



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Leal, Maria do Carmo; Vasques da Silva Ayres, Barbara; Esteves-Pereira, Ana Paula;
Roma Sánchez, Alexandra; Larouzé, Bernard
Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 7, julho, 2016, pp. 2061-2070
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63046188008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil

Birth in prison: pregnancy and birth behind bars in Brazil

Maria do Carmo Leal¹
Barbara Vasques da Silva Ayres¹
Ana Paula Esteves-Pereira¹
Alexandra Roma Sánchez¹
Bernard Larouzé²

Abstract *The high vulnerability of incarcerated women is worsened when they are pregnant and give birth during imprisonment. This article traces the profile of incarcerated women living with their children in female prison units of the capitals and metropolitan regions of Brazil and describes pregnancy and childbirth conditions and health-care practices while in incarceration. This study is an analysis of a series of cases resultant from a national census conducted between August 2012 and January 2014. This analysis included 241 mothers. Of these, 45% were younger than 25 years old, 57% were dark skinned, 53% had studied less than eight years and 83% were multiparous. At the time of incarceration, 89% were already pregnant and two thirds did not want the current pregnancy. Access to prenatal care was inadequate for 36% of the women. During their hospital stay, 15% referred to having suffered some type of violence (verbal, psychological, or physical). Only 15% of the mothers rated the care received during their hospital stay as excellent. They had low social/familial support and more than one third reported the use of handcuffs during their hospital stay. Incarcerated mothers received poorer health-care during pregnancy and birth when compared with non-incarcerated users of the public sector. This study also found violations of human rights, especially during birth.*

Key words *Pregnancy, Delivery obstetric, Prisons, Brazil*

Resumo *Este artigo traçou o perfil da população feminina encarcerada que vive com seus filhos em unidades prisionais femininas das capitais e regiões metropolitanas do Brasil bem como as condições e as práticas relacionadas à atenção à gestação e ao parto durante o encarceramento. O presente estudo é uma análise de série de casos proveniente de um censo nacional realizado entre Agosto de 2012 e Janeiro de 2014. A população incluída nesta análise foi de 241 mães, sendo 45% com menos de 25 anos de idade, 57% de cor parda, 53% com menos de oito anos de estudo e 83% multiparas. No momento da prisão, 89% das mulheres já estavam grávidas e dois terços não desejou a gravidez atual. O acesso à assistência pré-natal foi inadequado para 36% das mães. Durante o período de hospitalização 15% referiram ter sofrido algum tipo de violência (verbal, psicológica ou física). O atendimento recebido foi considerado excelente por apenas 15% das mães. Foi baixo o suporte social/familiar recebido e o uso de algemas na internação para o parto foi relatado por mais de um terço das mulheres. Piores condições da atenção à gestação e ao parto foram encontradas para as mães encarceradas em comparação às não encarceradas, usuárias do SUS. Este estudo também evidenciou violações de direitos humanos, especialmente durante o parto.*

Palavras-chave *Gestação, Parto obstétrico, Prisons, Brasil*

¹ Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. ducaleal@gmail.com

² Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, INSERM, IPLESP UMRS 1136, Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale, F75012. Paris, France.

Introdução

Estima-se que haja dez milhões e duzentas mil pessoas presas no mundo, das quais as mulheres são uma minoria, embora com participação crescente nesse contingente de pessoas detidas¹. Os principais motivos que levam as mulheres à prisão são crimes relacionados ao tráfico de drogas e crimes contra o patrimônio como estelionato e roubo, respectivamente 21% e 9,7% no Brasil²⁻⁴.

Segundo o “World Prison Brief”, o número de mulheres presas no mundo ultrapassou 700.000 em 2014. Cerca de um terço destas viviam nos Estados Unidos e 37.380 no Brasil, onde as mulheres representam 6,4% do total de presos⁴. Entre 2005 e 2014 houve um aumento de 118% da população carcerária feminina brasileira e a taxa de encarceramento feminino passou de 10,8 para 18,5/100.000 brasileiros⁵. Embora as mulheres encarceradas representem uma pequena proporção das pessoas privadas de liberdade (PPL) no país, merecem especial atenção, pois constituem um grupo socialmente marginalizado.

O encarceramento amplia a vulnerabilidade social, individual e programática desta população, dificulta o acesso aos serviços de saúde seja para prevenção, assistência ou vigilância, bem como compromete o bem estar e o exercício pleno da cidadania⁶. Além disso, ocorre uma ruptura nos laços sociais das mulheres que passam a viver longe de seus familiares e amigos em um ambiente superpopuloso, insalubre, marcado pela violência (inclusive entre as próprias PPL) e com assistência médica limitada^{7,8}.

Esta vulnerabilidade se agrava pelas especificidades ligadas à maternidade e ao nascimento de seus filhos no ambiente da prisão⁹. A maioria destas mulheres está em idade fértil e estima-se que 6% estejam grávidas¹⁰. Se por um lado o parto é considerado um evento significativo e positivo na vida da mulher, por outro este pode ser fonte de estresse psicológico e de angústia^{11,12}, especialmente no contexto prisional.

Em conformidade com recomendações internacionais¹³, o Brasil recentemente publicou normas e leis que tratam especificamente das mulheres encarceradas^{9,14}, entretanto sua implementação ainda é limitada no cotidiano das prisões¹⁵.

Neste artigo serão apresentadas as características sociodemográficas de mães vivendo com seus filhos nas prisões, as condições e as práticas relacionadas à atenção à gestação e ao parto durante o encarceramento, bem como a avaliação feita por elas sobre o atendimento recebido nas prisões e nas maternidades durante a gravidez e o parto.

Metodologia

Contexto

Na maioria dos estados brasileiros a mulher grávida é transferida no terceiro trimestre de gestação, de sua prisão de origem para unidades prisionais que abriguem mães com seus filhos, geralmente localizadas nas capitais e regiões metropolitanas. São levadas ao hospital público para o parto e retornam à mesma unidade onde permanecem com seus filhos por um período que varia de 6 meses a 6 anos (maioria entre 6 meses - 1 ano). Depois desse período geralmente as crianças são entregues à família da mãe e esta retorna à prisão de origem.

Para avaliar esta situação e na ausência, a nosso conhecimento, de pesquisas de âmbito nacional sobre o tema, realizamos o estudo multidisciplinar “Saúde materno-infantil nas prisões”, financiado pela Fundação Oswaldo Cruz e Ministério da Saúde, que integrou componente de saúde, psicossociologia, jurídico e arquitetura. Neste artigo serão abordados apenas os aspectos relacionados ao módulo saúde.

O projeto “Saúde materno-infantil nas prisões” foi um censo de base institucional realizado entre Agosto de 2012 e Janeiro de 2014 nas unidades prisionais femininas que abrigavam mães vivendo com seus filhos, localizadas nas capitais e regiões metropolitanas de 24 estados brasileiros e no Distrito Federal. Para o componente Saúde foram utilizados quatro instrumentos: entrevistas estruturadas com as gestantes e as mães nas unidades prisionais; coleta de dados do prontuário hospitalar da puérpera e do recém-nascido por ocasião do parto; entrevista com gestores locais sobre a estrutura da unidade prisional e fotografias dos cartões de pré-natal das gestantes/mães e da caderneta de saúde da criança.

Os dados foram coletados em formulários eletrônicos previamente preparados com programas desenvolvidos para o registro das informações e posterior exportação dos dados. Após o processo de coleta e extração das informações provenientes das fotografias, elaborou-se um banco de dados unificado a fim de viabilizar uma análise integrada dos resultados.

População de estudo

A população entrevistada foi de 495 mulheres, 206 gestantes e 289 mães. Os estados de Tocantins e Acre não foram incluídos no projeto, pois não abrigavam gestantes ou mães no mo-

mento da realização desse trabalho. Cerca de 16 mulheres (3,2% do total) recusaram participar do estudo. Estas recusas ocorreram em sete estados dentre os 24 visitados.

Foram excluídas da presente análise 206 gestantes, 36 mães com filhos de um ano ou mais e 12 mulheres que foram presas após o parto, permanecendo nesse estudo de série de casos um total de 241 mães de menores de um ano que pariram após estarem detidas. A exclusão das gestantes se deve ao interesse do estudo em analisar a atenção ao parto e nascimento. A exclusão das mães com filhos de um ano ou mais foi devido à possibilidade de viés de memória sobre a gestação e parto. Já a exclusão das mães que pariram antes de serem presas foi devido à ocorrência da gestação e parto ter acontecido fora das unidades prisionais (Figura 1).

Foram descritos aspectos sociodemográficos como idade (18 e 19 anos, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34 35 ou mais anos); raça/cor auto referida (branca, parda, preta, amarela ou indígena); escolaridade (sem instrução, 1 a 4 anos, 5 a 7, 8 ou mais anos);

situação conjugal (com e sem companheiro) e chefe de família (a própria, companheiro, mãe, outro).

Quanto à situação prisional, classificou-se as mulheres por número de vezes que foi presa (1º vez, 2º vez, 3º vez ou mais) e tempo atual de prisão (até 3 meses, 3 a 6, 6 a 12, 12 a 24 e 24 meses ou mais).

Para caracterizar a história obstétrica e a atenção pré-natal foram descritos o número de gestações anteriores, paridade (um, dois a quatro, mais de quatro); satisfação com a gravidez atual (satisfeitas, mais ou menos satisfeitas, insatisfeitas); desejo da gravidez atual (desejavam, esperariam mais tempo para engravidar, não queriam engravidar); adequação do pré-natal (adequado, parcialmente adequado ou inadequado); recebimento de cartão de pré-natal (sim, não); e, visita durante a gravidez (sim, não).

Para a avaliação da adequação do pré-natal foi utilizado o critério de Kotelchuck¹⁶ que se baseia em duas dimensões distintas: idade gestacional no início do pré-natal e percentual de

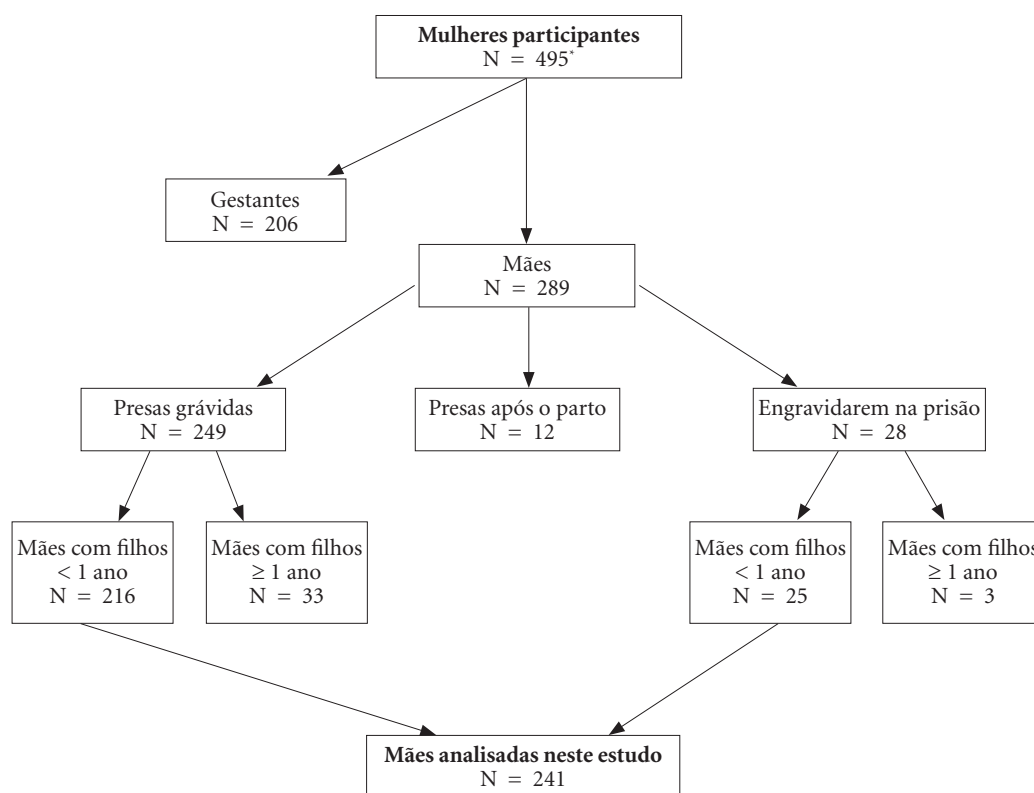


Figura 1. Fluxograma das mulheres participantes do censo institucional realizado nas unidades prisionais das capitais e regiões metropolitanas do Brasil.

adequação do número de consultas. Neste estudo as duas dimensões citadas acima foram baseadas na recomendação do Ministério da Saúde, o qual estabelece que o pré-natal adequado deve ter início antes da 16ª semana gestacional e no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre. Desta forma, para as gestações a termo (37 semanas ou mais) o número mínimo de consultas esperadas é igual a seis, sendo menor para as gestações pré-termo¹⁷. As mulheres que iniciaram o pré-natal após a 16ª semana gestacional e/ou que tiveram um percentual de adequação do número de consultas menor que 50%, foram classificadas na categoria “pré-natal inadequado”. Para as mulheres que iniciaram o pré-natal entre a 1ª e 16ª semana gestacional a adequação do pré-natal foi definida com base nos pontos de corte do percentual de adequação do número de consultas: parcialmente adequado (50-79%), adequado (80-109%) e mais que adequado (mais de 110%)¹⁶.

A atenção ao trabalho de parto e parto foi caracterizada pelas seguintes variáveis: tempo entre início do trabalho de parto e atendimento na UP (primeiros trinta minutos, 10 a 30 minutos, 30 minutos a 1 hora, 1 a 5 horas, 5 a 24 horas, mais de 24 horas); família informada sobre trabalho de parto (sim, não); transporte na hora do parto (carro da polícia, ambulância, carro particular de funcionários da UP), acompanhante (sim, não), tipo de parto (vaginal, cesáreo); maltrato/violência na internação (sim, não), uso de algemas (sim, não), visita de familiares na maternidade (sim, não), avaliação geral do parto, do respeito à intimidade e do respeito no geral (excelente, bom, regular, ruim, péssimo).

Foi considerado como tendo suporte familiar/social, as mulheres que receberam visita durante a gestação ou na maternidade ou que tiveram a presença de acompanhante durante o parto.

A caracterização da violência durante a internação foi aferida por meio de seis perguntas: 1 - “Na sua internação para o parto, você considera que foi vítima de algum maltrato ou outra forma de violência por parte dos profissionais do hospital, como violência verbal (algum profissional gritou ou xingou você)?”; 2 - “Violência psicológica (algum profissional te ameaçou, humilhou ou negou atendê-la ou oferecer alimentos)?”; 3 - “Violência física (algum profissional a empurrou ou fez exame de toque de forma violenta)?”. As perguntas 4, 5 e 6 são as mesmas, porém referentes aos guardas ou agentes penitenciários.

Análise estatística

Foram elaboradas frequências absolutas e relativas para descrever o perfil das mães de menores de um ano encarceradas. Para tal, utilizamos o programa SPSS 21,0 (IBM Corp., Armonk, USA).

Considerações éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Aprovações por Comitês de Ética em Pesquisa locais também foram obtidas, sempre que exigidas nos hospitais selecionados.

Resultados

Quanto às características sociodemográficas, 67% das mulheres entrevistadas tinham entre 20 e 29 anos de idade, 57% eram pardas, 13% eram pretas e a escolaridade foi baixa – 48% tinham de 1 a 7 anos de estudo, ou seja, não tinham o ensino fundamental completo e 5% nunca tinha ido à escola. Em relação à situação conjugal, 56% das mães declararam-se solteiras, sendo um terço delas o chefe da família (Tabela 1).

Em referência ao tempo de detenção atual, 20% estava no presídio há menos de seis meses e 44% estavam detidas entre seis meses e um ano. A maioria das mulheres referiu que esta era a sua primeira detenção (57%), mas 20% eram reincidentes por três ou mais vezes (Tabela 1).

Na análise da história reprodutiva, mais de um terço das detentas tiveram quatro ou mais gestações e 20% tinham cinco filhos ou mais. Aproximadamente 8% já havia tido outro filho durante encarceramento anterior (Tabela 2).

Quase 90% das detentas já estavam grávidas quando foram presas. No momento que a gestação ocorreu 37% queria engravidar e 63% não queria engravidar nem neste nem em outro momento. Ficaram satisfeitas ou mais ou menos satisfeitas com a ocorrência da gravidez 81% das mulheres.

Ainda na Tabela 2 verifica-se que 93% das mulheres tiveram acesso à atenção pré-natal, no entanto apenas 32% delas tiveram a atenção classificada como adequada ou mais que adequada. A maioria, 77%, recebeu o cartão de pré-natal.

Nas unidades prisionais mais de 60% das mulheres referiram ter sido atendidas em até 30 minutos após o início do trabalho de parto, mas 8% delas informou demora de mais de 5 horas.

Tabela 1. Características sociodemográficas de 241 mães de menores de um ano encarceradas em unidades prisionais das capitais e regiões metropolitanas do Brasil.

	N*	%
Idade		
18 e 19	12	5,0
20 a 24	97	40,2
25 a 29	65	27,0
30 a 34	54	22,4
35 e mais	13	5,4
Cor da pele		
Branca	68	28,3
Parda	137	57,1
Preta	31	12,9
Amarela	3	1,2
Indígena	2	0,8
Escolaridade (n = 240)		
Sem instrução	12	5,0
1 a 4 anos de estudo	34	14,2
5 a 7 anos de estudo	82	34,2
8 ou mais anos de estudo	112	47,6
Situação conjugal (n = 238)		
Com companheiro	104	44,4
Sem companheiro	134	55,6
Chefe da família		
A própria	73	30,3
Companheiro	59	24,5
Mãe	56	23,2
Outros	53	22,0
Número de vezes que foi presa**		
1º vez	137	56,8
2º vez	56	23,2
3º vez ou mais	48	19,9
Tempo de prisão atual		
Até 3 meses	11	4,6
3 a 6 meses	37	15,4
6 a 12 meses	106	44,0
12 a 24 meses	65	27,0
24 meses ou mais	22	9,1

* N variável de acordo com o número de observações ignoradas. ** incluindo prisão atual.

Tabela 2. Características obstétricas, comportamentais e atenção ao pré-natal de 241 mães encarceradas em unidades prisionais das capitais e regiões metropolitanas do Brasil.

	N*	%
Número de gestações anteriores		
0 a 1 gestação	74	31,0
2 a 3 gestações	87	36,4
4 ou mais gestações	78	32,6
Número de filhos**		
1 filho	41	17,2
2 a 4 filhos	148	61,9
5 filhos ou mais	50	20,9
História de nascimento durante encarceração anterior***		
Sim	13	7,5
Não	161	92,5
Desejo de engravidar		
Sim	89	36,9
Não, neste momento	33	13,7
Não	119	49,4
Satisfação com a gravidez atual		
Satisfeita	141	58,5
Mais ou menos satisfeita	55	22,8
Insatisfeita	45	18,7
Realização de ao menos uma consulta de pré-natal		
Sim	225	93,4
Não	16	6,6
Adequação do pré-natal****		
Inadequado	80	36,2
Parcialmente adequado	63	28,5
Adequado	61	27,6
Mais que adequado	17	7,7
Recebeu o cartão de pré-natal***	186	77,5

* N variável de acordo com o número de observações ignoradas. ** Incluindo o filho pesquisado. *** Apenas para multiparas. **** Apenas mães que fizeram uma visita pré-natal.

O meio de transporte utilizado no momento do parto para a maioria das gestantes foi a ambulância (61%), entretanto uma parcela considerável, 36%, foi levada em viatura policial. Quanto ao tipo do parto 65% foi por via vaginal (Tabela 3).

Durante o período gestacional, quase 40% das mulheres não receberam visita de familiares ou amigos e o início do trabalho de parto foi informado aos familiares para 10% das mulheres. A presença de acompanhantes da escolha da mu-

lher durante a internação para o parto foi de 3% e 11% delas receberam visitas de familiares no hospital (Tabela 3). Para 73% das mães o principal motivo para a não visita de familiares no hospital foi a proibição do sistema prisional (dados não apresentados).

As puérperas relataram ter sofrido maltrato ou violência durante a estadia nas maternidades pelos profissionais de saúde (16%) e pelos guardas ou agentes penitenciários (14%). Nas duas situações as principais formas de maltrato/violência referida foram verbal e psicológica. O uso de algemas em algum momento da internação para o parto foi referido por 36% das gestantes, sendo

que 8% relatou ter ficado algemada mesmo durante o parto (Tabela 3).

O atendimento ao parto foi considerado como excelente para 15% das mulheres. No entanto, apenas 10% e 11% das mulheres referiu ter sido respeitada quanto à sua intimidade pelos profissionais de saúde e pelos guardas/agentes penitenciários, respectivamente. Esse percentual foi um pouco maior quando o tema foi o trato dos profissionais de saúde com elas (18%) (Tabela 4).

Discussão

Este estudo descreveu pela primeira vez, em nível nacional, as características e as práticas relacionadas à gestação e ao parto de mulheres que pariram e viviam com seus filhos nas prisões brasileiras. Estas mães eram majoritariamente jovens, pardas, de baixo nível de escolaridade, com alta paridade e estavam grávidas quando foram presas. A assistência pré-natal se iniciou tardiamente e foi inadequada quanto ao número de consultas. Uma parcela importante sofreu violência na maternidade e recebeu pouco suporte social/familiar no período da gestação, do pré-parto, parto e puerpério.

O Brasil avançou consideravelmente no acesso à atenção à gestação, parto e nascimento¹⁸, no entanto ainda persistem iniquidades, principalmente na qualidade da atenção ofertada que é inferior para as mulheres de baixa condição socioeconômica¹⁹. Grande parte da população prisional se origina de grupos com pior condição socioeconômica, o que foi observado neste estudo pela alta prevalência de mulheres com baixa escolaridade. Além do fator de risco inerente a essa baixa condição socioeconômica, as mulheres que passam pela gestação e parto em uma prisão são ainda mais vulneráveis. A atenção à gestação deveria ser iniciada desde a admissão da mulher na prisão, com a oferta do teste de gravidez durante o exame de ingressantes¹⁴, como previsto pelas normas nacionais e internacionais, o que levaria a um maior benefício com o cuidado pré-natal. No entanto, apenas 35% das mulheres encarceradas tiveram um pré-natal adequado e esse percentual foi duas vezes menor que o encontrado na pesquisa “Nascer no Brasil”, onde 76% das mulheres tiveram início precoce e 73% ao menos seis consultas de PN²⁰. Para as gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) esses valores foram de 73% e 68%, respectivamente, o que mostra a desvantagem das mulheres encarcera-

Tabela 3. Trabalho de parto e parto das 241 mães encarceradas em unidades prisionais das capitais e regiões metropolitanas do Brasil.

	N*	%
Tempo entre o início do TP e atendimento na unidade prisional		
Primeiros 10 minutos	91	39,9
10 a 30 minutos	54	23,7
30 minutos à 1 hora	26	11,4
1 a 5 horas	38	16,7
Mais de 5 horas	19	8,3
Transporte para local do parto		
Carro da polícia	85	36,6
Ambulância	143	61,7
Carro particular	4	1,7
Tipo de parto		
Vaginal	154	64,7
Cesáreo	84	35,3
Visita durante a gravidez		
Sim	151	62,7
Pai do bebê	39	16,2
Avós do bebê	99	41,2
Outros	111	46,1
Não	90	37,3
Familiares avisados sobre o início do trabalho de parto		
Sim	24	10,5
Não	204	89,5
Acompanhada por familiares durante internação		
Sim	7	2,9
Não	231	97,1
Visita de familiares durante a internação do parto		
Sim	28	11,8
Não	213	88,2
Violência ou maltrato realizado por profissionais de saúde		
Sim	37	15,6
Verbal**	22	59,5
Psicológica**	18	48,6
Física**	10	27,0
Não	201	84,4
Violência ou maltrato realizado por guardas ou agentes penitenciários		
Sim	33	14,0
Verbal**	21	63,6
Psicológica**	21	63,6
Física**	6	18,2
Não	208	86,0
Utilização de algemas na internação		
Sim	86	35,7
Pré-parto**	53	61,6
Parto**	7	8,1
Pós-parto**	79	91,6
Não	155	64,3

* N variável de acordo com o número de observações ignoradas. ** Percentual sobre o número de mulheres que sofreram tal violência.

Tabela 4. Avaliação do atendimento recebido durante o parto por 241 mães encarceradas em unidades prisionais das capitais e regiões metropolitanas do Brasil.

	N [*]	%
Atendimento ao parto		
Excelente	36	15,1
Bom	138	58,0
Regular	33	13,9
Ruim	22	9,2
Péssimo	9	3,8
Avaliação quanto ao respeito dos profissionais do hospital ao receber/falar com a detenta		
Excelente	44	18,3
Bom	135	56,0
Regular	38	15,8
Ruim	10	4,1
Péssimo	11	4,6
Avaliação quanto ao respeito à intimidade da detenta		
Pelos profissionais de saúde		
Excelente	25	10,5
Bom	155	65,1
Regular	35	14,7
Ruim	12	5,0
Péssimo	11	4,6
Pelos guardas ou agentes penitenciários		
Excelente	27	11,3
Bom	137	57,6
Regular	39	16,4
Ruim	16	6,7
Péssimo	19	8,0

* N variável de acordocom o número de observações ignoradas.

das mesmo quando comparadas às usuárias do SUS, que têm condições sociais semelhantes²¹.

O padrão encontrado neste estudo coincide com o descrito para a maioria dos países, especialmente aqueles de baixa renda como os da África subsaariana²², mas também em países desenvolvidos como os Estados Unidos¹⁴. Na mesma direção, estudos realizados na Austrália e na Itália encontraram piores desfechos para os recém-nascidos de mães encarceradas tais como maior prematuridade e prevalência de baixo peso ao nascer, quando comparados com mães não encarceradas^{23,24}.

Na França, a atenção à saúde da população presa é, por lei, independente da administração penitenciária e a assistência intramuros é de responsabilidade do hospital público do território onde se localiza a prisão²⁵. Desta forma, as ges-

tantes são acompanhadas desde o início da gravidez pela equipe do serviço onde o parto será realizado, o que facilita atividades de educação e preparação para o parto e assegura a continuidade do acompanhamento da gestação até o parto²⁶. Isto reduz a ansiedade das gestantes e proporciona melhores desfechos.

No Brasil, durante a gestação a mulher deve ser vinculada a uma maternidade onde o parto deverá ocorrer, conforme regulado pela lei 11.634²⁷. O objetivo é familiarizar a mulher com o ambiente hospitalar, fortalecer os vínculos com os profissionais de saúde e assegurar uma vaga para o parto. Mas as gestantes encarceradas não se beneficiaram deste direito preconizado para a população geral.

O percentual de mães encarceradas que receberam pelo menos uma visita durante o período de gestação foi baixo, e entre as que foram visitadas, os avós da criança foram os que mais compareceram, sendo pouco frequente a presença do pai (16%). Esta ausência do pai é em parte justificada pelo fato do encarceramento concomitante de uma parte deles. O maior suporte oferecido pelos avós no Brasil é também referido nos Estados Unidos em estudo que mostra que são eles que ficam prioritariamente responsáveis pelos netos enquanto as mães permanecem encarceradas²⁸.

A precariedade de comunicação entre o sistema prisional e a família das mães encarceradas é notória quando se observa que 89% das famílias não foram avisadas quanto ao início do trabalho de parto das mulheres. Na maternidade, o relato de familiares como acompanhantes só aconteceu em 3% dos casos, o que contraria a Lei 11.108, promulgada em 2005, que garante o direito de acompanhante de livre escolha da mulher durante sua permanência na maternidade²⁹. O fato do sistema penitenciário proibir a visita de familiares aumenta ainda mais a solidão e o desamparo dessas mulheres. D'Orsi et al.³⁰, estudando uma amostra representativa de puérperas brasileiras encontraram que a presença de acompanhante se associa com melhor percepção sobre o atendimento recebido, maior respeito e privacidade no tratamento com a mulher, menor relato de violência, além de aumentar a chance de fazer perguntas e de ter maior participação nas decisões.

Existe um pressuposto de que as mulheres engravidam para receber benefícios e serem transferidas para presídios com melhores acomodações, mas esse estudo mostrou que isto não é verdadeiro, pois quase a totalidade delas já estavam grávidas quando foram presas¹⁵. Dois terços das

mães não desejava engravidar naquele momento, embora 81% tenham ficado satisfeitas ou mais ou menos satisfeitas com a gravidez. Uma vez presas, os sentimentos acerca da gravidez se misturam: de um lado a alegria de não estarem mais sozinhas, de outro, a angústia pelo risco de complicações da gravidez decorrentes da violência na prisão, pelas incertezas quanto ao processo de parto e preocupações sobre o destino do filho que nascerá na prisão⁹. Esta situação pressupõe um acompanhamento integral de saúde para as gestantes, o que não ocorre na maioria das prisões.

A demora observada em nosso estudo entre o início do trabalho de parto e o primeiro atendimento, ainda na unidade prisional (em um quarto dos casos o tempo foi de 1 a 5 ou mais horas), mostra a incapacidade do sistema de saúde prisional de atender de maneira adequada as gestantes, que são, muitas vezes, dependentes da avaliação dos agentes de segurança penitenciária quanto à necessidade de transferência para a maternidade^{9,31}.

A avaliação da atenção recebida durante a estadia nas maternidades pelas mães encarceradas foi muito aquém da que foi referida pelas mulheres não encarceradas do SUS. Das primeiras, apenas 14% considerou excelente o atendimento recebido nas maternidades contra 42% do outro grupo²¹. D'Orsi *et al.*³⁰ mostraram que havia diferença na avaliação das mulheres segundo a condição social delas, sendo menor a satisfação para as pobres, as de cor de pele preta ou parda e que a atitude dos profissionais de saúde foi o fator mais importante para a avaliação materna. Para as parturientes presas, além destes fatores, a pressão exercida pelos agentes de segurança e a carga de preconceito contra as pessoas presas contribuem para a naturalização, pelos profissionais de saúde das maternidades, de práticas muitas vezes conflitantes com os preceitos éticos da profissão. Além de sofrerem violência verbal e psíquica, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos agentes penitenciários, as mulheres presas foram vítimas de humilhação e desrespeito, tendo que ficar algemadas nas enfermarias e algumas delas mesmo durante o trabalho de parto, não lhes tendo sido permitido os benefícios da deambulação e da livre movimentação que são recomendados para o melhor desempenho nessa ocasião³².

Nosso estudo tem limitações em relação a possíveis dificuldades no relato das mulheres sobre as reais condições de vida no presídio, devido ao fato da entrevista ter ocorrido no ambiente prisional. Para atenuar este efeito, as entrevistas foram individuais, realizadas em local reservado, com entrevistadoras independentes do sistema prisional, sem a presença ou interferência de profissionais da prisão, seja da área de saúde ou da segurança.

Conclusões e recomendações

Os dados apresentados neste estudo evidenciam as precárias condições sociais das mães que pariram nas prisões. Entre outras coisas, a precária assistência pré-natal, o uso de algemas durante o trabalho de parto e parto, bem como o relato de violência e a péssima avaliação do atendimento recebido, denotam que o serviço de saúde não tem funcionado como barreira protetora e de garantia dos direitos desse grupo populacional. Isso contraria o princípio de que as mulheres presas devem se beneficiar do mesmo tratamento que a população livre, de acordo com Constituição Federal³³. Além de condições de vida digna deveria ser oferecida a essas mulheres oportunidades de promoção da saúde, através de educação, especialmente no campo da saúde reprodutiva e sexual e da puericultura. Alternativas ao encarceramento, como a prisão domiciliar, devem ser consideradas para gestantes, especialmente para presas provisórias que, apesar de prevista na legislação brasileira, raramente é aplicada.

Além de um aparelho normativo internacional, especialmente as Regras de Bangkok¹², e nacional⁸ sobre os direitos reprodutivos nas prisões, importante, mas pouco respeitados no Brasil, a Portaria Interministerial de 16 de janeiro 2014, que institui a Política Nacional de Atenção a Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional³⁴, indica um novo olhar para as questões do encarceramento feminino dispensado às mulheres presas no Brasil. Entretanto, muito resta a fazer no cotidiano das prisões, especialmente no que se refere às gestantes, parturientes e puérperas.

Colaboradores

MC Leal, BVS Ayres e AP Esteves-Pereira projetaram o artigo, conduziram o trabalho de campo, analisaram e interpretaram os dados, escreveram, leram e aprovaram a versão final do manuscrito. A Sánchez e B Larouzé conduziram o trabalho de campo, escreveram, leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Agradecimentos

As unidades prisionais que nos receberam, a todos os profissionais que contribuíram com a coleta de dados da pesquisa e às mães que nos confiaram os relatos de sua vida.

À Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde pelo financiamento.

Referências

1. Walmsley R. World prison population list [Internet]. Home Office London, England; 2013 [cited 2015 Oct 27]. Available from: http://prisonstudies.org/sites/prisonstudies.org/files/resources/downloads/wppl_10.pdf
2. Mertens DJ. Pregnancy Outcomes of Inmates in a Large County Jail Setting. *Public Health Nurs* 2001; 18(1):45-53.
3. Sutherland MA. Incarceration During Pregnancy: Implications for Women, Newborns and Health Care Providers. *Nurs Womens Health* 2013; 17(3):225-230.
4. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN - 2015*. Brasília: MJ; 2015.
5. Walmsley R. *World Female Imprisonment List*. 3th edition. London: World Prison Brief, Inst Crim Policy Res; 2015.
6. Ayres JRC, França Junior I, Calazans G, Saletti Filho H. O Conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção em saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
7. Kates E, Mignon SI. Parenting from Prison: Family Relationships of Incarcerated Women in Massachusetts. *Center for Women in Politics and Public Policy Publications* 2008; Paper 3.
8. Tomkin J. Orphelins de justice A la recherche de l'intérêt supérieur de l'enfant lorsqu'un parent est en prison: Analyse juridique. Geneva: Quaker UN Off; 2009.
9. Diuana M, Ventura M, Simas L, Larouze B, Correa M. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. *Cien Saude Colet* 2016; no prelo.
10. Walmsley R. *World Female Imprisonment List*. London: Home Office; 2006.
11. Boyce P, Condon J. *Traumatic childbirth and the role of debriefing. Psychological Debriefing: Theory, Practice and Evidence*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
12. Raphael-Leff J. *Psychological processes of childbearing*. London, New York: Chapman and Hall; 1991.
13. United Nations (UN). *United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules)*. Washington: UN; 2010.
14. Mignon S. Health Care Issues of Incarcerated Women in the United States. *Cien Saude Colet* 2016; no prelo.
15. Santa Rita RP. *Mães e crianças atrás das grades: em questão o princípio da dignidade da pessoa humana*. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
16. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health* 1994; 84(9):1414-1420.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: MS; 2006.
18. Victora CG, Aquino EM, Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet* 2011; 377(9780):1863-1876.

19. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha T, Miranda M, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S85-100.
20. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, Leal MC. Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil. *Rev Panam Salud Pública* 2015; 37(3):140-147.
21. Brasil. Ministério da Saúde, Fiocruz. *Saúde Materno Infantil nas Prisões*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
22. Todrys KW, Amon JJ. Health and human rights of women imprisoned in Zambia. *BMC Int Health Hum Rights* 2011; 11(1):8.
23. Ferrara P, Gatto A, Nicoletti A, Emmanuele V, Fasano A, Curro V. Health care of children living with their mother in prison compared with the general population. *Scand J Public Health* 2009; 37(3):265-272.
24. Walker JR, Hilder L, Levy MH, Sullivan EA. Pregnancy, prison and perinatal outcomes in New South Wales, Australia: a retrospective cohort study using linked health data. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14(1):214.
25. France. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. 1994. [acessado 2015 nov 30]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979&fastPos=2&fastReqId=310258515&categorieLien=cid&navigateur=naturetextenavigateur&modifier=LOI&fastPos=2&fastReqId=310258515&oldAction=rechTexte>
26. Rocha AP. Naître et vivre auprès de sa mère incarcérée: situation paradoxale entre prison et hôpital. *Spirale* 2010; 54(2):61-68.
27. Brasil. Lei n° 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2007; 28 dez.
28. Barkauskas VH, Low LK, Pimlott S. Health outcomes of incarcerated pregnant women and their infants in a community-based program. *J Midwifery Womens Health* 2002; 47(5):371-379.
29. Brasil. Lei n° 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 2005; 8 abr.
30. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM de, Gusman CR, Torres JA, Angulo-Tuesta A, Rattner D, Domingues RMSM. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S154-S168.
31. Gomes ABF, Uziel AP, Lomba DE. Singularidades da maternidade no sistema prisional. 2010. [cited 2015 nov 3]. Available from: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278298832_ARQUIVO_annaalinedebora.pdf
32. Leal M do, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme-Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S1-16.
33. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
34. Brasil. Portaria Interministerial n° 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2014; 17 jan.

Artigo apresentado em 05/11/2015

Artigo aprovado em 07/04/2016

Versão final apresentada em 09/04/2016