



Universidade de Brasília - UNB
Faculdade de Ceilândia – FCE
Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

**O direito à saúde das mulheres gestantes e puérperas no Sistema
Penitenciário Feminino do Distrito Federal**

Jaqueline Ferreira Lima

Brasília/DF

JAQUELINE FERREIRA LIMA

**O direito à Saúde das mulheres gestantes e puérperas no Sistema Penitenciário
Feminino no Distrito Federal.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Universidade de Brasília, como parte dos
requisitos para obtenção do título de Bacharel em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Badim.
Área de Concentração: Direito Sanitário

BRASÍLIA/DF
2015

JAQUELINE FERREIRA LIMA

**O DIREITO À SAÚDE DAS MULHERES GESTANTES E PUÉRPERAS NO
SISTEMA PENITENCIÁRIO FEMININO NO DISTRITO FEDERAL.**

Monografia apresentada a Universidade de Brasília – UnB, Faculdade de Ceilândia – FCE,
como requisito para obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Silvia Badim – Orientadora

Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia – UNB/FCE

Prof^ª. Dr^ª. Erica Quinaglia Silva

Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia – UNB/FCE

Prof^ª. Dr^ª. Maria Inez Montagner

Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia – UNB/FCE

Aprovado em ____/____/____

À Conceição Ferreira Lima, minha mãe.
Ao meu esposo, Tiago Mendes.

AGRADECIMENTOS

Deus...

Há ele todo o meu agradecimento em primeiro lugar. Por me dar a oportunidade de estar onde estou, por fazer o impossível se tornar possível na minha vida. Por me abençoar e ser fiel a mim, mesmo quando eu nada merecia. Por me dar discernimento em todas as etapas da minha graduação e por me capacitar dia após dia.

Agradecer a minha mãe, esse ser esplendoroso que sempre me apoiou e me incentivou a dar o meu melhor e buscar novos ideais de vida. A quem devo toda minha gratidão. Aquela que fez o impossível para tornar esse sonho real. Ela que em todo tempo se fez presente, mostrando que estava disponível para compartilhar das alegrias e também angústias. Aquela ao qual sempre me espelhei e a qual amo infinitamente! A minha total dedicação a você, que foi o pilar principal da minha graduação. Obrigada por acreditar em mim!

Ao meu amado esposo, que sempre me apoiou e me incentivou nessa caminhada. Quem caminhou ao meu lado de mãos dadas nessa trajetória. Mostrando-me que vale a pena avançar cada passo em direção ao que sonhamos. Aquele que me amou intensamente, mesmo quando eu não tinha tempo de dar atenção a ele. Obrigada por me dar forças para continuar minha caminhada. Obrigada pelo seu apoio e compreensão!

Um agradecimento mais que especial aos meus filhos caninos: Jolie e Nick com quem divido o amor mais puro do mundo. Obrigado por me transferirem tanto amor em apenas um olhar!

Minha eterna gratidão a minha tia Mariinha que em diversas tardes me acolheu em sua casa no intervalo das aulas. Que sempre estava presente ajudando nos momentos mais difíceis da vida. Obrigada por toda atenção e cuidado comigo e minha família!

Minha querida tia Vivi, obrigada por cada oração em favor da minha vida acadêmica. Obrigada por tanto reconhecimento que deu a cada conquista minha. Devoto toda minha admiração a você por ser esse ser tão amável! E também ao priminho Abraão, te amo meu lindo!

Às minhas grandes companheiras de luta acadêmica: Caroline e Nayane. Companheiras, amigas, irmãs e madrinhas rrsrrsrs! Agradeço de todo coração pela presença de vocês nessa trajetória, valeu a pena cada momento que passamos juntas. Vamos juntas em direção à nossa vitória!

A minha orientadora Silvia Badim, obrigada por todo apoio e disposição em me auxiliar na produção deste trabalho. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos comigo. Acima de tudo, obrigada por aceitar me orientar e por toda paciência que me ofereceu.

Reconheço aqui a contribuição de cada professor da Universidade de Brasília para a construção da minha formação. Agradeço a oportunidade de aprender com cada um. A minha eterna gratidão a todos vocês!

Às queridas professoras Inez Montagner e Erica Quinaglia por aceitarem o convite para compor a banca examinadora do meu trabalho. Agradeço imensamente!

Gostaria de agradecer a todos do Ministério da Saúde que me acolheram e disponibilizaram a oportunidade de eu absorver conhecimento da área para a construção de meu trabalho. Em especial as minhas preceptoras: Sirlene Pereira, Regina Célia e também a Cristina Hamester por todo acolhimento e atenção dada a mim no decorrer do estágio. Por contribuírem para a construção deste meu trabalho, bem como a partilha de conhecimento que favoreceram a mim. Obrigada meninas!

Um “muito obrigado” especial ao Francisco bibliotecário da FCE que me auxiliou em minhas dúvidas quanto ao trabalho.

Não haveria páginas suficientes para agradecer a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a minha graduação.

Desde já agradeço a todos! Todos os amigos, familiares e colegas.

O meu muito obrigada a vocês!

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

(Charles Chaplin)

RESUMO

A população privada de liberdade é um grupo vulnerável no conceito generalizado, partimos então do pressuposto de que a mulher privada de liberdade é mais vulnerável ainda, uma vez que estas mulheres também se encontra em cárcere penitenciário, bem como também sofre desigualdade de gênero frente à ideologia imposta socialmente. Com isso faz-se necessário à compreensão da garantia dos direitos sanitários destinados à saúde da mulher, uma vez que as mesmas se encontram na maioria das vezes em idade reprodutiva. Este trabalho abordará um recorte de gênero dentro da perspectiva da população privada de liberdade, tendo como público alvo mulheres gestantes e puérperas que se encontram em privação de liberdade. Portanto, o presente trabalho tem como objetivo identificar as ações e serviços de saúde necessários para garantir o direito a saúde das mulheres parturientes e puérperas privadas de liberdade, e como ele vem sendo garantido no Distrito Federal. Foi feito um levantamento de leis, que posteriormente foram categorizadas de acordo com a temática proposta pelo trabalho. Logo após essas leis foram agrupadas em categorias de acordo com a classificação de cada uma, a saber, as categorias: direito humano a saúde; direito da população privada de liberdade à saúde; direitos reprodutivos e sexuais da mulher: gravidez e puerpério. Com base nessas categorizações, nos levantamentos das normativas e nos dados acerca do Distrito Federal pode-se levantar problemáticas cotidianas enfrentadas no contexto de vivência das mulheres privadas de liberdade em processo gravídico-puerperal. Sabendo disso puderam-se apontar as aplicabilidades da profissão do sanitarista neste contexto, bem como definir quais pontos podem ser melhor explorados por esse profissional, bem como sua articulação junto aos entes responsáveis pela população privada de liberdade visando a solução das problemáticas levantadas.

Palavras-chaves: Direito à Saúde, População Privada de Liberdade, Grupos Vulneráveis.

ABSTRACT

The population are a vulnerable group, so we assume that women deprived of freedom is even more vulnerable, since the same is also in prison and also suffers from gender inequality opposite ideology socially imposed . Thus it is necessary to understand the guarantee of health rights for women's health, since they are most often of reproductive age. This work will address a gender approach from the perspective of the prison population, having as target pregnant women and mothers who are in custody. So, this study aims to identify the actions and health services necessary to ensure the right to health of pregnant women and deprived mothers of freedom, and how it has been guaranteed in the Distrito Federal. A survey of laws, which were later categorized according to the proposed theme for the work was done. Soon after these laws were grouped into categories according to the classification of each, namely the categories: human right to health; right of prisoners to health population; reproductive and sexual rights of women: pregnancy and postpartum. Based on this categorization, the surveys of regulatory and data about the Distrito Federal can get up everyday problems faced in the context of the life of women deprived of liberty in pregnancy and childbirth process. Knowing this could be pointed out the applicability of the sanitary profession in this context, as well as define which points can be better exploited by the same, as well as its intervention against the ones responsible for the prisoners.

Keywords: Right to Health , Private population of Freedom, Vulnerable Groups .

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Direito Humano à Saúde: arcabouço normativo.....	26
Quadro 2 – Direito da população privada de liberdade: arcabouço normativo.....	30
Quadro 3 – Direitos Sexuais e Reprodutivos : arcabouço normativo.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de mulheres presas segundo dados do DEPEN.....	40
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CF – Constituição Federal

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

DF – Distrito Federal

DUDH – Declaração Universal de Direitos Humanos

GASPV – Gerência de Atenção à Saúde de populações em Situação Vulnerável

Infopen - Sistema Integrado de Informações Penitenciárias

LEP – Lei de Execução Penal

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros.

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres

PENAMPE - Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional

PFDF – Penitenciária Feminina do Distrito Federal

PL – Projeto de Lei

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNI – Programa Nacional de Imunizações

PNPM – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
2.	JUSTIFICATIVA.....	16
3.	OBJETIVOS.....	18
3.1	Objetivo Geral.....	18
3.2	Objetivos Específicos.....	18
4.	METODOLOGIA.....	19
5.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
6.	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
6.1	Arcabouço normativo.....	26
	A) Direito Humano à Saúde.....	26
	B) Direito da população privada de liberdade à saúde.....	30
	C) Direitos Reprodutivos e Sexuais da mulher: parto e puerpério.....	35
6.2	Atendimento das mulheres parturientes e puérperas no Sistema Penitenciário: dados do Distrito Federal.....	40
6.3	Aplicabilidade do profissional de Saúde Coletiva.....	44
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

1. INTRODUÇÃO

Todo ser humano tem direitos que são necessários para se viver em sociedade. Um dos mais importantes para o tema ao qual trataremos a seguir é o da saúde. O direito a saúde vem sendo discutido desde 1948 com a Declaração Universal de Direitos Humanos da ONU, e só foi positivado no Brasil em 1988 através da Constituição Federal que afirma em seu artigo 196 que,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1998, p.33)

Para que se pensasse na saúde como direito do indivíduo, foram levados em consideração especificamente alguns artigos proclamados na Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) da qual se pode destacar alguns artigos em específico:

Art. I – A igualdade de direitos a todo ser humano;

Art. II – A proibição de distinção entre os indivíduos seja de cunho político, jurídico ou territorial;

Art. III – Todo ser humano tem direito a vida;

Art. VI – O ser humano tendo o direito de ser reconhecido como pessoa perante a lei;

Art. XXV – O ser humano tendo direito a padrão de vida que seja capaz de lhe assegurar saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis; (CENTRO DE INFORMAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS RIO DE JANEIRO, 2009)

Daí, podemos citar também o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais que junto com a DUDH e outros documentos formam a Carta Internacional de Direitos Humanos. Este Pacto traz princípios pactuados pelos Estados que visam o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis.

Reconhecendo que, em conformidade com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, o ideal do ser humano livre, liberto do medo e da miséria não pode ser realizado a menos que sejam criadas condições que permitam a cada um desfrutar dos seus direitos econômicos, sociais e culturais, bem como dos seus direitos civis e políticos. (BRASIL, 1976)

Complementando o histórico da construção de direitos, temos o direito à saúde no Brasil que baseado no artigo de Dallari (1988) pode-se afirmar que se iniciou quando se identificou o comportamento das pessoas em relação à autoridade de seus governantes, onde os subordinados eram quem reivindicavam seus direitos humanos. Desde a Antiguidade o direito a saúde já era

considerado indispensável à dignidade humana. Porém, este direito era “abafado”, uma vez que se acreditava na crença religiosa no que referia a doença, tendo a doença como castigo divino. (DALLARI, 1988)

Isso mudou com o período industrial, quando o empresariado começou a se preocupar com as condições de saúde de seus empregados, que impactavam diretamente na produção. Com isso responsabilizou-se o Estado pela saúde do povo. O povo aqui considerado era apenas os operários, já que os empresários tinham condições de financiar seus cuidados em saúde. Com isso o Estado também ficou incumbido de fiscalizar as condições de trabalho dos operários, levando em consideração que a saúde não era somente a ausência de doença, mas também o completo bem estar físico, mental e social, saindo assim do modelo biomédico. (DALLARI, 1988)

O Estado então foi responsabilizado por atender as necessidades de saúde do povo, assim como oferecer infraestrutura para a saúde e também manter a população educada para a saúde (DALLARI, 1998).

Portanto como supracitado, somente em 1988 através da Constituição Federal é que se pôde positivar o direito a saúde no Brasil, atribuindo que ela é dever do Estado.

Mesmo antes da criação do SUS, já se utilizava um de seus princípios: o da universalidade que era proposto pela CF de 1988 ao afirmar que a saúde seria direito de TODOS.

Somente em 1990, através da lei nº 8.080, de 19 de Setembro que se deu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta lei trouxe em seu arcabouço os objetivos e atribuições, bem como os princípios e diretrizes do sistema de saúde. (REIS, 2012)

Em conjunto com a Lei nº 8.080 temos a Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990, esta dispõe sobre a participação comunitária na gestão do Sistema Único de Saúde, bem como a transferência de recursos financeiros. Esta também instituiu os Conselhos de Saúde e legitimou as representações governamentais e municipais. (REIS, 2012)

Levantemos, pois, os princípios do nosso sistema de saúde como meio de compreendermos a aplicação dos mesmos para o público alvo deste trabalho. Com base na Lei Orgânica nº 8.080 já descrita acima, apontamos os princípios que norteiam o SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização, descentralização e participação comunitária. (BRASIL, 1990c)

Já constatou-se que existem direitos que são inerentes a todo ser humano. Entretanto, existem situações onde é necessária a compreensão de particularidades determinantes de grupos de indivíduos, como é o caso de grupos vulneráveis. Lopes (2004, p. 55) conceitua de forma sintética vulnerabilidade como “o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo

de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”. Sendo assim, sabemos então que nosso público alvo da pesquisa está inserido dentro de um grupo vulnerável, já que se encontram em privação de liberdade, o que acarreta em uma incapacidade e ausência de autonomia, não somente no quesito saúde, mas em diferentes direitos individuais. Essa vulnerabilidade é caracterizada por se tratar de um grupo que participa de determinada situação – no caso, a privação da liberdade.

Se por um lado a CF de 1988 preconiza a igualdade de todos os indivíduos diante da lei, a mesma reconhece as individualidades e as coletividades, respeitando assim as diferenças objetivando reduzir as desigualdades sociais e regionais. (MIRANDA; LACERDA, 2009, p. 219)

Sendo assim, é importante e necessário políticas que estejam voltadas para a atenção destes grupos vulneráveis. Miranda e Lacerda (2009, p. 219) afirmam:

É, portanto, legítimo que os grupos sociais portadores de especificidades e submetidos a desigualdades sejam sujeitos de proteção jurídica diferenciada que, por meio de políticas públicas não homogeneizantes, garanta a sua inclusão social e, ao mesmo tempo, respeite os seus saberes locais.

Segundo Miranda e Lacerda (2009, p.226),

O direito à saúde dos grupos vulneráveis, e a compreensão sobre todos esses aspectos é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas que contemplem suas especificidades e garantam o seu direito de opção pelo acesso universal aos serviços igualitários de saúde.

Essa vulnerabilidade se intensifica quando exploramos questões de gênero concernente ao nosso público alvo- a mulher. Estas são caracterizadas por ser maioria da população brasileira e também as principais usuárias do SUS. Apesar disso, são as mais afetadas pelos agravos em saúde, isso porque a mulher tem maior vulnerabilidade não a fatores biológicos e sim as situações discriminatórias em que vivem frente a sociedade – desigualdade de gênero (BRASIL, 2004b).

Essa desigualdade também é latente nas políticas destinadas a saúde da mulher, afirmo isso levando em consideração o texto prévio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher onde afirma que “a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto” (BRASIL, 2004b).

Reforçando assim o estereótipo do corpo da mulher como mera máquina reprodutiva, fazendo assim com que a atenção em saúde seja voltada somente para “saúde materna ou à ausência de enfermidades associadas ao processo de reprodução biológica” (BRASIL, 2004b, p.11).

A população feminina só conseguiu ganhar visibilidade nas políticas públicas a partir de 1983 com o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que trouxe uma abordagem diferenciada na saúde da mulher. Esse programa foi baseado no conceito de atenção integral à saúde das mulheres (OSIS, 1998).

Segundo Alcalá (1995 apud Osis, 1998, p. 31) “a concepção de atenção integral à saúde inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995”.

Entretanto, o PAISM só foi divulgado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1984, através do documento intitulado por Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ações pragmáticas (OSIS, 1998). Com a implementação do PAISM começou-se a desconstrução da díade mãe/ mulher.

Porém, essa desconstrução só ocorreu de fato em 2004, com a transformação do PAISM em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher formulada pelo Ministério da Saúde (MS) ao qual assegura atenção integral à saúde da mulher levando em consideração suas especificidades – raça, etnia, orientação sexual, deficiência e outras – considerando todos os aspectos concernentes a mulher, rompendo assim o enfoque em saúde reprodutiva e saúde sexual antes cultuado. Esta política objetiva melhorar as condições de vida da mulher brasileira através da garantia do direito a saúde com ações de promoção, prevenção, recuperação e assistência à saúde das mesmas (BRASIL, 2004b).

Em 2005 tivemos a criação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) que objetiva em garantir os direitos constitucionais das mulheres, dentre eles o da saúde que está legalmente constituído, visando também à realização de ações e serviços que respeitem a promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde no Brasil (BRASIL, 2005b).

Entende-se que a mulher por simples questão de “ser mulher” já enfrenta dificuldades referentes à discriminação de gêneros (BRASIL, 2005a), isso se intensifica quando essa população feminina se encontra em situação de privação de liberdade no sistema prisional, não tendo autonomia sobre o seu acesso aos serviços de saúde.

Para assegurar o direito a saúde dessas mulheres foi criada a Portaria Interministerial nº 210, de 16 de Janeiro de 2014 que institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PENAMPE). Esta define ações que objetivam na garantia dos direitos de saúde de mulheres encarceradas. (BRASIL, 2014d)

Em Janeiro de 2014 baseada no crescente número da população carcerária foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) que incentiva a prática de ações que permitam acesso integral aos serviços de saúde da população carcerária levando em consideração a promoção, prevenção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2014c)

O Brasil passa por um aumento exacerbado na criminalidade, isso inclui o aumento de mulheres envolvidas em crimes, Gomes et al. traz os fatores que influenciam nesta estimativa,

Em relação à criminalidade feminina, tomamos como parâmetro os dados oficiais de dois importantes relatórios nacionais: “Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino”, do Grupo de Trabalho Interministerial coordenado pela Secretaria Especial de Política para as Mulheres, de dezembro de 2007, e o “Mulheres encarceradas – Diagnóstico nacional – Consolidação dos dados fornecidos pelas unidades da Federação”, do Departamento Penitenciário Nacional, de 2008. Neles são observados variados aspectos, como motivação para o crime, estrutura familiar, saúde, condições dos equipamentos que as recebem, entre outros. (GOMES et al, 2008, p.2)

A problemática levantada é como se dá o processo quando essas mulheres em privação de liberdade engravidam, uma vez que as mesmas possuem direito a visitas íntimas, quando casadas oficialmente.

O trabalho abordou aspectos relacionados à saúde das mulheres em período de gestação e puerpério dentro das penitenciárias do Distrito Federal, levando em consideração artigos e leis que amparam as mulheres em situação de cárcere penitenciário.

Serras e Pires (2004, p. 413), destacam que “a reclusão da mulher coloca problemas particulares, nomeadamente o da maternidade. Não só a reclusa, mas também a criança e a própria interação entre ambas, poderão ser influenciadas pelo meio prisional onde estão inseridas”.

Entretanto, existem leis, artigos e políticas que amparam mulheres em situação de cárcere privado favorecendo a elas condições dignas para nascimento e permanência do recém-nascido junto à mesma.

A Constituição Federal de 1988 e a Lei de Execução Penal de 1984 reconheceram que as pessoas privadas de liberdade têm direito à educação e saúde. Porém só em 2003 os Ministérios da Justiça e da Saúde firmaram parceria para integrar essas ações em um Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). (GALVÃO; DAVIM, 2013, p. 453)

Segundo Pícolli et al (2014, p.70), “a Lei de Execução Penal (LEP) estabelece o direito da mulher privada de liberdade no sistema prisional à atenção integral à saúde e à disponibilidade de estrutura especializada para acolhê-la quando gestante ou parturiente”.

Sabendo das políticas e programas que dão suporte a essas pessoas, qualificaremos a questão da saúde das gestantes em situação de cárcere prisional.

O presente trabalho procurou responder a seguinte questão: De que forma o direito à saúde das mulheres parturientes e puérperas em situação prisional vem sendo garantido no DF?

Essa resposta será formulada a partir de levantamento bibliográfico, levantamento de leis e demais documentos pertinentes à temática para que se possa ter o total conhecimento das ferramentas jurídicas que asseguram esse direito a população feminina privada de liberdade. Ainda exploraremos o papel do profissional sanitário no processo de garantia de direitos do público em questão.

2. JUSTIFICATIVA

Segundo Oliveira (2014, p.13),

É evidente a preocupação latente em pesquisas sobre a maternidade em situação de prisão, tendo em vista que o quantitativo carcerário de mulheres aumentou 465% nos últimos dez anos, se comparado ao masculino conforme dados do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – Infopen.

Essa problemática é caso de saúde pública, o que se confirma na integral aplicação das políticas estabelecidas para essa determinada população – mulheres encarceradas -, pois não se pode pactuar com a existência das políticas e legislações que asseguram os direitos da saúde aos indivíduos, se os mesmos não são aplicados para os seus devidos fins.

Baseado em pesquisas feitas dentro de penitenciárias do Brasil que objetivavam analisar as condições de saúde de mulheres encarceradas conclui-se que existem problemas relacionados à saúde, desde os mais simples aos mais complexos.

De Oliveira et al (2009) em sua pesquisa intitulada por Assistência a Saúde a Mulher Presa: um direito negado, afirma que as mulheres presas reclamaram a falta de atendimentos desde os mais simples até os mais complexos que dependem de atendimento especializado, assim como também não possuem conhecimento dos serviços de saúde oferecidos pela instituição.

Freire et al (2014) em sua pesquisa: Percepção das Mulheres Encarceradas em Penitenciária em Relação à Atenção a Saúde da Mulher constatou que os serviços de saúde disponibilizados as mulheres encarceradas aconteciam “graças” ao esforço do enfermeiro que se desdobrava para conseguir o acesso aos exames, consultas, medicamentos, assim como o encaminhamento quando necessário a hospitais de referência. O que acarretava em um plano falho, já que são necessários planos e projetos que tenham continuidade.

Se para a mulher como indivíduo singular a assistência à saúde já é quase inexistente, imagine o grau de preocupação quando em processo gravídico-puerperal, ou até mesmo em período de puerpério. Essa preocupação se torna latente quando em período de pós-parto, onde há um novo indivíduo a se preocupar: o recém-nato.

Galvão e Davim (2013) concluíram em sua pesquisa que as gestantes presas não possuem acesso aos serviços de saúde com os profissionais adequados, sendo assistidas por técnicos de enfermagem de maneira isolada, já que os mesmos não possuem o conhecimento adequado para

tratar tal situação – a gestação. Afirma ainda que as gestantes não têm direito a acompanhamento no pré-natal e nem no pós-parto. Essa situação ocorre por falta de viaturas e policiais destinados a fazer a escolta da gestante presa no trajeto da penitenciária ao hospital e vice versa.

Ressalta-se aqui a importância desta pesquisa, em explorar a aplicabilidade do que já foi pré-estabelecido através da teoria jurídica e compreender se esses serviços são ofertados e como são executados no DF, já que os dados apontados acima são pesquisas realizadas em outros estados. Assim como apontar o papel do sanitarista neste contexto, as maneiras viáveis de solução que os profissionais da saúde coletiva podem oferecer como futuros tomadores de decisão.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar quais as ações e serviços de saúde necessários para garantir o direito a saúde das mulheres parturientes e puérperas privadas de liberdade, e como ele vem sendo garantido no Distrito Federal.

3.2 Objetivos Específicos

- A)* Levantar a legislação e normativas que envolvem a garantia das detentas a um processo gravídico-puerperal adequado do Distrito Federal;
- B)* Levantar de que forma está organizada a política pública de saúde para atender essas mulheres;
- C)* Levantar dados a cerca da política distrital de saúde da população privada de liberdade, bem como sobre o atendimento de mulheres parturientes e puérperas nesse contexto;
- D)* Apontar o papel do sanitarista na garantia do direito à saúde dessas mulheres.

4. METODOLOGIA

Esta pesquisa será dotada de metodologia mista, onde trabalharemos em específico o levantamento bibliográfico e documental de acordo com seus objetivos visando identificar as ações e serviços de saúde necessários para garantir o direito a saúde das mulheres parturientes e puérperas privadas de liberdade, assim como ele vem sendo garantido no Distrito Federal.

O trabalho apontará as principais políticas que norteiam e asseguram por lei os direitos das gestantes em processo gravídico puerperal.

Nossa metodologia é caracterizada como qualitativa, pois ao contrário da pesquisa quantitativa ela é direcionada conforme os rumos do desenvolvimento da pesquisa e não busca mensurar ou numerar eventos, mas sim buscar um conhecimento que está em um plano mais amplo (NEVES, 1996).

A pesquisa qualitativa segundo Neves (1996, p. 1) é “um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados”.

Essa metodologia é muito utilizada em pesquisas das ciências sociais por abordar o viés da interpretação, onde o pesquisador leva vários fatores em relevância ao processo de sua pesquisa. O que acaba por aproximar o pesquisador com o indivíduo pesquisado.

Em seu artigo intitulado Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais, Godoy (1995, p. 21), afirma que “a abordagem qualitativa, não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, ela permite que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques”.

Dentro da pesquisa qualitativa temos vários métodos que podem ser utilizados, dentre eles o levantamento bibliográfico e documental eleito os ideais como ferramenta de nossa pesquisa.

Piana (2009 apud PÁDUA, 1997, p.62) define a pesquisa documental como “pesquisa realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...]”.

A pesquisa documental é considerada trabalhosa, pois seu resultado depende de três processos fundamentais: encontrar os documentos que serão analisados; selecionar quais serão explorados e então explorá-los. Esse tipo de pesquisa também é muito utilizado para se compreender situações passadas ou muito antigas, onde só é possível explorá-la através de base documental. Uma das maiores vantagens desse tipo de pesquisa é explorar determinada temática de sua base, de seu princípio; trazendo assim um novo olhar para aquilo que talvez já tenha sido explorado.

Em concordância com a pesquisa documental utilizaremos o levantamento bibliográfico, ambos possuem semelhanças quanto ao modo de pesquisa. A diferença entre ambos é que ao se trabalhar a pesquisa documental, trabalhamos com documentos que não foram tratados e analisados – falando cientificamente -, já no levantamento bibliográfico faz-se o uso de materiais que já foram analisados e possuem cunho científico (PIANA, 2009).

A vantagem do levantamento bibliográfico é dar amplitude na pesquisa, favorecendo uma gama maior do que a disponível, caso fosse pesquisar diretamente. Este método coloca o pesquisador em contato com tudo o que já foi escrito sobre a temática desejada, trazendo assim qualidade para a pesquisa (PIANA, 2009).

Para a construção deste trabalho, foi feito um levantamento de leis no site do Planalto (planalto.gov.br), das quais encontrou-se as normativas concernentes a temática proposta, bem como planos e políticas desenvolvidos pelo ministério da saúde encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Após o levantamento dessas leis, categorizou-se de acordo com seu conteúdo e como se relaciona com o direito à saúde da mulher privada de liberdade. Essas leis foram agrupadas em categorias de acordo com sua abordagem.

Já no que concerne aos dados de atendimento das gestantes e puérperas privadas de liberdade do Distrito Federal, foram levantadas informações através de uma visita técnica supervisionada por uma agente penitenciária na Penitenciária Feminina do Distrito Federal. Nesta visita foi possível conhecer a estrutura da penitenciária, bem como também conhecer o atendimento dessas mulheres através do relato da agente penitenciária que ficou responsável por me acompanhar no decorrer da visita

Cabe ressaltar que na construção desse trabalho não foi necessário à submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que não foi feita pesquisa com pessoas e nem a análise de documentos nominais, pelo contrário somente utilizamos documento abertos ao público.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

Com a Declaração Universal dos Direitos Humanos fica explicitado que todo ser humano possui direitos que são inerentes a sua condição de dignidade humana. Entretanto, no que concerne ao direito das mulheres pode-se visualizar uma grande desigualdade de gênero, da qual se pode confirmar ao perceber que somente a partir das primeiras décadas do século XX que as mesmas ganharam visibilidade nas políticas nacionais no Brasil – embora fossem com ações específicas à saúde reprodutiva. (OLIVEIRA, 2014)

A vulnerabilidade feminina existe e não é uma situação isolada, esta se torna ainda mais interessante quando inserida no contexto de saúde. Todavia, tem ganhado maior relevância nas discussões de gênero. Podemos perceber essa importância no próprio texto introdutório da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da qual afirma “A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos”. (BRASIL, 2004b, p. 9)

A vulnerabilidade já mencionada, na maioria das vezes acaba por favorecer um ambiente de violência contra a mulher, seja ela física, sexual ou psicológica. Schraiber et al (2003), levanta alguns tipos de violência contra a mulher, a saber: assassinatos, estupros, agressões físicas e sexuais, abusos emocionais, assédio sexual, espancamentos, compelir a pânico, aterrorizar, mutilação genital e etc. Sabe-se que essas violências mencionadas, não são inexistentes no contexto de vida das mulheres encarceradas em questão deste trabalho.

Frente a estas situações, levanta-se a questão do olhar profissional quanto à situação de violência vivida pela mulher. Esta vivificação do profissional frente à violência sofrida pela mulher se torna ainda mais árdua quando se trata da mulher privada de liberdade. Cabe ressaltar que não deixa de ser um direito da mulher não sofrer violência e ter acesso à saúde independente de sua situação de liberdade ou carcerária.

Sem mais delongas, nos atentaremos as tipologias de violência concernentes ao nosso público de estudo – mulheres gestantes e puérperas privadas de liberdade. Essas populações na maioria dos casos sofrem violência durante o processo de parto, onde são atendidas em conformidade com sua situação social – a prisão.

Atualmente, existe um modelo de humanização do parto que visa um conjunto de práticas e ações que dão assistência de forma integral a gestante, objetivando em diminuir a mortalidade materna e infantil. A humanização do parto trabalha em duas vertentes principais: o estímulo ao parto normal de forma humanizada e a diminuição de partos cesáreos desnecessários. (RATTNER, 2009)

Na grande maioria das vezes, quando os aspectos da humanização não são levados em consideração, a intervenção médica acaba sendo caracterizada como violência obstétrica, fazendo com que a experiência do parto se torna algo aterrorizador. (REDE DO PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

O conceito mais utilizado de violência obstétrica é um conceito venezuelano que conceitua a violência obstétrica como,

[...] toda conduta, ação ou omissão, realizada por profissionais da saúde que de maneira direta ou indireta, tanto em âmbito público como em privado, afete o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressada em um tratamento desumanizado, um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (MEDINA, 2008, p. 3, tradução nossa)

O Dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres afirma que embora o processo de parto seja um evento marcante na vida da mulher. “Infelizmente muitas vezes são lembrados como uma experiência traumática na qual a mulher se sentiu agredida, desrespeitada e violentada por aqueles que deveriam estar lhes prestando assistência”. (REDE DO PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 7)

No que concerne à população feminina carcerária gestante, a realidade da violência obstétrica é ainda mais preocupante, uma vez que, o contexto prisional das mesmas geralmente é levado em consideração no momento de seu atendimento. (OLIVEIRA, 2014)

Este mesmo dossiê explana diferentes situações do processo de parto, das quais mulheres em geral tiveram seus direitos totalmente desrespeitados no que condiz a comunicação médico-gestante. O relatório apresenta os tipos de violência mais praticadas. Entretanto, nos limitaremos às violências mais praticadas em meio as gestantes privadas de liberdade: a proibição de acompanhantes (descumprimento da Lei 11.108) e o uso de algemas no processo de parto e pós-parto.

A permissão da presença de acompanhantes durante o processo de parto e pós-parto já é de difícil acesso para as mulheres de maneira geral (levando em consideração mulheres que não estão presas), quem dirá para as mulheres em privação de liberdade. Isso é evidenciado durante anos de pesquisa, onde se pode comprovar na maioria das pesquisas realizadas com este público alvo que este direito sempre é negado às mulheres encarceradas que se encontram em processo gravídico-puerperal.

Pícoli et al (2014) afirma em sua pesquisa que nenhuma das mulheres entrevistadas contaram com a presença de acompanhantes. Algumas até pediram o acompanhamento, entretanto lhes foi negado.

Oliveira (2014) em seu trabalho realizado com mulheres privadas de liberdade na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF) observou que nenhuma das mulheres entrevistadas teve o direito à presença de acompanhante no processo de parto das mesmas.

Já o uso de algemas durante o parto e pós-parto, é uma das situações mais conflitantes existentes no contexto prisional. Isso porque de um lado o sistema prisional vê a prática como um meio de promover segurança, evitando assim possíveis fugas das detentas durante o período do parto e pós-parto; e por outro lado discute-se a questão de conforto e dignidade humana da mulher em processo de parto.

Constata-se que apesar de ser uma luta incansável para a abolição do uso de algemas durante o parto e pós-parto, ainda é possível diagnosticar casos em que o uso das algemas está presente.

Voltando novamente ao trabalho de Oliveira (2014) percebe-se que das mulheres entrevistadas todas fizeram o uso de algemas durante e após o processo do parto. É nos apresentado ainda um caso esporádico onde uma das detentas utilizou as algemas apenas três dias após o nascimento de seu filho. Entretanto, permaneceu com elas até o último dia de sua estadia no hospital.

Oliveira (2014, p. 59) salienta o uso de algemas como uma situação predominantemente de poder,

[...] submete essas mulheres ao regime de punição, extrapolando as grades prisionais. Essas algemas anunciam um poder que paira sobre esses corpos, para que eles e toda a comunidade hospitalar não se esqueçam de que se tratam de corpos que vivem em privação de liberdade, sob o regime de uma instituição prisional.

As preocupações não se encerram ao tratarmos da assistência à mãe, elas são latentes no processo do pós-parto, uma vez que o recém-nascido passa também a necessitar de cuidados de saúde, cuidados esses que também devem ser ofertados pelo Estado.

Após o parto, é assegurada a mulher gestante que se encontra em privação de liberdade, o direito garantido pela Constituição Federal de 1988, (Artigo 5º) e pela LEP (Art.89, Lei 7.210/84) de ficar com o seu bebê durante o período de aleitamento materno.

Essa é uma afirmação que geralmente é pouco cumprida – segundo levantamentos em estudos e pesquisas feitas com mulheres encarceradas que passaram pelo processo gravídico puerperal enquanto presa -, já que a maioria das penitenciárias não dispõe de espaços físicos ou infraestrutura que proporcione a estadia do recém-nascido junto à mãe. Obrigando muitas a permanecerem com seus filhos por um período de tempo inferior ao determinado por questões de estrutura física que abrigue ambos – mãe e filho. (DINIZ; PAIVA, 2014)

Esse é o ponto mais sensível da trajetória da apenada, onde após o período de aleitamento materno a mãe tem de se separar de seu filho. Neste contexto, levanto a importância da presença de um médico(a) psicólogo(a) para que haja um acompanhamento junto à mulher, para que se trabalhe essa situação, evitando assim possíveis doenças mentais relacionadas a essa separação mãe- filho.

Em sua pesquisa, Santa Rita constatou que,

O processo de separação da criança no ambiente prisional ainda não é tratado de forma aprofundada em relação aos aspectos psíquicos da mãe e da criança. Quando chega o momento de separação, foi identificado, em todos os depoimentos, que havia a presença de sentimentos de culpa e tristeza por terem que abdicar das funções maternas. Importante registrar que essa separação, na maioria das vezes, não acontece com a devida preparação emocional para as mães e para as crianças. (SANTA RITA, 2006, P. 132)

Que ação poderia ser pensada, para minimizar o dano da separação mãe- filho? Uma vez que esta situação aflige não somente a mulher, mas também a criança?

Diniz e Paiva (2014, p. 315) afirmam que “Não restam dúvidas de que a prisão de uma mulher traz consequências imediatas e graves para o bem- estar das crianças – muitas delas passam a circular pelo cuidado da família extensa ou sobrevivem em abrigos ou por redes informais de adoção”.

Santa Rita (2006) traz em seu estudo intitulado Mãe e crianças atrás das grades: em questão o princípio da dignidade humana a importância de alavancar estudo que abordem a gravidez e a maternidade dentro do sistema prisional, isso porque ambos estão relacionados à garantia de direitos sexuais e reprodutivos, bem como ao acesso aos serviços destinados a saúde da mulher.

Entretanto, ressalta-se que “as mulheres não podem ser reduzidas aos seus filhos para a garantia de direitos e a proteção de necessidades”. (DINIZ; PAIVA, 2014, p. 328)

Conclui-se que a saúde do recém-nascido está inteiramente ligada a assistência à saúde que a mãe terá durante o processo gravídico-puerperal, por isso a importância de estudos que qualifiquem o direito a saúde de mulheres gestantes privadas de liberdade.

A saúde e sobrevivência dos recém-nascidos estão diretamente atreladas à assistência médica e aos cuidados de saúde em geral recebida pela mãe antes e durante a gestação, parto e puerpério. Durante todo esse período de cuidados continuados de saúde, os momentos com maiores riscos de morte e de incapacidades, tanto para as mães como para os bebês, são o trabalho de parto, o parto e as primeiras horas pós-parto. (GALVÃO; DAVIM, 2013, p.456)

Por isso da importância de se estudar um tema tão pouco estudado no Distrito Federal, sabendo que se trata de tipo de gravidez delicada, por ser desenvolvida em um ambiente totalmente impróprio.

O conflito entre as necessidades individuais e coletivas que permeiam a garantia de um direito complexo como o direito à saúde vem mostrando que os sistemas político, jurídico e médico- sanitário precisam avançar, conjuntamente, para responderem a esta desordem estupefacente, sem deixar de garantir, contudo, saúde às pessoas que necessitam. (MARQUES, 2011, p.1)

No entanto, entendendo o princípio do respeito à dignidade da pessoa humana como fundamento maior dos direitos de todo ser humano independente de sua condição penal, elege-se e privilegia-se essa categoria, reconhecendo, acima de tudo, que a prisão viola tanto os direitos humanos de homens presos quanto os de mulheres presas, embora com as mulheres haja um agravante, considerando-se a lógica normatizadora de uma instituição prisional que pensa sob a ótica masculina, não levando em conta as particularidades existentes, especialmente no contexto da maternidade. (SANTA RITA, 2006, p. 54)

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 ARCABOUÇO NORMATIVO

Na busca de ferramentas jurídicas que embasam os direitos sanitários, foram encontradas normativas das quais foram selecionadas e agrupadas nas seguintes categorias:

A) *Direito Humano à Saúde* – aqui se incluem os dispositivos gerais e internacionais incorporados à legislação nacional que tratam a saúde como um direito humano etc.

B) *Direito da população privada de liberdade à saúde* – trata-se de instrumentos de cunho jurídico que dão suporte ao direito à saúde da população privada de liberdade em contexto prisional.

C) *Direitos Sexuais e Reprodutivos da Mulher: parto e puerpério* – Aborda as normativas que se designam especificamente aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher em processo gravídico-puerperal.

A seguir, uma explanação individual de cada tópico como meio de fazer compreender as normativas que regem e dão suporte para o aparato legal que assegura a saúde a mulher privada de liberdade quando gestante ou em período de puerpério.

A) Direito Humano à Saúde

Quadro 1 – Direito Humano à Saúde: arcabouço normativo

ANO	DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
1948	Declaração Universal de Direitos Humanos	Reconhecimento da Dignidade Humana; Igualdade nos direitos humanos.
1966	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.	Reconhecimento dos direitos econômicos, sociais e culturais, bem como direitos civis e políticos.
1988	Constituição Federal	Garantia do direito à saúde de forma universal e igualitária.

Continuação

1990	Criação do SUS	Implementação do Sistema Único de Saúde;
1990	Lei 8080	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
1990	Lei 8.142	Dispõe da participação comunitária na gestão do SUS, bem como as transferências de recursos financeiros na área da saúde.

Fonte: Elaboração própria com base no levantamento de legislações que asseguram o direito à saúde.

Na análise de documentos que regem o direito a saúde, houve à análise de diversos dispositivos legais que estão relacionados ao direito a saúde, para tal foi criado o quadro acima (Quadro 1) para que se possa facilitar o entendimento a cerca das legislações.

No dia 10 de Dezembro de 1948, em uma Assembleia Geral das Nações Unidas foi proclamada a Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) ao qual institucionou-se a obrigatoriedade do reconhecimento da dignidade humana e a implantação de direitos iguais a todas as pessoas independentemente de raça, cor, etnia ou credo religioso. (CENTRO DE INFORMAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS RIO DE JANEIRO, 2009).

Esta declaração é de suma importância, pois também está voltada a vulnerabilidade imposta socialmente e culturalmente. Levando em consideração a questão de saúde e o contexto social em que vive as mulheres encarceradas, podemos ressaltar dentro da Declaração Universal dos Direitos Humanos (CENTRO DE INFORMAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS RIO DE JANEIRO, 2009, p. 13) o artigo XXV que dispõe que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]”.

Junto a DUDH têm-se o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 que estruturam a Carta Internacional de Direitos Humanos, assegurando a criação de

condições que permitam que o ser humano viva de forma a desfrutar de seus direitos sociais, econômicos e civis; e políticos. (BRASIL, 1976)

Aith confirma a importância do pacto ao afirmar que:

O Pacto dos Direitos Sociais, Culturais e Econômicos, de 1966 representa um importante documento internacional de proteção da saúde e estabelece que os Estados- partes reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental, para logo em seguida dispor sobre as medidas que os Estados devem adotar para proteção da saúde. (AITH, 2009, p. 73)

Com isso, partimos do pressuposto de que ao se prender uma mulher, o Estado deve apenas castigá-la com sua privação de liberdade. Porém, os direitos que se diferem da liberdade continuam sendo inerentes a essa população. A punição pelo crime cometido está relacionada diretamente a privação de liberdade. Sendo assim, seus direitos a saúde, educação e trabalho devem continuar sendo garantidos mesmo dentro do sistema penitenciário.

O direito à saúde é inerente a todo ser humano, este é assegurado na Constituição Federal de 05 de Outubro de 1988 que traz as obrigações de serviços do Estado e direitos humanos que assegurem a promoção, proteção e recuperação da saúde. Esta Constituição também instituiu nosso Sistema Único de Saúde (SUS) definido pelas diretrizes presentes na Constituição Federal (BRASIL, 1988, p.33) “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação comunitária”.

Santa Rita salienta o surgimento do SUS, afirmando que,

No ano 1990 surgiu a Legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), voltada para articular os setores da política social: saúde, previdência e assistência social, como dimensões da seguridade social dentro de uma perspectiva de inter-relação dos aspectos sociais, culturais, jurídicos e econômicos como determinantes e condicionantes no processo saúde/doença. (SANTA RITA, 2006, p. 72)

Ainda referindo-se ao SUS, temos ainda cinco princípios que o norteiam. Estes princípios também são encontrados na CF de 88, a saber: universalidade (por se tratar de um direito de TODOS), integralidade (referindo-se ao acesso integral), equidade (igualdade a todos respeitando suas desigualdades), descentralização (pontuando as esferas de governo) e a participação social (participação da comunidade). (BRASIL, 1988)

Para que os princípios supracitados venham ser garantidos, temos o apoio do direito sanitário que Aith (2009, p. 69) conceitua como “o ramo do direito que abrange o conhecimento e a aplicação das normas jurídicas voltadas à proteção do direito à saúde”.

O campo do direito sanitário no Brasil ganhou impulso através da promulgação da CF de 1988, quando garantiu a saúde como um direito fundamental. Fazendo assim com que houvesse uma regulação e acompanhamento nas questões que estavam relacionadas à saúde. (AITH, 2009)

Aith salienta que o direito sanitário deve ser visto como parte constituinte do direito como um todo. Entretanto aponta o sentido social intrínseco do direito sanitário,

Contribuir com a sociedade para uma correta organização das ações e serviços de saúde nela existentes, visando sempre ao desenvolvimento da sociedade e a defesa dos valores juridicamente protegidos por essa mesma sociedade. (AITH, 2009, p. 75)

Dallari (1988, p.329) entrelaça o direito sanitário ao dever do Estado ao afirmar que “o completo bem estar físico, mental e social não pode ser conseguido apenas com atitudes isoladas. Ninguém tem condições de alcançar somente com seus próprios meios tal estado de bem estar na sociedade moderna”. Sua afirmação é baseada no conceito de saúde utilizado pela OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de Abril de 1948 que afirma que a saúde é um completo bem estar físico, social e mental e não apenas a ausência de enfermidade como se conceituava antigamente. (SCLIAR, 2007)

Ainda no âmbito do SUS temos a Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990 que regula os serviços e ações de saúde em todo o território nacional. Esta também zela pela promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como pela organização e o funcionamento dos serviços em saúde. Esta normativa dá suporte para o SUS e ainda traz seus objetivos e atribuições, bem como seus princípios e diretrizes como já discutimos anteriormente. (BRASIL, 1990a)

Um dos princípios norteadores do SUS é a participação comunitária, regida pela Lei 8.142, de 28 de Dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade no âmbito de gestão do SUS, esta normativa também dispõe das transferências intergovernamentais dos recursos da área financeira destinada para a área da saúde. (BRASIL, 1990b)

Estas últimas normativas descritas não são destinadas diretamente ao direito à saúde. Porém, são duas normativas de grande relevância para a criação do SUS, por isso se fez necessário à

explicação das mesmas. Uma vez que o Sistema Único de Saúde é utilizado como ferramenta de garantia dos direitos sanitários, uma vez que este constitui-se de princípios e diretrizes que visam o atendimento integral, totalitário e etc. Cabe ressaltar também que os atendimentos feitos dentro dos Sistemas Prisionais no Brasil são ofertados pelo SUS devendo ser garantidos pelo Estado.

B) Direito da população privada de liberdade à saúde

Quadro 2 – Direito da população privada de liberdade: arcabouço normativo

ANO	DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
1984	Lei 7.210	Institui a Lei de Execução Penal – LEP
2003	Portaria Interministerial nº 1.777	Institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSS
2014	Portaria Interministerial nº 01	Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Privada de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP
2014	Portaria Interministerial nº 210	Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas.

Fonte: Elaboração própria com base no levantamento de legislações que asseguram o direito da população privada de liberdade.

O primeiro instrumento normativo que se obteve com relação à população privada de liberdade foi a Lei de Execução Penal que normatizava os serviços destinados à população carcerária de forma geral, em um de seus capítulos destinam-se as assistências destinadas aos detentos, entre elas a assistência à saúde. A Lei traz em seu artigo 14 da Seção III: “A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”. (BRASIL, 1984)

Percebe-se que essa lei não mencionava assistência à saúde das mulheres, apenas citando os detentos de maneira geral como se percebe na citação acima. Somente em 2009 que a mulher veio a

ser inserida nesse contexto, do qual será mais explicado no próximo tópico: Direito Sexual e Reprodutivo deste trabalho.

Posteriormente, foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de Setembro de 2003. Este plano prevê o acesso da população privada de liberdade às ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. (BRASIL, 2004a)

Este plano diferentemente da LEP veio a contribuir para o controle e redução de agravos de saúde no contexto do sistema penitenciário, prestando assistência integral e resolutiva, de boa qualidade e de forma contínua atendendo às necessidades de saúde desta população. (BRASIL, 2004a)

Entretanto, é um plano vasto do qual propõe o atendimento a níveis básicos de saúde da mulher, não aprofundando em quais tipos de atendimento. O que se deduz que sejam serviços destinados a saúde reprodutiva das mulheres, levando em consideração o tipo de discurso adotado na descrição do plano.

Posteriormente e atualmente foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída em 2014 pela Portaria Interministerial nº 1, de 02 de Janeiro. Esta objetiva numa atenção integral as pessoas privadas de liberdade. A presente política é regida por seis princípios, sendo eles: “respeito aos direitos humanos e justiça social; integralidade de atenção à saúde da população privada de liberdade; equidade (respeitando as singularidades de cada indivíduo); promoção de iniciativas com vistas à garantia da proteção dos direitos das pessoas; corresponsabilidade interfederativa e participação comunitária e controle social.” (BRASIL, 2014c)

Sobre as diretrizes da política, a saber: “promoção e inclusão da cidadania; atenção integral e contínua; controle e redução de agravos; respeito às diversidades do indivíduo e intersetorialidade de gestão”. (BRASIL, 2014c)

Para a criação da PNAISP, foram utilizadas legislações distintas que contribuíram para a construção da política (BRASIL, 2014c), a saber:

- *A Lei de Execução Penal nº 7.210*, de 11 de Julho de 1984;

Esta lei trata das garantias e deveres atribuídos a população carcerária. (BRASIL, 1984)

- *A Lei Orgânica nº 8.080*, de 19 de Setembro de 1990;

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (BRASIL, 1990a)

- *A Lei nº 10.216*, de 6 de Abril de 2001;

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (BRASIL, 2001)

- *O Decreto nº 7.508*, de 28 de Junho de 2011;

Regulamenta a Lei nº 8.080, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. (BRASIL, 2011a)

- *A Portaria Interministerial nº 1.777*, de 9 de Setembro de 2003;

Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP. (BRASIL, 2004a)

- *A Portaria nº 4.279*, de 30 de dezembro de 2010;

Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. (BRASIL, 2010b)

- *A Portaria nº 2.488*, de 21 de Outubro de 2011;

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 2011b)

- *A Portaria Interministerial nº 1.679*, de 12 de Agosto de 2013.

Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP) e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da política Nacional de Saúde no Sistema Prisional. (BRASIL, 2013)

- Além do uso de algumas recomendações e moções presentes em relatórios da 12^a, 13^a e 14^a Conferência Nacional de Saúde.

Através do levantamento de normativas feito neste trabalho, obteve-se o conhecimento da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PENAMPE), instituída pela Portaria interministerial nº 210, de 16 de Janeiro de 2014 que dá suporte para a reformulação das práticas dentro do sistema prisional brasileiro, contribuindo para o respeito e garantia dos direitos designados de gênero da mulher, levando em conformidade várias temáticas, dentre elas a da saúde. (BRASIL, 2014d)

Esta política dá maior visibilidade no que tange à saúde da mulher, bem como a saúde da criança, propondo uma série de ações que dá garantia á saúde da mulher, bem como no âmbito de sua maternidade.

É importante destacar que há um grande embate ao querer assegurar o direito à saúde da população carcerária, pois ao mesmo tempo em que se tenta promover práticas que venham a assegurar um mínimo de cidadania a eles, nos deparamos com as dificuldades impostas pelo próprio modelo de sistema prisional que por muitas vezes tendem a dificultar ações que preencham todas as lacunas de saúde desta população.

Sá e Silva (2009) trazem alguns elementos que supostamente serviam de empecilho para a realização de ações e serviços designados diretamente a população carcerária concernente ao campo saúde. Dentre eles: a não priorização da saúde como ponto relevante na divisão de gastos e financiamento, falta de acompanhamento na adesão às políticas e planos de saúde desta população, bem como a falta de interesse em capacitação de profissionais que deem suporte a ações de assistência à saúde.

Como opinião pessoal, me atrevo a acrescentar mais um motivo para a não realização dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Prisional: a não categorização da população privada de liberdade como grupo vulnerável. Essa falta de categorização pode ser afirmada através do portal da Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável (GASPV) que caracteriza como grupo vulnerável somente índios, pessoas em situação de rua, população negra, população rural, pessoas com deficiência e a população LGBT. (GOVERNO DE BRASÍLIA, [2015b])

A GASPV foi criada em 2007 e institui as políticas de atenção à saúde de grupos vulneráveis, tendo como um dos objetivos diminuir as iniquidades em saúde. Teve sua criação baseada no princípio da equidade dentro do SUS. (GOVERNO DE BRASÍLIA, [2015b])

Segundo Miranda e Lacerda (2009) o conceito de vulnerabilidade foi introduzido no campo da saúde a partir de pesquisas relacionadas à AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) no início da década de 1990.

Lopes (2004, p. 55) conceitua vulnerabilidade como “o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”.

Conhecendo então os aspectos que caracterizam tal população, é possível afirmar que a mesmo necessita de proteção jurídica diferenciada, a fim de extinguir as desigualdades de direito, isso se dá através de políticas públicas que visem à inclusão social desta população vulnerável. (MIRANDA; LACERDA, 2009)

É necessária a inserção da população privada de liberdade no contexto dos grupos de vulnerabilidade, para que assim possamos voltar às atenções do poder público para políticas efetivas destinadas a essa população.

Vale ressaltar que ao se trabalhar com temas relacionados ao sistema prisional, deve-se entender o percurso histórico da criminalidade.

Segundo Pedroso

A primeira menção à prisão no Brasil, foi no Livro V das Ordenações Filipinas do Reino, Código de leis portuguesas que foi implantado no Brasil durante o período Colonial. O código decretava a Colônia como presídio de degredados. A pena era aplicada aos alcoviteiros, culpados de ferimento com armas de fogo, duelo, entrada violenta ou tentativa de entrada em casa alheia, resistência a ordens judiciais, falsificação de documentos, contrabando de pedras e metais preciosos. (ORDENAÇÕES FILIPINAS, 1870 apud PEDROSO, 1997)

Em 1824, através da Constituição, se estabeleceu critérios para a instalação de prisões, elas deveriam ser limpas, arejadas e fazer a separação dos presos de acordo com o tipo de crime praticado. Logo após surgiu o Código Penal de 1890 que criou novas modalidades de pena. Só então no século XX que se legitimou a qualificação do preso por categorias: mulheres, menores, contraventores, processados e loucos. (PEDROSO, 1997)

Percebe-se que com essas qualificações buscou-se uma melhor racionalização do espaço penitenciário, adequando ao tipo de crime, ao grau de periculosidade e o tipo de infração, o que possibilitou uma mudança positiva que traz um controle maior dos detentos ali encarcerados.

Por outro lado, Sá e Silva assinala uma problemática referente à categorização criminológica acima descrita, implicando na criminologia como uma questão de poder.

Assistiu-se a uma incidência inegavelmente desigual (“seletiva”) da prisão e de todo o sistema jurídico- penal sobre determinados segmentos sociais, embora condutas similares ou muito mais graves sejam praticadas a todo o momento por

outras pessoas: é a velha impressão de que os autores de crimes como o do “colarinho branco” nunca sofrem uma reprimenda penal, não obstante os impactos sociais de seus “delitos” sejam muito maiores que os de um furto. (SÁ; SILVA, 2009, p. 245)

C) Direitos Reprodutivos e Sexuais da mulher: parto e puerpério

Quadro 3 – Direitos Sexuais e Reprodutivos – arcabouço normativo

ANO	DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
1983	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM	Programa destinado a promover atenção integral à saúde da mulher.
1984	Lei de Execução Penal	Dá direito a mulher privada de liberdade à atenção integral a saúde e a disponibilidade de estrutura especializada para acolhê-la quando gestante ou parturiente
A partir de 2004	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher	Reformulou o PAISM, o transformando em política.
2005	Lei 11.108	Garante as gestantes a presença de acompanhante.
2009	Lei 11.942	Dá nova redação a alguns artigos da LEP, assegurando assistência á saúde de mulheres presas em processo gravídico-puerperal.
2011	Portaria nº 1.459	Institui no âmbito do SUS, a rede Cegonha.
2014	PL 7633	Projeto de lei que dispõe sobre humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal

Fonte: Elaboração própria com base no levantamento de legislações que asseguram o direito sexual e reprodutivo das mulheres.

Fazendo um recorte de gênero e explorando os direitos norteadores do nosso objeto de estudo: a mulher, podemos citar instrumentos normativos que serviram de base para direcionar os direitos humanos à mulher, levando em consideração suas especificidades e singularidades

pertinentes a ela. Com base nisso, chegamos aos direitos sexuais e reprodutivos que são mais referenciados aos direitos de saúde das mulheres.

Como base norteadora maior, faz-se o uso do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que foi criado em 1º de Janeiro de 2003 pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Este objetiva na igualdade de gênero, etnia e raça, bem como a equidade na formulação de políticas públicas, dentre outros objetivos que são pertinentes ao direito das mulheres. (BRASIL, 2005b)

Embora este instrumento não trate dos direitos sexuais e reprodutivos, fica necessária a explanação detalhada, pois é ele quem deu o suporte para se iniciar as formulações de políticas públicas que fossem voltadas para a garantia dos direitos das mulheres.

Este instrumento acima descrito é levado em consideração, dando base então a políticas públicas destinadas a assegurar o direito das mulheres de forma integral, não somente direitos relacionados à assistência a saúde, mas todos os direitos referentes e destinados à mulher.

Baseado na temática levantada por esse trabalho, trazemos a tona os arcabouços legais que asseguram o direito a saúde a essa determinada população – mulheres em situação de privação de liberdade no sistema prisional. Dentro da população carcerária, é necessário fazer um recorte de gênero ao qual irá compreender o nosso objeto de pesquisa que é a mulher.

Tratando das ferramentas jurídicas que asseguram o direito à saúde da mulher, abordamos o início da discussão dos direitos à assistência a saúde das mulheres.

A partir de 1983 começou a se pensar em um programa destinado especificamente a saúde da mulher: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), este tinha como objetivo promover saúde de forma integral à mulher. (OSIS, 1998) Pois, até então todas as ações em saúde destinadas a mulher, estavam relacionadas às questões materno-infantil ou planejamento familiar, reforçando assim a ideia da díade mãe-filho.

É possível perceber a nova modalidade de atendimento inserido pelo PAISM em relação à saúde da mulher através de Osis (1998, p.31) que afirma, “No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério”.

Posteriormente, o ministro da Saúde, Humberto Costa, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, reformulada de modo a respeitar as características da nova política de saúde. Nesta política, foram levadas em consideração a priori ações e serviços voltados à saúde sexual e reprodutiva da mulher. (TAVARES; ANDRADE; DA SILVA, 2009)

Já discutimos a grande vulnerabilidade da qual a população carcerária está inserida, isso se intensifica com a desigualdade de gênero no que tange a situação da mulher privada de liberdade. Isso é afirmado através da pesquisa intitulada: Dar a luz na sombra,

O cárcere brasileiro é lugar de exclusão social, espaço de perpetuação das vulnerabilidades e seletividades em prática extramuros. Especificamente nas unidades femininas, encontramos maiores violações no tangente ao exercício de direitos de forma geral, e em especial dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como de acesso à saúde especializada, em especial a ginecologistas. (BRASIL, 2015, p. 15)

Com a nova categorização da população carcerária e a inserção da figura feminina nas penitenciárias, uma nova inquietação nos rodeia. Uma vez que nossa sociedade vive um paradoxo ao qual se afirma que a mulher é a figura da família, ou seja, quando uma mulher é presa sua família também é encarcerada. E quando tratado o arcabouço social dessa mulher, logo se lembra da mulher como “procriadora”, aquela que geralmente está em idade reprodutiva. E com isso levanta-se o tema da maternidade dentro das penitenciárias.

Por isso a importância de se pesquisar esta situação supracitada como forma de compreensão para os direitos que já foram analisados até aqui.

A situação da maternidade no presídio constitui-se um exemplo da presença do poder judiciário determinando o destino da relação entre as mulheres apenadas e seus filhos. Uma suposta incompatibilidade entre as duas condições – ser mãe e estar presa – parece ser apontada e a cobrança aparece no sentido do aperfeiçoamento do cuidado, e também na intenção de se tirar o bebê da situação de privação de liberdade. Neste caso, vislumbra-se com dificuldade a possibilidade de alguma reflexão que, escapando da lógica que culpabiliza a mulher, ofereça oportunidades para mães e bebês, na escritura de outras histórias para suas vidas. (GOMES et al, 2008, p.2).

Para se compreender a situação dos partos dentro da penitenciária feminina é importante ter conhecimento dos arcabouços legais que regem e dão suporte ao direito da saúde da mulher presa, estando ela em processo gravídico-puerperal.

É importante destacar, o que a lei assegura a população carcerária feminina. Encontra-se então a Lei de Execução Penal (LEP), que dá direito a mulher privada de liberdade à atenção integral a saúde e a disponibilidade de estrutura

especializada para acolhê-la quando gestante ou parturiente. (PÍCOLLI et al, 2014, p.69)

A inquietação inicial quanto à assistência a saúde dessas mulheres se dá no processo de pré-natal e acompanhamento da gravidez, essa prática é de suma importância por se tratar da saúde não somente da mulher como também da criança. Militão e Kruno (2014, p.80) confirmam a importância do pré-natal para as mulheres encarceradas: “A finalidade do pré-natal é proteger a saúde do binômio mãe – feto, diagnosticando possíveis complicações, tratando ou encaminhando precocemente a gestante para atendimento especializado”. O acompanhamento pré-natal também é importante na troca de conhecimento para as mães, trazendo informação a elas de alguns cuidados primordiais quanto ao recém-nascido, bem como ao processo de amamentação.

O acompanhamento pré-natal está assegurado às mulheres presas através da Lei nº 11.942 que dá nova redação a alguns artigos da Lei de Execução Penal, assegurando assim condições mínimas de assistência às mães presas e também aos recém-nascidos. (BRASIL, 2009a)

Outro ponto importante durante o processo de gestação é as imunizações das mulheres encarceradas. O PNSSP garante imunizantes a 100% dos detentos do sistema prisional, com o uso de todos os produtos recomendados pelo MS de acordo com a situação epidemiológica específica. Esse serviço deve ser ofertado pelas coordenações municipais e estaduais dos Programas de imunização. (BRASIL, 2004a)

Atualmente, contamos com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) que foi criado no ano de 1973, regulamentado pela Lei nº 6.259, de 30 de Outubro de 1975 e também pelo Decreto nº 78.321, de 12 de Agosto de 1976. (BRASIL, 2014b)

Através da busca por literatura a cerca do tema das imunizações das mulheres presas em processo gravídico-puerperal percebeu-se que o tema é pouco explorado e que não há como afirmar se este serviço está ou não sendo assegurado de forma integral e contínua a essas mulheres.

O que se conclui do levantamento das normativas é que as legislações apontadas não prevê especificamente um direito as mulheres em situação de privação de liberdade, o que se define como uma omissão legislativa, uma vez que a situação supracitada é pouco explorada nos arcabouços jurídicos, fazendo com que a aplicação do arcabouço legal seja feito por analogia. Seria mais interessante à existência de leis em que esse contexto fosse especificamente disciplinado a essa população, dando assim especificidade ao tema.

A pesquisa *Dar a Luz na Sombra* traz à tona a preocupação que é latente no processo gravídico-puerperal quando a mulher se encontra em situação de privação de liberdade, “[...] são mulheres que exercitam maternidades vulneráveis e gestações de risco. A partir desse pressuposto defendemos a tese de que toda gestação no espaço prisional é uma gravidez de alto risco [...]” (BRASIL, 2015, p. 22)

Prosseguindo com o processo gestacional, chega-se então no parto propriamente dito. Com isso, analisaremos a forma como esse serviço é ofertado às mulheres privadas de liberdade. Trata-se de um parto humanizado?

O que seria um parto humanizado?

A definição da humanização do parto é ampla, envolvendo diversos aspectos. Entretanto, pode-se considerar parto humanizado, aqueles que possuem características em comum, a saber: aqueles que não possuam intervenções desnecessárias, onde a atuação do profissional respeite a fisiologia da mulher/paciente, que se respeitem aspectos sociais e culturais a cerca do parto e nascimento, bem como ofereça suporte emocional para suscitar os vínculos familiares principalmente no que concerne à díade mãe/bebê. (DIAS, 2005)

Dias (2005) também ressalta a importância de levar em consideração a autonomia da mulher, de preferência que o profissional de saúde possa fazer juntamente a ela um plano de parto, como meio de garantia de que será seguido pelos profissionais de saúde durante o processo de parto; bem como, a presença de um (a) acompanhante da escolha da mulher, além de serem informadas de todos os procedimentos as quais serão submetidas.

Como ferramenta jurídica o Brasil conta com a Rede Cegonha que “é uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério”. (GOVERNO DE BRASÍLIA, [2015a])

A Rede Cegonha é normatizada pela portaria nº 1.459 e a portaria nº 2.351. A primeira normativa institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS e a segunda altera a primeira portaria.

Já com relação à presença de acompanhantes no processo do parto, temos a Lei nº 11.108 de 07 de Abril de 2005 que altera a Lei nº 8.080, garantindo as 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. (BRASIL, 2005a)

“A Lei 11.108, de 7 de Abril de 2005, também chamada Lei do Acompanhante, foi um marco na representação do reconhecimento de bem estar da parturiente, nas perspectivas da Medicina Baseada em Evidências e da Humanização”. (REDE DO PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 19).

Entretanto, é afirmado que

O modelo brasileiro de assistência ao parto e nascimento é em sua grande maioria extremamente intervencionista, tratando-os como eventos eminentemente médicos. Penaliza a mulher e sua família ao ignorar a fisiologia e os aspectos sociais e culturais do parto, tendo como resultado taxas de morbimortalidade materna e perinatal incompatíveis com os avanços tecnológicos ao nosso alcance. (DIAS, 2005, p. 703)

Ainda concernente a esta temática, existe um Projeto de Lei intitulada PL 7633 de 2014 da qual dispõe sobre humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal. Visando assim, a erradicação de práticas que são definidas como violência obstétrica, bem como a diminuição de ações que impactam na saúde da mulher ou da criança durante os períodos de pré-parto, parto, puerpério e pós-parto. (BRASIL, 2014e)

6.2 ATENDIMENTO DAS MULHERES PARTURIENTES E PUÉRPERAS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO: DADOS DO DISTRITO FEDERAL

Segundo dados do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (Infopen) no ano de 2012, constatou-se um total de 31.640 mulheres presas no Brasil, incluindo as que se encontram em regimes fechado, semiaberto, aberto, medidas de segurança de internação, medidas de segurança de tratamento e regime provisório. (BRASIL, 2010a)

O perfil dessas mulheres é caracterizado em sua maioria por mulheres negras e com índice de baixa escolaridade, onde muitas dessas já cumpriram medidas socioeducativas anteriormente. Em suas trajetórias de vida é possível diagnosticar várias situações de vulnerabilidade: uso de drogas, prostituição e situação de rua. (LANCELLOTTI, 2014)

No DF constatou-se um total de 641 mulheres em situação de cárcere penitenciário em 2012, conforme ilustrado na tabela 1.

Tabela 1 – Número de mulheres presas segundo dados do Infopen

UF	Fechado	Semiaberto	Aberto	Med. Seg. – Internação	Med. Seg. – Tratamento	Provisório	Total de presas por UF	Vagas Disponibilizadas
AC	139	1	0	0	0	70	210	143
AL	29	49	23	4	0	120	225	79
AM	76	81	102	0	0	364	623	253
AP	50	10	0	0	0	51	111	94
BA	123	58	4	5	0	391	581	329
CE	176	74	86	0	0	424	760	527
DF	279	163	0	4	0	195	641	422
ES	434	281	1	1	0	626	1343	1510
GO	167	114	23	1	0	294	599	114
MA	63	43	0	0	0	101	207	269
MG	515	216	41	0	0	1866	2638	2316
MS	422	133	63	1	0	463	1082	875
MT	215	38	0	0	0	430	683	304
PA	248	37	0	8	0	454	747	558
PB	175	77	29	3	0	290	574	186
PE	713	256	142	32	0	766	1909	988
PI	18	12	4	0	1	81	116	176
PR	286	157	659	26	0	131	1259	898
RJ	625	322	11	4	0	723	1685	1465
RN	151	70	57	0	0	115	393	230
RO	235	93	171	0	0	132	631	387
RR	-	-	-	-	-	-	-	-
RS	868	420	50	16	53	495	1902	1175
SC	456	251	88	0	0	359	1154	669
SE	44	0	0	0	0	156	200	181
SP	7577	1783	0	101	202	1613	11276	8435
TO	35	13	1	0	0	42	91	0
TO TA L	14119	4752	1555	206	256	10752	31640	

Total Geral de Presas no Sistema

31640

Déficit de Vagas Totais: 288.104

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados do Infopen com adaptações – mês de referência dez/2012

Legenda: - significa que não foi informado o valor para tal indicador

Comparando com o número total de vagas disponibilizadas para essa população carcerária feminina (422), comprova-se que há superlotação na Penitenciária Feminina do Distrito Federal, trazendo então em evidência a preocupação com a saúde dessa população uma vez que essas

mulheres já estão vivendo em situação de vulnerabilidade. Entretanto, vale informar que atualmente a penitenciária está em fase de construção de mais uma ala que abrigará aproximadamente mais 400 mulheres.

O Infopen (2012) afirma que mais de 60% das mulheres atualmente presas cometeram crimes ligados ao tráfico de drogas, enquanto que os homens tem um percentual menor de 24% (OLIVEIRA, 2014). Evidenciando assim que a porta de entrada para as mesmas no sistema penitenciário se dá muita das vezes por influências de companheiros dos quais a inserem na prática do tráfico de drogas.

Essa realidade também se aplica as mulheres que adentram a penitenciária quando já estão gestantes. Segundo relatos da agente penitenciária que supervisionou minha visita a PFDF, a maioria das gestantes são flagradas transportando drogas em visitas que fazem a seus parceiros que já se encontram presos. Isso porque mulheres gestantes não passam pelo scanner – aparelho utilizado para vistoriar se os visitantes estão portando drogas ou armas no momento da visita à penitenciária – encontrando-se mais propensas a serem usadas para transportar drogas para o interior da penitenciária.

Entretanto, durante a abordagem de vistoria manual, os agentes penitenciários detectam algo suspeito e as encaminham para o hospital que muitas vezes confirmam o porte de drogas no organismo dessas mulheres. Essa é a narrativa histórica da maioria das mulheres que adentraram a PFDF quando já estavam gestantes. Segundo informações da agente penitenciária responsável por supervisionar minha visita.

Posteriormente, se levantará os dados a cerca dos atendimentos na PFDF destinados as gestantes e puérperas do sistema prisional, com base em uma visita técnica supervisionada por uma agente penitenciária e também levando em consideração informações do Relatório de Inspeções Preliminares nos Presídios do Distrito Federal que foi elaborado pelas Comissões de Ciências Criminais e Segurança Pública e de Direitos Humanos da OAB do Distrito Federal.

A Penitenciária Feminina do Distrito Federal trabalha concomitantemente com uma Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) ambas funcionando no mesmo complexo. A PFDF abrange mulheres em regime fechado, semiaberto e aberto. Resultando em um quantitativo de 87 celas de 6,43 m² a 23,88 m² comportando de 04 a 12 pessoas. Possui um quadro funcional com 164 funcionários nas mais variadas funções. Entretanto no plantão são apenas 10, a recomendação seria de 17. (BRASIL, 2014a)

Com relação às regras internas da penitenciária é possível afirmar que as internas fazem o uso de uniformes na cor laranja, – que muitas vezes se encontram em estado de má conservação, descrito pelas próprias detentas – as detentas participam de três refeições diárias. Porém as gestantes possuem uma refeição a mais. (BRASIL, 2014a)

A penitenciária conta com um Núcleo de Saúde formado por uma equipe composta por: 01 psiquiatra que faz um atendimento semanal as mulheres encarceradas, 02 psicólogos que atendem aproximadamente de oito a dez pacientes por dia e 02 auxiliares de enfermagem. Essas práticas de saúde são realizadas em um espaço inapropriado segundo as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (BRASIL, 2014a)

A Penitenciária conta ainda com 01 odontólogo, 01 assistente social e 01 médico – clínico geral e ginecologista - que atende todos os dias; e 01 pediatra que faz atendimentos quinzenais. Conta ainda com uma farmácia que disponibiliza as detentas todos os medicamentos oferecidos pelo SUS.

A descrição dos atendimentos que farei a seguir são resultados da visita técnica da qual tive oportunidade de levantar algumas questões da qual me foram respondidas pela agente penitenciária que supervisionou minha visita a PFDF.

O atendimento de saúde das detentas é feito através de queixas das mesmas que ao sentirem necessidade de atendimento, preenchem um requerimento que é encaminhado a agente penitenciária que faz o agendamento de uma consulta com o especialista desejado pela presa (odontologia, clínica médica, ginecologia).

O acompanhamento vacinal é feito dentro da própria penitenciária no que competem as campanhas vacinais, porém, as vacinas de rotina administradas por faixa etária são feitas no posto de saúde de referência- neste caso o Posto de Saúde N° 03 do Gama.

Com relação às detentas gestantes, as mesmas fazem todo o acompanhamento pré-natal no Núcleo de Saúde da penitenciária, tendo acesso a todos os tipos de exames realizados por tipagem sanguínea na própria penitenciária, porém, exames mais complexos – ultrassonografia, por exemplo - são realizados no hospital.

Não se sabe quantificar corretamente o número de gestantes e puérperas existentes na PFDF atualmente, mas em média a cadeia comporta de 12 a 15 gestantes. Porém, a penitenciária já acomodou em determinado tempo 24 gestantes.

Relatando os procedimentos realizados com as gestantes quanto ao trabalho de parto, foi constatado que a detenta quando sente contrações avisa a agente penitenciária do posto da ala, que a encaminha ao médico do Núcleo de Saúde que confirmará se ela se encontra em trabalho de parto,

confirmado o processo de trabalho de parto a gestante é encaminhada junto com uma escolta ao hospital de referência – Hospital do Gama.

É importante salientar que durante todo o processo de parto a detenta se mantém sob custódia da escolta. O uso de algemas durante o parto é negado pela agente penitenciária, não por questões morais da apenada, mas sim por atrapalhar os procedimentos médicos.

É importante salientar que o procedimento de encaminhamento ao médico do Núcleo de Saúde, só acontece nos horários de plantão, nas situações de parto ocorridas fora do plantão a gestante é encaminhada diretamente ao hospital.

Acerca dos processos de parto das gestantes da PFDF pode-se destacar um caso noticiado pelo portal G1 da Rede Globo de Televisão que relata que uma detenta deu a luz em cima de um saco de lixo em um corredor da penitenciária. (DETENTA [2015]) Segundo a agente penitenciária essa situação trata-se de um caso isolado que ocorreu porque não deu tempo de levar a gestante até o hospital antes de seu bebê nascer, e no horário do ocorrido o Núcleo de Saúde da penitenciária não tinha médico de plantão. Porém, posteriormente essa gestante foi levada juntamente com seu bebê pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e se encontram em boas condições de saúde.

Segundo o Relatório de Inspeções, nas alas destinadas as gestantes e puérperas da PFDF houve algumas problemáticas levantadas pelas próprias apenadas, são eles: falta de recursos materiais para uso do bebê, falta de estrutura, a presença de animais no local – pombos que defecavam na janela da ala. (BRASIL, 2014a) É importante destacar que em média o tempo de permanência dessas mulheres nessa ala em específico é de seis meses, tempo estipulado para o período de amamentação, conforme estipulado nas legislações (LEP e PNSSP).

Cabe salientar que durante o discurso da agente penitenciária - que supervisionou minha visita a PFDF - com relação às condições de assistência a saúde das presas observou-se que a assistência é vista de forma positiva pelas próprias presas que relatam ter mais facilidade de acesso aos serviços de saúde dentro da penitenciária do que fora dela.

Com relação à assistência jurídica dessas mulheres é feita através da Defensoria Pública e algumas universidade dentre elas a própria Universidade de Brasília. (BRASIL, 2014a)

Das problemáticas levantadas durante a inspeção, observou-se que se tratava de falta de recursos para uso individual, medicamentos e materiais de limpeza. (BRASIL, 2014a)

6.3 APLICABILIDADE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COLETIVA

Levando em consideração as discussões levantadas, busco então dar aplicabilidade a minha profissão que venho através deste apresentar meu trabalho como requisito de minha formação: a Saúde Coletiva.

As afirmações aqui descritas no decorrer deste trabalho, são de suma importância no contexto do papel do sanitarista, já que este se fundamenta como futuro tomador de decisões. Deve-se então estar atento as ações aqui já descritas, para que se possa pensar em novas ações e estratégias que contemplem a saúde dessa população, uma vez aqui já descrita compor um grupo de vulnerabilidade social.

Souza (2013, p. 29) em sua monografia atenta para o papel do profissional de saúde coletiva,

Na perspectiva da responsabilidade e do compromisso social do sanitarista em formação, o curso propõe que este venha a tornar-se capaz de problematizar as situações de saúde em nível local, regional e nacional; de reconhecer a transversalidade do saber em saúde; de valorizar o aporte de outros campos e saberes para a produção de conhecimentos em saúde coletiva; de desenvolver o compromisso com a defesa, implantação, estruturação e organização do Sistema Único de Saúde e de compreender a natureza social do processo saúde-doença.

Fica evidente que a situação aqui estudada – direito à saúde das mulheres privadas de liberdade quando gestante e no período pós-parto - se insere no contexto de estudo da área do sanitarista. Evidencia-se também seu papel na formulação de políticas públicas, no caso em evidência deste trabalho, políticas públicas que sejam viáveis e que possam dar assistência de forma integral e contínua à saúde da população privada de liberdade, bem como trabalhando os aspectos que atualmente impedem que esse direito seja garantido de forma total.

Como possíveis formas de resolução da problemática levantada o profissional sanitarista pode se posicionar frente ao cumprimento do PNSSP que é tido como o plano maior, atentando-se ao cumprimento de suas diretrizes. Fazendo assim com que a ferramenta formulada tenha êxito no cumprimento da garantia de direitos da população privada de liberdade.

Como já descrito por Souza (2013) anteriormente, o sanitarista possui papel importante na problematização de situações de saúde, e é um dos poucos que trabalha a transversalidade dos saberes. Portanto, recomenda-se a escuta qualificada para facilitar a compreensão no que concerne aos pedidos das gestantes em privação de liberdade. Atentar-se para ações que são de simples manejo de execução como, por exemplo, o exame de pré-natal e o acompanhamento da gestação.

Uma das problemáticas internas presentes não somente na PFDF, mas também em outras penitenciárias é a falta de profissionais de saúde, bem como de funcionários penitenciários qualificados. Pode-se pensar na solução para este embate na contratação de mais recursos humanos destinados ao melhor funcionamento da penitenciária, favorecendo assim a execução de serviços que tem impacto direto nas presas, como por exemplo, o transporte das gestantes até as unidades de saúde para execução de exames e acompanhamento da gestação.

Com relação aos profissionais de saúde existentes dentro do presídio deve-se buscar uma qualificação dos mesmos favorecendo um melhor atendimento de serviços de saúde quanto a essa população, diminuindo assim o grau de vulnerabilidade do qual fazem parte e garantindo que os direitos sanitários venham a ser respeitados conforme legislações vigentes que objetivam nessas práticas de promoção, prevenção e controle de agravos em saúde. Pois se sabe que é necessário um tratamento diferenciado para essa população.

O profissional da saúde coletiva pode intervir também na formulação de legislações que levem doulas e/ou profissionais que auxiliem no aleitamento materno para dentro das penitenciárias. Essa ação visaria diminuir a vulnerabilidade das mulheres privadas de liberdade em processo gravídico-puerperal, bem como aproximando os serviços de saúde no âmbito do SUS para a população carcerária feminina. E ainda garantindo os direitos promulgados na Rede Cegonha de humanização ao parto.

Devem-se assegurar melhores condições de higiene no local destinado a vivência da população privada de liberdade, uma vez que isso favorece a propagação de agravos em saúde. O profissional sanitário pode intervir juntamente com os órgãos competentes – neste caso a ANVISA – para que esse cenário possa ser mudado, para que se possa cumprir o que é recomendável nesse caso.

O profissional sanitário poderia também juntamente com o sistema judiciário atuar nas questões concernentes a este público privado de liberdade, em contrapartida com o Ministério Público e a Defensoria Pública do Distrito Federal verificando como está sendo garantido o direito das mulheres juntamente com esses órgãos e o sistema penitenciário. Neste caso o sanitário se posiciona como “ponte” entre o sistema judiciário e o penitenciário, mediando os enfrentamentos existentes entre os dois.

Outra recomendação que já foi visualizada anteriormente através do Relatório de Inspeções Preliminares nos Presídios do Distrito Federal é a questão do aprimoramento da Defensoria Pública,

bem como a ampliação dos defensores públicos a fim de cumprir melhor as demandas das apenadas.
(BRASIL, 2014a)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho é possível concluir que os formuladores de políticas públicas estão com o olhar direcionado para a população privada de liberdade. Entretanto, ainda existe um grande embate no que concerne à execução dessas políticas públicas pelos motivos já descritos no decorrer deste trabalho.

Conclui-se ainda que a população feminina em privação de liberdade é carente de atendimento especializado, bem como são carentes de serviços de prevenção. Como se pode perceber no decorrer da descrição dos serviços destinados a ela, não se soube de exames preventivos mais complexos, tais como câncer de mama. Somente lhe são ofertada exames rotineiros e mais simples.

Deve-se salientar também que a humanização do parto deve ser levada para dentro dos muros penitenciários, diminuindo assim o grau de vulnerabilidade dessas e dando certa autonomia quanto ao seu processo de parto, já que este não é ponto de penalização para essas mulheres.

Um dos pontos mais importantes que serviu de aprendizado no decorrer deste trabalho é a visualização da inserção do papel do sanitarista dentro da perspectiva trabalhada. O que não se trata de uma utopia acadêmica, podendo sim ser positivada a profissão do sanitarista neste contexto de melhoria da garantia dos direitos das gestantes e puérperas em privação de liberdade.

Ressalta-se ainda a importância de estudos feitos no âmbito da Penitenciária Feminina do Distrito Federal no contexto da saúde, pois ao fazer o levantamento bibliográfico para embasar este trabalho percebeu-se uma carência de conteúdo científico contendo dados de saúde da população privada de liberdade do Distrito Federal. Fortalecendo a ideia de que a população do sistema penitenciário não é esquecida apenas no contexto das políticas públicas, mas também é ignorada por nós pesquisadores.

E por fim é importante apontar ainda que por se tratar de uma penitenciária que acomoda um grande número de mulheres, essa deve também trabalhar a ideia de aprimoramento de sua estrutura para que se possam fazer todos os tipos de atendimento na própria penitenciária, evitando assim determinadas situações tal qual foi abordada neste trabalho – grávida deu a luz em cima de um saco de lixo no corredor da PFDF – favorecendo assim uma melhoria também na qualidade do atendimento, já que atualmente funciona em local não apropriado para o tipo de serviço que é prestado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Consolidação do Direito Sanitário no Brasil**. In: COSTA, Alexandre Bernardino et al.(Org.) O Direito Achado na Rua: introdução crítica ao direito à saúde. Introdução crítica ao direito à saúde. v.4. Brasília: CEAD/UnB, 2009. p. 215-230.

BRASIL. Comissões de Ciências Criminais. **Relatório de Inspeções Preliminares nos Presídios do Distrito Federal**. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://www.migalhas.com.br/arquivos/2014/4/art20140404-03.pdf>>. Acesso em: 26 Jun. 2015.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011a. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 12 mai. 2015

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 12 mai. 2015.

_____. Lei nº 11.108, de 07 de Abril de 2005a. 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**, Brasília, 8 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 18 mai. 2015

_____. Lei nº 11.942, de 27 de Maio de 2009a. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 mai. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/111942.htm>. Acesso em: 08 abr. 2015

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 128, n. 182, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 10 mai. 2015

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b: Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá Outras Providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 24 jun. 2015

_____. Lei nº. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em: 06 abr. 2015.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Sistema Prisional: Infopen: Estatística: população Carcerária: Sintético**. Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID={9388597E-6809-4EF0-AAF6-D328D8E3B388}&ServiceInstUID={4AB01622-7C49-420B-9F76-15A4137F1CCD}>>>. Acesso em: 08 abr. 2015

_____. Ministério da Justiça. Secretaria de Assuntos Legislativos. **Dar à luz na sombra: condições atuais e possibilidades futuras para o exercício da maternidade por mulheres em situação de prisão**. Ministério da Justiça. IPEA, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 12 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351, de 05 de outubro de 2011c. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial União**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 18 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011d: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha.**Diário Oficial União**, Brasília, 2011.Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html>. Acesso em: 18 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos Para Vacinação**. Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990c.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesso em: 06 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010b. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez 2010.

_____. **Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. 1976. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2015

_____. PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (PNPM). **Plano nacional de políticas para as mulheres**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005b.

_____. Portaria Interministerial nº 1.679, de 12 de Agosto de 2013. Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.155, seção 1, 44, 13 ago. 2014. Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1679_12_08_2013.html>. Acesso em: 12 mai. 2015.

_____. Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de Setembro de 2003. Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, set. 2003.

Disponível em:

<<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTsvc.asp?DocumentID=%7B65B5ED47-662E-4837-8B70-3AAB55512DA5%7D&ServiceInstUID=%7B4AB01622-7C49-420B-9F76-15A4137F1CCD%7D>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

_____. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de Janeiro de 2014d. 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**, Brasília, n.12, seção 1, p.75, 17 jan. 2014.

Disponível em:

<http://www.justica.sp.gov.br/StaticFiles/SJDC/ArquivosComuns/ProgramasProjetos/PPM/U_PT-INTERM-MJ-MSPM-210_160114.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. Projeto de Lei nº7633, de 2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher em processo gravídico-puerperal e dá outras providências. **[Portal] Câmara dos Deputados**, Brasília, 2014e. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=B6E3D2CDFD6EF946BDEE8153133C6EE3.proposicoesWeb2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014>. Acesso em: 25 Jun. 2015.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Subsecretaria de Edições Técnicas, Senado, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 06 abr. 2015

Centro de Informação das Nações Unidas Rio de Janeiro. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/declaracao/>>. Acesso em: 17 abr. 2015

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Rev. Saúde públ.**, v. 22, p.327-334, São Paulo. 1988.

DE OLIVEIRA, Hilderline Câmara et al. **Assistência à saúde à mulher-presa: um direito negado**. In: SEMINÁRIO NACIONAL GÊNERO E PRÁTICA CULTURAIS, 2., 2009, Paraíba

2009. p. 1-10. Disponível em: <<http://www.itaporanga.net/genero/gt8/2.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2015

DETENTA dá a luz em cima de saco de lixo em corredor de presídio no DF. **[Portal] G1**, Distrito Federal, 9 maio 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2015/05/detenta-da-luz-em-cima-de-saco-plastico-em-corredor-de-presidio-no-df.html>>. Acesso em: 25 Jun. 2015

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2015

DINIZ, Debora; PAIVA, Juliana. Mulheres e prisão no Distrito Federal: itinerário carcerário e precariedade da vida. **Rev. brasileira de ciências criminais**, n. 111, p. 313-329, 2014.

FREIRE, Elana Maria Ramos et al. Percepção das Mulheres Encarceradas em Penitenciária em Relação à Atenção a Saúde da Mulher. **Gestão e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 113-136, 2014.

GALVÃO, Mayana Camila Barbosa; DAVIM, Rejane Marie Barbosa. Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/33554/21053>>. Acesso em: 17 abr. 2015

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 20-29, 1995.

GOMES, Aline Barbosa Figueiredo et al. Reflexões sobre a maternidade no sistema prisional: o que dizem técnicas e pesquisadoras. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 15., 2008, Maceió. **Anais...** Maceió: FITs. p. 1-8. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/366.%20reflex%D5es%20sobre%20a%20maternidade%20no%20sistema%20prisional.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2015

GOVERNO DE BRASÍLIA. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Departamento de Atenção Básica. **[Portal] Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal**, Brasília, [2015a]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_cegonha>. Acesso em: 18 mai. 2015.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Gerência de atenção à saúde de populações em situação vulnerável. **[Portal] Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal**, Brasília, [2015b]. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/531-gerencia-de-atencao-a-saude-de-populacoes-em-situacao-vulneravel-gaspv.html>>. Acesso em: 14 mai. 2015.

LANCELLOTTI, Helena Patini. Mulheres, Rua e Prisão: uma análise do perfil de mulheres com trajetória de rua custodiadas na Penitenciária Feminina do Distrito Federal. In: SEMINÁRIO DE ANTROPOLOGIA DA UFSCAR, 3., 2014, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UFSCAR, 2014. p. 625-635.

LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. In: SEMINÁRIO SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 1., 2004, São Paulo, 2004. p. 53-102. Disponível em: <http://www.posafro.ufba.br/_PROF/11/Experiencias%20desiguais%20ao%20nascer%20viver%20adoecer%20e%20morrer%20%20fernanda%20lopes.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2015

MARQUES, Silvia Badim. **O direito ao acesso universal a medicamentos no Brasil: diálogos entre o direito, a política e a técnica médica**. São Paulo, 2011. Originalmente apresentado como tese de doutorado. Universidade de São Paulo, 2011.

MEDINA, Graciela. **Violencia Obstétrica**. 2008. Disponível em: <<http://www.gracielamedina.com/assets/Uploads/articulo/pdf/VIOLENCIAOBSTETRICA11.doc>>. Acesso em: 18 maio 2015

MILITÃO, Lisandra Paim; KRUNO, Rosimery Barão. Vivendo a gestação dentro de um sistema prisional. **Saúde (Santa Maria)**, v. 40, n. 1, p. 77-84, 2014.

MIRANDA, Adriana; LACERDA, Rosane. Direito à Saúde de Grupos Vulneráveis. In: COSTA, Alexandre Bernardino et al.(Org.) **O Direito Achado na Rua: introdução crítica ao direito à saúde. Introdução crítica ao direito à saúde**. v.4. Brasília: CEAD/UnB, 2009. p. 215-230.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 2, 1996. Disponível em: <http://www.dcoms.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_qualitativa_caracteristicas_usos_e_possibilidades.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2015

OLIVEIRA, Rayane Noronha. **Mulheres, saúde reprodutiva e prisão: um estudo da maternidade em uma perspectiva feminista na Penitenciária Feminina do Distrito Federal.** Brasília, 2014. Originalmente apresentado como monografia de graduação, Universidade de Brasília, 2014.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil The Program for Integrated Women's Health Care (PAISM): a landmark in the approach to reproductive health in Brazil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 14, n. 1, p. 25-32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v14s1/1337>>. Acesso em: 22 abr. 2015

PEDROSO, Regina Célia. Utopias penitenciárias projetos jurídicos e realidade carcerária no Brasil. **Revista de História**, n. 136, p. 121-137, 1997. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/download/18816/20879>>. Acesso em: 17 abr. 2015

PIANA, Maria Cristina. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional.** São Paulo, Ed. UNESP, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-05.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2015

PÍCOLI, Renata Polópoli et al. Gestação e Puerpério no Cárcere: estudo descritivo da atenção à saúde. **Rev. Baiana de Saúde Públ.**, Mato Grosso do Sul, v. 38, n. 1, p. 67, 2014. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/413>>. Acesso em: 17 abr. 2015

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. supl. I, p. 759-768, Botucatu, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1>>. Acesso em: 29 mai. 2015

REDE DO PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Violência Obstétrica: Parirás com dor: Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres.** [s.l:s.n.], 2012.

REIS, Denizi Oliveira; ARAUJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. **Módulo Político Gestor.** São Paulo: UNASUS/UNIFESP, 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2015

SÁ E SILVA, Fábio. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. In: COSTA, Alexandre Bernardino et al.(Org.) **O Direito Achado na Rua: introdução crítica ao direito à saúde. Introdução crítica ao direito à saúde**. v.4. Brasília: CEAD/UnB, 2009. p. 215-230.

SANTA RITA, Rosangela Peixoto. **Mães e crianças atrás das grades: em questão o princípio da dignidade da pessoa humana**. Brasília, 2006.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface Comum. Saúde Educ.**, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>>. Acesso em: 10 mai. 2015

SERRAS, Dinora; PIRES, António. Maternidade atrás das grades. **Rev. Anál. Psic.**, p. 413-425, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a09.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

SOUZA, Sérgio Santos. O que é saúde coletiva?. Brasília, 2013. Originalmente apresentado como monografia de graduação, **Universidade de Brasília**, 2013.

TAVARES, Amanda Santos; ANDRADE, Marilda; DA SILVA, Jorge Luiz Lima. Do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: breve histórico. **Rev. Bras. em Prom. da Saúde**, v. 5, n. 2, p. 30-32, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/Paism10.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2015.