uma maior disponibilidade para as famílias. Apenas duas mães de nacionalidade estrangeira referem que são capazes de abdicar da “babá” e 13 delas indicam que a “babá” é indispensável neste processo de serem mães trabalhadoras. Não acham possível trabalhar e cuidar dos filhos e da casa, uma vez que culturalmente o homem angolano não foi educado para participar nas tarefas domésticas e terem de se deslocar para zonas geográficas distantes para trabalhar.

Das três mães que não apresentam “babás”, duas, apesar de serem domésticas, dizem que é muito difícil ser mãe sem ter empregados e “babás”.

De uma forma geral, as mães que têm uma “babá” referem que, tratando-se de mão de obra barata, é confortável ter esta ajuda e, dessa forma, podem fazer outras coisas além de serem mães.

“A babá indispensável para poder ir trabalhar...” E7

“Babá fica até eu chegar e temos, jardineiro e duas empregadas que tomam conta da roupa e da comida. A babá descansa ao domingo... Não conseguiria viver sem a babá e sem os empregados.” E8

Num país com as limitações apresentadas e com a cultura ainda muito enraizada em modelos tradicionais, as mulheres necessitam de apoios externos para sobreviverem no mercado de trabalho e obterem o papel ativo na sociedade, sendo necessário adquirirem ferramentas para ultrapassarem esses obstáculos.

2.4. SER E TORNAR-SE MÃE EM UM CONTEXTO ANGOLANO

Após transcrição e síntese das entrevistas realizadas, e tendo por base o tema de estudo, a mestranda procedeu à análise das entrevistas, relacionando-as e comparando-as com as atividades desenvolvidas nos contextos da prática, durante este percurso formativo. É de salientar que as entrevistas refletem as influências culturais num determinado contexto angolano, relevando a importância dos Enfermeiros ESIP serem culturalmente competentes, de forma a apoiarem e envolverem os pais na prestação de cuidados. As intervenções dos Enfermeiros ESIP são desenvolvidas no sentido de capacitar os pais de competências parentais e de conhecimentos específicos de acordo com as suas necessidades, permitindo cuidar dos seus filhos, com autonomia, confiança e segurança. Nas entrevistas que foram realizadas, demonstra-se que a cultura africana ainda se encontra muito enraizada em padrões tradicionais, influenciando o papel da mulher e consequentemente os cuidados à criança.

A participação dos pais nos cuidados é complexa e desafiadora, destacando-se a necessidade de os enfermeiros compreenderem a forma como essas experiências são vividas, para poderem intervir com mais qualidade e eficiência.

Quanto aos apoios para cuidar da criança, conforme os dados disponibilizados pelos participantes, constatou-se que a grande maioria dos pais (pai/mãe) tem apoio, particularmente da “*babá*” e das empregadas domésticas (94%). Todavia, refere-se que 73% apesar de terem as avós maternas no país, nem sempre têm o seu apoio ou quando muito tiveram no primeiro mês de vida da criança.

De acordo com o descrito por estas mães, sendo o apoio delas basicamente as “*babás*”, o exercício da parentalidade positiva, à luz da perspetiva transacional faz parte do conjunto de funções atribuída aos pais para cuidar e educar os seus filhos sendo fundamental para a saúde e o desenvolvimento da criança, necessitando, muitas vezes, do apoio de familiares, amigos e de profissionais de saúde, entre outros (Amaral et al., 2020).

O insuficiente conhecimento dos enfermeiros sobre a diversidade e as diferentes culturas e, consequentemente, sobre a necessidade de diversidade no cuidar podem conduzir a uma insatisfatória prestação de cuidados. No modelo *Sunrise* (Leininger, 2001) referenciado neste trabalho, estão representadas as fases do processo de enfermagem e a implementação deste modelo, promove uma visão mais abrangente do ser humano e consequentemente proporcionará um cuidar culturalmente competente. Para além de que contributo do enfermeiro ao longo do processo de adaptação à parentalidade,

é fundamental, com a intenção de poder melhorar as práticas e proporcionar um acompanhamento adequado às famílias.

A cultura define um determinado grupo com os seus valores, crenças, normas padrões e práticas que são aprendidos, partilhados e transmitidos ao longo das gerações. As diferentes culturas, como o caso da cultura africana e a estrutura social que influencia o cuidar e a saúde, nomeadamente o desenvolvimento infantil, representando o nível I do modelo *Sunrise* (Leininger, 2001).

O desempenho parenteral é influenciado pelos fatores multiculturais, e através deles é formada a dinâmica familiar e o bem-estar da família (Schulz et al., 2017; Wiley, 2016).

A parentalidade, na saúde é a principal fonte de influências no desenvolvimento e bem-estar das crianças, ajuda a superar as frustrações, medos e fracassos, como referenciado no *Modelo da Parentalidade* (Luster & Okagaki, 2006; Mowder, 2005; Senese et al., 2012).

2.4.1. O “Kandengue”

É importante perceber adequadamente, o papel da criança na família e na sociedade, bem como como é ser “Kandengue” em Angola, assim como as limitações da sociedade. O papel que desempenha nas decisões da família, os resultados desse contributo e as suas implicações no seio familiar, têm tido interesse em estudos, de forma a compreender a relação da família com o crescimento e desenvolvimento é um tema frequente de análise em termos sociais e económicos (Souza et al., 2020).

Na “Kanda”, a criança representa o futuro, a alegria e o centro da família, revelando uma fonte de ligação e conexão com os demais familiares, aprendendo a socializar de acordo com as regras estabelecidas pela família (Neto, 2014).

A criança é razão de ser do mundo e, mais do que isso, representa o futuro das sociedades. Quando falamos em futuro, em qualquer dimensão, obriga-nos a pensar na criança e a refletir que o investimento na criança é suficiente para garantir o melhor do seu mundo (Pedro, 2004).

É crucial que família crie os seus filhos para se comportar de acordo com padrões predefinidos e desenvolver um comportamento socialmente esperado (Oliveira et al., 2017).

Na *Sociedade*, e provavelmente devido ao fenómeno cultural, muitas formas de violência são realizadas contra as crianças angolanas nos seus variados níveis, pois não são expressamente proibidos os castigos corporais pelos pais, que pretendem, dessa forma, promover a aprendizagem e a disciplina (International Bureau for Children's Rights, 2016).

Podemos considerar que de acordo com o descrito ao longo das entrevistas e as unidades de registo, nesta sociedade estamos perante um estilo parental autoritário, uma vez que o “Kandengue” é um ser que terá de cumprir as regras estabelecidas pela família sem qualquer argumentação, segundo o que foi referenciado pelas entrevistadas (E2, E3, E8 e E13).

Um exemplo são as festas infantis, em que a música que se ouve é para adultos, e, as crianças, nem no dia do seu aniversário, ouvem música adequada às suas idades, porque a festa é para os adultos se divertirem, de acordo com uma das entrevistadas (E6).

Ao longo deste percurso e segundo a literatura, a criança nesta sociedade segue as orientações dos mais velhos, independentemente da sua vontade (Silva, 2011b). As entrevistadas reconhecem que é um ser com direitos, mas que os mesmos não são valorizados. Desta forma, podemos pensar que nesta sociedade segundo a perceção da maioria das mulheres entrevistadas, estamos perante um estilo parental autoritário (E2, E3, E8, E12, E13, E14, E18).

Este estilo apenas beneficia os pais, sendo eles que exercem a autoridade do poder no lar e não permitem opiniões ou os pontos de vista dos seus filhos. Da mesma forma, traz maiores repercussões para o desenvolvimento psicológico, emocional e comportamental no ciclo vital do menor. O estilo parental autoritário traz efeitos psicossociais adversos, tais como: falta de autonomia pessoal e criatividade, menor competência social, impulsividade e hiperatividade, baixa autoestima, filhos insatisfeitos, reservados, pouco comunicativos ou afetuosos e com tendência a uma pobre internalização de valores. Destaca-se a necessidade de consciencializar as famílias sobre a importância da implementação de um estilo parental adequado, tendo em vista que as suas práticas educativas podem afetar o desenvolvimento funcional dos menores (Mojica & León-Herrera, 2018).

Kandengue em Angola, não no contexto destas mães, mas segundo a sua perceção, é uma realidade angolana, que afeta a *sobrevivência* das crianças, observando-se que as necessidades humanas básicas não são satisfeitas, e as crianças não têm direito a uma educação e saúde gratuitas. As condições de habitação não cumprem os requisitos básicos

para o seu desenvolvimento, uma vez que as crianças não têm direito a saneamento básico, nem água potável, assim como eletricidade. As famílias não apresentam condições financeiras para fornecerem uma alimentação adequada ao seu desenvolvimento, educação, saúde e alimentação adequadas, que apenas se encontram presentes em nichos da sociedade. Devido à fuga de paternidade existente no país, muitas crianças nem têm direito a uma identidade e vivem uma vida na rua incógnitos (Cariço, 2015).

Ainda segundo as entrevistadas (E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E14, E15, E16, E17 e E18), a sociedade que as rodeia apresenta limitações, e foi importante perceber as respetivas lacunas. Fica-se com a perceção que a sociedade tem dificuldade em satisfazer as necessidades básicas, desde a educação, saúde, ao ensino de qualidade, à segurança das crianças e das famílias. Apenas as famílias de nível social mais elevado conseguem ultrapassar estas dificuldades.

Em 2015, apenas 30% das crianças com idade inferior a cinco anos, apresentava um registo de nascimento (International Bureau for Children's Rights, 2016). Segundo a Associação "Save The Children", até 2019, Angola era uns piores países para se ser criança, verificando-se que quatro em cada 10 crianças sofrem de malnutrição, sendo que 33% estão fora do sistema de ensino.

A segurança é uma das grandes lacunas desta sociedade, e é o que mais preocupa as mães neste estudo, que acabam por viver num ambiente controlado, limitando a liberdade das crianças.

Outro fator preocupante é o custo da educação, sendo que o Estado não oferece apoio. A aprendizagem não é possível em escolas com professores com formação limitada e com escassez de materiais. É necessária uma intervenção social, para apoiar crianças vulneráveis a estarem na escola e não se tornarem crianças de rua e potenciais marginais. As crianças com necessidades especiais necessitam de apoio escolar e os estabelecimentos de ensino devem dar atenção às questões de multiculturalismo (Sakyi, 2016).

2.4.2. Autoridades decisoras na educação do "Kandengue"

As mães entrevistadas referem que é fundamental criar uma ligação e estabelecer o vínculo com a criança. *As necessidades da criança*, nesta faixa etária e nas famílias entrevistadas, são predominantemente *emocionais*, referindo que nesta fase, o essencial é o amor e o respeito pela criança.

De acordo com a teoria da vinculação desenvolvida, pretende-se que seres humanos estabeleçam fortes vínculos afetivos com as figuras cuidadoras, decorrente da qualidade das interações com as mesmas, das relações de proximidade e, conseqüentemente, das experiências e interações que crianças e jovens mantêm com as figuras representativas, construindo desta forma estilos de vinculação seguros ou com práticas opostas estilos de vinculação inseguros que conduzem ao desenvolvimento dos modelos internos dinâmicos (Rocha et al., 2012).

No contexto das mães entrevistadas, as *necessidades humanas básicas* encontram-se asseguradas, uma vez que, as famílias entrevistadas pertencem a um grupo social favorecido.

A responsabilidade da mãe na educação dos filhos é fundamental, pois ela terá de estar presente em todos os momentos do seu desenvolvimento, o que reflete a importância da presença da mãe durante o acompanhamento do desenvolvimento dos seus filhos. Numa sociedade em que a educação é da responsabilidade das mães, com pais pouco participativos e muitas vezes ausentes, cabe à mãe assumir o comando da família. As dificuldades que as mães referiram ao logo das entrevistas foram as influências familiares e a cultura africana, e como esta interfere na educação dos filhos. Em Angola, todos educam, a educação é dada pela família e não apenas pelos pais, sendo que os mais velhos são muito respeitados e ouvidos, segundo as mães entrevistadas e também de acordo com alguns autores (Neto, 2014; Silva, 2011a, 2011b).

A educação difere de cultura para cultura, não existindo modelos únicos de educação. Em Angola, a família não está limitada ao casal e aos filhos. Culturalmente, o *Soba* (o mais velho) é o representante máximo da família, e é ele que cria as regras, atua como autoridade, direito e poder de decisão sobre todos os assuntos da aldeia. Ele é o representante dos ancestrais, o guardião das leis, dos padrões mágicos, dos valores da ancestralidade, dos hábitos e costumes tradicionais. Esta herança cultural verifica-se porque a família (*kanda*) nas tribos de Angola desempenhava um papel fundamental. A família era a única instituição natural e social que garantia a segurança física e social do nativo em Angola (Neto, 2014).

2.4.3. Diferentes dinâmicas familiares

A *percepção do ser mãe*, para a maioria das mães entrevistadas (E1, E10 e E13), é um processo de adaptação a uma nova realidade, criando um vínculo e uma ligação de amor, com o filho. Desta forma, fala-se da *Transição para a parentalidade*, sendo que

esta é um processo de adaptação entre a mãe e a criança, sendo que, o pai de uma forma geral faz uma transição diferente da mãe no processo para a parentalidade. Apenas as mães de nacionalidade estrangeira referenciam que esta transição é feita em casal. A transição para a parentalidade inclui um conjunto de transformações e adaptações na vida dos pais que podem causar possíveis desequilíbrios e vulnerabilidade nos mesmos, provocando alterações no desenvolvimento das crianças (Martins et al., 2017).

As experiências pessoais e familiares, vivenciadas por algumas destas mães (E1, E18 e E14), influenciam o processo de ser mãe de forma positiva, quando essas *experiências têm* os seus pais como um exemplo, valorizando o apoio dos mesmos. Seis mães (E5, E8, E10, E11, E12 e E13) referiram que estas experiências interferiram negativamente na forma de serem mães, devida à pressão familiar às características da família angolana.

Culturalmente existe uma necessidade da tradição dos costumes em sociedade e à necessidade de manterem os hábitos e costumes angolanos (Ferreira & Gonçalves, 2021; Silva, 2011a).

As mães entrevistadas (E3, E4, E5, E10, E13 e E14) referem também que as relações com os seus filhos são influenciadas pelos seus ascendentes, quando estes são um exemplo que pretendem seguir, no caso das mães que tiveram pais presentes, e neste caso falamos das mães estrangeiras, que descrevem a sua infância como uma passagem feliz e sempre com os pais a acompanharem, exceto a mãe estrangeira (E17), que viveu uma infância muito difícil devido à violência doméstica.

Nas entrevistas de mães de origem angolana constatou-se que devido a determinados hábitos e costumes, as famílias em Angola são de uma forma geral, famílias alargadas, e muitas mães não foram criadas pelas próprias mães, mas consideram-nas um exemplo a seguir porque conseguiram cuidar dos filhos sozinhas. No entanto, nas famílias alargadas todos educam, e as mães referem que se sentem muitas vezes julgadas por não manterem os costumes das famílias.

Nos *hábitos culturais*, numa sociedade em que a família alargada é predominante e a poligamia é aceite pela sociedade, a parentalidade é vista de uma forma muito peculiar. As famílias não consideram relevante falar sobre as transformações e a adaptação da família a um novo ser, nem é um assunto que seja conversado no seio familiar (Chris & Romina, 2018; C. Pedro & Yoba, 2018; Silva, 2011a). O ser mãe nesta sociedade é praticamente uma obrigação para as mulheres e o cuidar dos filhos é da sua responsabilidade.

A mulher rural angolana apresenta ainda, uma cultura muito enraizada em modelos tradicionais, na medida em que: carrega os filhos no ventre, carrega-os às costas, carrega os alimentos à cabeça, tem a responsabilidade do lar, da educação das crianças, e tem a obrigação de agradar o marido e de ser submissa (Silva, 2011a).

No acompanhamento e no cuidar, percebemos que existem diferenças entre as mães de nacionalidade angolana e as de nacionalidade estrangeira. Nas mães de nacionalidade estrangeira verificou-se um desejo de acompanhamento pelos pais durante todo o seu desenvolvimento, até à idade adulta, bem como o interesse em acompanhar os netos mesmo à distância, sendo que para estas mães o ser mãe é um sentimento partilhado com o pai e um complemento à relação. Todavia a realidade de algumas mães angolanas contrasta com esta realidade e se umas desejam manter, outras desejam a mudança e uma participação ativa do pai no acompanhamento da criança.

2.4.4. Diferentes aspetos de perceber a “Kanda”

O *ser mãe no passado*, como foi descrito ao longo deste trabalho, é ser mãe numa família monoparental, uma mãe que cria os seus filhos sozinha, uma guerreira, que diariamente luta pela sobrevivência da família. A maioria destas mães entrevistadas foram criadas com apoio da família, devido à ausência da mãe para trabalhar e sem a presença do pai, que tinha outras famílias. No entanto, a fuga à paternidade continua a ser uma realidade dos nossos dias num contexto social mais desfavorecido (Wheeler et al., 2011).

Na sociedade tradicional “*bantu*”, a mulher é encarada como um complemento do homem. A imagem da mulher está predominantemente associada à maternidade e aos papéis de mãe e esposa. A mulher é o pilar da vida familiar, tendo como sua responsabilidade a educação dos filhos e da gestão da vida doméstica (Silva, 2013).

Neste sentido, podemos considerar que estas características não são apenas de uma determinada região, mas, de acordo com o estudado e referenciado pelas mães deste estudo, são transversais a toda a sociedade.

O *poder da cultura africana* encontra-se ainda presente nos nossos dias, muito enraizado, sendo uma realidade percebida quando as mães referem a pressão por parte da família na introdução precoce da alimentação nas crianças, de forma a manter os hábitos e costumes angolanos. As mães são incentivadas a manterem as tradições e o culto pela medicina tradicional, desvalorizando a medicina convencional.

Os hábitos e costumes angolanos são transmitidos pelos mais velhos, existindo uma forte influência em manter os hábitos alimentares e as tradições, mesmo na classe

mais jovem. Existe um receio pela perda destes aspetos culturais e a necessidade de manter a cultura africana, provocando por vezes conflitos entre as jovens mães, segundo as entrevistadas E8, E14, E15 e E16.

No entanto, já se vão sentindo as influências culturais transmitidas por outras culturas existentes no país e pela informação existente devido à globalização, colocando em causa a transmissão da cultura africana (E13 e E14).

Das mães entrevistadas (E4.E5, E14 e E15) é notória a diferença da participação do pai no cuidar dos filhos e do lar, verificando-se já a existência de algum conflito quando pretendem a mudança do paradigma, em que tudo terá de ficar ao cuidado da mulher.

Esse conflito também acontece na família do cônjuge, e apesar de ele aceitar e compreender que tem de participar nos cuidados da família, age segundo o preconizado na cultura africana.

Segundo a UNICEF (2018) um pai responsável é um pai presente na vida da criança, é paciente e carinhoso. O pai regista a criança e participa no seu desenvolvimento, acompanhando a criança nos diversos momentos da sua vida, desde a vacinação aos trabalhos escolares e/ou em situações de doença. No entanto, as influências culturais estão presentes neste papel de ser pai e consequentemente nas dinâmicas familiares.

Apesar das influências culturais também interferirem no processo de ser mãe, as entrevistadas gerem estas influências sem causarem grandes conflitos familiares, mesmo que para tal tenham que ceder aos hábitos e costumes (E5, E10, E13, E16). Neste sentido, reconhecem a importância de manterem alguns costumes da cultura africana nas gerações futuras, apesar de destacarem que a mudança de pensamento é essencial, referindo que é algo que levará muito tempo, porque a cultura em que a mulher é a responsável pelos filhos e pelo lar ainda se encontra muito enraizada nos dias de hoje, e ir contra o que é preconizado pela sociedade é correr o risco de ser excluída da família e/ou amaldiçoada.

A história diz-nos que o povo *Bantu*, que para a maioria pertence aos *Bakongos*, ocupam a maioria do Norte do país, todavia este povo encontra-se espalhado por todo o território angolano. *Bantu* significa homens, seres humanos, e as diferenças culturais foram criadas mediante as características de cada região, atualmente, estima-se que cerca de 11.000.000 habitantes que formam a população angolana, são de origem *Bantu*, falamos cerca de um terço da população, e a restante população é formada pela mistura do povo *Bantu* com outros (Marins, 2016).

Existe uma rivalidade cultural entre os habitantes do Sul e os das províncias a Norte, provocando muitos conflitos entre as famílias por hábitos e costumes diferenciados, principalmente dos hábitos alimentares (E14).

No seu estudo, os Enfermeiros ESIP devem exercer funções mediadoras no âmbito cultural, necessitam de conhecimentos e capacitação em mediação multicultural.

A compreensão da variedade de crenças que existem a nível da alimentação, da comunicação ou relativas à prática de cuidados de saúde, é fundamental para uma intervenção bem-sucedida e quanto mais os Enfermeiros ESIP conhecerem os valores, as crenças e os costumes de outros grupos étnicos e o modo de obter esta informação dos familiares, mais aptos estarão para conseguir satisfazer as necessidades destas famílias e para conseguir a sua cooperação e aceitação (Leininger 2001).

2.4.5. Redes de suporte à mãe

O apoio da família, neste contexto, é basicamente prestado pelas avós (E8, E13, E5 e E10), mas o papel da “*babá*” é fundamental para que a mãe consiga desempenhar um papel na sociedade (E2 a E8, E10, E12, E14 a E18). Para tal, a mãe necessita do apoio dos funcionários domésticos, ou de outra forma terá de deixar o mundo do trabalho.

Uma vez que predomina uma cultura em que o marido não participa nas tarefas domésticas, nem no cuidar dos filhos, essa função é exclusivamente da mãe. A família interfere muito sobre este aspeto, e até aos dias de hoje, o homem é ensinado que os cuidados do lar e dos filhos estão ao encargo das mulheres.

Todavia, caminhando para a igualdade de género e reafirmação da mulher na sociedade, assim como no mercado de trabalho, a estrutura e os papéis familiares estão em mudança. Atualmente, muitas mulheres são a sobrevivência da família. Por conta destas questões existe, atualmente, um grande impacto nos modelos tradicionais e nos modos de tratamentos e relacionamento entre os familiares (Pimenta, 2017).

De acordo com as mães entrevistadas (E4, E5, E8, E9, E14, E16, E17, E18), a necessidade da “*babá*” é crucial, pois segundo as mesmas era praticamente impossível ser uma mãe trabalhadora sem o apoio da “*babá*”, apesar de nenhuma delas ter sido criada por empregados na infância. Além das “*babás*”, a maioria das mães recorre às empregadas domésticas (exceto E9, E11, E13) e em alguns casos, aos motoristas (E8).

A grande maioria das mães neste estudo apresenta “*babás*” internas, para poderem descansar, dar a atenção necessária ao cônjuge, ter uma vida além de ser mãe, ou seja, ter um papel ativo na sociedade.

As mães estrangeiras (E6, E7, E12, E17), apesar de aderirem ao conceito de terem uma “*babá*” em casa, a fim de evitarem a colocação das crianças precocemente no infantário, referem que seria possível viverem sem as mesmas, pois o pai participa nos

cuidados do lar e no acompanhamento da criança, mas uma vez que é confortável, e de baixo custo, não vêm a necessidade de abdicar desse conforto.

No *apoio do pai*, as crenças e atitudes dos pais sobre o seu papel parental, nas últimas décadas, têm sido alvo de estudo, considerando-se que o envolvimento do pai tem um impacto positivo no desenvolvimento da criança (Amaral et al., 2020), o que não se observa na maioria das famílias incluídas no presente estudo, pelo número reduzido de pais que têm uma papel ativo junto dos seus filhos(as) (E1, E2, E6, E11, E12, E13, E16, E18).

Numa sociedade em que o homem é educado a ser servido, quando dá colo ao filho para a esposa limpar a casa, fazer o jantar e servi-lo, é considerado pelas mulheres (E7, E8, E9, E14, E15) como um pai participativo nas tarefas domésticas. No entanto, dentro desta amostra, algumas mães (E4, E5, E8, E14, E17) referiram que dificilmente se observa um pai a participar numa consulta de desenvolvimento com a sua criança sem a “*babá*”, sendo que, esse tipo de atitudes é mais comum nos pais com outra nacionalidade, que não a angolana.

Nas últimas décadas, o papel do pai noutras sociedades tem-se transformado. A condição de pai evoluiu e continua em evolução, devido às transformações culturais, sociais e familiares (Oliveira & Rocha, 2019a).

Podemos considerar que o conceito da paternidade permanece em transformação. A mãe foi considerada como cuidadora exclusiva dos seus filhos e o homem foi apontado como o principal responsável pelo aspeto financeiro do lar, e essa era a sua função. À mulher, era destinada a organização da vida social, as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos. As mudanças sociais e a inserção da mulher no mercado de trabalho possibilitaram a revisão destes papéis. Atualmente, a figura paterna passou a participar de forma mais ativa na vida dos filhos, a mulher pode afastar-se do ambiente do lar, e o pai começou a assumir novas funções (Bernardi, 2017).

No entanto, há muitos pais que não estão a acompanhar esta evolução, seja por não desejarem ocupar ou por acreditarem que não podem. No entanto, por outro lado, há também muitas mães que não concedem este direito ao pai dos seus filhos. A participação efetiva do pai na vida de um filho, é causadora da sensação de segurança, aumento da autoestima, independência e estabilidade emocional, da criança (Benczik, 2011).

Nesta sociedade, ainda há muito para trabalhar no envolvimento do pai neste processo, nomeadamente, na perceção sobre a sua importância no desenvolvimento dos filhos e da própria sociedade, uma vez que as crianças são a sociedade do amanhã.

Cabe ao Enfermeiro ESIP, criar estratégias culturalmente adequadas de forma a incentivar e acompanhar os pais neste processo de transição para a parentalidade.

2.5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A cultura da parentalidade é um tema muito importante do século XXI, tanto no plano social como clínico, torna-se essencial conhecer a origem das famílias e os fatores culturais envolventes para promover a relação entre pais-filhos, sendo que, além da imigração estará em contexto a própria migração e as diferenças culturais existentes e a harmonia entre estes fatores são importantes para o bom desenvolvimento do ser humano. Compreender, cuidar e acolher as diferenças é a maior tarefa para a prevenção nos cuidados de saúde.

Ninguém nasce pai /mãe, mas torna-se pai /mãe. A partir de diversos componentes, vai-se construindo a parentalidade. Os componentes coletivos, pertencentes à sociedade e cultura mudam com o tempo. Os outros componentes individuais, conscientes ou inconscientes, são intrínsecos a cada um dos pais, à sua própria história familiar, e a possíveis traumas na infância (Moro, 2017).

Há inúmeras maneiras de ser pai/mãe, e como profissionais de saúde não devemos julgar, nem fazer juízos de valor. O nosso papel não é dizer como o fazer, mais deixar que brotem as suas capacidades ao acompanhar os pais no melhor caminho, até que por fim se consiga atingir o destino pretendido, que é o desenvolvimento harmonioso e feliz dos filhos, consequentemente de toda a família.

A parentalidade depende de múltiplos fatores: a personalidade dos pais, os recursos psicológicos, as características da criança, a relação entre pai e mãe, o contexto, o suporte social, os recursos socioeconómicos, os estilos e as práticas parentais. O exercício da parentalidade positiva implica um controlo baseado no afeto, no apoio, na comunicação, na estimulação e na implementação de rotinas diárias (Oliveira & Rocha, 2019b).

Nos diferentes campos de estágio verificou-se que os enfermeiros compreendiam a importância de os cuidados serem culturalmente competentes, no entanto, constataram-se dificuldades no desenvolvimento de competências culturais, associadas a algumas barreiras que condicionavam a sua efetivação, mais especificamente no contexto angolano, em que a própria cultura do Enfermeiro se fundia na cultura dos pais e entrando em conflito com a evidência científica.

O desenvolvimento e implementação de programas que visem o acompanhamento das famílias neste momento de transição tornam-se fundamentais, sendo que a implementação e gestão de um plano de saúde promotor das competências parentais fazem parte da competência específica do Enfermeiro ESIP.

A proposta de intervenção tem como objetivo não só o empenho na resolução dos problemas, mas a criação de respostas sustentadas facilitando o processo de transição para a parentalidade com base no respeito pelos hábitos e costumes.

No desenvolvimento de competências culturais durante este período formativo, e ao atuar como um elemento de referência nas questões relacionadas com os cuidados culturalmente competentes, a estudante ESIP idealiza que seja necessário criar um plano de intervenção na comunidade angolana que frequenta a instituição de saúde que as participantes do estudo recorriam, mas não só, também alargar este plano à comunidade mais carenciada e até propor medidas a nível mais global.

Inicialmente, a nível global, é necessário abordar a sensibilização da população ao nível da precariedade da infância, riscos inerentes e sinalização. Quer seja com envio de propostas ao nível político, quer a nível das Organizações Não Governamentais (ONGs).

- **Criar serviços de apoio como fator de proteção e promoção das competências parentais e prevenção do risco psicossocial**

Os serviços de apoio, como fator de proteção e promoção das competências parentais e prevenção do risco psicossocial, irá envolver uma equipa de rua em parceria com as instituições vizinhas de forma a identificar precocemente os riscos inerentes ao desenvolvimento infantil e consequentemente planear intervenções atempadamente.

Conclui-se, assim, que cada vez mais se torna fundamental olhar para o outro tendo em conta a sua dimensão total, incluindo a cultural, na medida em que esta influência o seu modo de estar na vida, de pensar, de ultrapassar as diferentes fases e adversidades com implicações na saúde. Desta forma, torna-se pertinente que os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, desenvolvam competências nesta área do cuidar culturalmente competente.

Além de proposta de intervenção descrita anteriormente, propõe-se, também, realizar um acompanhamento na comunidade, junto das famílias desfavorecidas, com o desenvolvimento de serviços de apoio. Estes serviços de apoio visam a promoção familiar como prevenção de situações de risco. Devem ter como prioridade, o desenvolvimento de atividades dirigidas para reduzir e eliminar os fatores causais ou as consequências que derivam das situações de risco de desproteção do menor e potenciar os fatores protetores.

- **Sensibilizar a comunidade, inclusive os próprios profissionais de saúde, para o envolvimento da proteção das crianças**

Sensibilizar a comunidade e enfermeiros, através de palestras em empresas, junto das escolas de ensino básico e secundário, em escolas de enfermagem, sobre a necessidade da proteção e dos direitos das crianças, bem como na denúncia de violência física, psicológica e sexual em crianças/jovens.

A criação de um cronograma de formação é uma forma de desenvolver a literacia em saúde. É essencial não só verificar o nível de conhecimento da equipa de enfermagem sobre maus-tratos e negligência, de forma a identificar as necessidades formativas, como alertar os enfermeiros para o risco de violência, suas consequências e prevenção.

- **Criar um endereço eletrónico direto, “Apoio à Parentalidade”, com a possibilidade de marcação de um momento de esclarecimento e até uma linha telefónica para esse efeito**

A criação de um programa promotor de parentalidade é uma forma de fornecer às famílias um recurso para que possam desenvolver o seu papel parental, com segurança e tranquilidade, apoiados em profissionais de saúde diferenciados e culturalmente competentes. É fundamental olhar o outro tendo em conta a sua cultura e em que medida esta influência o seu estilo de vida e de pensar.

Este programa de promoção da parentalidade concebido será iniciado com pais desde a gestação até aos 24 meses de idade da criança, e irá incluir a abordagem de questões/dúvidas acerca da parentalidade, uma vez que é um período de grande investimento emocional.

A criação de *workshops* quinzenais é uma forma das próprias famílias interagirem entre elas e falarem das suas preocupações, além de trocarem ideias e sugestões. A criação de um endereço eletrónico direto e linha telefónica, “Apoio à Parentalidade”, com a hipótese de marcação de um momento de esclarecimento, irá auxiliar as famílias interessadas a partilhar as dúvidas inerentes a parentalidade, tanto num *Chat*, mas também de forma presencial, preservando a sua privacidade.

O Enfermeiro ESIP deverá oferecer atividades devidamente estruturadas de forma a contribuir para uma parentalidade mais consistente, valorizando as relações de afetividade e a proteção das crianças, nos primeiros meses de vida.

Sendo pertinente uma atuação precoce durante a gravidez envolvendo os pais nos *workshops*, sobre a parentalidade e a vinculação e a sua importância para o

desenvolvimento infantil, assim como o envolvimento dos pais em todo o processo do seu desenvolvimento.

Implementação de medidas formais e informais de apoio à família, minimizando as experiências de tensão dos pais, dotar os progenitores das habilitações necessárias à parentalidade e criar oportunidades, para refletirem sobre as suas necessidades, dúvidas e dificuldades.

No programa promotor de parentalidade as diversas intervenções serão alvo de reflexão entre prática baseada na evidência e os hábitos e crenças culturais, com importante relevo para a importância de conhecer e melhorar significados e crenças dos pais e consequentemente a comunidade acerca da parentalidade.

De uma forma mais macro, seria útil a sensibilização coletiva para a partilha dos papéis, dentro e fora da família, que contribuindo para a diminuição da sobrecarga materna.

- **Sensibilizar os enfermeiros para a necessidade da temática, cuidados de enfermagem culturalmente competentes na prestação de cuidados de enfermagem de excelência**

O Enfermeiro ESIP deve ser capaz de providenciar cuidados de acordo com os valores culturais. Os cuidados de Enfermagem requerem uma abordagem culturalmente competente para reconhecer as particularidades de cada criança/jovem/família. Neste sentido, propõe-se ações de formação na instituição e em escolas de enfermagem, com programas de formação em enfermagem cultural, contribuindo para o desenvolvimento da competência cultural e o respetivo melhoramento dos cuidados prestados.

Assim, inicialmente verificava-se o nível de conhecimento dos estudantes de enfermagem e/ou enfermeiros sobre o tema em questão de forma a identificar as necessidades formativas. Após, desenvolvia-se um cronograma de formação para desenvolver a literacia em saúde sobre o cuidado culturalmente competente.

A elaboração desta proposta é fundamental para a estruturação das respetivas atividades, pelo facto de se tratar de um fio condutor da aprendizagem, possibilitando a orientação para a intervenção precoce e sensibilizando os profissionais de saúde da necessidade desta temática nas intervenções de enfermagem de forma procurar permanentemente a excelência no exercício profissional.

CONCLUSÃO

De acordo com a elevada emigração e migração dos povos nos últimos tempos cada vez se torna mais importante desenvolver competências para um cuidar culturalmente sensível.

Ao longo deste longo percurso, foi importante perceber a importância de desenvolver competências específicas do Enfermeiro ESIP, de acordo com especificidade de cada criança/família.

A elaboração deste Relatório de Estágio teve como propósito descrever o percurso formativo realizado, permitiu uma descrição e reflexão das atividades desenvolvidas e que conduziram à aquisição e ao desenvolvimento de competências de Enfermeiro ESIP. A componente letiva, associada aos estágios e a realização do relatório final constituiu uma oportunidade a articulação dos conhecimentos e de experiências refletidas, contribuindo de forma evidente para o crescimento pessoal e profissional e, consequentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ao desenvolver estratégias de intervenção na promoção da saúde das crianças, jovens e famílias, favoreceu o desenvolvimento de competências do Enfermeiro ESIP, apesar de ser um processo contínuo, onde todos os dias poderemos acrescentar algo para atingirmos a excelência no exercício profissional.

As diferentes oportunidades de prestação de cuidados, com situações diversas que requereram diferentes abordagens e conhecimentos, conduziram a uma abordagem acerca das diferentes culturas, contribuíram para o desenvolvimento de competências como Enfermeira ESIP sem esquecer a especificidade do Enfermeiro culturalmente competente. Ao longo dos diferentes campos de estágio, observou-se a dificuldade de desenvolver as competências sobre a importância dos cuidados culturalmente competentes. Conclui-se assim que, cada vez mais é fundamental olhar para o outro, tendo em conta a sua total dimensão, incluindo a cultural, uma vez que esta influencia o seu modo de estar na vida, de pensar, de ultrapassar as diferentes fases e dificuldades, causando implicações na saúde e na sua recuperação. Desta forma, é importante que os enfermeiros desenvolvam competências nesta área do cuidar culturalmente competente.

A caracterização da importância da criança para a família, a identificação das formas de parentalidade existentes e a compreensão de como a cultura interfere no processo de relação entre mãe e filho(a), foram atividades essenciais trabalhadas ao longo do Estágio. Compreender as influências culturais, tanto em Portugal como em Angola, é

fundamental para que o enfermeiro saiba aonde e como atuar, nos cuidados à criança e família.

A investigação realizada foi uma oportunidade de descoberta e um desafio permanente na caminhada que agora foi concluída. Não era intenção obter conclusões e resultados generalizáveis, mas prendia-se, através de um processo de análise e interpretação de dados, refletir sobre as influências culturais no ser e tornar-se mãe em um contexto angolano, ao compreender como é experienciar a parentalidade.

Por outro lado, a dificuldade de estudos realizados por Enfermeiros na área da parentalidade no contexto angolano torna-a uma temática emergente.

Ainda que os dados obtidos não possam ser generalizados, contribuem para esclarecer o processo de tomada de decisão do Enfermeiro ESIP, especificamente voltado para a criança/família, tendo em conta as suas necessidades e prioridades. Naturalmente, este estudo apresenta limitações, nomeadamente no que concerne ao tamanho da amostra, pelo que consideramos pertinente o desenvolvimento de mais estudos para melhor perceber este fenómeno, investigando a ótica dos Enfermeiros ESIP noutra dimensão. Não apresenta, também, a diversidade cultural desejada quanto a algumas características das entrevistadas, nomeadamente, quanto às habilitações literárias (a maioria tinha formação superior), quanto ao nível socioeconómico (que se verificou ser maioritariamente médio-alto e alto), assim como devido à conjuntura do país à data do estudo, que, devido à insegurança em época de eleições, não possibilitou a realização de entrevistas na comunidade mais desfavorecida.

A inexperiência da investigadora, enquanto moderadora da sessão e na sua análise, fez com que este processo se tornasse mais moroso, com avanços e recuos, com vista ao apuramento dos dados fornecidos pelos participantes.

De acordo com o observado, o Enfermeiro ESIP tem uma longa tarefa na formação das equipas, uma vez que ainda se valoriza pouco as diferenças culturais e a necessidade de serem respeitadas.

Todavia este trabalho também permitiu compreender os esforços realizados no sentido de valorizar a componente cultural no âmbito do desenvolvimento das competências parentais, aprofundar quais as competências interculturais e princípios orientadores da intervenção com famílias culturalmente diversas, e desenvolver uma intervenção social mais sensível ao nível cultural e adaptada às especificidades das famílias e das comunidades.

Em suma, pretende-se que esta investigação seja mais uma “janela” aberta para a compreensão das influências culturais nos comportamentos parentais e consequentemente para a intervenção com e nas famílias angolanas.

Este relatório contribuiu não só para a consolidação de competências, nomeadamente de Enfermeira ESIP, em particular no que concerne aos cuidados culturalmente competentes, mas também da perceção da necessidade de desenvolver e abordar sistematicamente esta temática numa perspetiva de melhoria constante dos cuidados prestados à criança.

No final deste percurso, a prestação dos cuidados criança/família, desenvolveram-se, não só pelos conhecimentos adquiridos, mas pelas realidades presenciadas e principalmente pela reflexão que este percurso implicou, caminhando para cuidados culturalmente competentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acioly, P. G. M., Paiva, E. D., & Silva, T. P. d. (2019). Intervenções de enfermagem para o paciente pediátrico em pré-operatório. *Nursing (São Paulo)*, 22(253), 2999–3005. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i253p2999-3005>
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2015). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Almedina.
- Amaral, R., Monteiro, L., Santos, C., & Torres, N. (2020). Crenças sobre o papel do pai numa amostra de homens portugueses. *Psicologia*, 34(2). <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i2.1517>
- Amthauer, C., & Cunha, M. L. C. d. (2016). Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779>
- Aparício, G. (2016). *Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância*. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde.
- Badinter, E. (1980). *Um Amor Conquistado - O Mito do Amor Materno*. Fundação Aswaldo Cruz. <https://rblh.fiocruz.br/versao-digital-do-livro-de-elisabeth-badinter-um-amor-conquistado-o-mito-do-amor-materno>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Barroso, R. G., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 52–I, 211–229. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-1_10
- Basem, A., Sumaiya, H., & Al, E. (2021). *Cultural assessment*. StatPearls.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Bernardi, D. (2017). Paternidade e cuidado: “novos conceitos”, velhos discursos. *Psicologia Revista*, 26(1), 59-80. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2017v26i1>
- Bertagnoni, L., & Galheigo, S. M. (2021). Retratos, relatos e impressões de crianças moradoras da periferia de São Paulo sobre a cidade,. *Cadernos Brasileiros de*

- Terapia Ocupacional*, 29. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao2120>
- Benczik, E. B. (2011). A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Revista Psicopedagogia*, 67–75.
- Borges, B. H. M. de F. D. S. A. A., & Voltari, S. A. A. (2016). Brinquedo terapêutico em serviço de urgência e emergência pediátrica: revisão integrativa de literatura. *Cogitare Enfermagem*, 21(1). <https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.40728>
- Bornstein, M. H. (2012). Cultural approaches to parenting. *Parenting*, 12(2–3), 212–221. <https://doi.org/10.1080/15295192.2012.683359>
- Braga, C. A. S., & Costa, L. V. (2021). Obesidade, desnutrição e pobreza: a insegurança alimentar e nutricional na ótica do espaço social alimentar. *Análise Econômica*, 39(78). <https://doi.org/10.22456/2176-5456.87727>
- Burrus, J., & Carney, L. (2015). Social Beliefs and Attitudes: Personality and the Isms. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 162–167). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.25082-4>
- Cardoso, M. d. F. (2014). *A propósito de abuso físico em Angola*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Carlsson, R. N. E., & Henningsson, R. N. (2018). Visiting the operating theatre before surgery did not reduce the anxiety in children and their attendant parent. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, e24–e29. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.09.005>
- Cassidy, J. (2016). The nature of the child's ties. In *Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Chora, M., Monteiro, L., Ramos, M., & Amaral, R. (2019). Um olhar sobre o papel do pai na compreensão emocional das crianças: Os estilos parentais e práticas de socialização das emoções negativas. *Psicologia*, 33(1), 19–32. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v33i1.1372>
- Côté, J. A. (2018). Guy Le Boterf, Développer et mettre en œuvre la compétence : Comment investir dans le professionnalisme et les compétences. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 34(3). <https://doi.org/10.4000/ripes.1565>

- Couto, F. A. M. d. (2020). O lado oculto do lusotropicalismo: o legado de Gerald Bender na literatura e pensamento angolanos. *Convergência Lusíada*, 31(43), 53–66. <https://doi.org/10.37508/rcl.2020.n43a376>
- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amendoeira, J., & Barbieri-Figueiredo, M. d. C. (2014). Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: Análise segundo o método sintético de McEwen e Wills. *Revista da UIIPS*, 2(5), 128–145.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. LivPsic.
- Cúnico, S. D., & Arpini, D. M. (2013). A Família em Mudanças: Desafios para a Paternidade Contemporânea. *Pensando Famílias*, 17(1), 28-40. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n1/v17n1a04.pdf>
- Chris, N. De, & Romina, D. A. S. (2018). *A criança em Angola - Uma análise multidimensional da pobreza infantil*. Instituto Nacional de Estatística (INE), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).
- Daniels, K., & Grinstein-Weiss, M. (2018). The Impact of the Gig-Economy on Financial Hardship Among Low-Income Families. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3293988>
- Decreto-lei nº 1/88. (1988). Código da família de Angola. *Diário da República nº 8/88*, 20 de Fevereiro. <https://www.lexlink.eu>
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Orientações técnicas - Urgências no ambulatório em idade pediátrica* (Vol. I). Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2005). *Programa nacional de promoção de saúde oral*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Febre na criança e no adolescente – definição, medição e ensino aos familiares/cuidadores*. *Orientação nº 4/2018*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de*

- orientação para profissionais e educadores. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável* (Número 1). Direção Geral da Saúde.
- Domingos, W. C. (2018). Vozes de mulheres: Género e cidadania em angola. *Revista Eletrônica dos Discentes do Mestrado em História da UFRN*, 1–31.
- Ferrari, R. d. S., & Ribeiro, M. F. d. R. (2020). Ser mãe, ser pai: desafios na contemporaneidade. *Cadernos de psicanálise (Rio de Janeiro)*, 42(42), 225-242.
- Ferreira, R. C. B, & Gonçalves, T. V. O. (2021). A presença de mulheres na educação angolana. *Revista Exitus*, 11, e020139. <https://doi.org/10.24065/2237-9460.2021v11n1ID1544>
- Foss-Kelly, L. L., Generali, M. M., & Kress, V. E. (2017). Counseling strategies for empowering people living in poverty: The I-Care model. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 45(3), 201–213. <https://doi.org/10.1002/jmcd.12074>
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In H. L. Dreyfus, & P. Rabinow (2nd. ed.), *Michel Foucault: uma trajetória filosófica - para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Forense Universitária.
- Friedson, M. (2016). Authoritarian parenting attitudes and social origin: The multigenerational relationship of socioeconomic position to childrearing values. *Child Abuse & Neglect*, 51, 263–275. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.001>
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF 2018). *As crianças em Angola*. UNICEF. www.unicef.org/angola.
- Gil, M. L. D. O., & Vara, L. R. A. (2011). *Estratégias não farmacológicas no controlo de dor - um novo caminho*. Instituto de Ciências da Saúde.
- Grusec, J. E., & Danyliuk, T. (2014). Parents' attitudes and beliefs : Their impact on children's development. In *Encyclopedia on Early Childhood Development*. University of Toronto.
- Gualda, D. M. R., & Hoga, L. A. K. (1992). Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 26(1), 75–86. <https://doi.org/10.1590/0080-6234199202600100075>
- Guedes, V. M. S., Figueiredo, M. H. J. S., Apóstolo, J. L. A., Silva, M. L., Oliveira, P. C.

- M., & Ferreira, M. M. H. P. (2019). Práticas de enfermagem em cuidados de saúde primários com base num referencial de competências. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 9(27), 23. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.27.23-32>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong :Enfermagem da criança e do adolescente* (9th ed.). Lusociência.
- Huřalo, A. P., & Ivatiuk, A. L. (2017). A relação entre práticas parentais e o comportamento alimentar em crianças. *Pluralidades em Saúde Mental*, 6(2), 113-128. <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/viewFile/141/98>
- International Bureau for Children's Rights (2016). *Relatório sobre o sistema de justiça para crianças em Angola*. International Bureau for Children's Rights.
- Ionio, C., Lista, G., Mascheroni, E., Olivari, M. G., Confalonieri, E., Mastrangelo, M., Brazzoduro, V., Balestriero, M. A., Banfi, A., Bonanomi, A., Bova, S., Castoldi, F., Colombo, C., Introvini, P., & Scelsa, B. (2017). Premature birth: complexities and difficulties in building the mother-child relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(5), 509-523. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1383977>
- Jeon, S., & Neppl, T. K. (2016). Intergenerational continuity in economic hardship, parental positivity, and positive parenting: The association with child behavior. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 22-32. <https://doi.org/10.1037/fam0000151>
- Kiefner-Burmeister, A., & Hinman, N. (2020). The role of general parenting style in child diet and obesity risk. *Current Nutrition Reports*, 9(1), 14-30. <https://doi.org/10.1007/s13668-020-00301-9>
- Kondratiuk, C., & Neira, M. G. (2020). O corpo a corpo na relação educativa entre babá e criança: uma revisão da literatura. *Pro-Posições*, 31. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2017-0161>
- Kotchick, B. A., & Forehand, R. (2002). Putting parenting in perspective: A discussion of the contextual factors that shape parenting practices. *Journal of Child and Family Studies*, 11(3). <https://doi.org/10.1023/A:1016863921662>
- Lee, T. K., Wickrama, K. A. S., & Simons, L. G. (2013). Chronic family economic

- hardship, family processes and progression of mental and physical health symptoms in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(6), 821–836. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9808-1>
- Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality theory: a theory of Nursing* (Jones & Bartlett (eds.); 14.^a ed.).
- Leininger, M. M. (1999). What is transcultural nursing and culturally competent care? *Journal of Transcultural Nursing*, 10(1), 9–9. <https://doi.org/10.1177/104365969901000105>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Linebarger, J., & Slovin, S. (2005). American Academy of Pediatrics. In *Becoming a Pediatrician* (pp. 64–66). American Academy of Pediatrics. <https://doi.org/10.1542/9781581108217-16>
- Linhares, E. F., Silva, L. W. S. da, Rodrigues, V. P., & Araújo, R. T. de. (2012). Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(4), 828–836. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400013>
- Lirola, M.-J., Trigueros, R., Aguilar-Parra, J. M., Mercader, I., Fernandez Campoy, J. M., & del Pilar Díaz-López, M. (2021). Physical education and the adoption of habits related to the mediterranean diet. *Nutrients*, 13(2), 567. <https://doi.org/10.3390/nu13020567>
- Littlewood, Z., & Greenfield, S. (2018). Parents’ knowledge, attitudes and beliefs regarding sun protection in children: a qualitative study. *BMC Public Health*, 18(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5091-8>
- Lopes, N. M. Q. (2012). *Parceria nos Cuidados à Criança nos Serviços de Pediatria: Perspetiva dos Enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://core.ac.uk/download/pdf/62698399.pdf>
- Lopes, P. (2017). *Retrato de dois centros de acolhimento, educação sócio escolar e profissional e Integração de crianças e jovens carenciados, da Província do Moxico, Angola*. Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Luster, T., & Okagaki, L. (Eds.) (2005). Parenting. In *Parenting: An Ecological*

- Perspective* (2nd ed.) Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781410613394>
- Maia, J., Ferreira, B., Veríssimo, M., Santos, A. J., & Shin, N. (2012). Auto-conceito e representações da vinculação no período pré-escolar. *Análise Psicológica*, 26(3), 423–433. <https://doi.org/10.14417/ap.505>
- Marins, L. L. (2016). *A História do povo Bantu*. Editorial Kimwanga-Nsangu.
- Martins, C., Guedes, R., Miranda, N., Pinto, R., & Quintas, C. (2006). Osteomielite aguda neonatal - Localização rara. *Nascer e Crescer*, 15(2), 88–90.
- Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. d. C. (2017, julho 12-14). Transição para a parentalidade: A grounded theory na construção de uma teoria explicativa de enfermagem. 6º Congresso Ibero-Americano de Investigación Cualitativa, Salamanca.
- Mateus, N. (2018). *Trabalho infantil aumenta em Ndalatando e arredores*. Jornal de Angola. <https://www.jornaldeangola.ao/ao/noticias/detalhes.php?id=406625>
- Medeiros, G. d. S., & Jaeger, F. P. (2021). Parentalidade socioafetiva: um olhar da Psicologia. *Research, Society and Development*, 10(10), e456101018581. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18581>
- Melo, M. C. P. de, Gomes, L. M. de A., Mistura, C. D. D. C., Ferreira, A. C., & Fernandes, C. X. (2015). Saberes populares e produção de saúde: repensando práticas no cuidado materno infantil. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 18(4).
- Menal-Puey, S., Martínez-Biarge, M., & Marques-Lopes, I. (2018). Developing a food exchange system for meal planning in vegan children and adolescents. *Nutrients*, 11(1), 43. <https://doi.org/10.3390/nu11010043>
- Mojica, T. V. S., & León-Herrera, M. F. (2018). Estilo parental autoritário y efectos psicosociales en los hijos. *Alvares, M. (2010). Prácticas educativas parentales: autoridad familiar, incidencia en el comportamiento agresivo infantil*. Revista virtual, Universidad Católica del Norte.
- Monteiro, B., & Mota, C. P. (2021). Estilos parentais e o risco no uso das redes sociais em adolescentes e jovens adultos: Papel mediador da personalidade. *Psicologia*, 35(1), 71–84. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v35i1.1641>

- Moro, M. R. (2017). Parentalidade e diversidade cultural. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 51(2), 137-149. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v51n2/v51n2a11.pdf>
- Mowder, B. A. (2005). Parent development theory: Understanding parents, parenting perceptions and parenting behaviors. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 1.
- Munoz, C., & Luckmann, J. (2005). *Transcultural communication in nursing* (2nd. ed.). Thomson Delmar Learning.
- Narciso, A. (2018). *Narciso Benedito assume a Educação em Luanda*. Novafrica.
- Neto, T. (2014). *História da Educação e cultura de Angola. Grupos nativos, colonização e a independência* (3ª ed.). Zaina Editores.
- Neto, V. C., & Martins, C. C. (2019). Saúde psíquica infanto-juvenil em casos de alienação parental: uma reflexão jurídica e psicológica. *Archives of health investigation*, 8(4). <https://doi.org/10.21270/archi.v8i4.4698>
- Oliveira, E. A. R., & Rocha, S. S. da. (2019). O cuidado cultural dos pais na promoção do desenvolvimento infantil. *Revista de Pesquisa Cuidado Fundamental Online*, 11(2), 397-403.
- Oliveira, E. A. R., & Rocha, S. S. da. (2019). The Parents' Cultural Care Towards Promoting Child Development / O Cuidado Cultural dos Pais na Promoção do Desenvolvimento Infantil. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(2). <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.397-403>
- Oliveira, I. L. d. S., Braga, A. P., & Prado, C. M. N. (2017). Participação da família no desenvolvimento da aprendizagem da criança. *Estação Científica (UNIFAP)*, 7(2), 33. <https://doi.org/10.18468/estcien.2017v7n2.p33-44>
- Opperman, C., & Kathleen, C. (2001). *Enfermagem pediátrica contemporânea*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem- Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Divulgar, 24.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Vol. 1). Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). *Guia orientador de boa prática. Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de Enfermagem de saúde infantil e pediátrica*, 1–13. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, 133(2), 19192–19194.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série, n.º 26, 4744–4750.
- Osinski, D. R. B., & Cunha, A. S. T. (2021). O conceito de “infância” no contexto da modernidade europeia (séculos XVII-XIX). *Cadernos de Pesquisa*, 27(2). <https://doi.org/10.18764/2178-2229.v28n2-2020-01>
- Paat, Y. F., Chavira, M., De La Hoya, R., & Yoshimoto, M. (2020). Immigrant family socialization: Perspectives from adult children of Mexican origin and their parents in the United States. *Journal of Comparative Social Work*, 15(1). <https://doi.org/10.31265/jcsw.v15.i1.320>
- Pantoja, S. (2011). *Uma antiga civilização africana. História da África Central Ocidental*. UNB.
- Pedro, J. G. (2004). O que é ser criança ? In *Novos Desafios à Bioética* (pp. 33–42). Porto Editora.
- Pedroso, R. M. C. (2017). Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicologia.*, 3(1). <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.991>
- Pereira, C. (2014). Paradigmas, metodologias e métodos de investigação. In *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais: Teoria e Prática*. Almedina.
- Pimenta, M. d. E. (2017). *Fuga à paternidade e à maternidade em África do Berço Negro*. Dikaion.

- Pintinho, M. (2018). *Efeito da fuga a paternidade na estrutura familiar* (3rd.ed.). Paco Editorial.
- Pires, C. G., Da Silva, C. B., Mello, D. B., & Pinto, J. D. N. (2019). Intervenções não farmacológicas no controle da dor em cuidados intensivos neonatais. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 7(2). <https://doi.org/10.18316/sdh.v7i2.3666>
- Regulamento nº 422/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, 133(2), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Reis, A., Santos, R., & Júnior, A. (2012). O cuidado à mulher na contemporaneidade: Reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. *Revista Mineira Enfermagem*, 16(1), 129–135.
- Roberson, M. H. B., Boyle, J. S., & Andrews, M. M. (1989). Transcultural concepts in nursing care. *The American Journal of Nursing*, 89(10), 1393. <https://doi.org/10.2307/3426354>
- Rocha, C. P. V. d., Rial, C. S., & Hellebrandt, L. (2013). Alimentação, globalização e interculturalidade alimentar a partir do contexto migratório. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*, 14(105). <https://doi.org/10.5007/1984-8951.2013v14n105p187>
- Rocha, M., Mota, C. P., & Matos, P. M. (2012). Vinculação à mãe e ligação aos pares na adolescência: O papel mediador da auto-estima. *Análise Psicológica*, 29(2), 185–200. <https://doi.org/10.14417/ap.47>
- Sakyi, K. A. (2016). Early childhood education - penetrating the impenetrable issues. *African Educational Research Journal*, 5(1), 18-31. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1216150.pdf>
- Sampaio, C. E. P., Marins, T. G., & Araújo, T. V. F. L. (2017). Nível de ansiedade de crianças no pré-operatório: avaliação segundo a Escala de Yale modificada [Pre-operative children's anxiety level: evaluation by the modified Yale Scale]. *Revista Enfermagem UERJ*, 25(0). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.28069>
- Schafer, M. H., & Ferraro, K. F. (2013). Childhood misfortune and adult health. *Journal*

- of Aging and Health*, 25(1), 3–28. <https://doi.org/10.1177/0898264312464884>
- Schermbucker, K. (2018). *A criança em Angola: Uma análise Multidimensional da pobreza infantil*. UNICEF.
- Schulz, W., Schunck, R., Diewald, M., & Johnson, W. (2017). Pathways of intergenerational transmission of advantages during adolescence: Social background, cognitive ability, and educational attainment. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(10), 2194–2214. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0718-0>
- Senese, V. P., Bornstein, M. H., Haynes, O. M., Rossi, G., & Venuti, P. (2012). A cross-cultural comparison of mothers' beliefs about their parenting very young children. *Infant Behavior and Development*, 35(3), 479–488. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.02.006>
- Sharot, T., & Garrett, N. (2016). Forming Beliefs: Why Valence Matters. *Trends in Cognitive Sciences*, 20(1), 25–33. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.11.002>
- Silva, E. A. d. (2011). Tradição e identidade de género em Angola: ser mulher no mundo rural. *Revista Angolana de Sociologia*, 8, 21–34. <https://doi.org/10.4000/ras.508>
- Silva, E. A. d. (2011). *Educação no meio rural em Angola: tradição, (des)igualdade de género e cidadania*. <http://www.bbc.co.uk/portugueseafrika/>
- Silva, E. A. d. (2013). Tradição e identidade de género em Angola: ser mulher no mundo rural. *Revista Angolana de Sociologia*, 21–34.
- Simões, S. C. C., Filipe, F. N. V. F. d. O., & Farate, C. M. d. C. (2014). Qualidade da vinculação percebida por mães e crianças em idade escolar provenientes de diferentes tipos de família. *Análise Psicológica*, 32(3), 289–306. <https://doi.org/10.14417/ap.829>
- Silva, L. C. DA, & Lacordia, R. C. (2016). Atividade Física Na Infância, Seus Benefícios E As Implicações Na Vida Adulta. *Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery*, 21.
- Machado, T. S., Diogo, C., Miguel, J. P., & Silva, J. T. da. (2017). Vinculação e problemas de comportamento avaliados por crianças e pais. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 079–083. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.05.2350>

- Souza, L. B. de, Panúncio-Pinto, M. P., & Fiorati, R. C. (2019). Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(2). <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1812>
- Souza, M. C. de, Felipe, A. O. B., & Gradim, C. V. C. (2020). Understanding the Family Relationship Towards Child Growth and Development / Compreendendo a Relação da Família com o Crescimento e Desenvolvimento Infantil. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(3). <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.694-699>
- Sugawara, E., & Nikaido, H. (2014). Properties of AdeABC and AdeIJK Efflux Systems of *Acinetobacter baumannii* Compared with Those of the AcrAB-TolC System of *Escherichia coli*. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 58(12), 7250–7257. <https://doi.org/10.1128/AAC.03728-14>
- Tereno, S., & Matos, I. (2017). Contributos da teoria da vinculação para a prática clínica desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 35(4), 409–423. <https://doi.org/10.14417/ap.1115>
- Trindade, C. D. S., De Melo, E. K. V., Dos Santos, J. F., & Freitas, F. M. N. d. O. (2021). Influência do aleitamento materno na prevenção da obesidade infantil / Influence of breastfeeding on the prevention of child obesity. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6). <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-052>
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., & Aghajari, P. (2017). The exploration of culturally sensitive nursing care in pediatric setting: A qualitative study. *International Journal of Pediatrics*, 5(2). <https://doi.org/10.22038/ijp.2016.7975>
- Watters, C. (2017). Editorial Perspective: Effective mental health and psychosocial interventions for children and adolescents in street situations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 58(2). <https://doi.org/10.1111/jcpp.12625>
- Wheeler, D., Péliissier, R., & Whee, D. (2011). *História de Angola*. Tinta da China.
- Wiley, J. S. (2016). *The wiley blackwell encyclopedia of family studies*. Wiley.

Yoba, C. P. C. (2018). Participação da família e da escola na educação dos jovens. *Construção Psicopedagógica*, 26(27). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542018000100003

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – FOLHETO INFORMATIVO- EM QUE SITUAÇÕES DEVE LEVAR
O SEU FILHO À URGÊNCIA

6- ALTERAÇÕES DA PELE OU MUCOSAS E ARTICULARES

- Manchas que não desaparecem quando pressionadas
- Várias nódulos negros de início súbito e sem causa aparente
- Edema dos lábios, pálpebras, face, mãos ou pernas
- Hemorragias persistentes
- Edema das articulações, associado a calor, vermelhidão ou dor e limitação no movimento

ACIDENTES

TRAUMATISMOS

- Com fratura aberta (vê-se o osso), deformidade, ou dor intensa e constante
- Ferimento profundo ou que sangra abundantemente mesmo após pressão durante 10 min
- Traumatismo craniano com desmaio, vômitos persistentes, hemorragia abundante pelo nariz ou ouvidos,
- Alterações neurológicas ou do comportamento ou com hematoma volumoso

OUTROS

- Alergia grave com ou sem suspeita de anafilaxia: aparecimento súbito de manchas na pele - edema dos lábios/pálpebras
- Dificuldade em respirar - vômitos/diarréia - tontura/desmaio.
- Ingestão de produto tóxico ou medicamentoso sem indicação ou em sobredosagem.
- Ingestão de objeto (cortantes, pilha, íman) Aspiração de corpo estranho ou produto tóxicos.
- Queimaduras

- * LEVE SEMPRE OS DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO NECESSÁRIOS PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA (Bilhete de identidade /cédula e cartão do seguro)

⇒ ACOMPANHE SEMPRE O SEU FILHO/A

⇒ A CRIANÇA DEVE ESTAR ACOMPANHADA DOS PAIS OU TUTORES LEGAIS

⇒ NÃO LEVE ACOMPANHANTES DESNECESSÁRIOS PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA, PARA NÃO CAUSAR SOBRELOTAÇÃO DA SALA

- * LEVE SEMPRE UM LANCHE PARA A CRIANÇA

A CRIANÇA NECESSITA DOS AFETOS DOS PAIS

Elaborado por Enfermeira Susana Rodrigues, 2022

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Orientações técnicas - Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - Volume I*. 1, 46.

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Febre na criança/adolescente Folheto informativo para pais e cuidadores*. 1-2. www.dgs.pt

EM QUE SITUAÇÕES DEVE LEVAR O SEU FILHO A URGÊNCIA



EM QUE SITUAÇÕES DEVE LEVAR O SEU FILHO A URGÊNCIA

1- FEBRE

A febre, por si só, não é uma doença. Trata-se de uma manifestação do organismo, decorrente do combate às infeções e, por esse motivo, benéfica.

Considera-se febre perante os seguintes valores medidos de temperatura:

- Retal 38°C
- Axilar 37,6°C
- Auricular 37,8°C

“sinais de alerta” numa criança com febre

- Sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer;
- Faceis ou olhar de sofrimento;
- Irritabilidade, gemido - choro inconsolável;
- Convulsão;
- Aparecimento de manchas na pele nas primeiras 24 a 48 horas de febre;



2- ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS OU DO COMPORTAMENTO

- Desmaio
- Sonolência
- Irritabilidade excessiva ou choro inconsolável
- Convulsão
- Perda de força muscular, recusa da marcha ou desequilíbrio
- Desorientação
- Alterações na fala e alterações visuais
- Dor de cabeça intensa que desperta a criança/jovem, durante a noite, associada a vômitos ou alterações do comportamento
- Expressão de pensamentos suicidas

3- ALTERAÇÕES CARDIO-RESPIRATÓRIAS

- Dor no peito
- Gemido
- Palidez acentuada da face, lábios e/ou dedos arroxeados
- Dificuldade respiratória: - respiração muito rápida ou pausas respiratórias prolongadas (>20 seg) - retrações (“covinhas”) entre as costelas
- Estridor (ruído inspiratório) persistente
- Tosse persistente que provoca o vômito ou salivação

4- ALTERAÇÕES GÁSTRICAS E INTESTINAIS

- Vômitos persistentes, sem resposta à hidratação fracionada (chá açucarado à temperatura ambiente)
- Vômitos em quantidade abundante
- Fezes em quantidade abundante e/ou com presença de sangue e/ou muco

Sinais de desidratação:

- Diminuição significativa da quantidade de urina
- Olhos encovados
- Língua seca
- Choro sem lágrimas
- Sonolência
- Irritabilidade
- Dor de barriga intensa e constante, sem período de alívio

5- ALTERAÇÕES GENITAIS E URINÁRIAS

- Dor súbita no testículo
- Dor ao urinar,
- Urina vermelha ou espumosa
- Aumento significativo do consumo de água e do n.º de vezes que a criança urina

APÊNDICE 2 - PALESTRA PRIMEIROS SOCORROS “O KITO ESTÁ DOENTE”



1



4



2



5



3



6



7



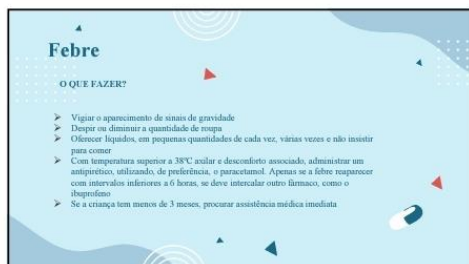
10



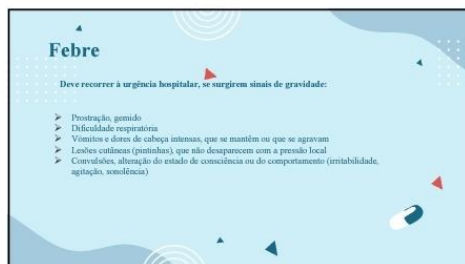
8



11



9



12

Convulsão Febril

As convulsões febris ocorrem normalmente nas crianças e são causadas por febre elevada ou por um aumento súbito da temperatura corporal.

O que fazer:

- Tente colocar, por exemplo, almofadas à volta da criança para evitar que se magoe;
- Arefugie a criança: retire-lhe a roupa e dê-lhe um banho com água tépida. Abra uma janela, se possível, mas não deixe a vítima arrefecer demais;
- Assim que a convulsão terminar, coloque a criança em Posição Lateral de Segurança.

➤ **PEDIR AJUDA E LEVAR PARA O HOSPITAL.**

13

Feridas

O QUE FAZER?

- A limpeza da ferida com soro fisiológico ou, na falta deste, lavar com água corrente, pois arrastará partículas de sujidade e a maioria dos agentes patogénicos.
- Sempre que possível, desinfetar com soluções antissépticas iodadas (por exemplo, Betadine®) e cobrir com compressa ou outro tecido limpo.
- Quando a ferida provoca uma hemorragia e não cede espontaneamente, é imperativo fazer pressão sobre a mesma utilizando uma compressa que não deve ser removida. Na maioria das situações, este procedimento é suficiente para o controlo da hemorragia.

16

Convulsão Febril

As convulsões febris ocorrem normalmente nas crianças e são causadas por febre elevada ou por um aumento súbito da temperatura corporal.

O que não deve fazer:

- Não a segure nem contrarie os movimentos;
- Não dê a vítima arrefecer demais;
- Não tente arrefecer a criança passando-lhe uma esponja com água. Ao fazê-lo, a temperatura corporal poderá voltar a subir;
- Se uma criança tiver uma crise com febre febril, é provável que volte a ter outra se a febre voltar, mas isso não significa que a vítima esteja a desenvolver algum tipo de doença.

14

Feridas

O QUE NÃO FAZER?

- Utilizar álcool;
- Soprar, tocar ou aspirar para cima da ferida.

17

Feridas

Ferida qualquer solução de continuidade da superfície da pele, quer seja superficial sem grande hemorragia « escoriação », quer seja profunda, podendo atingir todas as camadas da pele, tecido subcutâneo rico em gordura e, por vezes, também as estruturas musculares subjacentes – feridas incisões. Estas feridas deverão ser sempre avaliadas numa unidade de saúde para se perceber a necessidade do tratamento adequado.

15

Feridas

Lavar com água e sabão

Desinfetar com betadine

Tapar com uma compressa, penso ou um tecido limpo

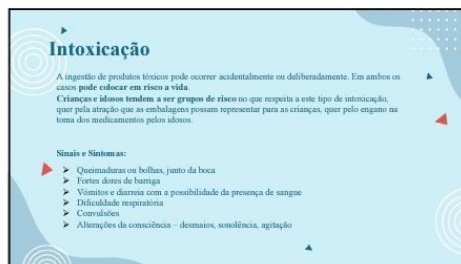
18

2

3



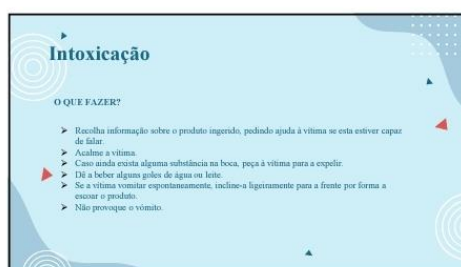
19



22



20



23



21



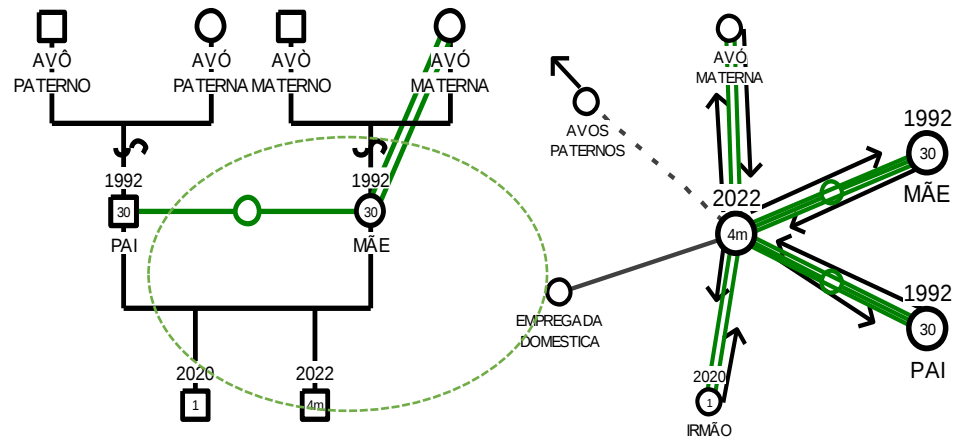
24



25

APÊNDICE 3 - ECOMAPAS E GENOGRAMAS 1 A 18

ECOMAPA E GENOGRAMA 1



Rótulo da Relação Familiar

— 3 Casamento

2 Imigração

16

Símbolos de Genograma

Masculino Feminino

Rótulo da Relação Emocional

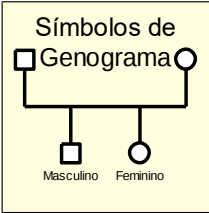
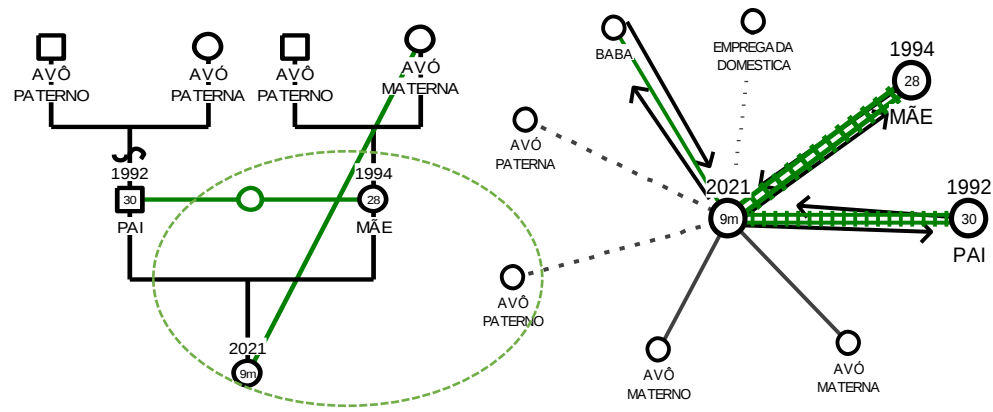
1 Distante

1 Normal

5 Amizade / Próximo

3 Amor

ECOMAPA E GENOGRAMA 2



Rótulo da Relação Emocional

1	Indiferente / Apático
2	Distante
2	Normal
2	Grandes Amigos / Íntimos
2	Harmonia
1	Amor

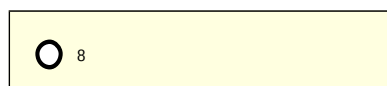
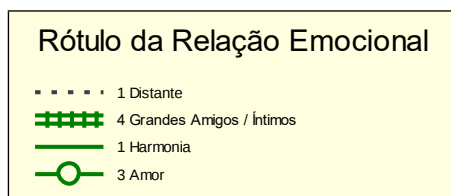
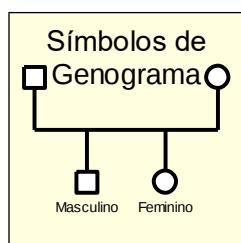
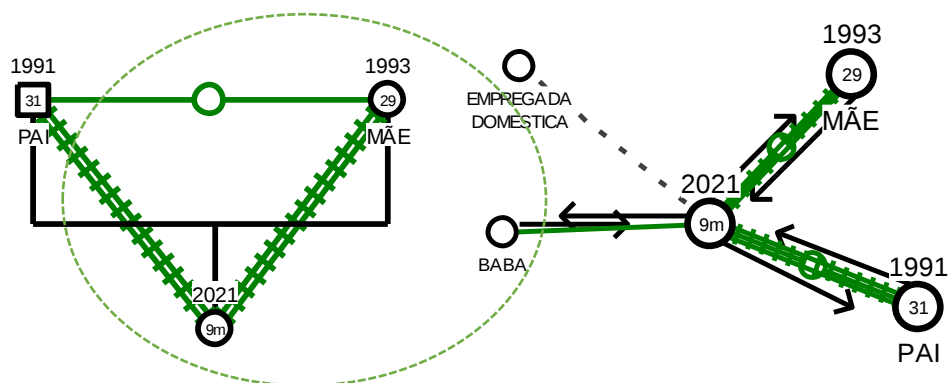
Rótulo da Relação Emocional

1	Indiferente / Apático
2	Distante
2	Normal
2	Grandes Amigos / Íntimos
2	Harmonia
1	Amor

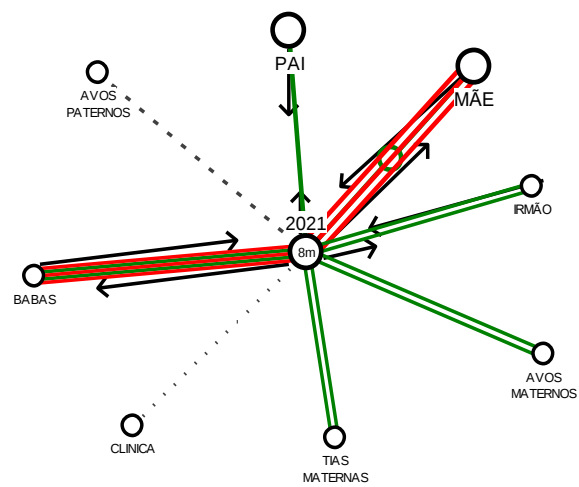
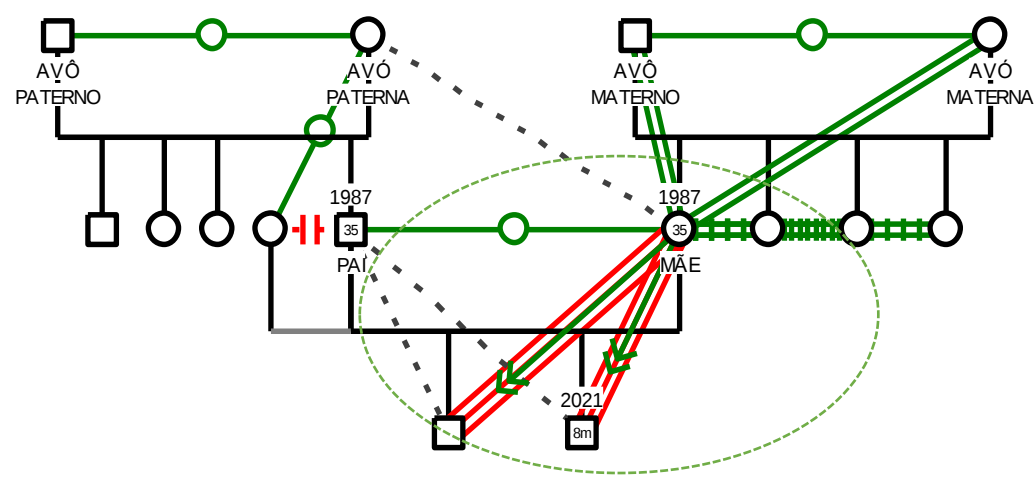
1	Imigração
---	-----------

16

ECOMAPA E GENOGRAMA 3



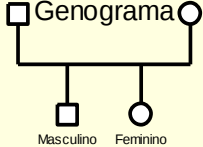
ECOMAPA E GENOGRAMA 4



Rótulo da Relação Emocional

- . - | | - . 1 Separado / À Deriva
- 1 Indiferente / Apático
- - - - - 4 Distante
- ===== 6 Amizade / Próximo
- ##### 3 Grandes Amigos / Íntimos
- ===== 4 Dependente
- ===== 1 Harmonia
- 5 Amor

Símbolos de Genograma

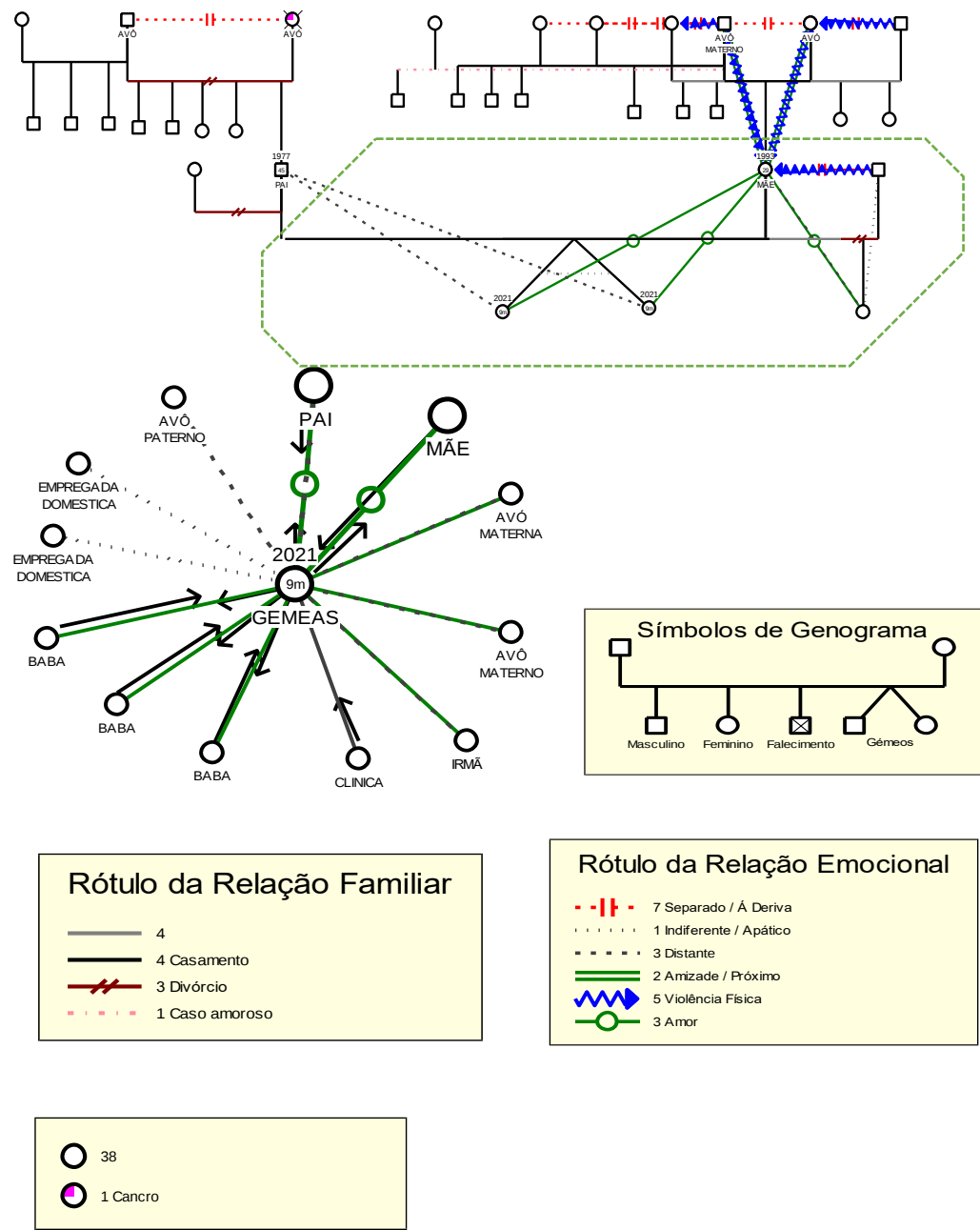


Rótulo da Relação Familiar

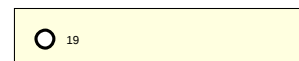
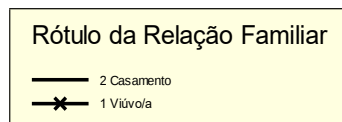
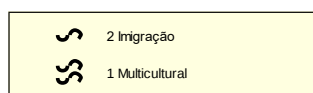
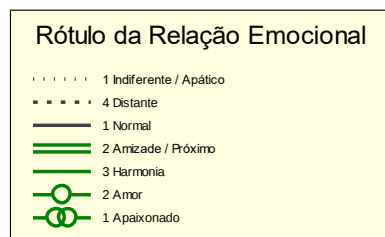
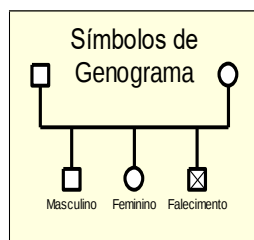
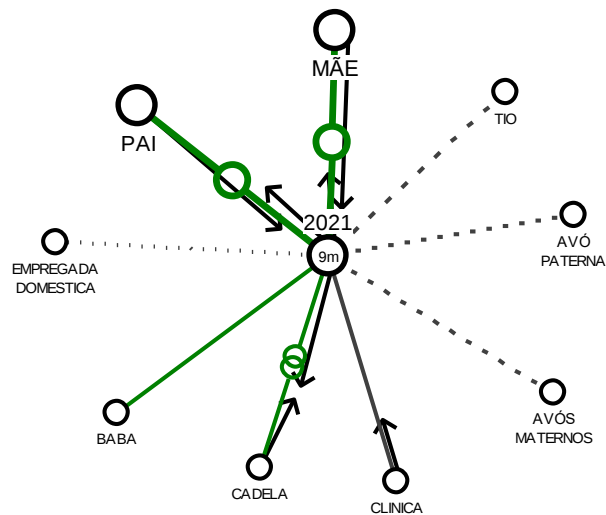
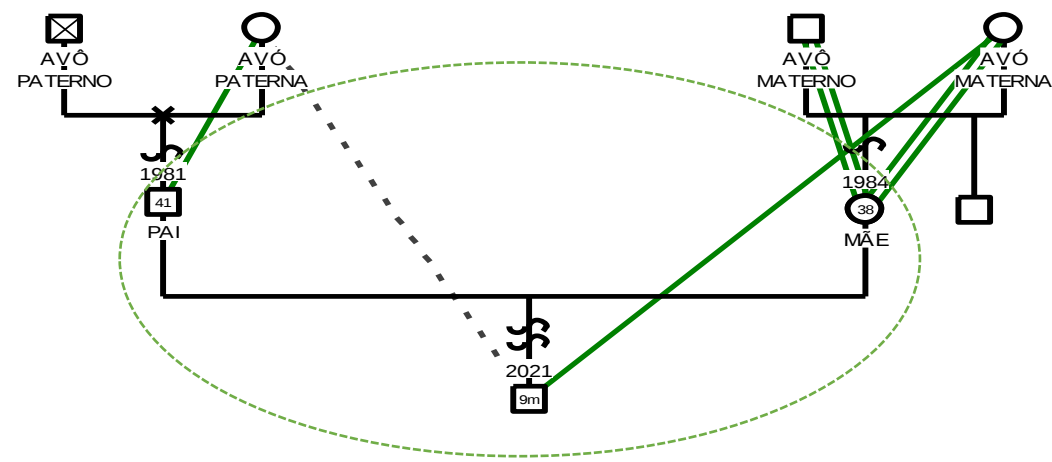
- 1
- 3 Casamento

○ 24

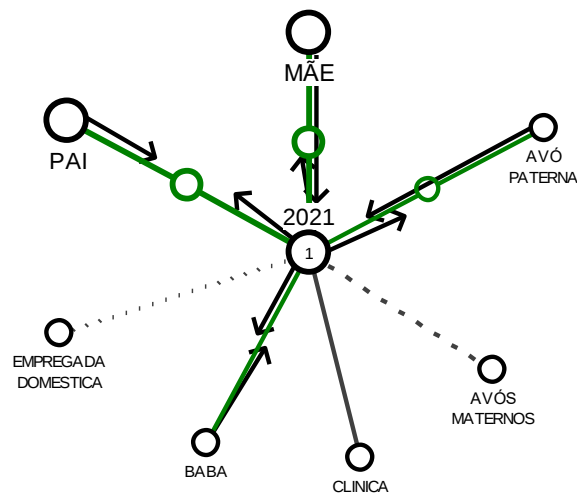
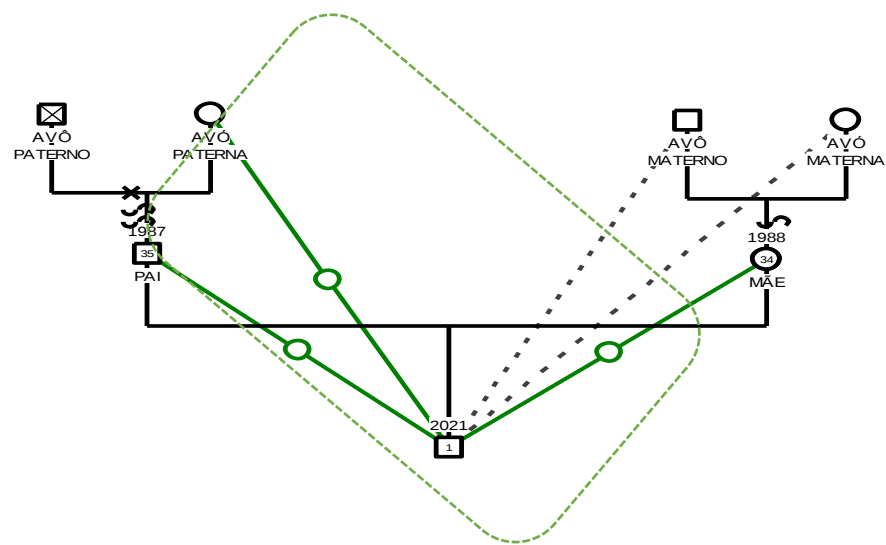
ECOMAPA E GENOGRAMA 5



ECOMAPA E GENOGRAMA 6



ECOMAPA E GENOGRAMA 7



Rótulo da Relação Familiar

— 2 Casamento
—X— 1 Viúvo/a

Rótulo da Relação Emocional

..... 1 Indiferente / Apático
- - - - 3 Distante
—— 1 Normal
—— 1 Harmonia
——○ 6 Amor

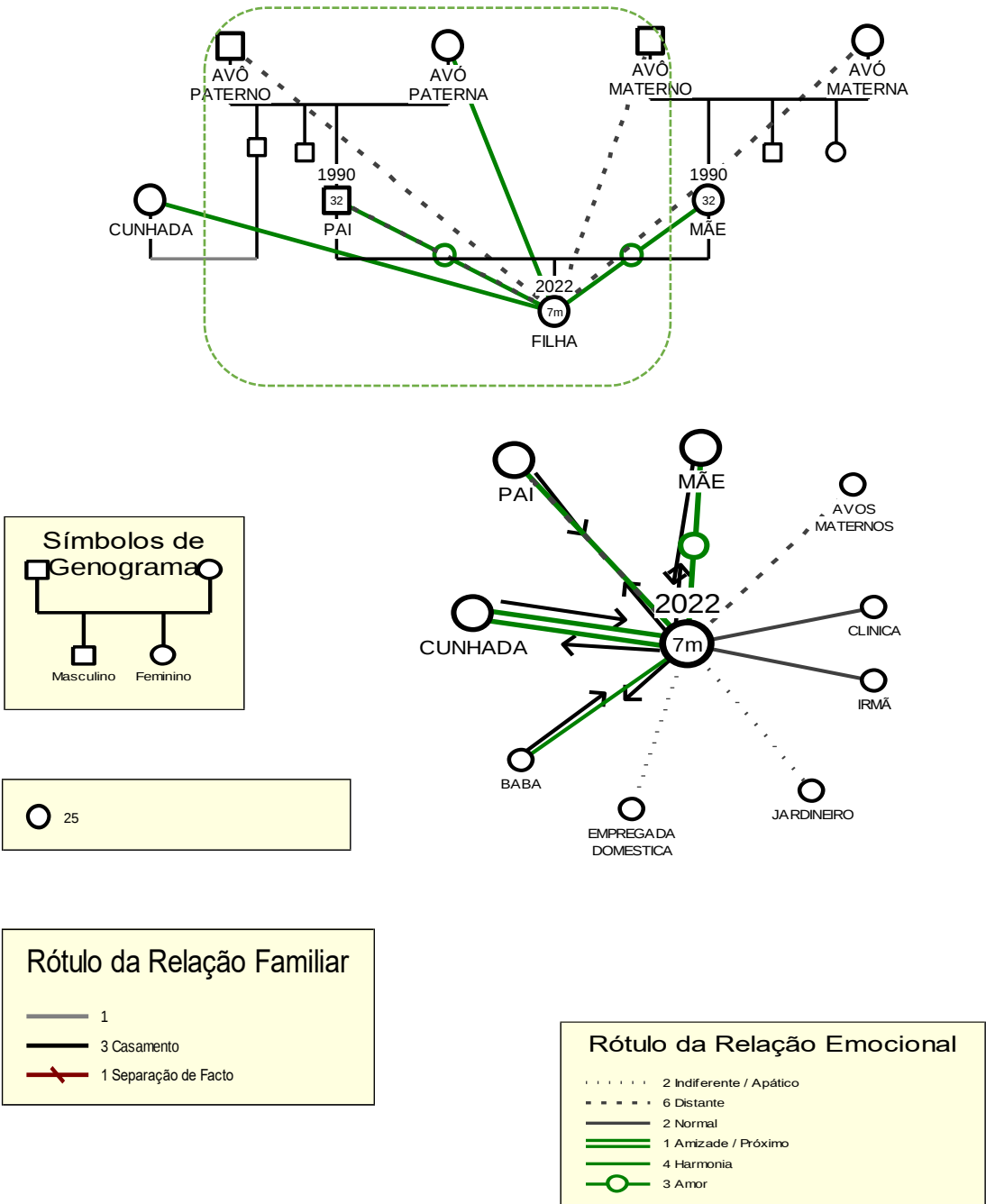
Símbolos de Genograma

□ Masculino
○ Feminino
□X Feminino Falecimento

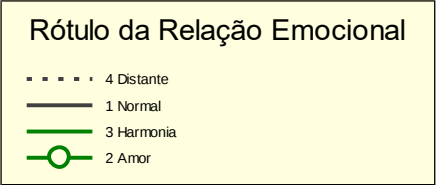
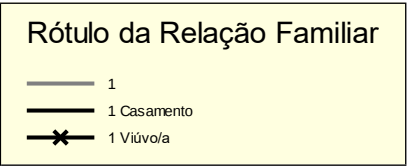
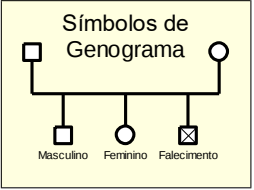
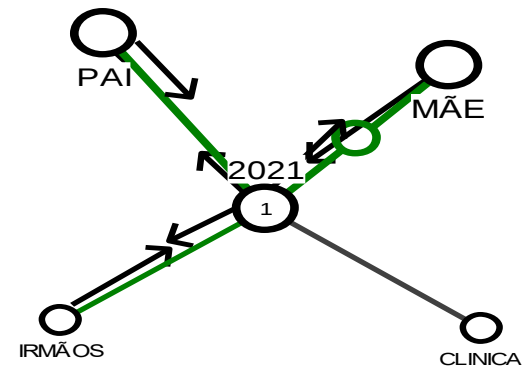
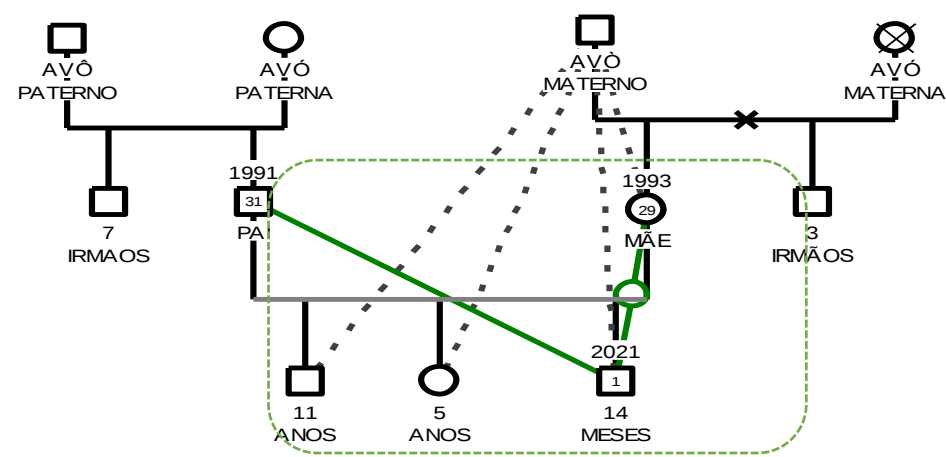
~ 1 Imigração
~ 1 Multicultural

○ 16

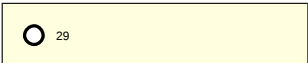
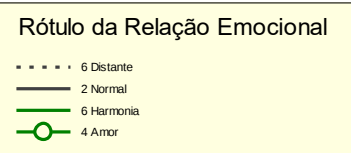
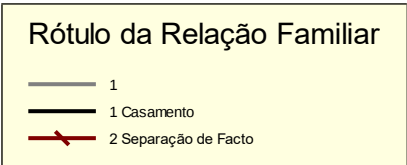
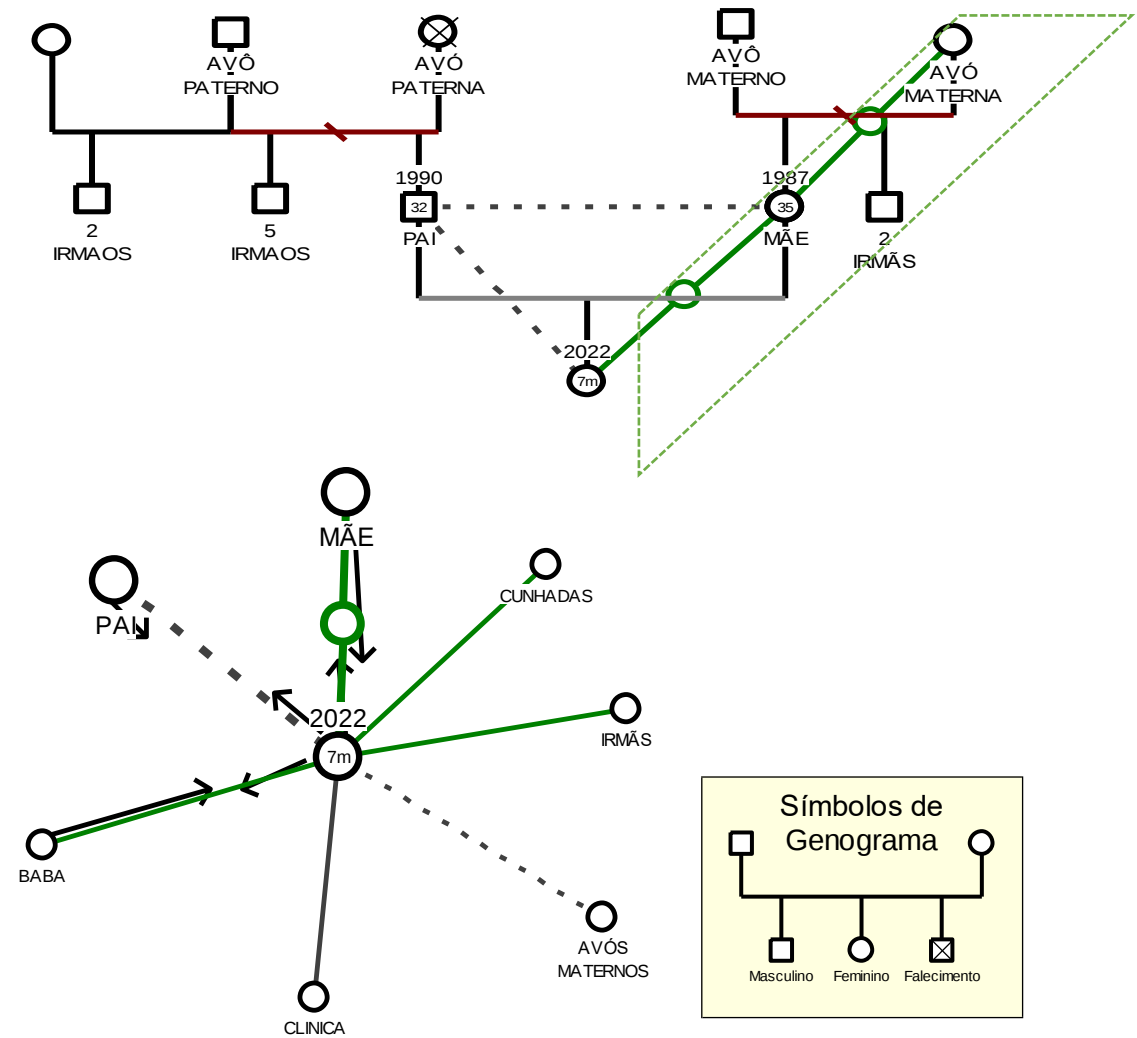
ECOMAPA E GENOGRAMA 8



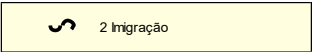
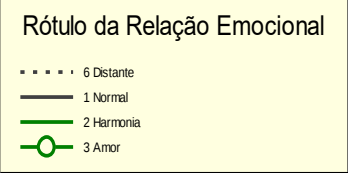
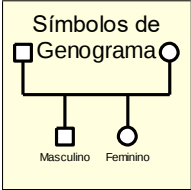
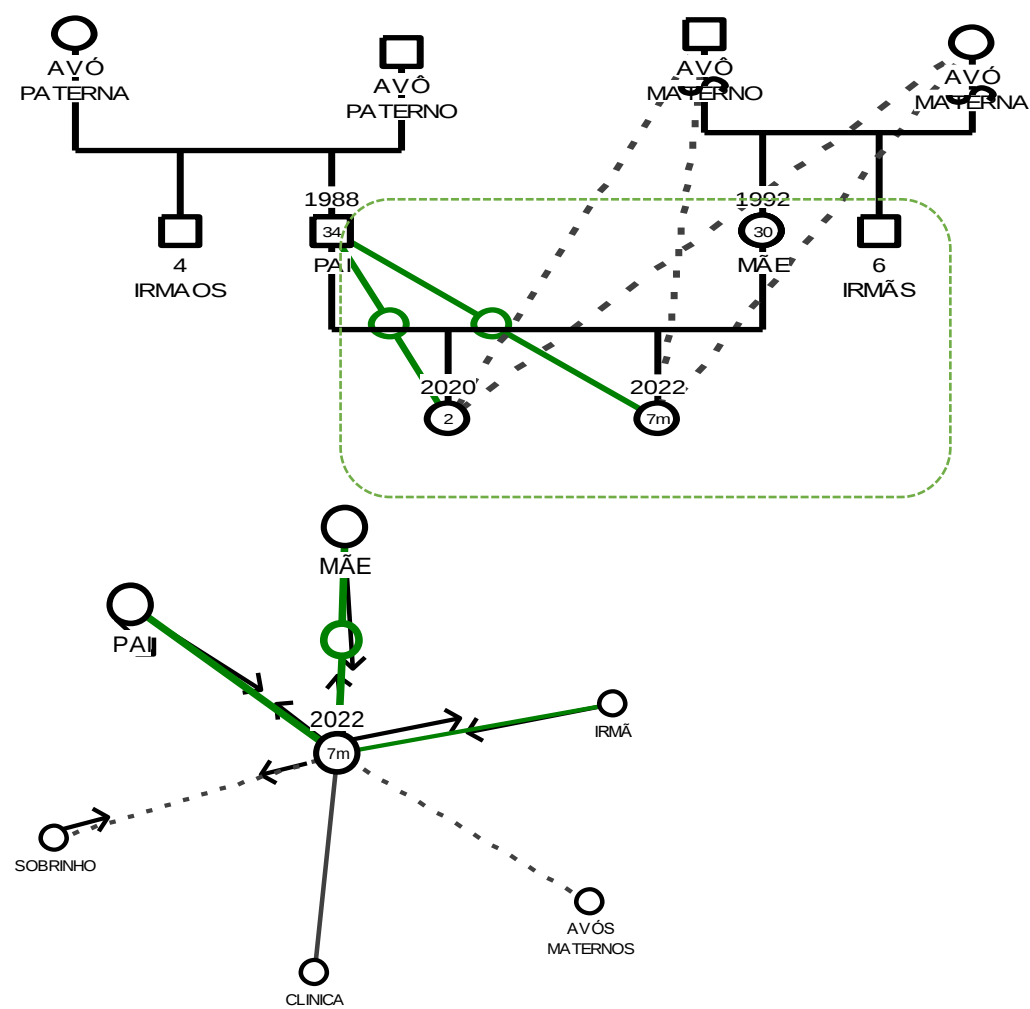
ECOMAPA E GENOGRAMA 9



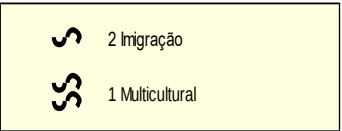
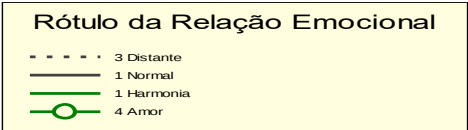
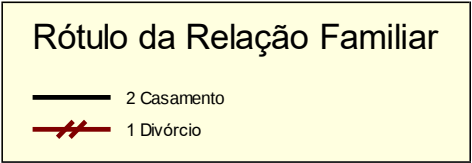
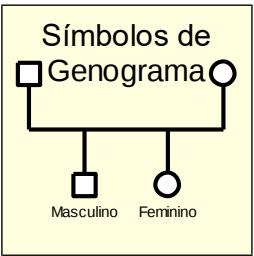
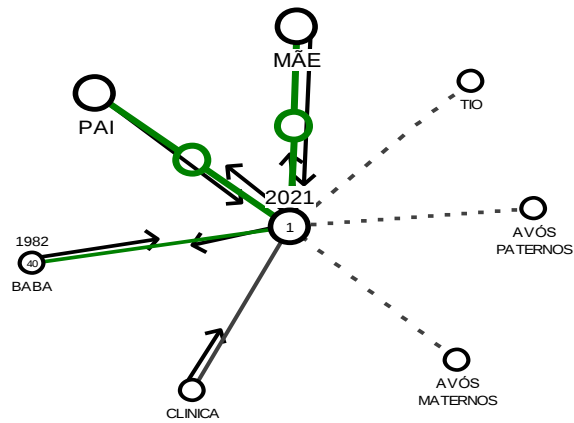
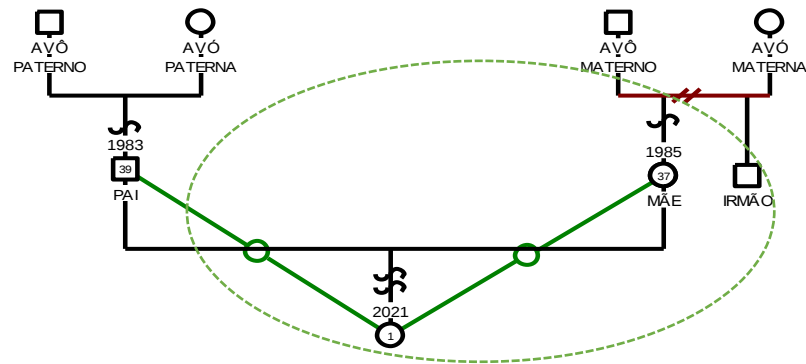
ECOMAPA E GENOGRAMA 10



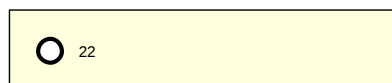
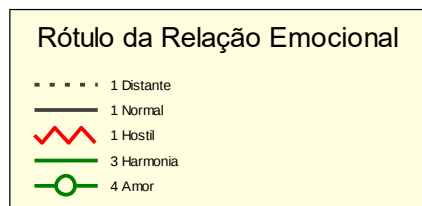
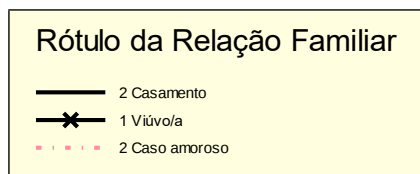
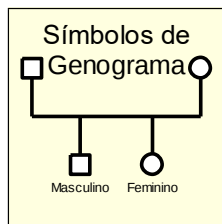
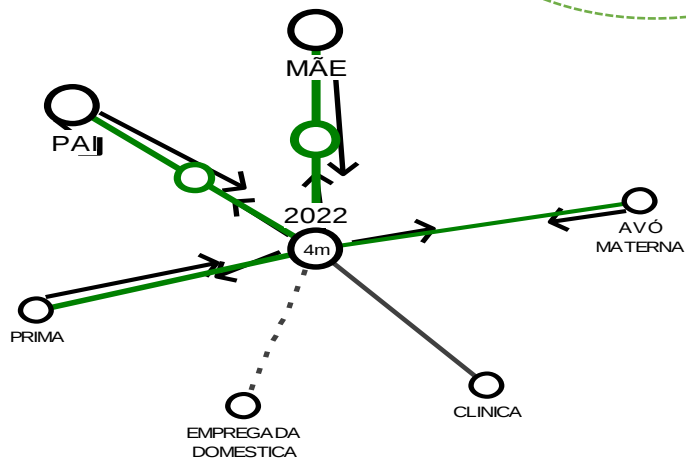
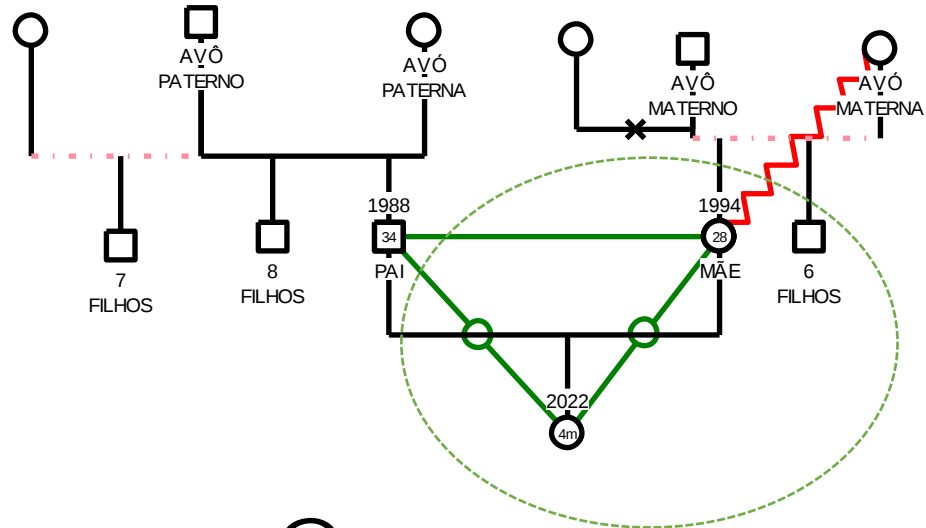
ECOMAPA E GENOGRAMA 11



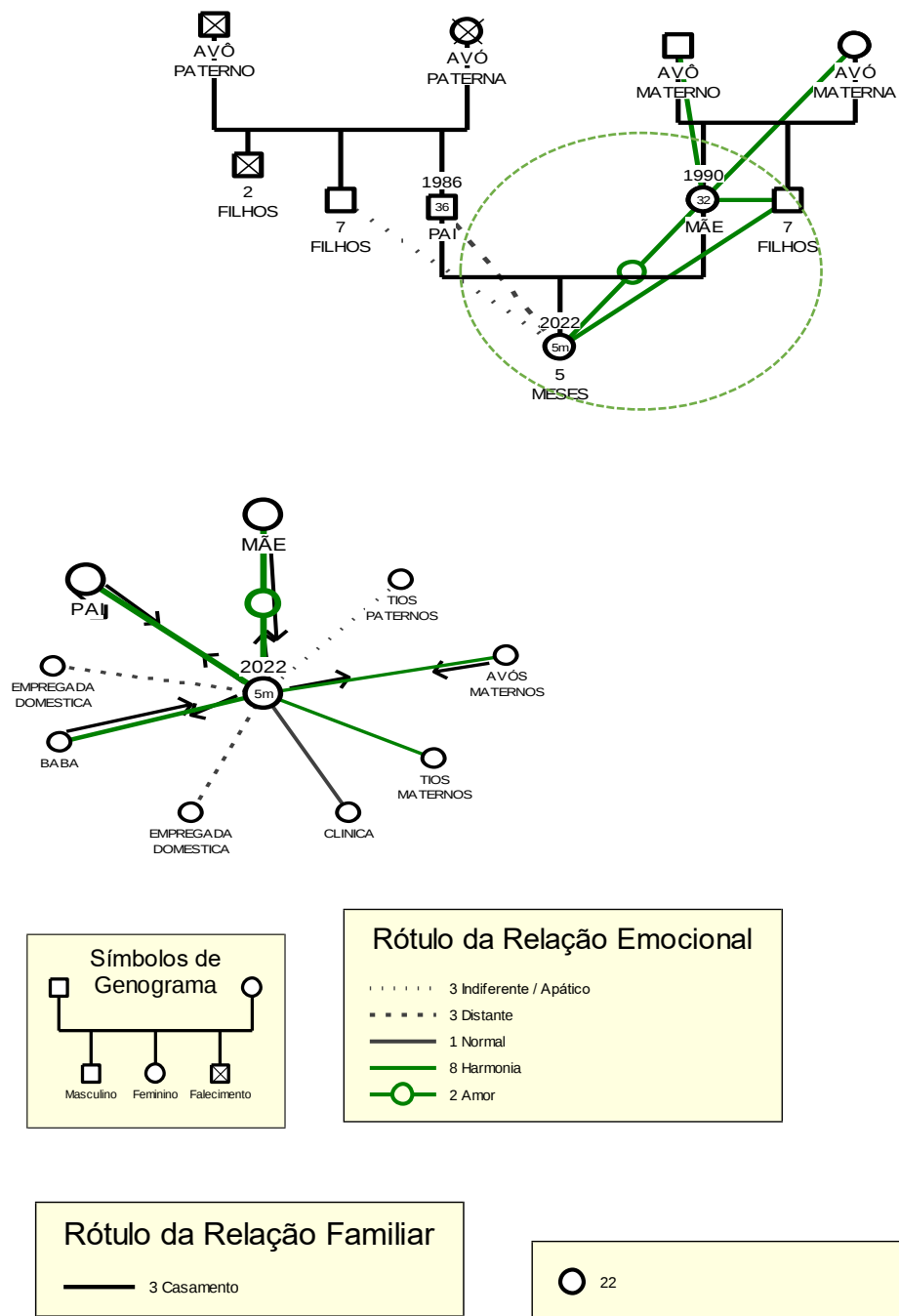
ECOMAPA E GENOGRAMA 12



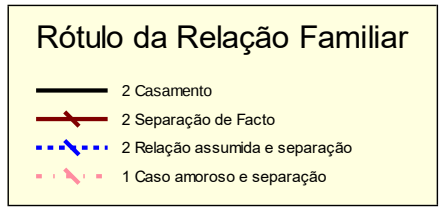
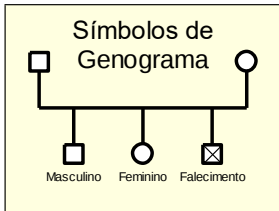
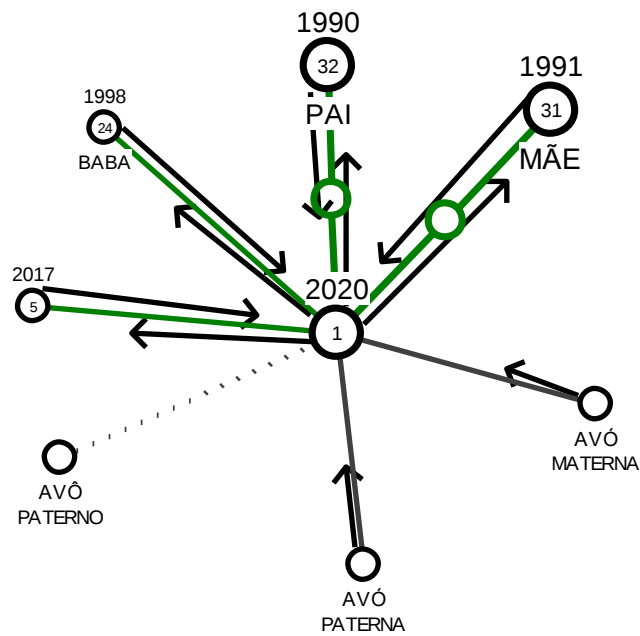
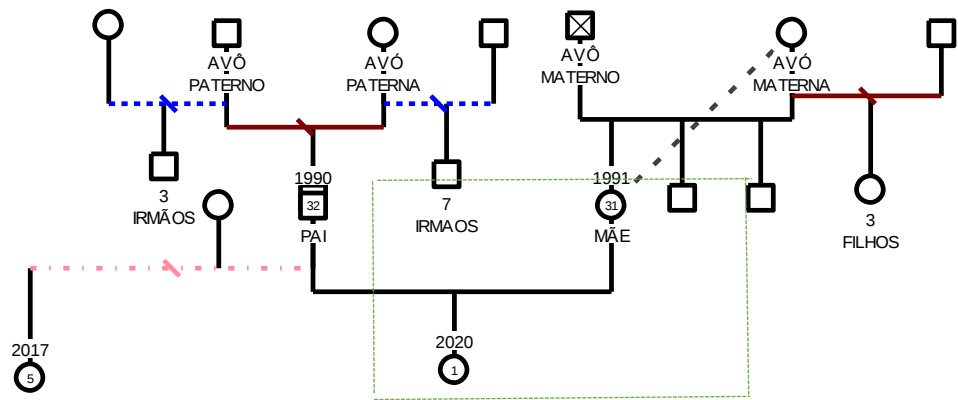
ECOMAPA E GENOGRAMA 13



ECOMAPA E GENOGRAMA 14



ECOMAPA E GENOGRAMA 15



Rótulo da Relação Emocional

..... 1 Indiferente / Apático

..... 1 Distante

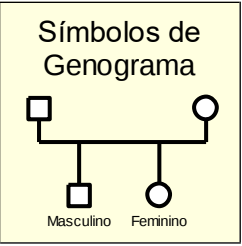
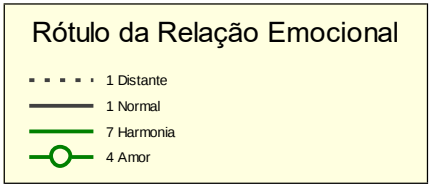
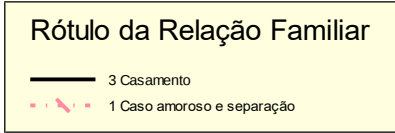
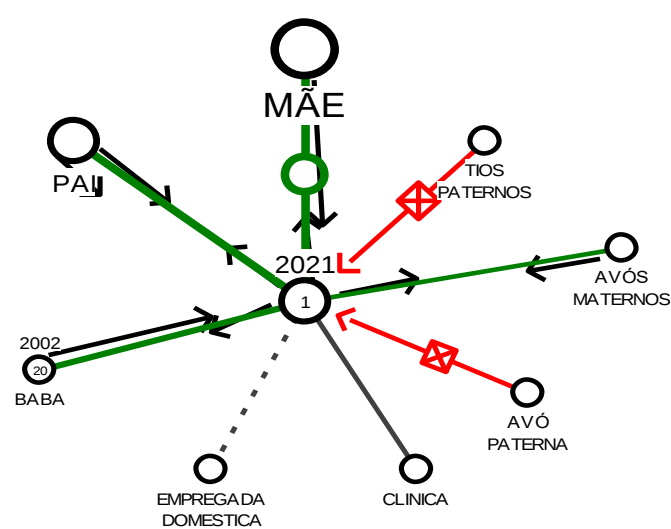
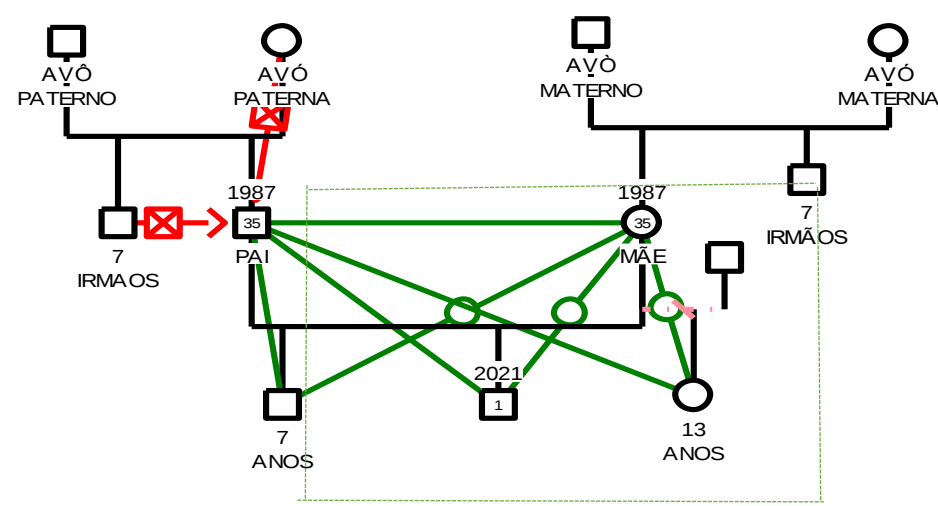
——— 2 Normal

——— 2 Harmonia

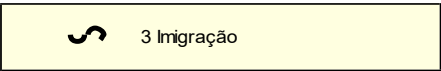
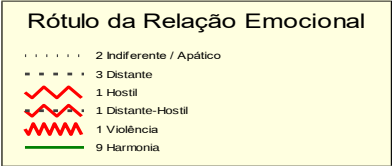
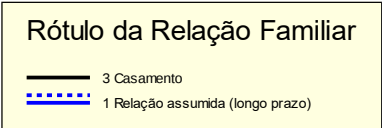
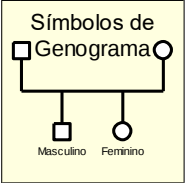
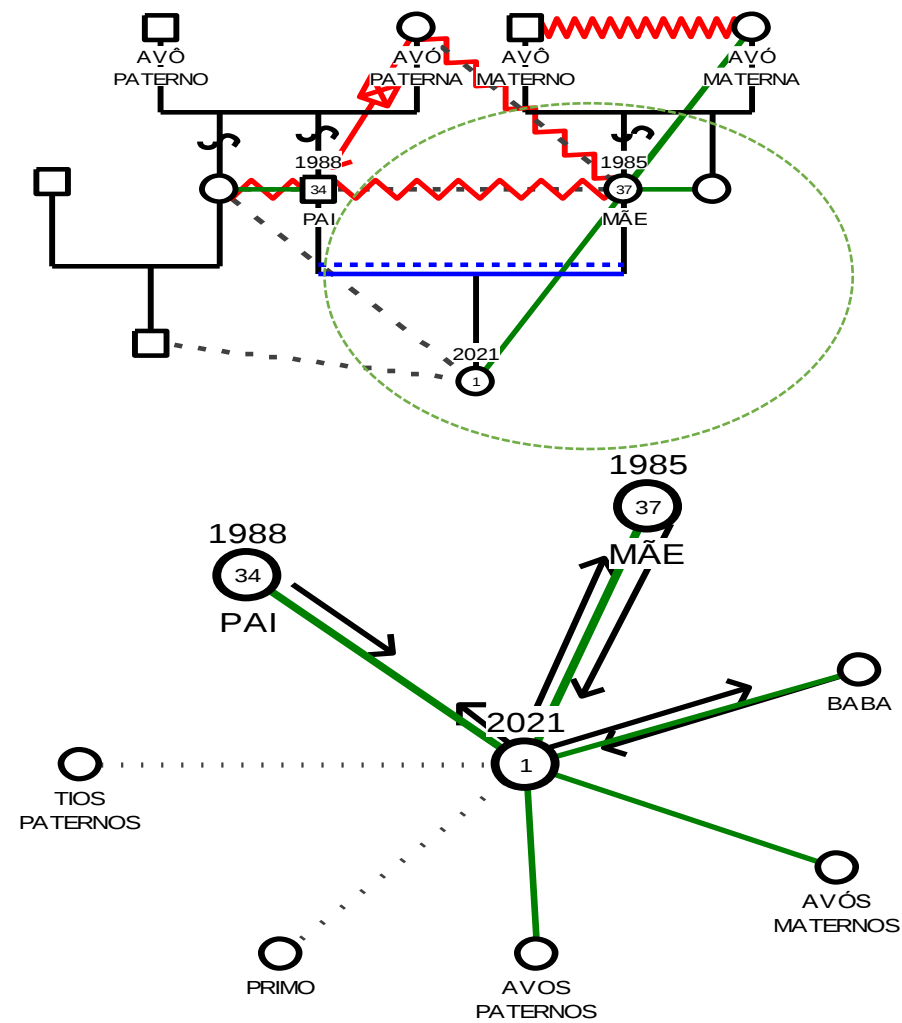
——○—— 2 Amor

○ 26

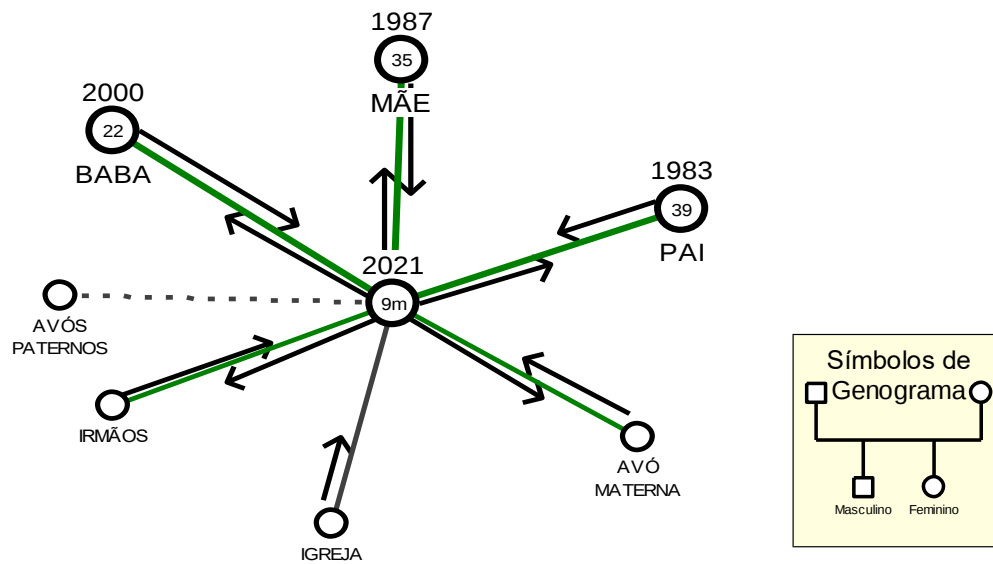
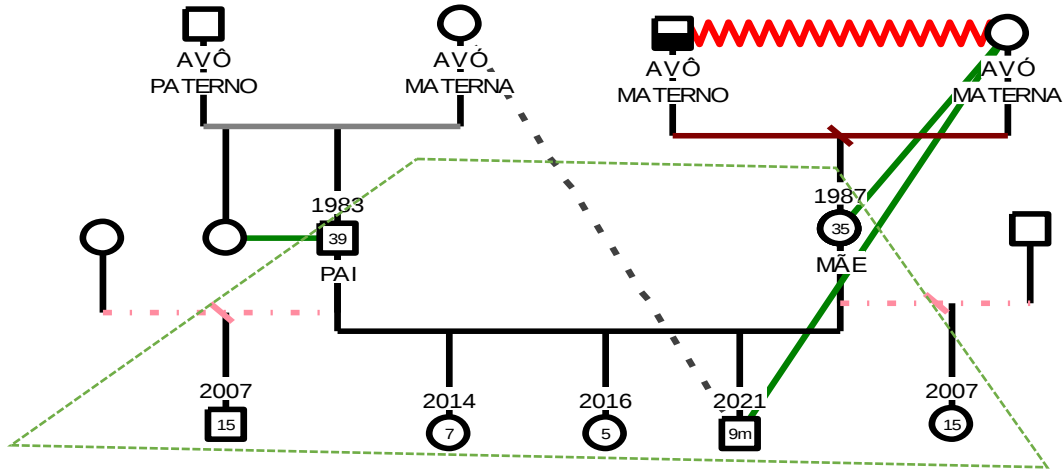
ECOMAPA E GENOGRAMA 16



ECOMAPA E GENOGRAMA 17



ECOMAPA E GENOGRAMA 18



Rótulo da Relação Familiar

- 1
- 1 Casamento
- 1 Separação de Facto
- 2 Caso amoroso e separação

Rótulo da Relação Emocional

- 2 Distante
- 1 Normal
- 1 Violência
- 8 Harmonia

- 23
- 1 Abuso de drogas ou álcool

APÊNDICE 4 - GUIÃO DA ENTREVISTA -DESCRIÇÃO DO AMBIENTE
FAMILIAR

Como é a dinâmica familiar?

Que apoios tem da família?

Idade da babá?

Acha fundamental a babá no período noturno?

Quando estão em casa com a babá quem cuida?

Até que idade acha importante ter uma babá, uma vez que tem empregada?

Que tipo de apoios existe na sociedade para as crianças e as famílias?

Acha que possível viver em Angola, sem babá?

Quando cresceu, teve empregada ou babá?

Ao fim de semana?

O pai cuida do bebé?

Qual o papel da criança na família?

Como é que ser criança na sociedade em que está inserida?

O que é ser criança em Angola?

Quais as dificuldades de ser mãe em Angola?

O que é fundamental no papel de mãe?

Qual o papel de mãe na educação da criança?

As suas experiências pessoais e familiares interferem no papel de mãe?

Além da família, que outras influencias interferem no papel de mãe?

Acha que a cultura angolana interfere na forma de cuidar e na educação?

A sua visão de ser mãe é igual à da sua mãe?

A mãe é um exemplo?

O que faz de diferente?

Ser mãe atualmente é igual a ser mãe do antigamente?

O que mudou?

ANEXOS

ANEXO 1 - PLANO ALARGADO DE VACINAÇÃO ANGOLANO (PAV)

CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DE ROTINA

Ao nascer	 PÓLIO 2º DOSE ____/____/____	 B C G DOSE ÚNICA ____/____/____	 HEPATITE B DOSE A NASCINÇA ____/____/____	ADVERTÊNCIA Não administrar a vacina Rotavírus a criança após 7º mês de idade
Aos 2 meses	 PÓLIO 1º DOSE ____/____/____	 PENTAVALENTE 1º DOSE ____/____/____	 PNEUMO 1º DOSE ____/____/____	 ROTAVÍRUS 1º DOSE ____/____/____
Aos 4 meses	 PÓLIO 2º DOSE ____/____/____	 PENTAVALENTE 2º DOSE ____/____/____	 PNEUMO 2º DOSE ____/____/____	 ROTAVÍRUS 2º DOSE ____/____/____
Aos 6 meses	 PÓLIO 3º DOSE ____/____/____	 PENTAVALENTE 3º DOSE ____/____/____	 PNEUMO 3º DOSE ____/____/____	 VITAMINA A 1º DOSE ____/____/____
Aos 9 meses	 SARAMPO 1º DOSE ____/____/____	 FEBRE AMARELA DOSE ÚNICA ____/____/____	 VITAMINA A 2º DOSE ____/____/____	Aos 15 meses
				 SARAMPO 2º DOSE ____/____/____

ANEXO 2 - PLANO DE VACINAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

PLANO DE VACINAÇÃO

Quem cuida, vacina



NASCIMENTO

- ✧ BCG
- ✧ POLIO ORAL
- ✧ HEPATITE B

2 MESES

- ✧ PENTAVALENTE
- ✧ PNEUMOCÓCICA
- ✧ POLIO ORAL
- ✧ ROTAVIRUS

3 MESES

- ✧ MENINGITE C1 OU NIMENRIX

4 MESES

- ✧ PENTAVALENTE
- ✧ PNEUMOCÓCICA
- ✧ POLIO ORAL + POLIO INJ.
- ✧ ROTAVIRUS*

5 MESES

- ✧ MENINGITE C2 OU NIMENRIX

6 MESES

- ✧ PENTAVALENTE
- ✧ PNEUMOCÓCICA
- ✧ POLIO ORAL
- ✧ VITAMINA A

* Se Rotateq lim. máx. até as 8 meses

** Pode fazer aos 5 e aos 7 meses



PLANO DE VACINAÇÃO



9 MESES

- ♦ SARAMPO + RUBÉOLA
- ♦ FEBRE AMARELA (Dose única)
- ♦ VITAMINA A

2 ANOS

- ♦ HEPATITE A2
- ♦ FEBRE TIFOIDE (Reforço 3/3 anos)

12 MESES

- ♦ HEPATITE A1
- ♦ MENINGITE CONJUGADA (A,C,W,Y)

4 ANOS

- ♦ VARICELA 2 (se não fez nenhuma vacina faz 2 doses com 1 mês de intervalo)

15 MESES

- ♦ VASPR 1*
- ♦ VARICELA 1

5/6 ANOS

- ♦ PENTAVALENTE
- ♦ VASPR 2
- ♦ POLIO ORAL

18 MESES

- ♦ PENTAVALENTE
- ♦ PNEUMOCÓCICA
- ♦ POLIO ORAL

10 ANOS

- ♦ TÉTANO
- ♦ HPV

12 ANOS

CERVARIX - 2 DOSES**
GARDASYL - 2 DOSES**

* VASPR também pode fazer aos 12 meses

** Se > 14 anos faz 3 doses

ENFERMEIRA _____

CONTACTO _____

ANEXO 3 – ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA

Alimentação no 1º ano de vida



O início da alimentação complementar não é rígido.

Os alimentos complementares podem ser introduzidos entre os 4 e os 6 meses de idade.

Confie no apetite do seu bebê. Com o início da alimentação complementar, a água tratada e fervida deve ser oferecida ao longo do dia, em pequenas quantidades.

INTRODUÇÃO DOS ALIMENTOS

Sempre que possível, o leite materno deve ser dado até aos 6 meses de vida, em exclusivo.

4 meses:

Sopa de legumes: cenoura, abóbora, 2 batatas rana. Deve ser confeccionada sem sal e triturada até ficar em puré. Adicionar um fio de azeite, sem ferver (no fim).

Aos poucos introduzir outros legumes a cada 3 dias: alface, feijão verde, cebola, courgete, couve-flôr, bróculos, rama de batata, gimboa, alho francês, nabijas, agrião, batata doce, mandioca, inhame.

Não juntar mais do que 4 ingredientes na sopa (para não ficar um sabor “esquisito”).

NÃO ADICIONAR SAL.

A consistência da sopa deve ser semelhante ao iogurte sólido acabado de sair do frigorífico. Deve-se oferecer água ao bebé.

Uma semana depois do início da sopa:

Oferecer puré de fruta: Deve ser de preferência crua, esmagada em puré. Deve iniciar com a banana, pêra e maçã, mamão, (como sobremesa).

NÃO ADICIONAR AÇÚCAR.



4,5 meses:

Substituir outra refeição de leite por papa de fuba de milho amarelo ou farinha maisena.

Evite as papas industrializadas, se optar por elas deve ser: **papa láctea sem glúten**: a primeira papa deve ser preparada com água tratada (2-5 colheres de sopa rasas) – Nutribén/Cerelac.

A partir dos 6 meses pode dar papa com glúten.



5 meses:

Carne: Adicionar carne à sopa (1 colher de sopa para cada prato).

Pode utilizar carnes magras – frango, peru, coelho, borrego.



6 meses:

Dar 2 sopas por dia.

Dar iogurte natural (feito com leite de transição). Se desejar pode adicionar fruta triturada.



Iniciar a bolacha "Maria" e farinha de aveia.

Pode dar outras frutas: melão, meloa, abacate, melancia e manga.



7 meses:

Iniciar carnes vermelhas e peixe.

Peixe: Cozer o peixe à parte, retirar as espinhas e a pele e retirar a água da cozedura; pode utilizar peixe fresco ou congelado (pescada, linguado, corvina, garoupa, robalo, espada branco, cherne).

9 meses:

As leguminosas: Poderão ser inicialmente sem casca e começar pelo feijão frade, branco ou preto, lentilhas e depois o grão e as ervilhas.



O ovo (uma vez por semana): Começar por dar $\frac{1}{4}$ da gema desfeita na sopa, aumentar para $\frac{1}{2}$ na semana seguinte, $\frac{3}{4}$ na seguinte e finalmente, a gema completa.

Ter atenção que quando colocar a gema na sopa, não deve colocar carne, nem peixe.



12 meses:

A partir dos 12 meses pode-se habituar a criança ao padrão alimentar da família. A dieta familiar deve ser saudável, respeitando a roda dos alimentos, assim sendo, a alimentação deve ser completa, variada e equilibrada.

Não dar frutos secos, carne de porco e marisco até aos 2 anos.

NÃO ADICIONAR SAL, atenção às gorduras e temperos utilizados. Manter o leite materno até, pelo menos, aos dois anos.



INFORMAÇÕES E CONSELHOS IMPORTANTES:

A introdução de novos alimentos deve ser gradual e em pequenas porções, respeitando o ritmo individual de cada criança.

Para que o bebê aprenda a gostar de um alimento poderá ser necessária a exposição repetida ao mesmo alimento, cerca de 10 a 15 vezes.

Os alimentos sólidos devem ser oferecidos à colher.

EXEMPLO DE ORGANIZAÇÃO DE UMA REFEIÇÃO DIÁRIA:

Até aos 6 meses – Aleitamento materno em exclusivo.

A partir dos 6/7 meses:

Leite materno em horário livre;

Ao almoço: Uma sopa de legumes com carne; sobremesa - fruta;

Ao lanche: Uma papa com glúten ou iogurte natural;

Ao jantar: Uma sopa de legumes com peixe; sobremesa - fruta;

Nos intervalos: Leite adaptado (fórmula infantil) ou leite materno.

PREPARAÇÃO DO BIBERON:

Antes de preparar o biberon deve-se lavar cuidadosamente as mãos.

Ferver a água tratada durante 3 a 5 minutos (não mais do que isso, porque caso contrário a água vai-se evaporando e fica concentrada em sais que originam cólicas ao bebê);

Deixar arrefecer um pouco a água;

Deitar a quantidade correta no biberon;

Para cada 30ml de água adicionar 1 colher rasa de leite em pó.

Respeitar sempre as quantidades de leite em pó a utilizar;

Nunca encher a colher medidora acima da medida (colher rasa);

Não pressionar o leite em pó na colher “para caber mais”.



ANEXO 4 – PARECER DO NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO E DA COMISSÃO DE
ÉTICA (CE2022/20)

ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

	DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL	DAL-NIP&CE
---	--	-----------------------

As influências culturais na(s) parentalidade(s) femininas em contexto Angolano.

Título do estudo de investigação

Responsável(eis) pela(s) Instituição(ões)

Na qualidade de Responsável, declaro que autorizo a realização do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

A(s) Instituição(ões):

Nome da Instituição

Daniela Campos

Nome do Responsável da Instituição

26/5/2022
Data

Daniela Campos

Enfermeira

Assinatura

Nome da instituição

Nome do Responsável da Instituição

____/____/____
Data

Assinatura

Nome da instituição

Nome do Responsável da Instituição

____/____/____
Data

Assinatura

(Acrescentar ou retirar conforme o caso)

Revisão	Data	Elaborado:	Aprovado:	Homologação:	
2	outubro 2021	Comissão de Ética e Núcleo de Investigação e Projetos	Conselho de Direção	Conselho de Direção	Pág. 1 de 1

ANEXO 6 - CONSENTIMIENTO INFORMADO



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DCI

ORIGINAL

Declaração de Consentimento Informado

Conforme a lei 67/98 de 26 de Outubro e a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013). [conforme o caso]

A percepção das influências culturais no Ser e Tornar-se Mãe em um contexto angolano.

Título do estudo de investigação

Eu, abaixo-assinado _____ [NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE DO ESTUDO].
Fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a caracterizar a importância da criança para a família, identificar as formas de parentalidade existentes e compreender como a cultura interfere no processo de relação entre mãe e filho(a).

Sei que neste estudo está prevista a realização de entrevistas, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes do estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de efetuar perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado ou Autorizo de livre vontade a participação daquele que legalmente represento no estudo acima mencionado.

Autorizo, também, a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo a confidencialidade e o anonimato.

____/____/____
Data

Assinatura

O Investigador Principal: Susana América Neves Rodrigues, +244944375291; +351932375962

____/____/____
Data

Assinatura

Revisão	Data	Elaborado:	Aprovado:	Homologação:	
1	novembro 2019	Comissão de Ética e Núcleo de Investigação	Conselho de Direção	Conselho de Direção	Pág. 1 de 2

	DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	DCI
---	--	-----

DUPLICADO

Declaração de Consentimento Informado

Conforme a lei 67/98 de 26 de Outubro e a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Washington 2002; Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013). [conforme o caso]

A percepção das influências culturais no Ser e Tornar-se Mãe em um contexto angolano.

Título do estudo de investigação

Eu, abaixo-assinado _____ [NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE DO ESTUDO).

Fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a caraterizar a importância da criança para a família, identificar as formas de parentalidade existentes e compreender como a cultura interfere no processo de relação entre mãe e filho(a).

Sei que neste estudo está prevista a realização de entrevistas, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes do estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de efetuar perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado ou Autorizo de livre vontade a participação daquele que legalmente represento no estudo acima mencionado.

Autorizo, também, a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo a confidencialidade e o anonimato.

____/____/____
Data

Assinatura

O Investigador Principal: Susana América Neves Rodrigues, +244944375291; +351932375962

____/____/____
Data

Assinatura

Revisão	Data	Elaborado:	Aprovado:	Homologação:	
1	novembro 2019	Comissão de Ética e Núcleo de Investigação	Conselho de Direção	Conselho de Direção	Pág. 2 de 2

