
ATENÇÃO À SAÚDE
DAS PESSOAS
PRIVADAS DE LIBERDADE

Atenção à Saúde
da Mulher Privada
de Liberdade

Carmem Regina Delziovo
Caroline Schweitzer de Oliveira
Luciana Oliveira de Jesus
Elza Berger Salema Coelho

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora: Roselane Neckel

Vice-Reitora: Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação: Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa: Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão: Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor: Sergio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretor: Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento: Antônio Fernando Boing

Subchefe do Departamento: Fabrício Augusto Menegon

Coordenadora do Curso de Capacitação: Elza Berger Salema Coelho

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Marden Marques Soares Filho

Francisco Job Neto

GESTORA GERAL DO PROJETO

Elza Berger Salema Coelho

EQUIPE EXECUTIVA

Carolina Carvalho Bolsoni

Thays Berger Conceição

Rosangela Leonor Goulart

Sheila Rubia Lindner

Olivia Zomer Santos

Gisélida Vieira

ASSESSORIA PEDAGÓGICA

Márcia Regina Luz

AUTORIA DO MÓDULO

Carmem Regina Delziovo

Caroline Schweitzer de Oliveira

Luciana Oliveira de Jesus

Elza Berger Salema Coelho

REVISÃO DE CONTEÚDO

Igor de Oliveira Claber Siqueira

Francisco Job Neto

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MÍDIAS

Coordenação Técnica: Marcelo Capillé

Design Instrucional: Adriano Sachweh

Design Gráfico, Identidade Visual: Pedro Paulo Delpino

Projeto Gráfico, Diagramação, Ilustração: Laura Martins Rodrigues

Revisão de Língua Portuguesa: Adriano Sachweh


© 2014 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação desde que seja citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900, Trindade

Florianópolis – SC.



ATENÇÃO À SAÚDE
DAS PESSOAS
PRIVADAS DE LIBERDADE

Atenção à Saúde
da Mulher Privada
de Liberdade

Catálogo elaborado na Fonte

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Valorização da Atenção Básica. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – Modalidade a Distância.

Atenção à saúde da mulher privada de liberdade [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: Carmem Regina Delziovo ... [et al] — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

52 p.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Vulnerabilidades no sistema prisional e assistência à saúde da mulher. – Atenção obstétrica e neonatal à mulher privada de liberdade. – Direitos sexuais e reprodutivos da mulher no sistema prisional.

1. Prisioneiros. 2. Prevenção primária. 3. Educação a distância. I. UFSC. II. Delziovo, Carmem Regina. III. Oliveira, Caroline Schweitzer de. IV. Jesus, Luciana Oliveira de. V. Coelho, Elza Berger Salema. VI. Título.

CDU: 340

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária responsável:

Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

Sumário

| | |
|--------------------------|---|
| Carta do autor | 5 |
| Objetivo do módulo | 6 |

| | | |
|------------------|--|----|
| Unidade 1 | Vulnerabilidades no sistema prisional e atenção à saúde da mulher..... | 7 |
| | 1.1 Introdução da unidade..... | 8 |
| | 1.2 As condições de vulnerabilidade das mulheres no sistema prisional | 9 |
| | 1.3 Perspectivas da política nacional de atenção integral à saúde da mulher..... | 13 |
| | 1.4 Resumo da unidade | 15 |

| | | |
|------------------|--|----|
| Unidade 2 | Atenção obstétrica e neonatal à mulher privada de liberdade..... | 16 |
| | 2.1 Introdução da unidade | 17 |
| | 2.2 Atenção obstétrica e neonatal no Brasil | 17 |

| | | |
|--|---|----|
| | 2.3 Atenção à mulher grávida e ao recém-nascido no sistema prisional..... | 24 |
| | 2.4 Resumo da unidade..... | 32 |

| | | |
|------------------|--|----|
| Unidade 3 | Direitos sexuais e reprodutivos da mulher no sistema prisional | 33 |
| | 3.1 Introdução da unidade | 34 |
| | 3.2 Gênero e saúde | 35 |
| | 3.3 A atenção à saúde das mulheres negras e da população LGBT..... | 37 |
| | 3.4 Violência contra a mulher e o sistema prisional..... | 38 |
| | 3.5 Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS..... | 40 |
| | 3.6 Câncer de colo uterino e câncer de mama..... | 41 |
| | 3.7 Resumo da unidade..... | 43 |
| | 3.8 Recomendações de leituras complementares | 43 |

| | |
|---------------------------------|----|
| Encerramento do módulo | 45 |
| Referências..... | 46 |
| Minicurrículo dos autores | 50 |

Carta dos autores

Bem-vindo ao módulo de Atenção à Saúde da Mulher Privada de Liberdade! Convidamos você, profissional de saúde, a refletir sobre como suas ações podem contribuir para garantir o direito de acesso à atenção à saúde das mulheres que perderam temporariamente sua liberdade de ir e vir.

A atenção integral à saúde das mulheres exige o incremento de políticas públicas voltadas ao cuidado, tendo em vista que o confinamento propicia e agrava muitas doenças.

Ser mulher e estar privada de liberdade amplia a condição de vulnerabilidade, em especial às gestantes, às puérperas e aos seus recém-nascidos. Esses momentos “delicados” do ciclo vital podem ser afetados diante das estruturas inadequadas dos estabelecimentos penais, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e do afastamento quanto à rede de apoio.

Deste modo, é de fundamental importância que se priorize o pleno acesso dessas mulheres ao sistema público de saúde, de modo que seja garantida não só a atenção integral à saúde, mas uma assistência de qualidade, que respeite as questões de gênero e as demais condições de vulnerabilidade em que se encontram. Para que possam contribuir na ampliação do acesso das mulheres privadas de liberdade, os profissionais de saúde que atendem no sistema prisional precisam conhecer os direitos delas e os recursos existentes no Sistema Único de Saúde (SUS).

Vamos juntos enfrentar este desafio!

*Carmem Regina Delzियो
Caroline Schweitzer de Oliveira
Luciana Oliveira de Jesus
Elza Berger Salema Coelho*

Objetivo do módulo

Contextualizar os direitos de atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional tomando por base as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando como estes podem ser efetivados nesse contexto de trabalho e na articulação com os demais serviços da rede.

Carga horária de estudo recomendada
para este módulo: 30 horas



Unidade 1

Vulnerabilidades no
sistema prisional e atenção
à saúde da mulher

1.1 Introdução da unidade

Ao final desta unidade você deverá compreender as vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres privadas de liberdade e as perspectivas de atenção referentes à saúde sexual, reprodutiva, ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao enfrentamento da violência.

InfoPen

Sistema de informação do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça, para a integração dos órgãos de administração penitenciária de todo o país, possibilitando a criação dos bancos de dados federal e estaduais sobre os estabelecimentos penais e as populações prisionais. É um mecanismo de comunicação entre os órgãos de administração prisional, criando “pontes estratégicas” para os órgãos da execução penal, possibilitando a execução de ações articuladas dos agentes na proposição de políticas públicas. Há mais informações em: <<http://portal.mj.gov.br/>>.

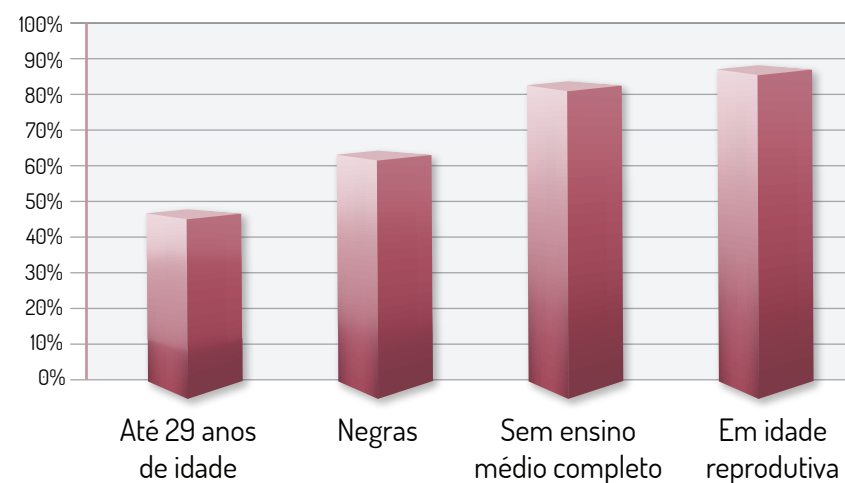
Apesar de a maioria da população prisional ser composta por homens, nos últimos anos houve um crescimento real da população carcerária feminina, de 3,7% para 7% ao ano. Atualmente as mulheres representam cerca de 7% da população total de pessoas privadas de liberdade.

O crescente incremento das taxas de encarceramento feminino deve ser um alerta para a compreensão da situação em que se encontram essas mulheres nas prisões brasileiras, que em muitos casos são ambientes superlotados e sem estrutura para receber mulheres.

O relatório **InfoPen** de 2012 retrata as desigualdades sociais que marcam o perfil das mulheres que se encontram no sistema prisional: 47% delas tinham até 29 anos de idade, 63% eram negras e 83% não completaram o Ensino Médio – isto é, tinham menos de 11 anos de estudo (BRASIL, 2013a).

Esse mesmo relatório informa que 87% das mulheres estavam privadas de liberdade em idade reprodutiva, o que na condição de saúde reflete em agravos relacionados a esse período de vida, como vulvovaginites e câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2010a).

Perfil das mulheres que se encontram no sistema prisional brasileiro



| Figura 1 – Perfil das mulheres que se encontram no sistema prisional brasileiro. Fonte: adaptado de BRASIL (2012).

Esse contexto indica que atuar como profissional de saúde no sistema prisional é desafiador e envolve articulação com diversas áreas de atuação. Além disso, consiste na realização de ações que considerem as especificidades locais e as condições de vida dessas mulheres.

Não podemos esquecer que os direitos sexuais e reprodutivos são, reconhecidamente, direitos humanos. No entanto, muitas vezes não se garantem esses direitos a mulheres em situação prisional – por exemplo, o acesso à visita íntima em alguns estabelecimentos.

Existem iniciativas de estados da federação no sentido de garantir direitos sexuais e reprodutivos, atividades de educação em saúde, visita íntima e reserva de locais contíguos às penitenciárias para o acolhimento da mãe e do bebê após o parto. O objetivo é mostrar que é possível atender às necessidades diferenciadas das mulheres, mesmo que estejam privadas de liberdade (BRASIL, 2010a).

1.2 As condições de vulnerabilidade das mulheres no sistema prisional

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam de maneira diferenciada no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a condições precárias de vida estão mais vulneráveis e vivem menos.

Levando em consideração as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres, existe um forte impacto nas condições de saúde dessas últimas, em especial no sistema prisional, de modo que a questão de gênero deve ser considerada como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas dentro das prisões. Os desafios enfrentados pelas mulheres, em relação ao acesso à justiça, ocorrem de maneira desigual em

relação aos homens. A vitimização também é desproporcional com relação ao abuso físico e sexual antes do encarceramento (SANTOS; BERMUDEZ, 2012).

Cerca de 60% da população prisional feminina está condenada pelo crime de tráfico de entorpecentes, e grande parte desses crimes está vinculada a seus parceiros, maridos ou familiares. A elevação do número de mulheres condenadas por tráfico de drogas está relacionada ao fato de elas geralmente ocuparem atividades periféricas ou subsidiárias na estrutura do tráfico – muitas vezes são utilizadas como **mulhas**. Isso também estaria relacionado ao fato de deterem menos recursos de negociação da sua liberdade no momento da apreensão pela polícia (MUSUMECI, 2001).

Mula

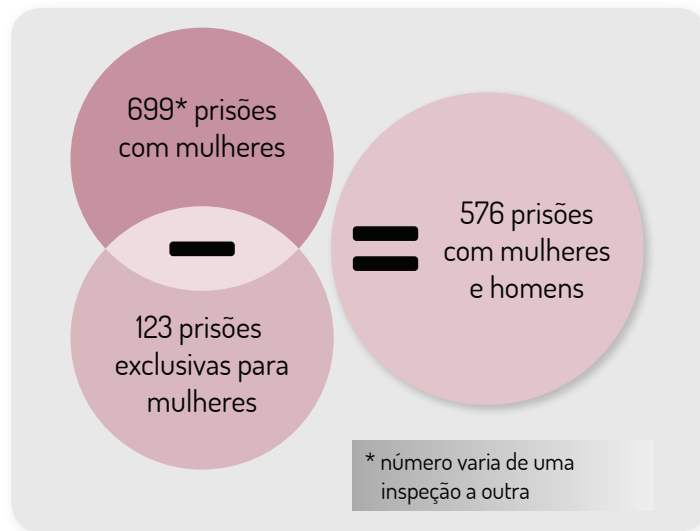
Quando falamos em tráfico de drogas, o termo “mula” se refere ao indivíduo que, conscientemente ou não, transporta droga ilegal de um local para outro, mediante pagamento ou coação.

O sistema carcerário no Brasil tem sido apontado como um dos que precisam de atenção. Dados de 2007 apontam que 25% das mulheres estão cumprindo pena em locais inapropriados. Desta forma, faz-se necessário implantar um conjunto de políticas específicas para atender às necessidades dessa população, uma vez que historicamente os presídios não foram desenhados para abrigar mulheres (BRASIL, 2007).

Essa realidade não está preconizada na legislação brasileira. Quando se refere à custódia das mulheres nos estabelecimentos penais, a Lei de Execução Penal, no artigo 82, § 1.º, diz que “a mulher e o maior de sessenta anos, separadamente, serão recolhidos em estabelecimento próprio e adequado à sua condição pessoal”.



No Brasil, segundo o CNJ, há 2.861 prisões. Destas, 699 mantêm mulheres presas (esse número se altera a cada inspeção). As utilizadas exclusivamente para mulheres somam 123. Portanto, existem 576 prisões com mulheres e homens.



| Figura 2 – Estimativa do número de prisões que abrigam tanto mulheres quanto homens.

Fonte: adaptado de BRASIL (2014)



Veja mais dados a respeito dos presídios brasileiros em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/sistema-carcerario-e-execucao-penal/geopresidios-page>>.

Nesses estabelecimentos penais mistos encontram-se pavilhões, alas e celas adaptadas para mulheres, e em sua grande maioria

não há qualquer forma de tratamento voltado à ressocialização, tampouco creche e berçário para seus filhos. Dessa forma, quando está próxima ao nono mês de gestação, por vezes a gestante é transferida para estabelecimentos com estrutura mais adequada. Quando a transferência ocorre do interior para a capital de estado, isso tende a dificultar a visita dos familiares, em razão da distância (BRASIL, 2008).

Outro fator de vulnerabilidade apresentado é que as mulheres são mais abandonadas do que os homens quando vão para o sistema prisional. Elas recebem poucas visitas, e um número significativo não recebe nenhuma. A possibilidade de estar mais próxima da sua família torna-se a motivação para permanecer em condições mais precárias de ambiente. Quando têm filhos antes de serem privadas de liberdade, estes acabam sendo cuidados por familiares, em grande parte das vezes pelas avós maternas (BRASIL, 2008).

Devemos lembrar o estigma da delinquência que a passagem pela prisão confere, bem como o resultado ainda maior quanto à precarização existencial das pessoas ao saírem dos estabelecimentos penais. Neste sentido, devem ser realizadas ações que respeitem os direitos sociais de saúde, educação e trabalho, de modo que sejam fortalecidas as potencialidades dessas mulheres, a fim de que contribuam para melhorar suas oportunidades quando reconquistarem a liberdade.

A situação de vulnerabilidade, nas suas diversas formas, influencia diretamente na saúde das pessoas e é sempre multidimensional, atuando em diferentes graus e de modo instável. Mais do



que serem informadas (aptitude), é preciso que as mulheres saibam se proteger e se mobilizem (atitude), a fim de que reajam às situações que as tornam suscetíveis ao adoecimento, transformando-as, ou pelo menos as amenizando, especialmente no cenário prisional (AYRES, 2003).

A concepção de vulnerabilidade adentra o campo da saúde pública e parece muito apropriado para colocar em análise a situação das mulheres em estabelecimentos penais. Torna-se fundamental que as equipes de saúde elaborem estratégias que reduzam os impactos das vulnerabilidades. A efetividade dessas ações, em especial nesses espaços, não pode restringir-se ao que tangue à área da saúde.

Entre as vulnerabilidades a que você precisa estar atento, com relação às mulheres no sistema prisional, estão a dificuldade de acesso a cuidados de higiene adequados, a uma atenção ginecológica e obstétrica eficiente e humana, a prevenção e diagnóstico precoce de câncer de colo uterino e mama, a doenças sexualmente transmissíveis, bem como a doenças e agravos mais comuns nessa população em geral, com ênfase aos agravos psicossociais. Outra importante vulnerabilidade é a violência a que as mulheres podem estar expostas – tanto a institucional quanto entre elas próprias –, além do risco de ocorrer violência sexual.

Por isso, você profissional está sendo convidado a conhecer alguns aspectos da vida das mulheres que se encontram reclusas nos ambientes penais, a fim de construir intersetorialmente com sua equipe as ações que promovam a saúde, previnam os agravos e as doenças e tratem as condições estabelecidas dentro de uma abordagem integral.

Para ampliar a sua compreensão deste contexto, assista a um vídeo com depoimentos de mulheres privadas de liberdade. Produzido no Canal Justiça, este vídeo apresenta relatos de mulheres sobre a situação nas prisões e a realidade vivida por elas. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BjsEPH6q3pl>>.



Os agravos decorrentes do confinamento podem potencializar doenças psicossociais, exigindo dos profissionais um olhar atento para a identificação de possíveis transtornos mentais e para o uso de álcool e de outras drogas. Assim, o impacto que a situação de privação da liberdade tem sobre as mulheres pode desencadear transtornos mentais ou potencializar os já existentes (SANTOS; BERMUDEZ, 2012).

É importante lembrar que o debate em torno da saúde mental não está ligado ao sofrimento acarretado somente pela deficiência orgânica e psíquica, mas, principalmente, pelas consequências sociais que esse diagnóstico carrega: preconceitos, discriminações e falta de esclarecimentos por parte dos atores sociais que circundam o território dessas pessoas que sofrem e que, por sua vez, desdobram-se na exclusão, no medo e na falta de atenção em relação a essa problemática.

Na condição de profissionais da saúde, torna-se importante assumirmos a responsabilidade de realizar uma nova construção em relação ao conceito e à terapêutica exercida em saúde mental (LIMA et al, 2006).

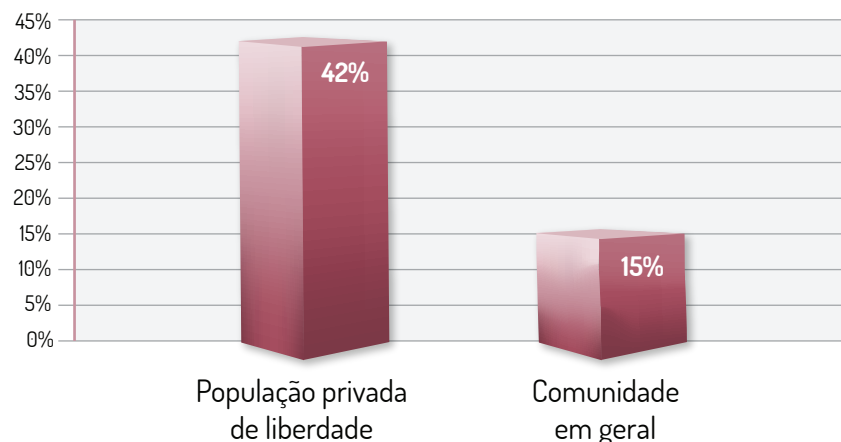




Conheça algumas sugestões e ferramentas de trabalho para ampliar a capacidade de cuidado da equipe de Atenção Básica na atenção à saúde mental acessando o Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>.

No contexto prisional, dados estatísticos apontam que a prevalência de doença mental entre a população privada de liberdade está no percentual de 42%, ao passo que na comunidade em geral é de 15% (CANAZARO et al, 2010). Sabe-se que esse adoecimento associa-se a um contexto: o tipo de atenção que vai ser dada à mulher.

Prevalência de doença mental



| Figura 3 – Dados sobre a prevalência de doença mental.

Fonte: adaptado de CANAZARO et al (2010).

O consumo de ansiolíticos tornou-se um problema de saúde pública que atinge grandes dimensões. A literatura nacional e internacional é unânime em afirmar a posição de destaque das mulheres em relação ao consumo desses medicamentos, que estão entre as substâncias psicotrópicas mais consumidas indiscriminadamente em todo o mundo.

No ambiente prisional, tais dados tornam-se mais alarmantes. Numa visão abrangente, Barros (1983, p. 94) vem afirmando que esses medicamentos “fazem parte do arsenal terapêutico dirigido à ‘medicalização do mal-estar’ e ao controle da tensão gerada, não raras vezes, nas relações sociais de produção e no processo de trabalho”. Em outras palavras, as pessoas recorrem a calmantes na esperança de escapar das pressões sociais, familiares ou do trabalho, ou de torná-las ao menos toleráveis.

Tudo indica que no sistema penal, diante das estruturas precárias e de todas as condições de vulnerabilidade apontadas, tal questão fica ainda mais agravada.

Deixamos aqui um questionamento para você profissional de saúde: É possível desenvolver práticas terapêuticas em saúde mental dentro do sistema prisional?



1.3 Perspectivas da política nacional de atenção integral à saúde da mulher

Buscando atender à complexidade e às especificidades da saúde das mulheres, a criação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) é resultado das reivindicações dos movimentos de mulheres e dos grupos feministas.

Essa política parte da percepção ampliada de ser mulher, de seu contexto de vida e do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições como sujeito capaz e responsável por suas escolhas. Tal perspectiva requer profissionais de saúde capazes de estabelecer relações com as mulheres de maneira singular, respeitando as diferenças, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais ou de diferentes orientações sexuais.

Desta forma, as práticas de saúde deverão nortear-se pelos princípios da humanização, compreendidos como atitudes e comportamentos que contribuem para reforçar a atenção à saúde como um direito, dando maior grau de informação em relação ao corpo e às condições de saúde, a fim de ampliar a capacidade de fazer escolhas adequadas ao próprio contexto e momento de vida (BRASIL, 2004).

Essa política estabelece algumas diretrizes, como as listadas a seguir.

- Attingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos

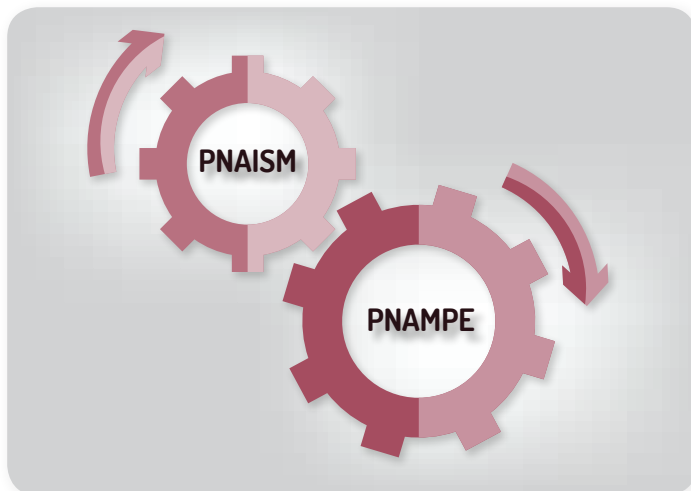
distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, em situação de prisão, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).

- Considerar que a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde.
- Basear as práticas em saúde nos princípios da humanização, compreendidos como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida.

A ampliação da atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, aponta diferentes perspectivas de integralidade, representando um passo importante a ser dado pelo Estado e pela sociedade (SÁ e SILVA, 2009).

Recentemente a Secretaria de Política para as Mulheres, em conjunto com o Ministério da Justiça, publicou a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). Em consonância com a PNAISM, essa política tem o objetivo de reformular as práticas e garantir os direitos das mulheres privadas de liberdade no Brasil.





| Figura 4 – PNAISM e PNAISMP – políticas brasileiras consonantes na busca por garantir os direitos das mulheres privadas de liberdade no país.

Fonte: do autor (2015)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) estende a cobertura efetiva do SUS a todas as pessoas privadas de liberdade, concretizando a universalização do SUS. Isso significa que cada unidade prisional passará a ser também um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde serão estruturados serviços e equipes de saúde no sistema prisional no âmbito do SUS.

Os profissionais que atuarão nas equipes, independentemente de estarem ou não vinculados com as secretarias de justiça, saúde, administração prisional ou correlatas, ficarão sob a gerência do serviço de saúde do território. Além disso, os fluxos,

as referências e as contrarreferências para atenção integral à saúde da população prisional serão pactuados nos espaços pertinentes do SUS (BRASIL, 2014c).

Nesta perspectiva, nosso objetivo neste momento é discutir propostas de atenção à saúde da mulher desde a PNAISP, sob a ótica da PNAISM e da PNAISMP, contribuindo para a melhoria das condições de vida e de saúde das mulheres no sistema prisional.

Para tanto, vale ressaltar a importância do envolvimento dos profissionais da equipe de saúde prisional na dimensão do cuidado. Estes precisam encontrar formas de estimular a adesão das mulheres às ações de promoção à saúde, às preventivas de doenças e agravos e ao tratamento da doença, entendendo que no sistema prisional os fatores de risco peculiares às condições de vida locais são agravantes das condições de saúde ou doença.

Salientamos que esses profissionais precisam estar atentos às oportunidades que surgem quando as mulheres buscam os serviços de saúde para dialogar sobre possíveis intervenções, potencializando dessa forma seu papel de agentes mobilizadores para o cuidado em saúde.

Devemos destacar também que no âmbito da privação de liberdade algumas condições fisiológicas, como a gravidez, conferem por si só uma ampliação da vulnerabilidade dessas mulheres.





| Figura 5 – Gravidez em estágio avançado.
Fonte: Fotolia/Igor Borodin (2015).

Este e outros aspectos da saúde da mulher serão abordados na sequência deste módulo com o intuito de ressaltar a importância da atenção pelos profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção de condições que favoreçam a saúde, a prevenção dessas doenças e o acesso ao tratamento precoce com minimização dos danos. Vale lembrar que as mulheres estão em condição de privação de liberdade, mas não de privação de atenção qualificada às suas necessidades.

1.4 Resumo da unidade

Esta unidade abordou as vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres privadas de liberdade e as perspectivas de atenção à saúde sexual e reprodutiva, ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao enfrentamento da violência. Tratou também da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, trazendo o enfoque da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE).

Essa perspectiva implica a necessidade de profissionais de saúde capazes de estabelecer relações com as mulheres de maneira singular, respeitando suas diferenças, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais ou de diferentes orientações sexuais.

Vimos também que as práticas de saúde deverão nortear-se pelos princípios da humanização, sendo compreendidas como atitudes e comportamentos que contribuam para reforçar a atenção à saúde de mulheres privadas de liberdade.





Unidade 2

**Atenção obstétrica
e neonatal à mulher
privada de liberdade**

2.1 Introdução da unidade

Para uma mulher no sistema prisional, a maternidade pode ter caráter positivo, por suavizar a solidão e a falta dos demais filhos e da família, reduzindo o sofrimento pela perda da liberdade. Por outro lado, a saúde dos filhos e o ambiente do sistema prisional, inadequado para o crescimento saudável de uma criança, são preocupações mencionadas quando essas mulheres são ouvidas (DA SILVA; LUZ; CECCHETTO, 2011).

A atenção e o vínculo estabelecido entre a equipe de saúde de referência – instalada dentro ou fora da prisão – e a mulher devem continuar no atendimento ao puerpério e à criança recém-nascida. Essa atenção será importante para minimizar os problemas que podem decorrer de vivenciar essa fase da vida em situação de privação de liberdade.

Santa Rita (2006) ressalta a importância da vinculação maternal para a boa estruturação emocional das crianças em fases precoces da vida e os benefícios para as mulheres pelo efeito estruturante e contendor de angústias inerentes ao cumprimento de pena de prisão. Neste período, as mulheres enfrentam condições que muitas vezes levam à depressão pós-parto, o que pode ser agravado pela perda de liberdade. Assim, o desafio para o profissional de saúde é a atenção integral à mulher e à criança no ambiente penal.



| Figura 6 – A mãe em contato com seu filho.
Fonte: Fotolia/michaeljung (2015).

2.2 Atenção obstétrica e neonatal no Brasil

Na atenção obstétrica e neonatal brasileira persistem mortes maternas e infantis por causas evitáveis, num modelo de atenção tecnocrático e desarticulado entre o pré-natal e o parto. Esse cenário tornou necessária uma política pública voltada a essa área.


Apesar das críticas ao reducionismo da mulher à gestação e ao parto, essa é uma ação emergencial diante do contexto vivido e



das muitas mortes desnecessárias que ocorrem no país. O Brasil tem como meta atingir os indicadores propostos nos objetivos do milênio, que incluem a redução da mortalidade materna em $\frac{3}{4}$ até 2015, chegando a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Em 2012 ocorreram ainda 61 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos.

No Brasil, a primeira causa de morte materna é a hipertensão relacionada à gravidez (eclampsia); a segunda é a hemorragia (Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 2012). Essas causas têm relação com a qualidade e o acesso ao pré-natal, que possibilita a identificação de intercorrências e a intervenção adequada, minimizando riscos e danos à mãe e ao filho.

Alguns agravantes na atenção às gestantes são encontrados nas investigações dos fatores que contribuíram para a determinação do óbito materno, como podemos ver a seguir.

|  | Agravantes |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Atraso em procurar o serviço (não identificação da necessidade de procura ao serviço).• Atraso em chegar ao serviço (dificuldade de acesso).• Atraso no início dos cuidados (falta de condições no serviço para diagnóstico e tratamento). |

| Figura 7 – Agravantes para a determinação do óbito materno.
Fonte: adaptado de (THADDEUS; MAINE, 1994).

Desta forma, o acesso à informação e aos serviços de saúde qualificados e resolutivos são alguns dos grandes desafios para diminuir a **mortalidade materna** no país e garantir atenção obstétrica e neonatal que atenda às necessidades das mulheres brasileiras.

Toda gravidez apresenta riscos. Apesar de ser um processo fisiológico, exige cuidados e atenção por aumentar as vulnerabilidades já existentes. Nos casos da gestação por mulheres privadas de liberdade, a detecção precoce de problemas, a prevenção e o tratamento de infecções, assim como a preparação para o parto, deverão fazer parte dos processos planejados para o cuidado da equipe de saúde.

Vale lembrar que o acesso aos serviços se dará dentro e fora do ambiente prisional, exigindo articulação entre as esferas de gestão do sistema prisional e do sistema de saúde para que isso se efetive.

Quanto à qualidade dos serviços oferecidos no Brasil, menos de 50% dos nascimentos no país têm boas práticas durante o trabalho de parto – segundo dados da pesquisa Nascer no Brasil, publicada em 2014 pela Fundação Osvaldo Cruz após estudo que envolveu entrevistas com 23.894 brasileiras que tiveram seus partos hospitalares.

Procedimentos como o uso de ocitocina – hormônio sintético que aumenta as contrações uterinas – continuam ocorrendo, sendo mais frequentes no setor público e nas mulheres com menor

Morte materna

Corresponde ao falecimento de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gestação, em função de qualquer causa relacionada com a (ou agravada pela) gravidez, ou por medidas tomadas em relação a esta, porém não em função de causas acidentais ou incidentais (OMS).



Amniotomia

Consiste na rotura artificial das membranas amnióticas, a fim de acelerar o progresso do trabalho de parto.

Manobra de Kristeller

É executada durante o período expulsivo do trabalho de parto, consistindo na aplicação de pressão no fundo do útero com o objetivo de empurrar o feto em direção à vagina.

Episiotomia

Incisão efetuada na região do períneo para ampliar a passagem do feto no momento do parto.

escolaridade. A **manobra de Kristeller** e a **episiotomia** foram utilizadas em 37% e 56% dos partos, e a **amniotomia** ocorreu em 40% dos partos. Todas essas práticas são apontadas como não benéficas pela OMS desde 1996 (LEAL et al, 2014).

Em 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando quanto ao que deve e não deve ser feito no processo do parto. Essa classificação foi baseada em evidências científicas concluídas por meio de pesquisas feitas no mundo todo.

De acordo com esse documento, as práticas úteis e que devem ser estimuladas no pré-natal, no parto e no nascimento incluem:

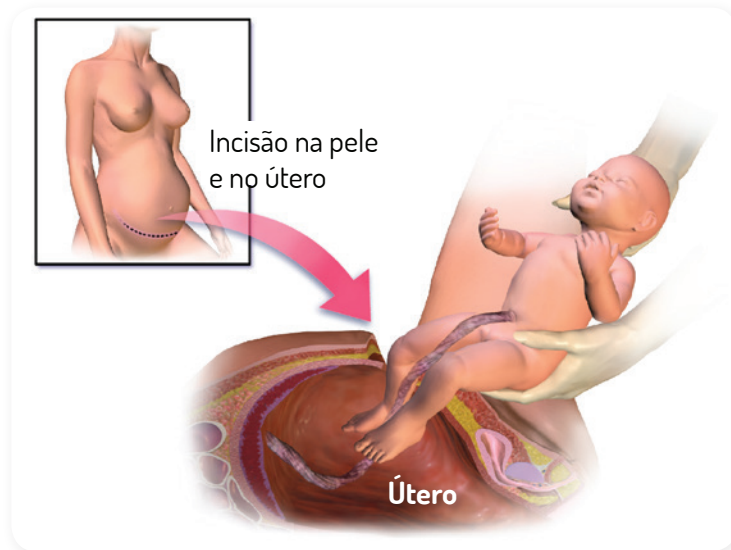
- plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, elaborado em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido ou companheiro;
- avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;

- respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho de parto e ao término do processo de nascimento;
- métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como massagem e técnicas de relaxamento;
- liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- condições estéreis ao cortar o cordão;



- prevenção da hipotermia do bebê;
- contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre aleitamento materno;
- exame rotineiro da placenta e das membranas ovulares.

Apesar de existir a orientação da OMS desde 1996, e apesar das evidências científicas que apontam para a necessidade de mudança no modelo de atenção obstétrica e neonatal, persistem práticas consideradas desnecessárias e até prejudiciais. Nascer no Brasil tem sido uma experiência com muitas intervenções técnicas. O país tem sido destaque mundial pelo número alto de partos cirúrgicos.



| Figura 8 – Parto cirúrgico.

Fonte: adaptado de Wikimedia Commons/Blausen.com (2015)

As cesarianas realizadas fora das indicações baseadas em evidências científicas têm banalizado esse procedimento, como se não oferecesse riscos e fosse a forma mais adequada para todos os nascimentos.

Entre mulheres privadas de liberdade, usando razões de segurança, a indicação de cesárea é generalizada e sequer o tempo de observação hospitalar é obedecido.

Diante da situação em que se encontra a atenção a pré-natal, trabalho de parto e parto, o Ministério da Saúde publicou uma portaria normatizando a linha de cuidado voltada a esse eixo temático. Essa linha de cuidado é preconizada como **rede de atenção à saúde** obstétrica e neonatal, sendo conhecida como Rede Cegonha.

Rede de atenção à saúde

A rede de atenção à saúde está definida na Portaria 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, como conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2010b).

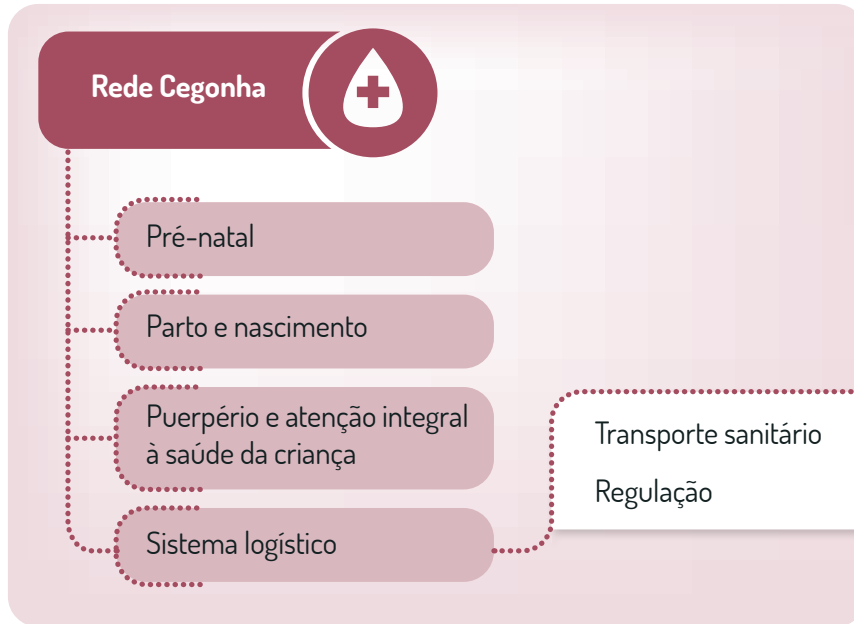
2.2.1 Rede Cegonha

Entre as iniciativas governamentais que merecem destaque está, sem dúvidas, a Rede Cegonha. Concebida como política pública de saúde para mulheres e crianças, prevê a atenção à saúde no pré-natal, parto e puerpério, além de acompanhamento pediátrico durante os primeiros 24 meses da criança. Hoje, quase todos os municípios brasileiros aderiram à Rede Cegonha.

A Rede Cegonha, regulamentada no Brasil pela Portaria 1.459 em 24 de junho de 2011, tem quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da



criança, além de sistema logístico, que inclui o transporte sanitário e a regulação (BRASIL, 2011a).



| Figura 9 – Componentes da Rede Cegonha.

Fonte: do autor (2015)

A exemplo do que ocorre com as equipes de atenção básica de um modo geral, competem às equipes de atenção básica prisional os componentes pré-natal, puerpério e atenção integral à saúde da criança. Nos outros componentes, apesar de não ser a executora, a Atenção Básica Prisional precisa estar perfeitamente vinculada e construindo junto, porque a população privada de liberdade também é população do território de referência para atenção hospitalar e especializada.

Esta política de atenção tem como objetivos estratégicos:

- reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal;
- organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, de modo que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, abrangendo o direito a planejamento reprodutivo, pré-natal e atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 aos 24 meses.

A organização dessa rede de atenção parte do diagnóstico das necessidades da população da área de abrangência da **região de saúde**.

Não existem dados fiáveis, mas se estima que, apesar de haver parto hospitalar, há maior proporção de morte materna entre mulheres privadas de liberdade. Por isso, é fundamental realizar um correto diagnóstico da situação da atenção obstétrica prisional no Estado.

A partir deste diagnóstico se propõe um plano de ação que inclua os quatro componentes da Rede Cegonha no sistema prisional. Esse plano deverá ser apresentado à instância gestora da região de saúde, a Comissão Intergestora Regional (CIR), que é composta pelos secretários municipais de saúde e pelos representantes da

Região de saúde


Conjunto de municípios organizado de acordo com o Decreto 7.508/11, que reestrutura a conformidade dos territórios no SUS, regulamentando a Lei 8.080/1990. Por definição, a região de saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado com base em identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Secretaria Estadual de Saúde. A essa instância se dá a aprovação pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB, instância estadual de gestão do SUS) e pelo Ministério da Saúde.

A construção do plano de ação é norteadada pela Portaria 650/2011, que estabelece indicadores de necessidades populacionais e indicadores de monitoramento.

Procure saber a região de saúde a que pertence a sua unidade de saúde e se esta tem plano de ação regional construído e aprovado para a Rede Cegonha. Caso tenha, verifique se foi incluída nesse plano a atenção às mulheres do sistema prisional de sua unidade.

Alguns importantes ganhos podem ser contabilizados onde a rede de atenção obstétrica e neonatal começa a se estruturar, conforme vemos na figura a seguir.



| Ganhos | |
|---------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Discussão de acesso às necessidades populacionais.• Atenção por parte dos serviços de saúde de acordo com as boas práticas.• Reconhecimento dos serviços como pontos de atenção que podem e devem se articular para garantir uma linha de cuidado com qualidade e resolutividade. |

| Figura 10 – Ganhos pela estruturação da rede de atenção obstétrica e neonatal.
Fonte: do autor (2015)

No âmbito da Atenção Básica, os componentes relacionados ao pré-natal, puerpério e saúde da criança trazem o desafio de re-discutir a prática realizada com a finalidade de garantir acesso e qualidade de atenção.

Ações voltadas ao empoderamento da mulher para resgatar o protagonismo desta no momento do parto tem sido um desafio a ser enfrentado em conjunto com os serviços de referência para o parto. Para isso, a vinculação entre os serviços e entre a gestante e os serviços são fundamentais.

Ações de educação permanente voltadas à qualificação dos serviços e do resgate das práticas baseadas em evidências científicas realizadas de maneira humanizada onde o parto é um evento fisiológico são também um desafio a ser vencido nessa rede de atenção.

Entretanto, as mulheres privadas de liberdade têm especial dificuldade de acesso a essa atenção. De acordo com os dados disponíveis no sítio virtual do Conselho Nacional de Justiça, por meio do sistema de informação Geopresídios, em maio de 2014 o Brasil tinha 1.026 gestantes no sistema prisional.

Ainda que os partos sejam realizados em unidades hospitalares em todo o território nacional, não há homogeneidade em relação à qualidade da atenção no pré-natal e no puerpério de mulheres presas. Não obstante, a conjuntura de violações de direitos e de iniquidade na oferta de atenção nas maternidades é frequentemente registrada (BRASIL, 2014c).



Para você, membro de uma equipe que atende às mulheres no sistema prisional, o desafio se dá na garantia dos direitos das mulheres ao pré-natal e ao parto de acordo com o preconizado no SUS, apesar da privação de liberdade que essas mulheres sofrem.



Como podemos incluir na Rede Cegonha as mulheres em privação de liberdade?

O primeiro passo importante é descobrir se há mulheres custodiadas e quantas são no seu estado/município/região de saúde.



É possível realizar uma pesquisa no sistema de informações Geopresídios, do Conselho Nacional de Justiça, por meio do seguinte endereço eletrônico: <<http://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario-e-execucao-penal/geopresidios-page>>.

Identificada a presença de mulheres custodiadas no território, é de extrema importância que se estabeleça o diálogo imediato entre a Secretaria de Saúde, a direção da Unidade Prisional e a Secretaria de Administração Prisional, para o planejamento da logística, escolta, deslocamento e (ou) prioridade de atendimento, entre outros (BRASIL, 2014c).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade preconiza a integralidade da atenção à saúde num conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde. Essas ações devem ser executadas nos diferentes níveis de atenção dentro do princípio da equidade, por reconhecerem as diferenças e singularidades dos sujeitos de direito.

Assim, essa política preconiza a atenção integral à saúde das mulheres no sistema prisional, a ser garantida de maneira articulada pelos serviços no SUS.

A Portaria Interministerial 210/2014 do Ministério de Justiça e da Secretaria de Política para as Mulheres estabelece a Política Nacional de Atenção Integral às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade, que preconiza o acesso à saúde, em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde no Sistema Prisional e de Atenção Integral à Saúde da Mulher, bem como:

- acesso a atendimento psicossocial desenvolvido no interior das unidades prisionais, por meio de práticas interdisciplinares nas áreas de dependência química, convivência familiar e comunitária, saúde mental, violência contra a mulher e outras, as quais devem ser articuladas com programas e políticas governamentais;
- atenção específica à maternidade e à criança intramuros, observando:
 - I. identificação da mulher quanto à situação de gestação ou maternidade;



- II. quantidade e idade dos filhos e das pessoas responsáveis pelos seus cuidados e demais informações;
- III. inserção da mulher grávida, lactante e mãe com filho em local específico e adequado;
- IV. autorização da presença de acompanhante da parturiente, devidamente cadastrada (o) junto ao estabelecimento prisional, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- V. proibição do uso de algemas ou outros meios de contenção em mulheres em trabalho de parto e parturientes, observada a Resolução n.º 3, de 1º de junho de 2012, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP);
- VI. inserção da gestante na Rede Cegonha, junto ao SUS, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê (BRASIL, 2014).

Desta forma, faz-se necessária a implementação de ações que garantam os direitos instituídos pelas políticas de atenção e pelas normativas legais a que estão sujeitas as mulheres no sistema prisional.

2.3 Atenção à mulher grávida e ao recém-nascido no sistema prisional

A assistência pré-natal adequada, a detecção precoce nas situações de risco com sua correspondente intervenção, além da garantia da referência hospitalar, são condicionantes para a melhoria dos indicadores de saúde e mortalidade relacionados à mãe e ao bebê.

No âmbito do SUS, o processo de organização dos serviços evidencia a Atenção Básica como potente articuladora na garantia do acesso da usuária em conformidade com as suas necessidades. Os desafios incluem o processo de cuidado no acesso a consultas e exames em tempo oportuno e o tratamento, caso necessário, evitando as transmissões verticais de doenças (BRASIL, 2013a).

Ressaltamos que o objetivo do pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impactos para a saúde materna.

Um importante prognóstico do nascimento é o acesso à assistência pré-natal, que deve iniciar o mais precocemente possível, no primeiro trimestre gestacional, antes da 12.ª semana de gestação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o número de consultas deve ser: igual ou superior a seis; mensal



até a 28.^a semana; quinzenal entre 28 e 36 semanas; semanal após esse período (BRASIL, 2012).

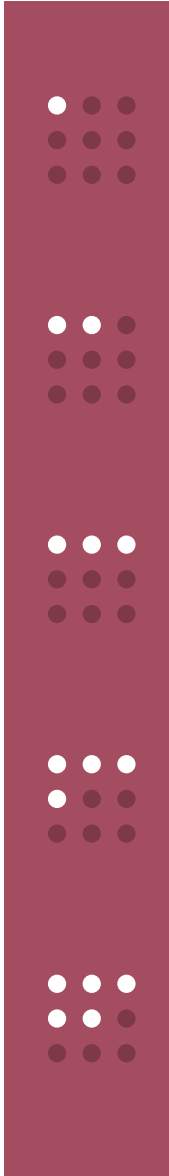
A partir da atenção no pré-natal, as avaliações de necessidades e riscos de cada usuária determinarão as condutas a serem seguidas, sendo necessária a garantia do acesso aos serviços de maior complexidade, conforme a organização da região de saúde.

A atenção à mulher grávida no sistema prisional é um desafio, por se tratar de um espaço de múltiplas segregações: primeiro a dos indivíduos encarcerados da sociedade, depois a dos indivíduos dentro do ambiente prisional (COLARES; CHIES, 2010).

O desafio é enorme quando as diferenças demandam necessidades, como no caso de uma gestante no sistema prisional. Essa situação exige muito mais do que condutas técnicas qualificadas. Exige um profissional capaz de realizar uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, de modo que permita à mulher falar e fortalecer-se no seu caminho até o parto.

As equipes de saúde prisional e da Atenção Básica têm o desafio de garantir a assistência às gestantes que estão privadas de liberdade, lembrando que as mulheres estão em condição de privação de liberdade e não de atenção qualificada, de acordo com suas necessidades.

Como integrante da rede do SUS, a equipe de saúde para atenção à população privada de liberdade precisa estar atenta ao que é preconizado para uma atenção de qualidade no pré-natal. Para isso, são elencados alguns passos.



Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde antes da 12.^a semana de gestação (captação precoce).

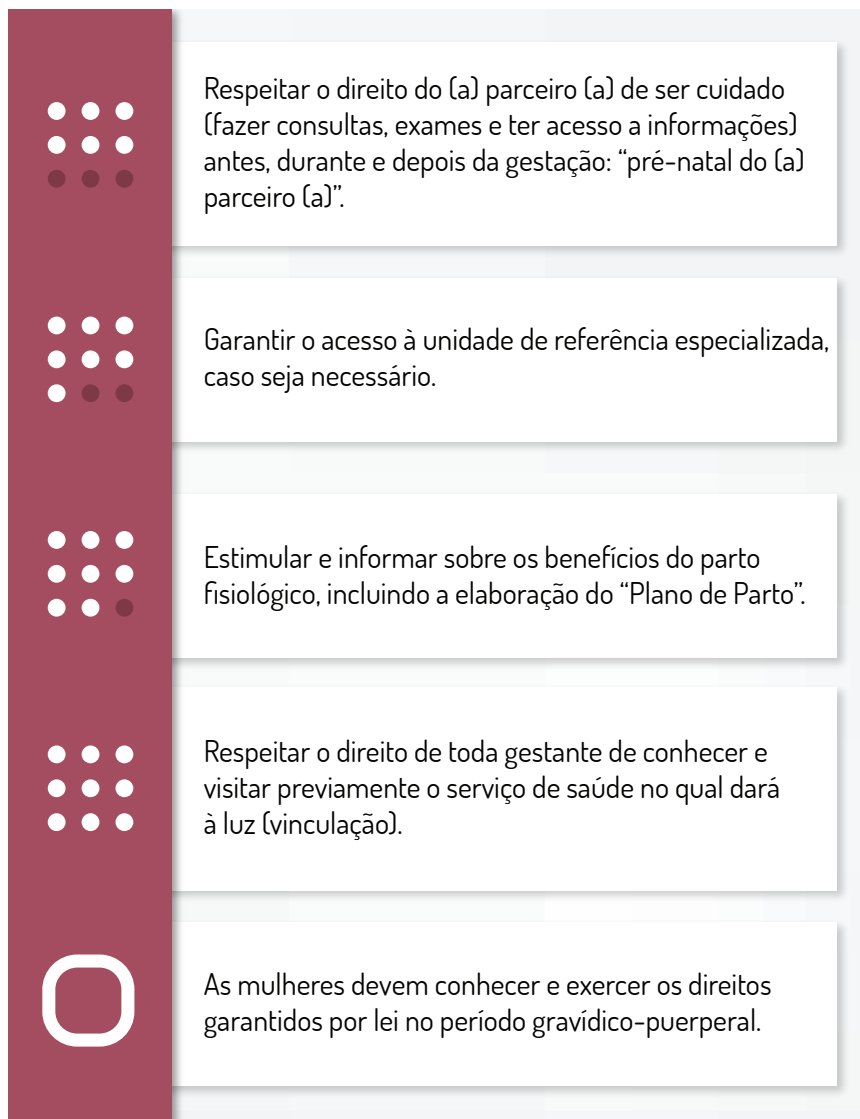
Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

Assegurar a toda gestante a solicitação, a realização e a avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais, em vez de somente um cuidado biológico – “rodas de gestantes”.

Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.





| Figura 11 – Dez passos para uma atenção de qualidade no pré-natal.

Fonte: do autor (2015)

A equipe de Atenção Básica tem responsabilidade contínua com a gestante. Mesmo quando encaminha para outros serviços, deve manter o acompanhamento e a vinculação.

O ideal é que as mulheres façam o pré-natal, parto hospitalar, acompanhamento do puerpério e que as crianças sejam acompanhadas até os 24 meses. A maioria dos procedimentos necessários pode ser realizada pela equipe de atenção básica prisional especialmente treinada ou pela equipe de saúde do território de abrangência da unidade prisional.

A escolta e os problemas que envolvem a segurança fazem essa dinâmica ser mais delicada. Entretanto, soluções podem ser encontradas, principalmente se gestores de saúde e de administração prisional trabalharem juntos.

Um exemplo de possível saída seria agendar todas as mulheres custodiadas para um mesmo dia, em uma mesma unidade de saúde, que priorizaria, naquele momento, o atendimento a elas. Outra sugestão seria o deslocamento da equipe de realização do pré-natal até a unidade prisional, nos parâmetros do atendimento domiciliar previstos na Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família. Prover o treinamento e os meios para que essas mulheres tenham acesso ao pré-natal com equidade e qualidade é da responsabilidade do gestor.

Esses exemplos também podem ser aplicados ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos bebês que vivem no sistema prisional junto de suas mães. Entretanto, é importante que o deslocamento seja viável sempre que necessário, como para a realização de exames e outros procedimentos específicos (BRASIL, 2014c).



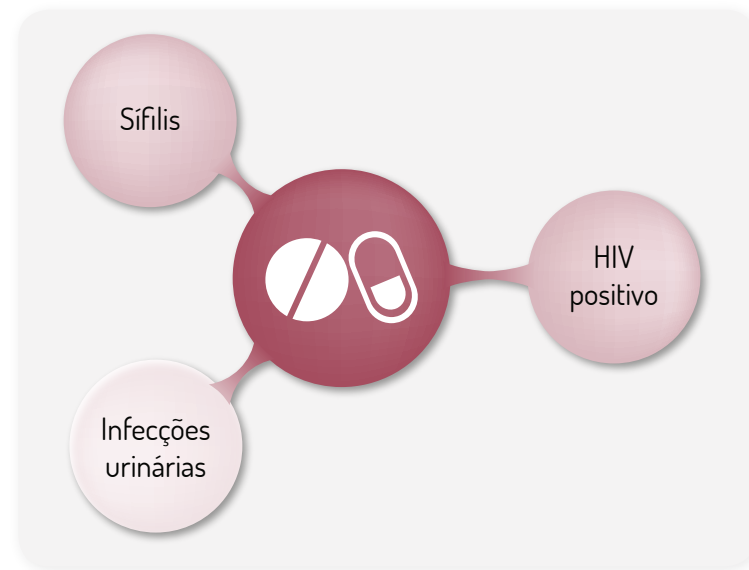
É importante que o profissional conheça a rede assistencial no município e na região de saúde que viabiliza o atendimento dos exames de pré-natal e das possíveis intercorrências na gestação. Vale ressaltar que os exames realizados na gravidez devem ter o resultado liberado o mais rápido possível, haja vista que são orientadores de condutas de tratamento nesse período.

Neste contexto, as Unidades Básicas de Saúde devem ter disponíveis os testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C. Esses exames ampliam a resolutividade e diminuem o tempo para início do tratamento, um dos problemas evidenciados pelas equipes no acesso aos exames de laboratório.



Caso não haja profissional capacitado na sua equipe para a realização dos testes rápidos, acesse as informações no *site* do Ministério da Saúde: <<http://www.aids.gov.br>>. Procure informações também com a Vigilância Epidemiológica do Município e com a Coordenação da Atenção Básica sobre a estrutura de capacitação, recebimento de *kits* de testes e tratamento dos casos positivos.

Enfatizamos que o tratamento das doenças na gestação – entre elas sífilis, HIV positivo e infecções urinárias – são imprescindíveis para a saúde de um recém-nascido e a minimização de riscos para a mulher. Outro ponto essencial preconizado no SUS para ser estabelecido no pré-natal é a garantia de acesso à maternidade para o parto e para intercorrências relacionadas à gestação que venham a exigir atenção nesse âmbito.



| Figura 12 – Possíveis doenças cujo tratamento é imprescindível durante a gestação.

Fonte: do autor (2015)

É importante que você, profissional da atenção básica prisional, conheça a maternidade de referência para a sua área de abrangência. Procure contatar esse serviço e agende uma visita para que possa, como profissional de saúde responsável pelo pré-natal na sua unidade, articular-se com a equipe responsável pela atenção ao parto e, com isso, traçar uma linha de cuidado em que haja continuidade.

Conhecendo os processos estabelecidos na referência da sua região, você poderá orientar a gestante sobre como vai se dar o atendimento no parto.



A presença de acompanhante em todo o trabalho de parto e no parto é um direito previsto em lei para a mulher fora do sistema prisional (Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005) (BRASIL, 2005). Esse direito também está preconizado para a mulher em situação prisional na Portaria Interministerial n.º 210 de janeiro de 2014. No entanto, ainda não se garante a prática no sistema carcerário. É necessário haver o atendimento humanizado, com garantia de conforto e qualidades, já implementado para todas as mulheres, estando ou não privadas de liberdade (BRASIL, 2014).

A equipe de saúde pode desenvolver no sistema prisional ações de orientação à mulher para que ela esteja o mais preparada possível para o parto. É importante que a mulher e a equipe do sistema prisional conheçam os sinais de trabalho de parto para que a gestante seja encaminhada a tempo para a maternidade. Evita-se assim o risco do nascimento durante o transporte ou até mesmo no ambiente prisional, sem a devida estrutura para enfrentar as possíveis intercorrências.

Procure saber como se dá o transporte das gestantes até a maternidade, na sua unidade, e o que será preciso para que isso ocorra no momento necessário.

Algumas informações no pré-natal podem potencializar um parto mais humanizado e seguro. Estas devem ter como objetivo empoderar a mulher para o trabalho de parto, conversando com ela sobre suas dúvidas com relação ao processo do trabalho de

parto e do parto, incluindo o tema da dor e da dilatação, as intervenções que os serviços realizam e qual o momento de ir para a maternidade.

Procure conhecer o manual *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco* e as cartilhas *Inclusão das Mulheres Privadas de Liberdade na Rede Cegonha e Aleitamento Materno para Mulheres Privadas de Liberdade*. Esses textos, publicados pelo Ministério da Saúde, contêm informações sobre as condutas diante da gestação saudável e das intercorrências que possam vir a acontecer. Disponíveis em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf> e no site da Coordenação Nacional de Saúde Prisional <<http://www.saude.gov.br/penitenciario>>.



Após o nascimento, a Constituição Brasileira prevê que as mulheres privadas de liberdade poderão permanecer com seus filhos durante o período de amamentação. Essa garantia é reforçada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que dispõe que o poder público deverá garantir condições de aleitamento materno para os filhos de mães que estão em condição de privação de liberdade.

Também o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC) define que os filhos de mulheres no sistema prisional devem permanecer junto às mães pelo período mínimo de um ano e seis meses, e depois desse período deverão passar por



fase de adaptação num processo gradual de separação por mais seis meses. A Resolução CNPCP n.º 14, de 11 de novembro de 1994, que apresenta as “Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil”, traz no artigo 7.º, § 1.º, que “as mulheres cumprirão pena em estabelecimentos próprios” e, no § 2.º, que “serão asseguradas condições para que a presa possa permanecer com seus filhos durante o período de amamentação dos mesmos” (BRASIL, 1994).

Em 2014 a portaria interministerial assinada pelo Ministério da Justiça e pela Secretaria de Políticas para as Mulheres preconizou:

- o desenvolvimento de ações de preparação da saída da criança do estabelecimento prisional e a sensibilização dos responsáveis ou órgãos por seu acompanhamento social e familiar;
- o respeito ao período mínimo de amamentação e de convivência da mulher com seu filho, conforme disposto na Resolução n.º 3 de 15 de julho de 2009, do CNPCP;
- o desenvolvimento de práticas que assegurem a efetivação do direito à convivência familiar, na forma prevista na Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990;
- o desenvolvimento de ações que permitam a permanência das crianças que estão em ambientes intra e extramuros à rede pública de educação infantil;
- a disponibilização de dias de visitação especial, diferentes dos dias de visita social, para filhos e dependentes, crian-

ças e adolescentes, sem limites de quantidade, com definição das atividades e do papel da equipe multidisciplinar (BRASIL, 2014).

Um dos problemas de manter o convívio mãe e filho, apesar da garantia legal, é a falta de estrutura física inadequada no sistema prisional, que deve garantir unidades prisionais com unidades materno-infantis, equipadas com dormitório para mães e crianças, brinquedoteca, área de lazer, abertura para área descoberta e participação em creche externa, conforme a Resolução n.º 3/2009 do CNPCP, frequentemente desrespeitada (BRASIL, 2009).

Garantir a permanência do filho com a mãe e, com isso, a possibilidade de amamentação é necessário a partir do entendimento de que amamentar é muito mais do que nutrir a criança. O desenvolvimento saudável pode ser prejudicado caso a criança seja afastada da mãe e tenha a amamentação impedida. Por outro lado, manter o filho encarcerado pode representar uma experiência danosa, expondo-o a riscos.

Uma possibilidade, nestes casos, é o aproveitamento de benefícios previstos na Lei 12.403/2011 (Lei das Cautelares), a qual determina que a gestante, a parturiente e a nutriz devem ser destinatárias dos esforços da saúde e da justiça criminal para aproveitamento dos benefícios de residência em meio aberto, tanto quanto possível (BRASIL, 2011b).

Essa discussão pode ser levantada pela equipe no contexto da atenção às mulheres privadas de liberdade. No entanto, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o processo



do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, com base nessa compreensão, cuidar da dupla mãe e bebê (BRASIL, 2009b).

No âmbito do SUS estão implementadas algumas estratégias de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. A estratégia lançada em 2012, denominada Amamenta e Alimenta Brasil, tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica para que estes atuem no incentivo e na promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para as crianças nos primeiros anos de vida.

AIDPI Neonatal

A AIDPI Neonatal contribui ainda para aprimorar as práticas profissionais de tratamento e atendimento em saúde neonatal, tendo por base evidências científicas. Caso você não seja capacitado nessa abordagem, entre em contato com a Secretaria Municipal de Saúde e solicite informações sobre a realização de cursos de capacitação.

Outra estratégia importante na atenção às crianças é a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), bem como a **AIDPI Neonatal**, utilizadas por profissionais de saúde capacitados pelo Ministério da Saúde. Essas estratégias permitem avaliar, classificar e tratar precocemente as principais doenças e fatores de risco que afetam crianças de zero a dois meses de idade. O objetivo delas é reduzir a incidência e o agravamento de doenças que atingem as crianças dessa faixa etária, além de minimizar possíveis sequelas ou complicações.

Lembramos que o Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelecido pela Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, define, entre outros, os direitos das crianças recém-nascidas, conforme a figura a seguir (BRASIL, 1990).



Direitos dos recém-nascidos

Realizar exames de diagnóstico e terapêutico de anormalidades no metabolismo (teste do pezinho, da orelhinha, do olhinho).

Receber a Declaração de Nascimento.

Permanecer junto à mãe em alojamento conjunto.

Contar com atenção integral à saúde no SUS, com acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ser protegidos, enquanto estiverem no ambiente prisional, de qualquer tipo de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, por ação ou omissão do Estado, da sociedade e da família.

| Figura 13 – Direitos das crianças recém-nascidas.

Fonte: adaptado pelo autor de (BRASIL, 1990).

Ressaltamos que, na Atenção Básica, o acesso aos serviços de saúde nas ações de imunização e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento são importantes para a garantia de um desenvolvimento saudável para a criança. São igualmente relevantes o acompanhamento sociopsicológico à mãe e a escuta



e o apoio para que o binômio mãe-filho vivencie esse momento da maneira menos danosa possível dentro do contexto prisional.



O caderno Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento ajuda a lembrar algumas das particularidades dos cuidados a esse grupo. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>.

Quanto à mulher, é importante saber que no final da gravidez e semanas após o nascimento a maioria delas entra em um estado especial de sensibilidade exacerbada. A gravidez e o parto são eventos estressantes para a mulher e atuam, muitas vezes, como fatores desencadeantes de sofrimento mental (BRASIL, 2009).

O diagnóstico de psicose e outros tipos de sofrimento mental na puérpera representa a possibilidade da realização de intervenções multidisciplinares tão logo os sintomas sejam detectados. Da mesma maneira, o diagnóstico precoce de sinais e sintomas de infecção puerperal e de mastite ou fissura nos mamilos é importante para o início do tratamento.

Está preconizado pela Rede Cegonha, dentro da política de atenção obstétrica e neonatal, que a equipe de saúde acompanhe a mulher e o recém-nascido, especialmente na primeira semana de pós-parto, procurando conhecer, em contato com a maternidade, os procedimentos realizados e as possíveis intercorrências relevantes no parto e no nascimento, bem como a classificação do RN, caso este seja de alto risco e precise de maiores cuidados da equipe de Atenção Básica.

Quanto à mulher, é importante ficar atento para o aparecimento de febre, sangramento vaginal exagerado ou fétido, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia, tonturas muito frequentes, mamas empedradas e doloridas. Qualquer uma dessas situações deve ser avaliada imediatamente pelo serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Outros aspectos a serem abordados com a mulher em situação de privação de liberdade são a anticoncepção e as medidas de prevenção e diagnóstico das DST, que devem ser abordadas pelo menos semestralmente.

Acesse o caderno Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva e atualize seus conhecimentos sobre as possibilidades de desenvolver ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>.



2.4 Resumo da unidade

Esta unidade trouxe informações sobre o pré-natal e o parto e a necessidade de qualificar esses processos de atenção no sistema prisional.

A realidade brasileira de excesso de intervenções no parto e de manutenção de mortes maternas determinou a necessidade de uma política temática proposta com o nome de Rede Cegonha. Essa rede, dentro do SUS, propõe uma atenção obstétrica e neonatal voltada à garantia do direito à assistência segura e humanizada. Tem como forte componente a Atenção Básica, com a garantia de pré-natal qualificado, que prepare e empodere a mulher para o parto.

Promover um pré-natal de qualidade dentro das unidades prisionais, com a detecção e a intervenção precoce nas situações de risco e a referência hospitalar garantida para o parto, é determinante para melhorar os indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, especialmente por diminuir a mortalidade materna e neonatal.

Apesar de ser instituída por lei a manutenção do convívio e do cuidado com o recém-nascido, as mulheres em situação de privação de liberdade têm esse direito dificultado pelas condições das unidades do sistema prisional. Cabe aos profissionais de saúde atuar minimizando riscos e danos, promovendo o convívio da mãe com o recém-nascido, a fim de lhe garantir o aleitamento materno e o desenvolvimento saudável. Da mesma forma, cabe à equipe o acompanhamento da mulher no puerpério e a identificação de sinais e sintomas de agravos e doenças que possam estar presentes, realizando intervenção precoce.





Unidade 3

**Direitos sexuais e
reprodutivos da mulher
no sistema prisional**

3.1 Introdução da unidade

Historicamente a saúde da mulher esteve atrelada às questões reprodutiva e de controle da sexualidade e do corpo feminino. No entanto, os direitos reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável da sexualidade e da reprodução humana.

Portanto, é direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, bem como ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza (VENTURA, 2009).

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde. Deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

Os direitos reprodutivos incluem o direito de as pessoas decidirem, de modo livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas, bem como o direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos e o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.



Direitos sexuais

Viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do (a) parceiro (a).

Escolher o (a) parceiro (a) sexual.

Viver plenamente a sexualidade, sem medo, vergonha, culpa nem falsas crenças.

Viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.

Escolher se quer ou não ter relação sexual.

Expressar livremente sua orientação sexual – heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade.

Ter relação sexual independentemente da reprodução.

Praticar sexo seguro para prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de Aids.

Contar com serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação.

Disponibilizar informação e educação sexual e reprodutiva.

| Figura 14 – Direitos sexuais.

Fonte: do autor (2015)



As mulheres privadas de liberdade vivenciam uma situação de maior vulnerabilidade a doenças, como o câncer de colo uterino e o de mamas, as DST e a Aids, além do sofrimento e de transtornos mentais, incluindo a depressão e transtornos relacionados ao uso de drogas. Outro ponto a ser ressaltado como parte da vida das mulheres que estão no sistema prisional é a violência.

Neste contexto, é importante que a equipe esteja atenta às necessidades de saúde das mulheres privadas de liberdade, incluindo as orientações quanto à sua saúde sexual e reprodutiva e à oferta de métodos que permitam a prevenção de doenças e da gravidez não desejada.

3.2 Gênero e saúde

O conceito de gênero foi formulado na década de 1970, a partir da influência do movimento feminista. Ele busca distinguir a dimensão biológica da dimensão social.

A maneira de ser homem e de ser mulher é construída no âmbito da cultura. Assim, gênero significa que homens e mulheres são produtos da realidade social, em vez de decorrência da anatomia de seus corpos (SANTOS; BERMUDEZ, 2012).

As desigualdades de gênero, raça e etnia estão ancoradas em valores e crenças, e estas se transformam em capacidades e habilidades da população humana – mulheres e homens.

Ainda são poucos os espaços para discussões sobre as questões de gênero no sistema prisional brasileiro. No entanto, se gênero é uma das dimensões organizadoras das relações sociais que apontam as discussões sobre a produção de desigualdades nas relações, a política de saúde construída no âmbito do SUS deve reconhecer a existência dessas desigualdades e respondê-las, com vistas à promoção da equidade de gênero.

A dimensão de gênero como parte das políticas de saúde nos deixa atentos não às divergências nas condições de saúde resultantes exclusivamente da diferença biológica existente entre homens e mulheres, mas à dimensão social, aos processos de adoecimento, como a naturalização da agressividade como um atributo masculino e da fragilidade e submissão como características femininas. Isso tem impactos negativos nas condições de saúde de mulheres e homens (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Na origem histórica das prisões femininas no Brasil destaca-se a vinculação do discurso moral e religioso nas formas de aprisionamento da mulher. O encarceramento feminino, norteador por uma visão moral, teve no ensino religioso a base para a criação de um estabelecimento prisional destinado às mulheres, denominado “reformatório especial”.

A criminalização mais frequente era relacionada à prostituição, à vadiagem e à embriaguez, o que já apontava para as desigualdades de gênero (BRASIL, 2007). Parte da invisibilidade feminina no cárcere masculino decorre da sua coexistência com presos homens. Ou seja, a prisão em si é masculina e masculinizante em todas as suas práticas, sejam estas dirigidas a quem for (COLARES; CHIES, 2010).



Na busca de ampliar a visibilidade das mulheres nos presídios, a Portaria Interministerial n.º 210/2014 aprova a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), tendo como diretrizes:

- I. prevenção de todos os tipos de violência contra mulheres em situação de privação de liberdade, em cumprimento aos instrumentos nacionais e internacionais ratificados pelo Estado brasileiro relativos ao tema;
- II. fortalecimento da atuação conjunta e articulada de todas as esferas de governo na implementação da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional;
- III. fomento à participação das organizações da sociedade civil no controle social dessa política, bem como nos diversos planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes;
- IV. humanização das condições do cumprimento da pena, garantindo o direito a saúde, educação, alimentação, trabalho e segurança, proteção à maternidade e à infância, além de lazer, esportes, assistência jurídica, atendimento psicossocial e demais direitos humanos;
- V. fomento à adoção de normas e procedimentos adequados às especificidades das mulheres no que tange a gênero, idade, etnia, cor ou raça, sexualidade, orientação sexual, nacionalidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, deficiências física e mental e outros aspectos relevantes;

- VI. fomento à elaboração de estudos, organização e divulgação de dados, visando à consolidação de informações penitenciárias sob a perspectiva de gênero;
- VII. incentivo à formação e capacitação de profissionais vinculados à justiça criminal e ao sistema prisional, por meio da inclusão da temática de gênero e encarceramento feminino na matriz curricular e em cursos periódicos;
- VIII. incentivo à construção e adaptação de unidades prisionais para o público feminino, exclusivas, regionalizadas e que observem o disposto na Resolução n.º 9, de 18 de novembro de 2011, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP);
- IX. fomento à identificação e ao monitoramento da condição de presas provisórias, com a implementação de medidas que priorizem seu atendimento jurídico e sua tramitação processual;
- X. fomento ao desenvolvimento de ações que visem à assistência às pré-egressas e egressas do sistema prisional, por meio de divulgação e orientação ao acesso às políticas públicas de proteção social, trabalho e renda (BRASIL, 2014).

Essas diretrizes partem de uma noção ampliada de saúde proposta pelo SUS. Ressalta-se que, quando se trata de sistema prisional, as ações são desenvolvidas principalmente pela equipe de atenção básica prisional. Além disso, são essencialmente intersetoriais, visando à melhoria da vida das mulheres mesmo diante das dificuldades enfrentadas pelo encarceramento.



Isto passa por melhores condições físicas e por consolidação de dados em cada instituição, abordando a perspectiva de gênero no olhar voltado à mulher no sistema prisional.

3.3 A atenção à saúde das mulheres negras e da população LGBT

Em 2010 o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) para ser implementada no SUS.

A política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão dessa população no processo de saúde-doença. Essa política tem como objetivo promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime.

Portanto, suas diretrizes e seus objetivos estão voltados a mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos sociais.

Quanto à discriminação e ao acesso aos serviços de saúde, o relatório publicado pela Rede Feminista de Saúde em 2006 informa que, com relação às mulheres que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual. Entre as mulheres que revelam, 28% referem maior rapidez do

atendimento do médico e 17% afirmam que estes deixaram de solicitar exames considerados por elas como necessários.



| Figura 15 – Política LGBT.

Fonte: adaptado de Wikimedia Commons/Ludovic Bertron (2015)

Com relação ao exame preventivo de câncer de colo uterino, a cobertura entre mulheres heterossexuais é maior (89,7%) nos últimos três anos em comparação com as mulheres lésbicas e bissexuais (66,7%) (BRASIL, 2010a).

No entanto, o maior e mais profundo sofrimento é aquele decorrente da discriminação e do preconceito.

Com relação às mulheres negras, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Tem como objetivo geral promover a saúde



integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais e o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS (BRASIL, 2007).

O SUS tem o compromisso de contribuir para a implementação dessas políticas nesse âmbito, contribuindo para a diminuição das iniquidades, abordando as necessidades e as vulnerabilidades das mulheres. É preciso estar atento às particularidades de gênero e orientação sexual, assim como de etnia, raça e cor das mulheres, procurando proporcionar acesso à saúde de maneira integral, com equidade e qualidade (BRASIL, 2014b).

No campo da saúde, as inequidades implicam desvantagens sociais que afetam de maneira sistemática a saúde de determinados grupos em situação de desvantagem em relação a outros. Portanto, violam os direitos (SANTOS; BERMUDEZ, 2012).

3.4 Violência contra a mulher e o sistema prisional

O sistema de saúde e seus profissionais têm papel relevante e estratégico na identificação (no diagnóstico), na abordagem, na prevenção e no tratamento dos agravos resultantes das diversas formas de violência presentes no sistema prisional. Uma abordagem acolhedora e atenta de seus profissionais pode encorajar

a pessoa assistida a revelar sua situação e buscar garantir seus direitos à saúde e à segurança, coibindo novas violações.

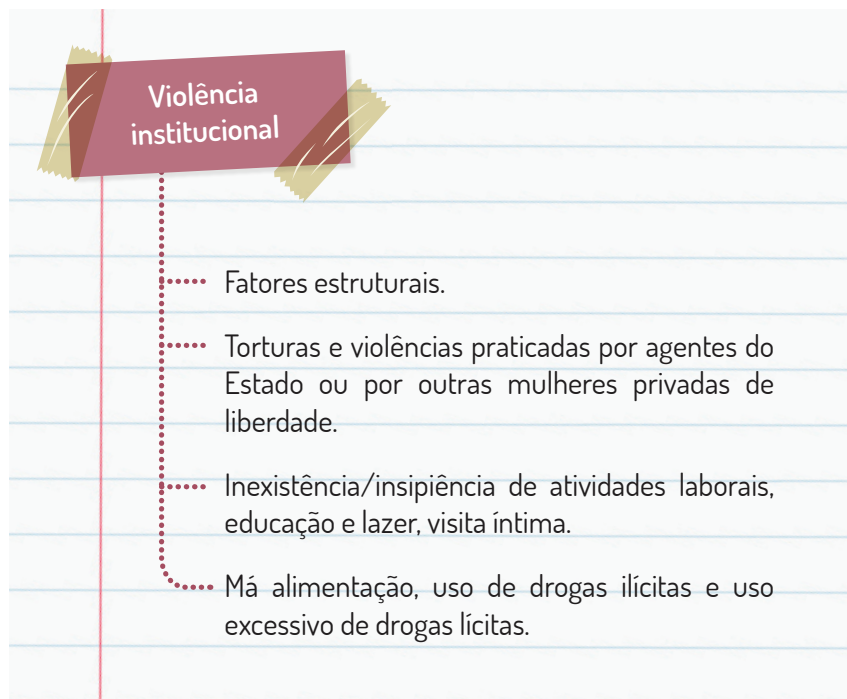
A violência é marca antes e ao longo do encarceramento. Segundo Soares e Igenfritz (2002), a trajetória de vida das presas se confunde com as histórias de violência.

As autoras afirmam que existe uma relação entre a vitimização e a entrada no sistema prisional. Mais de 95% das mulheres que estão no sistema prisional sofreram violência na infância/adolescência, no casamento ou nas mãos da polícia; 75% foram vítimas em pelo menos duas dessas ocasiões; 35% foram vítimas nas três ocasiões.

Também a prática de violência institucional, realizada por agentes do Estado contra as mulheres encarceradas, é frequentemente relatada por organizações da sociedade civil. Imposições de castigos e humilhações contra as mulheres encarceradas são frequentes. A tortura psicológica é amplamente utilizada, por meio da ameaça de violência e morte ou por constrangimento sexual, notadamente em unidades que têm população mista ou em que os funcionários são homens (BRASIL, 2007).

A violência institucional também é marcada pelos fatores que visualizamos na figura a seguir.





| Figura 16 – Violência institucional.

Fonte: do autor (2015)

Fatores estruturais, neste caso, seriam os dispostos na figura adiante.



| Figura 17 – Fatores estruturais associados à violência institucional.

Fonte: do autor (2015)

O desafio para nós, profissionais de saúde, é desenvolver estratégias de atenção coletivas e participativas, visando ao enfrentamento das situações de violência em lugares que frequentemente são insalubres e essencialmente violentos. Vale lembrar que essa é uma ação intersectorial que pressupõe abordagens individuais e coletivas, estimulando competências e habilidades para a construção de espaços mais saudáveis.



3.5 Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS

De acordo com estimativa do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids (UNAIDS), a prevalência da Aids entre pessoas privadas de liberdade é mais alta que entre a população geral. As condições de confinamento, de assistência inadequada e a falta de perspectivas são fatores que aumentam a vulnerabilidade dessas pessoas ao HIV/Aids e a outras doenças sexualmente transmissíveis.

Nas prisões, é fator adicional de risco o compartilhamento de material usado para consumo de drogas, para tatuagens e *piercings*, bem como de lâminas de barbear, além da esterilização inadequada ou reutilização de instrumentos médicos ou odontológicos (SANTOS; BERMUDEZ, 2012).

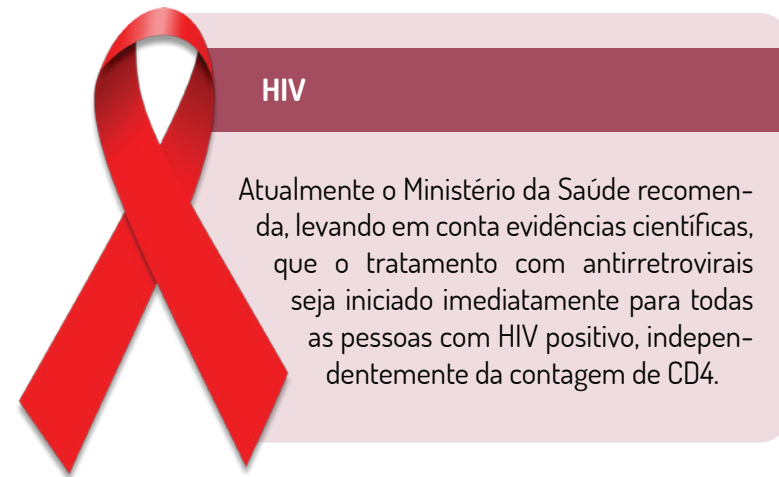


É importante que você atualize seus conhecimentos sobre as novas normativas de tratamento antirretroviral para pacientes com HIV. Acesse o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, publicado em 2013 pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.fmt.am.gov.br/layout2011/diversos/Protocolo%20To%20HIV%202013.pdf>>.

O diagnóstico e o início de tratamento o mais precocemente possível ampliam as possibilidades de viver com o HIV, diminuindo

as comorbidades e a mortalidade por Aids, melhorando a qualidade e a expectativa de vida.

Recomenda-se o início de terapia antirretroviral para todas as gestantes, independentemente da presença de sintomas ou da contagem de linfócitos/CD4. Recomenda-se também a manutenção da terapia antirretroviral após o parto, independentemente do nível de linfócitos/CD4 no momento do início (BRASIL, 2013).



HIV

Atualmente o Ministério da Saúde recomenda, levando em conta evidências científicas, que o tratamento com antirretrovirais seja iniciado imediatamente para todas as pessoas com HIV positivo, independentemente da contagem de CD4.

| Figura 18 – Tratamento com antirretrovirais.
Fonte: do autor (2015)

Essa abordagem vem na perspectiva de diminuição da transmissibilidade do HIV, colaborando para a diminuição da epidemia e para a diminuição dos processos inflamatórios nos indivíduos infectados, o que aumenta a expectativa de vida destes.



Um importante aliado da identificação precoce do HIV é o teste rápido disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Esse teste já está sendo utilizado no presídio em que você atua? Caso não, peça informações na Secretaria de Saúde do seu município para saber como você pode implantá-lo.

Além do teste rápido para HIV, o Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente os testes rápidos para hepatites B e C e sífilis.

Lembramos que estas, bem como a tuberculose, são importantes comorbidades. Elas têm uma evolução diferenciada nos indivíduos com HIV/Aids. Portanto, sua identificação precoce contribui para a minimização de danos por acesso ao tratamento.

3.6 Câncer de colo uterino e câncer de mama

O trabalho desenvolvido pelas equipes de Atenção Básica é fundamental para a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce e o acompanhamento das mulheres. Não deve ser diferente para as equipes de saúde nas prisões. Assim, entre as ações desenvolvidas na rotina dessas equipes, destacam-se aquelas relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e de mama.

A Linha de Cuidado do Câncer tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados, estabelecendo o "percurso assistencial" com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades, como pode ser visualizado na figura a seguir.



| Figura 19 – Linha de cuidado no câncer.

Fonte: BRASIL (2013)

A organização da linha de cuidado envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, englobando diferentes pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos.

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas ao câncer de útero e ao câncer de mama, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dessas doenças e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade (BRASIL, 2013).

O método de rastreamento do câncer do colo de útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolau), que deve ser oferecido a todas as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e àquelas mais jovens que já tiveram atividade sexual. Nessa faixa etária se encontra a quase totalidade das mulheres no sistema prisional, o que revela a importância de os profissionais de saúde estarem atentos ao acompanhamento dessas mulheres.

A priorização dessa faixa etária como população-alvo justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetiva e precocemente, a fim de que não evoluam para o câncer.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a incidência desse câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos, prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos, portanto podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical será reduzido em função da sua lenta evolução (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011).

Confira a cartilha *Direitos Sociais das Pessoas com Câncer*, disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/direitossociaisdapessoacomcancerterceiraedicao2012.pdf>>.



Em relação ao câncer de mama, é o segundo tipo mais frequente no mundo. Esse tipo de câncer é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom.

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.

O trabalho em equipe dentro do sistema prisional pode fortalecer a mulher no cárcere a enfrentar o diagnóstico e tratamento, diante dos efeitos do tratamento e fragilidades que possam ser identificadas. Diante disso, você profissional pode, em ações conjuntas com colegas, adotar medidas que auxiliem na prevenção desses agravos.





Procure conhecer os Cadernos de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, n. 13, disponíveis em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf>.

3.7 Resumo da unidade

O contexto das mulheres privadas de liberdade indica maior vulnerabilidade a doenças como o câncer de colo uterino e de mamas e às DST/Aids. O diagnóstico mais precoce possível e o consequente início precoce do tratamento melhoram a qualidade e a expectativa de vida da pessoa que vive com HIV, diminuindo as comorbidades e a mortalidade por Aids.

Atualmente o Ministério da Saúde recomenda, com base em evidências científicas, que o tratamento com antirretrovirais seja iniciado imediatamente para todas as pessoas com HIV positivo, independentemente da contagem de CD4. Essa abordagem também contribui na diminuição da transmissibilidade do HIV, colaborando para a diminuição da epidemia.

A Linha de Cuidado do Câncer de colo uterino e de mama tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados, estabelecendo o “percurso assistencial” com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, conforme com suas necessidades.

O sistema de saúde e seus profissionais têm um papel relevante e estratégico na identificação (no diagnóstico), na abordagem, na prevenção e no tratamento dos agravos resultantes das diversas formas de discriminação e violência presentes no sistema prisional. Uma abordagem acolhedora e atenta dos profissionais pode encorajar a pessoa assistida a revelar sua situação e buscar seus direitos à saúde e à segurança, coibindo novas violações.

3.8 Recomendações de leituras complementares

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Política para as Mulheres da Presidência da República. Portaria Interministerial nº 210 de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 jan. 2014. Seção 1, p. 75.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Legislação em Saúde no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jun. 2011.



DA SILVA, E. F.; LUZ, A. M. H.; CECCHETTO, F. H. Maternidade atrás das grades. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 33-37, 2011.

SANTOS, N.; BERMUDEZ, P. X. **Guia sobre gênero, HIV/ Aids, coinfeções no sistema prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_aids/Publicacoes/GUIA_SOBRE_GENERO_HIV_em_prisoos_2012.pdf>. Acesso em: 19/11/2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Boas práticas de atenção ao parto e nascimento**. Brasília: OMS, 1996. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/OMS%20-%20Boas%20Praticas%20de%20Atencao%20ao%20Parto%20e%20ao%20Nascimento.pdf>>.



Encerramento do módulo

As particularidades da situação da mulher privada de liberdade, somadas às dificuldades enfrentadas com o nascimento ou a permanência de um filho dentro de penitenciárias, foram o ponto de partida para a abordagem do contexto vivenciado pela população de mulheres no sistema prisional brasileiro.

Entendemos que a equipe de saúde tem papel fundamental na implementação das políticas públicas que contemplam as particularidades do sexo feminino na perspectiva do respeito à dignidade humana. Fica o desafio de você e sua equipe construir propostas adequadas a sua realidade local, as quais proporcionem atenção integral à saúde das mulheres privadas de liberdade.

É importante que você procure conhecer as legislações vigentes e as políticas de atenção previstas para esse grupo. Afinal, além de subsídios para discutir e construir coletivamente, elas destinam recursos para capacitação, equipamentos e insumos, ou indicam ainda a maneira de dirigir as linhas assistenciais para garantir às mulheres privadas de liberdade o direito à saúde integral.

Lembramos que você, nesta unidade, teve a oportunidade de conhecer um pouco dos direitos de atenção à saúde das mulheres em situação prisional, com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outras políticas de inclusão social do Brasil. Você também foi movido a entender como esses direitos podem ser efetivados dentro do contexto do trabalho em saúde no sistema prisional e na articulação com os demais serviços da rede.

Assim, contamos com você e sua equipe na efetivação da universalização do SUS na atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade, com qualidade e equidade!

Referências

AYRES, J. R. C. M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-39.

BARROS, M. B. **Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos**. 1983. 190f. Tese (Doutorado em medicina)-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 1983.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de jul. 1990. Seção 1, p. 13563.

_____. Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994. Fixa as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 dez. 1994.

_____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial. **Política nacional de saúde integral da população negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 25 maio 2014.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Justiça. Sistema Carcerário, Execução Penal e Medidas Socioeducativas: Geopresídios. Brasília: Ministério da Justiça, 2014. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario-e-execucao-penal/geopresidios-page>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Justiça. Departamento De Execução Penal. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias. **INFOPEN: relatórios estatísticos do Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, 2008.

_____. Ministério da Justiça. Departamento De Execução Penal. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias. **INFOPEN: relatórios estatísticos do Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Grupo de Trabalho Interministerial. **Reorganização e reformulação do sistema prisional feminino**. Brasília: Ministério da Justiça, 2008a.

_____. Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009. 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Cadernos de Atenção Básica).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jun. 2011a.

_____. Lei nº 12.403, de 4 de maio de 2011. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, relativos à prisão processual, fiança, liberdade provisória, demais medidas cautelares, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 de maio 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - Datasus. **Sistema de informação de nascidos vivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 07 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <<http://www.fmt.am.gov.br/layout2011/diversos/Protocolo%20Tto%20HIV%202013.pdf>>. Acesso em: 6 jun. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.



_____. Ministério da Justiça. Secretaria de Política para as Mulheres da Presidência da República. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, 2014. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jan. 2014. Seção 1, p. 75.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Aleitamento materno para mulheres privadas de liberdade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília; Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Inclusão das mulheres privadas de liberdade na rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Legislação em saúde no sistema prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

CANAZARO, D. et al. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1323-1333, jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000700011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2014.

COLARES, L. B. C.; CHIES, L. A. B. Mulheres nas so(m)bras: invisibilidade, reciclagem e dominação viril em presídios masculinamente mistos. **Estudos Feministas**, Florianópolis, p. 407-423, 2010.

DA SILVA, E. F.; LUZ, A. M. H.; CECCHETTO, F. H. Maternidade atrás das grades. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 33-37, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. **Programa nacional de controle do câncer do colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 p. S17-S47, 2014. Suplemento.

LIMA, A. I. O. et al. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.



MUSUMECI, B. Mulher e violência no sistema de justiça criminal. **Trabalho e sociedade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 3-8, 2001.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE. **Câncer, controle, conhecimento em razão**. OMS para programas efetivos. Suíça: OMS, 2007.

SÁ E SILVA, F. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. In: COSTA, A. B. et al (Orgs.). **O Direito achado na rua**: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/ UnB, 2009. p. 242-252.

SANTOS, N.; BERMUDEZ, P. X. **Guia sobre gênero, HIV/ Aids, coinfeções no sistema prisional**. Brasília: OPAS, 2012. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_aids/Publicacoes/GUIA_SOBRE_GENERO_HIV_em_prisoas_2012.pdf>. Acesso em: 6 jun. de 2014.

SOARES, B. M.; ILGENFRITZ, I. **Prisioneiras**: vida e violência atrás das grades. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/370/2/Homens%20e%20sa%C3%BAdade%20na%20pauta.pdf>>. Acesso em: 6 jun. de 2014.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2009. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf>. Acesso em: 6 jun. de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Boas práticas de atenção ao parto e nascimento**. Brasília: OMS, 1996. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/OMS%20-%20Boas%20Praticas%20de%20Atencao%20ao%20Parto%20e%20ao%20Nascimento.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2014.



Minicurrículo dos autores

Carmem Regina Delziovo

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1985), graduada em Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1985) e mestre em Ciências da Saúde Humana pela Universidade do Contestado (2003). Atualmente é doutoranda em Saúde Coletiva na UFSC, estudando o tema da atenção a mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual. Atua na Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de Santa Catarina, na Gerência da Coordenação da Atenção Básica. Tem experiência na área de Saúde Pública, com ênfase em Gestão, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas de saúde, regulação, redes de atenção à saúde, saúde da mulher e da criança.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9192985272761930>>.

Caroline Schweitzer de Oliveira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003). Especialista em Educação Sexual pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2005), Especialista em Desenvolvimento Gerencial de UBS do SUS (2008) e Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública Professor Osvaldo de Oliveira Maciel (2010). É mestranda em Saúde Coletiva na UFSC, estudando a temática da violência sexual. Atualmente é técnica da Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, atuando principalmente com a temática da violência.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/4627038463350744>>.

Luciana Oliveira de Jesus

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Sergipe (2007). Especialista em Saúde Pública, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade (PREMUS/PUCRS 2009-2011). Tem experiência profissional na gestão de políticas públicas para as mulheres em Sergipe e na gestão pública de saúde, como consultora da Unesco, na Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, na seção Saúde Prisional. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia, na área de concentração da Psicologia Social, com auxílio financeiro do CNPq.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/8586961327193329>>.

Elza Berger Salema Coelho

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1977) e doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000). Atualmente é Professora Associada 4 da Universidade Federal de Santa Catarina, Coordenadora do Curso de Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência, Coordenadora do Curso Mais Médicos em parceria com o Ministério da Saúde e professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: violência, violência por parceiros íntimos, violência contra gestante e violência contra o idoso.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3980247753451491>>.

