

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LIGIA MENEZES DE FREITAS

**AS AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE DESENVOLVIDAS
EM ÂMBITO PRISIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

CAMPOS GERAIS

2014

LIGIA MENEZES DE FREITAS

**AS AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE DESENVOLVIDAS
EM ÂMBITO PRISIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

Monografia apresentada a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte da exigência do Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde para obtenção do Certificado de Especialista. Orientador: Prof. Me. Walter Batista Cicarini

CAMPOS GERAIS

2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

FREITAS, LIGIA MENEZES DE

AS AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE DESENVOLVIDAS EM ÂMBITO PRISIONAL:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA [manuscrito] / LIGIA MENEZES DE FREITAS.
- 2014.

50 f.

Orientadora: Walter Batista Cicarini.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação Pedagógica Para
Profissionais da Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para
obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde.

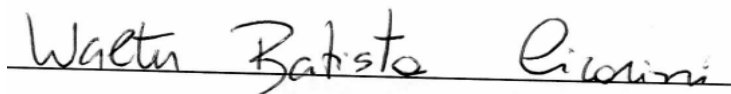
1. AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE DESENVOLVIDAS EM ÂMBITO PRISIONAL.
I. Cicarini, Walter Batista . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
III. Título.

Lígia Menezes de Freitas

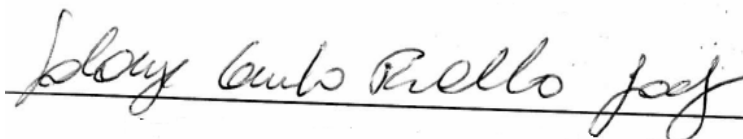
**AS AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE DESENVOLVIDAS
EM ÂMBITO PRISIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Walter Batista Cicarini (Orientador)



Profa. Solange Cervino Bicalho Godoy

Data de aprovação: 15/02/2014

Belo Horizonte

DEDICATÓRIA

A Deus, por sempre guiar meus passos.

Ademilson Pereira Ribeiro, por compartilhar comigo os ônus e bônus da vida. Você é o meu amor.

À Valentina Freitas Ribeiro, por tanto amor.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Prof. Ms. Walter Batista Cicarini, à Profa. Ma. Carla Lucia Goulart Constant Alcoforado e ao tutor João Henrique Morais Ribeiro, pela dedicação e paciência. Sinceros agradecimentos.

FREITAS, L.M. **As ações educativas em saúde desenvolvidas em âmbito prisional: revisão integrativa da literatura.** 2014. Monografia de Conclusão de Curso (Especialização de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

RESUMO

O objeto de trabalho deste estudo é a ação educativa em saúde, conformada como uma prática educativa em saúde, desenvolvida no âmbito prisional brasileiro, tendo como marco inicial o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), ano de 2003. Este trabalho justifica-se uma vez que, na perspectiva das práticas educativas em educação em saúde, as ações educativas deve ser uma prática inerente às diretrizes estratégicas do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, a fim de promover a emancipação e o empoderamento dos sujeitos para responder aos problemas de saúde da população carcerária. Constitui um desafio para os profissionais de saúde a apropriação de estratégias educacionais que possam auxiliar os encarcerados, de maneira efetiva, a conduzir a uma vida mais saudável. Assim, este estudo tem como objetivo geral investigar evidências científicas acerca das ações educativas em saúde no sistema penitenciário. Para isso, utiliza-se a revisão integrativa como método de pesquisa, uma vez que por meio dessa é possível aprofundar o conhecimento sobre um tema escolhido com base em trabalhos anteriores. Foram revisadas as bases de dados LILACS e SciELO, no período de janeiro de 2003 a janeiro de 2014; a amostra final foi de 4 artigos científicos selecionados. Os resultados evidenciaram que Assim, foi possível identificar que, dado ao reduzido número de estudos encontrados, pode se perceber a incipiência de artigos científicos publicados sobre ações educativas em saúde, conformada como uma prática de saúde dos profissionais de saúde, desenvolvida no âmbito prisional brasileiro. As ações educativas desenvolvidas em âmbito prisional ainda são reduzidas quando comparada aos pressupostos do PNSSP, desde o ano de 2003. Observa-se que as ações educativas são ainda realizadas de forma pontual e específica não sendo conduzidas e realizadas de acordo com as necessidades, cotidiano e vivências dos encarcerados.

PALAVRAS-CHAVE: Prisões. Pessoal de Saúde. Educação em Saúde.

FREITAS, L.M. **Educational health actions developed in the prison context: an integrative literature review**. 2014. Monograph End of Course (Specialization of Teacher Training in Vocational Education in Health) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais , Belo Horizonte.

ABSTRACT

The work object of this study is the work of education in health, resigned as an educational practice in health, developed in the Brazilian prison context , taking as starting point the National Health Plan for the Penitentiary System (PNSSP), 2003. This work is justified since, in view of educational practices in health education, educational activities should be an inherent strategic guidelines of the National Health Plan of Prisons practice in order to promote the emancipation and empowerment of individuals to respond to health problems in the prison population. Represents a challenge for health professionals ownership of educational strategies that can assist incarcerated , effectively , leading to a healthier life . Thus , this study has as main objective to investigate scientific evidence about educational health actions in the prison system . For this , it uses an integrative review as a research method , since through this is to deepen knowledge on a chosen based on previous work theme . The LILACS and SciELO databases were reviewed for the period from january 2003 to january 2014, the final sample consisted of 4 papers selected . The results showed that thus, we found that, given the small number of studies, we can realize the paucity of published scientific articles on educational activities in health, resigned as a health practice of health professionals , developed in the Brazilian prison under . Educational activities developed in the prison context are still reduced compared to the assumptions PNSSP, since the year 2003. It is observed that the educational activities are still carried out in a timely and specific manner not being conducted and implemented in accordance with the needs and experiences of everyday life incarcerated.

KEYWORDS: Prisons. Health Personnel. Health Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS.....	13
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	13
3.2 MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NA SAÚDE.....	19
3.3 PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIA.....	19
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	21
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	21
5 PROBLEMA DE ESTUDO.....	21
6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS.....	24
7 BUSCA BIBLIOGRÁFICA.....	26
8 DEFINIÇÃO E ANÁLISE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO.....	28
9 REFERENCIAL PARA ANÁLISE DOS ESTUDOS SELECIONADOS.....	34
10 INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	35
11 SÍNTESE DO CONHECIMENTO.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES.....	48

1 INTRODUÇÃO

O objeto de trabalho deste estudo é a ação educativa em saúde, conformada como uma prática educativa em saúde, desenvolvida no âmbito prisional brasileiro, tendo como marco inicial o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), ano de 2003.

Nos últimos anos, houve um crescimento da população encarcerada no Brasil. De acordo com o Ministério da Justiça (BRASIL, 2012), no Brasil, houve um aumento de 63% da população carcerária entre 2004 e 2012.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado o único acesso aos serviços de saúde a 70% da população brasileira. De acordo com o Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (Infopen), do Ministério da Justiça, cerca de 520 mil pessoas vivem presas em 1.771 estabelecimentos penais e cinco penitenciárias federais distribuídas pelo Brasil. Apresenta um déficit de, aproximadamente, 195 mil vagas (BRASIL, 2012). Sabe-se que essa população está sujeita a condições insalubres, o que a torna vulnerável ao adoecimento e, especialmente, doenças como tuberculose, hanseníase, hepatites e aids, por exemplo (BRASIL, 2004).

Dada à importância da atenção a saúde deste grupo específico o Governo Federal, através dos Ministérios da Saúde e da Justiça, instituiu pela Portaria Interministerial n.1777, 9 de Setembro de 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário que prima à inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos (BRASIL, 2004). O acesso dessa população às ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde,

pela Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984.

Os princípios que fundamentam esse Plano no Sistema Penitenciário são pautados na ética, justiça, cidadania, direitos humanos, participação, equidade, qualidade e transparência. As diretrizes estratégicas do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário são: prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária; contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária; definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS; proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania e estimular o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 2004).

O trabalho deve ser desenvolvido por equipes multiprofissionais compostas por médico, cirurgião-dentista, psicólogo, assistente social, enfermeiro e auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2004).

Diante deste contexto, é de conhecimento que educação em saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, segundo o Ministério da Saúde, a educação em saúde é uma prática social e, também, um conjunto de práticas pedagógicas, que uma vez inserida no âmbito das práticas de atenção à saúde, contribui para a formação da consciência crítica dos indivíduos acerca dos seus problemas de saúde.

A educação em saúde deve partir da realidade das pessoas e estimular a busca de soluções e organização para uma ação

individual e coletiva. Ressalta-se que deve ser compartilhada pelos profissionais da área de saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Desta forma, o conjunto problematizador deste estudo é: os profissionais de saúde estão realizando ações educativas em âmbito prisional? O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário estaria alicerçando o desenvolvimento das ações educativas em saúde? Quais são as ações educativas em saúde que estão sendo desenvolvidas nas prisões?

Este trabalho justifica-se uma vez que, na perspectiva das práticas educativas em educação em saúde, as ações educativas deve ser uma prática inerente às diretrizes estratégicas do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, a fim de promover a emancipação e o empoderamento dos sujeitos para responder aos problemas de saúde da população carcerária.

Constitui um desafio para os profissionais de saúde a apropriação de estratégias educacionais que possam auxiliar os encarcerados, de maneira efetiva, a conduzir a uma vida mais saudável.

Algumas questões precisam ser respondidas e investigadas, ainda ao nível exploratório, para que possam contribuir para o conhecimento das ações educativas que estão desenvolvidas em consonância com o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Identificar essas práticas educativas pode representar novos caminhos a fim de maior resolubilidade e legitimação das políticas públicas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar evidências científicas acerca das ações educativas em saúde no sistema penitenciário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a contribuição da produção científica acerca das ações educativas em saúde desenvolvidas no âmbito prisional;
- Identificar, por meio das produções científicas, quais são as ações educativas em saúde que estão sendo desenvolvidas em âmbito prisional.

3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A partir da década de 1970, ocorreram mudanças políticas e econômicas que fortaleceram o processo de Reforma Sanitária, tendo em vista a transformação da estrutura do sistema de saúde brasileiro que culminou com a incorporação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 (BRASIL, 1989).

Assim, o movimento da Reforma Sanitária teve êxito com a VIII Conferência Nacional de Saúde, a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e com a instituição do SUS pela Constituição de 1988.

Aqui, não cabe traçar toda a trajetória do Movimento da Reforma Sanitária, mas é importante ressaltar que os caminhos percorridos por esse movimento para estruturar novas políticas de saúde constituíram-se em um expressivo esforço da sociedade civil a fim redirecionar o projeto do setor saúde no País e, conseqüentemente, reverter a privatização, a medicalização e a seletividade (SALUM, 1998).

A Constituição de 1988 (alcançada pelo então Presidente da Assembléia Nacional Constituinte Ulisses Guimarães, como Constituição Cidadã, no sentido de que seria um instrumento importante para o direito à cidadania) incorporou conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, dentre os quais: o conceito de saúde é entendido sob uma perspectiva de articulação de políticas econômico-sociais; a saúde como direito universal, derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário; a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação social) e integração da saúde na Seguridade Social (SALUM, 1998).

Ressalta-se que a Constituição de 1988 propiciou a incorporação de condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos. Uma visão ampliada e integrada das ações e serviços de saúde, busca superar a concepção dominante de atribuir saúde pela ausência da doença, na dimensão biológica e individual. Podemos afirmar que a “Constituição Cidadã” foi a que mais avançou no campo dos direitos sociais e esforços de justiça social (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O SUS foi constituído em 1988 e só foi regulamentado e legitimado em 1990, quando foram sancionadas as Leis Orgânicas de Saúde: – Lei n. 8.080 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e a Lei n. 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990).

De acordo com o Artigo 4 da Lei n. 8.080, o SUS pode ser definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público e complementarmente pela iniciativa privada” (BRASIL, 1990).

A construção do SUS pautou-se nos preceitos constitucionais e norteia-se pelos seguintes princípios: universalidade – todas as pessoas têm direito ao acesso a serviços de saúde; equidade – todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido, conforme suas necessidades; integralidade – as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, a prevenção e cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho que o levam a adoecer e a morrer. Garantir o acesso à promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Dentre os princípios que regem a organização do SUS, destacam-se: a) a regionalização e hierarquização, na qual a rede

de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada e permitir o conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações em todos os níveis de complexidade; b) a descentralização, como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (BRASIL, 1990).

A redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal no tocante à saúde, recebe o nome de municipalização. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde, diretamente voltadas aos cidadãos; c) a participação dos cidadãos, é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis desde o federal até o local. Esta participação deve dar-se nos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

A Lei n. 8.080/90 define as atribuições e competências das três instâncias governamentais na gestão do SUS. Destacam-se o planejamento das ações para as três instâncias; articulação de planos e políticas e a coordenação das ações; financiamento, orçamento, administração e o controle dos recursos financeiros; avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde; a elaboração de normas pertinentes à saúde; participação na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (BRASIL, 1990).

3.2 MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NA SAÚDE

Desde que o SUS foi legitimado, várias propostas surgiram com vistas à reformulação das políticas públicas em saúde e à reorientação da assistência à saúde.

As discussões a respeito dessas propostas tinham como ponto central pensar nos diversos modelos de atenção à saúde, pautados em diferentes concepções do processo saúde-doença.

Paim (2002) define que,

Modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde.

Desse modo, em outras palavras, modelo assistencial é a organização das ações para intervir no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos para solucionar os problemas de saúde em uma população (MALTA *et al.*, 2004). Existem modelos que desenvolvem exclusivamente intervenções médico-curativas e outros que articulam em sua prática ações de promoção e prevenção; e outros que suportam serviços que simplesmente atendem as demandas dos usuários.

Merhy *et al.* (1991) discutem a dimensão articulada dos saberes e da política na determinação da forma de organizar a assistência: “modelo técnico assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social”.

Se pensarmos a respeito dos modelos assistenciais, olhando à organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde, temos como referência Mendes- Gonçalves (1994) e Merhy (2003).

Mendes-Gonçalves (1994) enfatiza os conceitos de “tecnologias materiais” aos instrumentos e “tecnologias não materiais” para o conhecimento técnico usado na produção em saúde. Merhy (2003) reforça os conceitos de “trabalho morto” para o trabalho instrumental e “trabalho vivo” em ato.

Merhy (2003) cita que, além dos instrumentos e do conhecimento técnico há também as relações tidas como

fundamentais para produção do cuidado. Estas relações podem ser focadas em uma assistência produzida no ato prescritivo, um modelo em que o saber médico hegemônico é “produtor de procedimentos”. Pode ser também as relações estabelecidas no trabalho em ato realizado no cuidado à saúde. Estas são denominadas tecnologias leves, que é como forma de agir entre trabalhadores e usuários, individuais e coletivos (MERHY, 2003).

Conforme autor citado, as tecnologias instrumentais são denominadas tecnologias duras (MERHY, 2003. p.318),

[...] porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e ao conhecimento técnico identificamos uma parte dura estruturada e outra leve, que diz respeito modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado.

Para Merhy (2003), o modelo assistencial para a saúde esteve voltado às tecnologias duras e leve-duras que produziu um trabalho voltado à consulta médica, onde o conhecimento médico estrutura o trabalho de outros profissionais.

Diante desse quadro, o modelo assistencial hegemônico no Brasil é o “modelo médico produtor de procedimentos” (denominação utilizada e criada por Merhy) ou modelo médico hegemônico em que a assistência à saúde está centrada no ato prescritivo e não são consideradas as determinações do processo saúde-doença, valorizando apenas as questões biológicas (MALTA *et al.*, 2004).

Este modelo apresenta uma concepção negativa da saúde percebida como ausência de doença e restrita a seus aspectos biológicos e orgânicos. Esta concepção determina o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença, que leva a modelos explicativos restritos e a respostas unilaterais (MENDES, 1996).

Além disso, o modelo médico hegemônico tem um custo elevado, visto que faz uso de recursos tecnológicos centrados em

exames e medicamentos, finaliza a assistência em saúde somente com esses recursos, como se estes fossem capazes de restabelecer a saúde. Diante desse quadro, as práticas de saúde são fragmentadas, centradas em produção de atos, evidenciando uma desarticulação com inúmeras queixas dos usuários (MALTA *et al.*, 2004).

Como foi exposto, o Estado brasileiro e a Constituição Federal pautam intencionalidades quanto à saúde e seus princípios, por meio do Sistema Único de Saúde, que se propõe universal, integral e equânime. Desse modo, é preciso pensar em novos modelos assistenciais, que sejam pautados na integralidade do cuidado. Assim é necessário que sejam aprofundados novos fundamentos teóricos, particularmente, sobre a natureza do processo de trabalho e sua importância em relação a organização da assistência à saúde (MALTA *et al.*, 2004).

Assim,

Propostas alternativas de modelagem dos serviços de saúde buscam incorporar outros campos de saberes e práticas em saúde e configurar outras formas de organização da assistência anti-hegemônicas (MALTA *et al.*, 2004, p.439).

Segundo Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), a discussão sobre as macropolíticas na saúde, não tem privilegiado questões pautadas nos modelos assistenciais. Atualmente, no sistema de saúde brasileiro há uma disputa entre o modelo médico assistencial privatista e o modelo assistencial sanitário, ao lado de esforços de construção de modelos alternativos. Este processo tenta articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em dimensões individuais e coletivas que passaram a ser operacionalizadas no processo de distritalização dos serviços de saúde com base no Sistema Único Descentralizado de Saúde - SUDS (1987-1989), anterior à construção do SUS.

Para que os modelos de assistência rompam com a situação atual, devem se respaldar nos fundamentos de garantia de acesso e

acolhimento à população usuária, integralidade na assistência, a participação de trabalhadores e usuários na gestão, gestão pública e ações com vistas a realidade local (MALTA; MERHY, 2003).

O modelo assistencial sanitário prevê ações de vigilância epidemiológica e sanitária, fundamentado no projeto ideológico que sustentou o Movimento da Reforma Sanitária (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). O foco de atenção é às necessidades em saúde, com a intenção de superar as ações imediatistas e resumidas ao indivíduo.

Desta forma, de acordo com Alves e Aerts (2011), a grande dificuldade encontrada pelas equipes de saúde é que ao trabalharem inseridos em um modelo pautado em práticas curativas e hospitalocêntricas, com vistas no atendimento médico e na visão biologicista da doença, condicionam sua prática educativa a ações que visam apenas modificar comportamentos inadequados. Centrada na prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamentos. Desta forma, a ação pedagógica privilegia a simples transmissão de conhecimentos pontuais. Assim, as técnicas utilizadas são palestras, organizadas por temas definidos pelos técnicos, sem relação com as reais necessidades da população atendida (CHIESA; WESTPHAL, 1995).

3.3 PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

De acordo com a portaria interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, é resultado de um trabalho conjunto construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BRASIL, 2004).

Esse plano prevê que a inclusão da população penitenciária no SUS, garanta que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos (BRASIL, 2004). Com isso a população deve ter acesso as ações e serviços de saúde. Legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990, que regulamenta o SUS, pela Lei n.º 8.142. de 1990, onde dispõe sobre a participação da comunidade na gestão da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela Lei de Execução Penal n.º 7.210 de 1984.

Foi elaborado a partir de uma perspectiva na assistência e na inclusão dos presidiários. Para que seus princípios básicos sejam eficazes das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde (BRASIL, 2004).

O direito à saúde e à cidadania vem como princípio fundamental do PNSSP. As unidades prisionais com mais de 100 pessoas, com mínima equipe de técnica, para atender até 500 pessoas presas, com uma jornada de trabalho de 20 horas semanais e que será composta por: médico; enfermeiro; odontólogo; psicólogo; assistente social; auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2004).

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Com vistas a alcançar os objetivos deste estudo, trata-se de um estudo exploratório, descritivo e utiliza-se a revisão integrativa de literatura como método de pesquisa. Esta se constitui em um método em que pesquisas primárias são analisadas a fim de elaborar uma síntese do conhecimento produzido sobre o tema investigado. É bastante útil quando há poucos estudos sobre determinado assunto (URSI, 2005), pois, ao identificar estes estudos, a revisão integrativa possibilita identificar o conhecimento produzido ou até mesmo esclarecer assuntos não solucionados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

De acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010, p.102),

Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos.

Importante ressaltar que a revisão de literatura é realizada em todas as pesquisas, uma vez que busca-se estudos diretamente relacionados ao tema proposto de modo a identificar estudos e temas que se pretende estudar (MENDES, 2006).

A revisão integrativa traz respostas sobre o tema estudado após identificar e analisar os objetivos, o desenho e os resultados dos estudos já produzidos (BEYEA; NICOLL, 1998). Desta forma, por meio da revisão integrativa é possível aprofundar o conhecimento sobre um tema escolhido com base em trabalhos anteriores.

Para Souza, Silva e Carvalho (2010, p.103),

A revisão integrativa, finalmente, é a mais ampla abordagem metodológica, referente às revisões,

permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de tópico particular.

Assim, ao sintetizar o conhecimento produzido sobre o tema abordado, a revisão integrativa possibilita tornar acessível o conhecimento para os profissionais que trabalham diretamente com o tema do estudo (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Com vistas aos estudos consultados, opta-se por adotar seis etapas (OTRENTI, 2011):

1. Identificação do problema e definição da questão de pesquisa da revisão;
2. Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos;
3. Revisão bibliográfica;
4. Definição das informações a serem extraídas dos estudos revisados;
5. Análise dos estudos incluídos na revisão integrativa;
6. Discussão e interpretação dos resultados;
7. Síntese do conhecimento.

Assim, cada uma dessas etapas está descrita a seguir.

5 PROBLEMA DE ESTUDO

Torna-se necessário que a questão de pesquisa esteja devidamente explícita, pois influencia a escolha dos estudos e a coleta das informações, bem como a escolha inicial das palavras chave para dar início a busca bibliográfica (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O problema deste estudo é formulado devido à escassez de material produzido sobre o tema, especificamente, as práticas educativas em saúde em âmbito prisional.

Assim, nesta revisão integrativa, formula-se o seguinte problema de estudo: os profissionais de saúde estão realizando ações educativas em âmbito prisional? Quais são as ações educativas em saúde que estão sendo desenvolvidas nas prisões?

A partir do problema bem formulado, viabiliza-se proceder a buscar e o desenvolvimento da revisão bibliográfica.

6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS

Esta etapa deve ser clara e criteriosa, uma vez que a amostra indica qualidade e confiabilidade dos resultados e da futura conclusão.

Ressalta-se que critérios bem definidos minimizam possíveis vieses, auxilia e possibilita a busca bibliográfica. O pesquisador deve ser rigoroso na seleção dos artigos, principalmente, quando os objetivos da revisão são abrangentes (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Desta forma, os critérios de inclusão dos artigos selecionados para este estudo são:

- Objeto de estudo: a ação educativa em saúde voltada para os presos desenvolvida no âmbito prisional brasileiro, tendo como marco inicial o PNSSP, ano de 2003;
- Idioma: português;
- Período de publicação: janeiro de 2003 até janeiro de 2014;
- Disponibilidade: textos na íntegra *online* com acesso gratuito em bases de dados de acesso livre.

Como critérios de exclusão adotam-se os seguintes:

- Publicações em forma de dissertações, teses, monografias, livros e relatórios;
- Estudos que não descrevam ações educativas voltadas aos presos em âmbito prisional;
- Revisões de qualquer estilo, bibliográficas, integrativas, metanálise ou metassíntese, por impossibilitar o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Esses estudos foram utilizados na discussão do presente estudo.

Ressalta-se que a coleta dos dados, ou seja, a busca pelos artigos foi realizada no mês de janeiro de 2014.

Para seleção dos estudos que estejam de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, realiza-se leitura do resumo de cada estudo a fim de verificar se atendiam ao problema e objetivos deste estudo. Em seguida, os artigos selecionados foram lidos na íntegra e realizados o preenchimento do instrumento de coleta (APÊNDICE A).

7 BUSCA BIBLIOGRÁFICA

A busca bibliográfica para este estudo foi realizada pela Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Esta é um site composto por fontes de informação em ciências da saúde para atender às necessidades de informação técnico-científica de profissionais e estudantes da área.

A BVS concentra diversos bancos e bases de dados, entre eles a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e o *Scientific Electronic Library Online* – SciELO.

A busca bibliográfica na *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, trata-se de uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. A SciELO é o resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (SCIELO, 2014).

A base de dados Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – LILACS agrega a literatura técnico-científica de autores latino-americanos e do Caribe, publicada a partir de 1982. Disponibilizados resumos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos, relatórios técnico-científicos e artigos de revistas, todos da área da saúde (LILACS, 2014).

Os artigos na íntegra foram acessados conforme disponibilidade gratuita das bases de dados. Em consonância com os critérios de inclusão e de exclusão, artigos que não tiveram disponibilidade gratuita na íntegra não participaram dos resultados deste estudo.

As estratégias de busca foram adaptadas para cada base de dados, considerando as peculiaridades de cada uma. Sempre com vistas ao problema e objetivos deste estudo e os critérios de

inclusão e de exclusão citados anteriormente. Sendo assim, possibilitou-se manter a coerência do material selecionado para este trabalho.

Na base de dados LILACS, utilizou-se para busca do material o descritor de assunto prisões. Destaca-se que não há outros descritores de assunto que englobem o tema estudado. Ressalta-se, ainda, o não uso de outros descritores para refinar a busca visto que o número de estudos é pequeno.

Assim, para o descritor de assunto prisões, na busca inicial foram obtidos 180 estudos. Na leitura dos títulos e, posteriormente, dos resumos *on line*, a maioria dos estudos foram excluídos (total de 176). Ressalta-se que todas as exclusões deram-se de acordo com os critérios de exclusão do presente estudo. Desta forma, a amostra final para a base de dados LILACS foi de 4 artigos.

Na biblioteca eletrônica SciELO foi utilizada como assunto prisões para realizar a busca bibliográfica. Na busca inicial foram obtidos 38 artigos. Após a leitura dos estudos, com base nos critérios de inclusão e de exclusão, foram selecionado 1 estudo. No entanto, este havia sido selecionado no LILACS. A amostra final, para esta biblioteca, resultou em nenhum estudo.

Desta forma, a busca bibliográfica resultou na inclusão de 4 artigos. Estes foram analisados detalhadamente para o presente estudo.

Após exaustiva leitura dos artigos e finalização dos incluídos, deu-se o preenchimento do instrumento da coleta de dados (APÊNDICE A) dos artigos selecionados.

8 DEFINIÇÃO E ANÁLISE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO

As informações extraídas dos estudos selecionados buscaram responder ao problema e objetivos deste estudo. Estão, ainda, de acordo com a literatura acerca de estudos que tratem de revisão integrativa.

Desta forma, foram elaborados quadros sinóticos de acordo com as informações coletadas por meio do instrumento de coleta (APÊNDICE A).

De acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010), para retirar as informações necessárias dos artigos selecionados, é importante utilizar um instrumento de coleta previamente elaborado. Assim, torna-se possível assegurar que a totalidade dos dados importante sejam retirados, minimizar erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações extraídas.

Os dados devem incluir: sujeitos do estudo, metodologia utilizada, tamanho da amostra, método de análise e conceitos que embasam os estudos são empregados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Ressalta que o instrumento de coleta utilizado nesta revisão integrativa está de acordo com instrumentos utilizados em estudos como o instrumento validado por Ursi (2005) e presente no estudo de Otrenti (2011). Foram realizadas as devidas alterações, de acordo com o objeto da presente pesquisa.

Desta forma, para obtenção de todos os dados necessários para a análise dos dados, os itens foram assim organizados:

- Identificação do estudo;
- Identificação do primeiro autor dos estudos selecionados;
- Problema ou questão de pesquisa e hipótese;
- Objetivo do estudo;
- Metodologia utilizada pelo(s) autor(es);

- Resultados;
- Conclusões e recomendações.

A seguir, apresentam-se quadros sinópticos dos estudos selecionados. Bem como o instrumento da coleta de dados (APÊNDICE A), os quadros sinópticos foram elaborados de acordo com os estudos de Ursi (2005) e Otrenti (2011).

ESTUDO - 1

MIRANDA, A.E.; MERÇON-DE-VARGAS, P.R.; VIANA, M.C. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19786.pdf>. Acesso em: 16 jan 2014.

PROBLEMA/HIPÓTESE/QUESTÃO NORTEADORA

Implícita – Pouco se sabe sobre os problemas de saúde existentes dentro do sistema carcerário. Conhecer estes problemas pode contribuir para fortalecer e ampliar o papel de reabilitação que lhe é conferido.

OBJETIVO

Identificar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde das mulheres encarceradas em penitenciária feminina

METODOLOGIA

Método descritivo. Penitenciária feminina, município de Cariacica, Espírito Santo. Amostra de 121 mulheres. A entrevista consistiu na aplicação de um questionário estruturado explorando informações sociodemográficas, clínicas e criminais.

RESULTADOS

A média de idade das participantes foi de 30,2 anos (DP 8,98) e de escolaridade, 4,8 anos (DP 3,50). Todas já haviam tido atividade sexual pregressa; a idade média do primeiro coito foi de 15,2 anos (DP 2,55), variando de nove a 27 anos; e 28% apresentavam história de doença sexualmente transmissível (DST). Doze (9,9%) mulheres estavam grávidas no momento da entrevista. História de gravidez na adolescência foi freqüente. A maioria não adotava nenhum método contraceptivo e nem fazia uso de preservativos. Laqueadura tubária foi observada em 19,8% e citologia cervical anormal em 26,9%.

PRÁTICAS DE SAÚDE - AÇÕES EDUCATIVAS

Durante o estudo, a autora refere prover, sempre que necessário, orientações acerca da saúde sexual e reprodutiva e tratamento clínico às detentas.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O conhecimento sobre problemas de saúde existentes dentro do

sistema carcerário pode contribuir para fortalecer e ampliar o papel de reabilitação que lhe é conferido. Entretanto, somente a cooperação entre os órgãos de saúde pública e o sistema penitenciário pode produzir resultados eficientes.

ESTUDO - 2

CUNHA, E.L. Ressocialização: o desafio da educação no sistema prisional feminino. **Cad. CEDES**, v.30, n.81, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010132622010000200003&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 18 jan 2014.

PROBLEMA/HIPÓTESE/QUESTÃO NORTEADORA

Explícita - Tendo como perspectiva a ressocialização, algumas questões que devemos colocar em pauta são: o que tem a ver a educação com esse panorama? Quais as possibilidades que esta mesma educação pode oferecer às mulheres que vivenciam esse processo de aprisionamento?

OBJETIVO

- Apreender qual o papel do processo educativo institucional na ressocialização de mulheres apenadas.

METODOLOGIA

Não explícita metodologia (Quantitativa?). Centro de Ressocialização Feminino de Araraquara - SP. Amostra de 78 mulheres. A entrevista consistiu na aplicação de um questionário.

RESULTADOS

A baixa escolaridade da população carcerária feminina nos remete a pensar sobre o papel da educação e qual sua efetividade no processo de ressocialização. A escolarização dentro da prisão tem como finalidade a formação das presas nos ensinamentos fundamental e médio e sua ressocialização do ponto de vista social, moral e ético. Verificou-se nos dados apresentados, a educação influencia consideravelmente na vida profissional anterior ao período do cárcere. Educação, qualificação e trabalho são, portanto, os pilares da ressocialização. A elevação do nível escolar é essencial para que as apenadas consigam melhores oportunidades de trabalho e inserção social após o cumprimento de sua pena.

PRÁTICAS DE SAÚDE - AÇÕES EDUCATIVAS

A educação voltada para a população carcerária feminina deve estar sensível às necessidades que esta população demanda, bem como deve possibilitar a desconstrução do sexismo enquanto relação de poder e subordinação. Além disso, a educação deve se integrar a uma política séria de qualificação profissional e trabalho no cárcere. As atividades de trabalho e educação na prisão não podem ser encaradas como mais uma ocupação para a reeducanda cumprir seu tempo de pena mais tranquila, mas deve fazer parte de um projeto consistente de resgate da dignidade humana e possibilidade

de novos sonhos e rumos, quando do cumprimento desta pena. A ação educativa como meio para a ressocialização deve resgatar a dignidade humana das mulheres presas, permitindo a atividade criadora e a construção da autonomia.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A elevação do nível escolar é essencial para que as apenadas consigam melhores oportunidades de trabalho e inserção social após o cumprimento de sua pena. A falta de políticas públicas que auxiliem essas reeducandas pós-cumprimento da pena também é uma preocupação daqueles que trabalham com e em prol desse público. Pois a falta de oportunidades de trabalho, de vida digna, é que muitas vezes leva essas mulheres a se envolverem com o tráfico e a se identificarem com esse mundo que se apresenta, hoje, como garantia de dinheiro fácil e poder. Uma política educacional forte de valorização do sujeito e de sua autonomia, amparada por políticas públicas sérias de inserção social, econômica e política dessas mulheres, reduziria a possibilidade de retorno à prática de delitos.

Enquanto a sociedade não encarar os problemas que ela mesma cria, buscando mecanismos de humanização e inserção social de todos, por meio da redução da desigualdade social e econômica e de garantia de oportunidades dignas, o problema da violência continuará penalizando a todos, inclusive a esta mesma sociedade que se sente confortável em seu mundo de muros e câmeras de segurança, com medo de tudo que está fora dele.

ESTUDO - 3

ROSINSKI, T.C. *et al.* Nascimento atrás das grades: uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.5, n.2, 2006. Disponível em: <http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5077/3296>. Acesso em: 18 jan 2014.

PROBLEMA/HIPÓTESE/QUESTÃO NORTEADORA

Implícita - Lacunas no que diz respeito à atenção à saúde reprodutiva deste grupo específico de mulheres (encarceradas), especialmente em cenários de pouca ou nenhuma rede profissional de apoio, como o da população carcerária feminina.

OBJETIVO

Desenvolver uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade, orientada pela Teoria Geral de Enfermagem de Orem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo convergente assistencial. Desenvolvido na

Unidade Prisional Feminina de Santa Catarina. Os sujeitos envolvidos foram 12 mulheres em período gestacional e/ou puerperal e 6 recém-nascidos. O referencial teórico foi operacionalizado através do processo de enfermagem e a obtenção dos dados deu-se através de entrevista e observação, por meio de consultas e abordagens coletivas.

RESULTADOS

Os resultados proporcionam uma melhor compreensão das relações de cuidado e autocuidado adotados por estas mulheres, assim como os valores da sociedade civil e do universo carcerário que se fundem dentro desta realidade.

Percebeu-se que a teoria do autocuidado, neste cenário, possibilita e guia

todas as ações do processo de cuidar em enfermagem, evitando atitudes de julgamento ou qualquer grau de estigma, pois o processo aplicado à prática procurou valorizar as habilidades e capacidades que são e estão inerentes a todo ser humano, independentemente da situação e do papel que desempenhe na sociedade. Ao fim da prática pudemos nos apropriar do papel de “enfermeiras”, nos reconhecendo como guias no processo do cuidar. Compreendeu-se que as ações consistiam principalmente em mostrar o caminho, pois em todas as situações o potencial para o desenvolvimento do cuidado estava presente nas mulheres.

PRÁTICAS DE SAÚDE - AÇÕES EDUCATIVAS

Utilizou-se a abordagem coletiva, utilizando-se como estratégia o desenvolvimento de oficinas educativas.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Acredita-se que a maior contribuição do estudo para a instituição prisional foi a

presença de profissionais de saúde intramuros e a reaproximação com a unidade local de saúde (através da ação de imunização e triagem neonatal). Para a enfermagem, acredita-se que este estudo contribuiu como desmistificação da questão estudada, mudança de paradigmas e abertura de um novo campo de estudo e atuação profissional. Para o sistema público de saúde reflete igualdade de acesso das populações mais carentes aos serviços de saúde, respeitando os princípios do SUS de igualdade, universalidade e equidade. Para as autoras representou crescimento profissional e pessoal, além de expressiva resignificação de valores e crenças acerca do sistema prisional e da atenção em saúde nesse cenário.

ESTUDO - 4

REIS, C.B.; BERNARDES, E.B. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. **Ciência &**

Saúde Coletiva, v.16, n.7, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/32.pdf>. Acesso em: 20 jan 2014.

PROBLEMA/HIPÓTESE/QUESTÃO NORTEADORA

Implícita - Os próprios representantes de entidades e de programas federais destinados a fornecer informações e a elaborar ações de prevenção admitem que não foi dada atenção necessária à população carcerária.

OBJETIVO

- Conhecer as estratégias desenvolvidas para prevenir a infecção e a disseminação das DST/AIDS nas Delegacias Cíveis.

METODOLOGIA

O desenho da pesquisa foi qualitativo, baseada na teoria das representações sociais (TRS). Foram realizados quatro grupos focais com um total de 30 voluntários para a pesquisa, sendo 22 homens e oito mulheres. A pesquisa realizou-se em Delegacias Cíveis de cinco municípios do sul do Estado Mato Grosso do Sul que compõem a regional de Naviraí: Mundo Novo, Eldorado, Iguatemi, Itaquiraí e Naviraí.

RESULTADOS

Resultados mostram que apesar de reconhecerem a importância da prevenção, o preservativo masculino é utilizado apenas na primeira relação, sendo que quando se trata de relacionamento com parceiro (a) fixo (a) este não é usado. É notória a falta de orientação em relação à prevenção das DST/AIDS e a precária assistência à saúde dos presos, relacionado principalmente ao preconceito e à discriminação da sociedade. Ficou evidenciada a necessidade de que a política de atenção à saúde dos prisioneiros precisa ser implantada também nas cadeias públicas.

PRÁTICAS DE SAÚDE - AÇÕES EDUCATIVAS

Verificou-se falta de orientações em relação à prevenção de DST/AIDS.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Hoje se discute muito sobre a temática da prevenção, sendo esta o grande objetivo das novas estratégias em saúde pública, porém quando se procurou, através desta pesquisa, abordar esta temática com a população, há certa limitação de dados, mostrando ser necessário aprofundar a discussão em torno de ações que visem sensibilizar a importância da assistência preventiva nas cadeias públicas.

9 REFERENCIAL PARA ANÁLISE DOS ESTUDOS SELECIONADOS

O referencial utilizado para análise dos estudos selecionados para o delineamento de pesquisa está de acordo com Polit, Beck, Hungler (2004) e Lo Biondo-Wood e Haber (2001). Assim, a análise e a síntese dos dados retirados dos artigos selecionados foram retratadas de forma descritiva. Esta se deu a fim de descrever e classificar os dados com a finalidade de reunir o conhecimento produzido acerca do tema deste estudo.

10 INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo foi constituído de 4 artigos lidos na íntegra e que foram analisados de acordo com o problema desta pesquisa, objetivos propostos e que atendiam ao critérios de inclusão definidos anteriormente.

Dado ao reduzido número de estudos encontrados, pode se perceber a incipiência de artigos científicos publicados sobre ações educativas em saúde, conformada como uma prática educativa em saúde, desenvolvida no âmbito prisional brasileiro.

Assim, buscou-se comparar os resultados encontrados na revisão com o conhecimento científico já produzido sobre o assunto estudado. Desta forma, pode viabilizar uma identificação de lacunas com vistas a recomendações para futuros estudos.

A apresentação dos resultados está apresentada de forma descritiva a fim de melhor caracterizar a contribuição da produção científica sobre o tema proposto e identificar quais são as ações educativas em saúde que estão sendo desenvolvidas em âmbito prisional. Os números apresentados entre colchetes [] correspondem ao número do estudo que apresenta a característica em análise.

Com relação ao ano de publicação, não se percebe concentração em nenhum período específico, sendo encontrados artigos publicados em ano diferentes: 2004 [1], 2006 [3], 2010 [2] e 2011 [4].

Quanto à formação do primeiro autor, somente dois estudos [3, 2] trouxeram de forma clara essa informação: a autora de um estudo é acadêmica do curso de enfermagem [3] e do outro estudo é doutoranda do programa de pós-graduação em educação escolar [2].

Buscou-se, também, a instituição do primeiro autor, informação presente em todos os artigos incluídos na revisão integrativa, sendo que todos os artigos [1, 2, 3, 4] foram realizados por profissionais de universidades. Destaca-se que todos os artigos foram realizados em universidades públicas, distribuídas nos seguintes estados: Espírito Santo [1], São Paulo [2], Santa Catarina [3], Mato Grosso do Sul [4].

O problema ou questão de pesquisa e hipótese de estudo foi encontrado explicitamente somente em um estudo [2]. Ressalta-se que, de acordo com Universidade Aberta do SUS (Una-SUS), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (2010, p.8), o problema de estudo é especificação do tema da pesquisa, devendo ser bem definido: “É a investigação da pesquisa, que pode ser colocada na forma interrogativa. A pergunta deve ser específica, clara, explícita e operacional”.

Para Otrenti (2011, p.82),

Encontrar a hipótese ou questão de pesquisa do estudo facilita bastante a compreensão dos estudos, pois permite ao leitor direcionar as expectativas com a leitura do material. O percurso metodológico também fica mais claro e torna-se mais avaliável.

Quanto aos objetivos de pesquisa dos estudos selecionados, para melhor visualização, estão descritos a seguir.

Quadro 1- Objetivos de pesquisa dos artigos selecionados

N	Objetivos de pesquisa
1	Identificar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde das mulheres encarceradas em penitenciária feminina.
2	Apreender qual o papel do processo educativo institucional na ressocialização de mulheres apenadas.
3	Desenvolver uma prática de cuidado direcionada a gestante, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade.
4	Conhecer as estratégias desenvolvidas para prevenir a infecção

e a disseminação das DST/AIDS.

Fonte: própria autoria

Desta forma, pode-se identificar que dois estudos [2, 4] buscaram, explicitamente, investigar ações educativas realizadas em âmbito prisional. Para os estudos seguintes [1, 3], a investigação das ações educativas não está explícita nos objetivos, mas durante o estudo são descritos. Será discutido acerca disso mais adiante.

Quanto à metodologia utilizada pelos autores dos estudos desta revisão integrativa, 3 estudos trouxeram de forma explícita a metodologia utilizada [1, 3, 4]. Um estudo foi classificado, de acordo com conhecimento prévio da autora deste estudo, como método quantitativo [2].

As metodologias utilizadas nos artigos selecionados foram: método descritivo [1], pesquisa quantitativa [2], estudo convergente assistencial [3] e pesquisa qualitativa [4].

De acordo com Neves (1996, p.1),

Enquanto estudos quantitativos geralmente procuram seguir com rigor um plano previamente estabelecido (baseado em hipóteses claramente indicadas e variáveis que são objeto de definição operacional), a pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, ao longo de seu desenvolvimento; além disso, não busca enumerar ou medir eventos e, geralmente, não emprega instrumental estatístico para análise dos dados; seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada da adotada pelos métodos quantitativos. Dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato direto de estudo. Nas pesquisas qualitativas, é freqüente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir, daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados.

Quanto ao local em que a pesquisa foi realizada, houve predominância de cárceres femininos, totalizando 3 artigos. A distribuição dá-se da seguinte forma: Penitenciária Feminina [1], Centro de Ressocialização Feminino [2], Unidade Prisional Feminina [3] e Delegacias Cíveis [4]. Desta forma, a amostra dos estudos incluídos, são em maioria do gênero feminino [1, 2, 3]. Destaca-se

que em um estudo [3] os sujeitos são as mulheres e recém-nascidos. Somente um estudo [4] os sujeitos do estudo são mulheres e homens.

Os locais dos estudos selecionados, de acordo com a localização geográfica, são assim distribuídos: no interior do estado do Espírito Santo [1], interior do estado de São Paulo [2], estado de Santa Catarina (não especificado município) [3] e no interior do estado do Mato Grosso do Sul [4].

De acordo com Camargo (2006), o regime fechado impõe que a pena seja cumprida em penitenciária, isto é, estabelecimentos penitenciários de segurança máxima ou média. Presídio ou cadeia pública é destinado a presos provisórios e/ou condenados por contravenções. No regime fechado, o condenado poderá trabalhar no período diurno, dentro da penitenciária, ou fora dela quando se tratar de obra pública. Obrigatoriamente, o preso deve pernoitar na penitenciária.

Centros de Ressocialização de Presos são unidades localizadas em cidades médias do interior dos estados para abrigar presos primários e de baixa periculosidade (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2001).

Um fenômeno nacional observado nas últimas décadas é o aumento da população carcerária feminina. “Este sinaliza que a mulher vem fazendo parte no cenário atual marcado pela exclusão social e das relações sociais mediadas pela violência” (JESUS; LERMEN, 2013, p.2).

Conforme Jesus e Lermen (2013), em análise do processo histórico-social do sistema prisional do país, ocorreu um distanciamento entre propostas da política social e da política penitenciária, com uma postura do Estado priorizar ações repressivas, e menos ações referentes aos direitos sociais como saúde, educação, trabalho e condições sanitárias. Nos últimos 10 anos, muitos avanços foram conquistados na saúde, a partir do PNSSP. No entanto, as mulheres ainda carecem de maior atenção

em saúde no sistema prisional, uma vez que as prisões não são espaços que considerem as especificidades de gênero (JESUS; LERMEN, 2013).

Este estudo tem como um dos objetivos investigar as ações educativas desenvolvidas em âmbito prisional. É necessário esclarecer que, no presente estudo, as ações educativas tratam-se de práticas educativas em saúde.

A prática educativa se dá nas relações sociais que os homens estabelecem entre si e permite aos homens uma reflexão sobre o mundo e sobre si mesmo; modifica os seres humanos em todas as suas dimensões.

Para melhor visualização, a seguir é exposto, por meio do Quadro 2, as ações educativas encontradas nos artigos selecionados.

Quadro 2- Ações educativas encontradas nos artigos selecionados

N	Ações educativas
1	Orientações específicas acerca da saúde sexual e reprodutivas e tratamentos clínico, conforme questionamento dos sujeitos
2	Vislumbra que a ação educativa como meio para ressocialização deve resgatar a dignidade humana das mulheres presas, permitindo a atividade criadora e a construção da autonomia.
3	Oficinas educativas
4	Identificou que há falta de orientações em relação à prevenção de DST/AIDS.

Fonte: própria autoria.

Desta forma, é possível observar que nos estudos pesquisados [1, 4] prevalecem ações educativas que privilegia a simples transmissão de conhecimentos pontuais.

Ressalta-se que a educação em saúde é uma prática social, que deve estar relacionada e centrada na problematização do cotidiano, na valorização da vivência dos usuários e de acordo com

as diferentes realidades (ALVES; AERTS, 2011). Deve-se ter o cuidado para não utilizar apenas orientações preventivas específicas com o pressuposto ou ideia de que a doença é determinada pela falta de cuidado do usuário com a própria saúde, culpabilizando-o pelos problemas apresentados. Não se deve limitar a simples transmissão de conteúdo acrítico e descontextualizado (ALVES; AERTS, 2011).

Importante salientar que, neste estudo adota-se a compreensão de Mendes-Gonçalves (1994), Schraiber (1995) e Peduzzi (1998) sobre as práticas de saúde em que o modelo hegemônico de organização dessas práticas e as ações que o viabilizam refletem as políticas de saúde vigentes. Assim, os trabalhadores de saúde que prestam assistência reproduzem a política e o modelo assistencial nas ações e intervenções que executam, por meio da interação entre si e com os usuários. As atividades devem ser pautadas na relação profissional-usuário acerca das necessidades de saúde da população, “[...] e não mera reprodução automatizada e alienada de uma proposta tomada como receita” (PEDUZZI, 2007, p.13). Ou seja, as políticas públicas direcionam as práticas de saúde e estas devem contemplar as necessidades de saúde da população.

Donnangelo (1979, p.15) refere que na medicina a prática técnica “é a manipulação de instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos” e completa que “as exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui.”

Desse modo, no decorrer deste estudo, destaca-se que as práticas de saúde dos trabalhadores, inseridas em um modelo de assistência à saúde, são regidas pelas políticas públicas sociais estabelecidas. Salum (1998) cita em seus estudos ser impossível pensar e discorrer a respeito das políticas sociais públicas desvinculadas do Estado, já que este é o “gestor dos interesses

sociais” e que “as políticas são apenas mediadoras entre o Estado e a sociedade”.

Possível verificar que um estudo selecionado [3] utiliza as oficinas educativas como ação educativa em âmbito prisional.

De acordo com Chiesa e Veríssimo (2001), as oficinas educativas é uma intervenção educativa de cunho emancipatório e crítico, utilizando elementos do psicodrama pedagógico, tendo por base de que o processo saúde-doença é decorrente da forma como a sociedade se organiza e que os diferentes segmentos sociais apresentarão diferentes perfis epidemiológicos. Desta forma, tendo como base o âmbito prisional, as oficinas educativas poderão ser um instrumento de intervenção educativa que concretiza o conceito de autonomia, central na perspectiva emancipatória, principalmente para o controle de saúde de pacientes com agravos crônicos (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Em um artigo selecionado [2] a autora vislumbra que a ação educativa como meio para ressocialização deve resgatar a dignidade humana das mulheres presas, permitindo a atividade criadora e a construção da autonomia.

Neste trabalho, a prática educativa, é entendida como uma prática desenvolvida junto a grupos sociais a partir de campos de conhecimento que compõem as áreas interdisciplinares da saúde e da educação (ACIOLI, 2008).

Dessa forma, privilegia-se uma abordagem que enfatiza as experiências e saberes contextualizados dos sujeitos envolvidos entendendo-os como processos estimuladores de mudanças (ACIOLI, 2008).

Ressalta-se, ainda, que a ação educativa entendida de forma ampliada pode ocorrer tanto em momentos formais, planejados, quanto em momentos informais como em conversas com os moradores ou durante visitas domiciliares (ACIOLI, 2008).

11 SÍNTESE DO CONHECIMENTO

Na presente revisão integrativa analisou-se 4 artigos científicos que abordavam ações educativas em âmbito prisional.

Assim, nesta revisão integrativa, buscou-se responder os seguintes problema de estudo: os profissionais de saúde estão realizando ações educativas em âmbito prisional? Quais são as ações educativas em saúde que estão sendo desenvolvidas nas prisões?

Assim, foi possível identificar que, dado ao reduzido número de estudos encontrados, pode se perceber a incipiência de artigos científicos publicados sobre ações educativas em saúde, conformada como uma prática de saúde dos profissionais de saúde, desenvolvida no âmbito prisional brasileiro.

As ações educativas desenvolvidas em âmbito prisional ainda são reduzidas quando comparada aos pressupostos do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, desde o ano de 2003. Esse Plano foi construído em coerência com a discussão da organização de sistemas de saúde e do processo de regionalização da atenção, que pauta o incremento da universalidade, da equidade, da integralidade e da resolubilidade da assistência. Nesta perspectiva, as ações educativas assumem o caráter, mais aderente aos princípios e diretrizes do SUS, destacando o direito à saúde como eixo norteador e a capacidade de escolha do cliente torna-se uma condição indispensável.

Observou-se que as ações educativas são ainda realizadas de forma pontual e específica não sendo conduzidas e realizadas de acordo com as necessidades, cotidiano e vivências dos encarcerados.

Importante olhar as ações educativas para que sejam realizadas de forma crítica e emancipatória, inseridas em um modelo de assistência não centrado no médico e no hospital, capazes de

serem realizadas conforme as necessidades dos sujeitos, vivência e cultura e que sejam atores do seu próprio cuidado.

É preciso reforçar a afirmação de que as pessoas encarceradas, qualquer que seja a natureza de seus crimes, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, inclusive, o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental. As pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf>. Acesso em: 22 jan 2014.
- ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (Org.). **Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização**. São Paulo: EDUSP, 2001. p. 13-50.
- ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégias Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>. Acesso em: 23 jan 2014.
- BEYA, S.C.; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **AORN J**, v.67, n.4, 1998.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional da Assistência a Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. Institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. In:_____. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, 2004.
- _____. **Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – INFOPEN**. Brasília: DEPEN/Ministério da Justiça, 2012.
- CAMARGO, V. Realidade do Sistema Prisional no Brasil. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, IX, n. 33, 2006. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1299. Acesso em: 22 jan 2014.
- CHIESA, A.M.; WESTPHAL, M.F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**, v.46, 1995.
- CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M. Instituto para o desenvolvimento da Saúde. **A educação em saúde na prática do PSF: manual de enfermagem**. Brasília, 2001. Disponível em:

http://intranet.ftc.br/upload/141196/195508_A_Educa__o_em_Sa_de_na_Pr_tica_do_PSF.pdf. Acesso em: 22 jan 2014.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. 2 ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Saiba a diferença entre CDPs, CPPs, Penitenciária Compacta e Centro de Ressocialização**. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=9222&c=6>. Acesso em: 22 jan 2014.

JESUS, L.O.; LERMEN, H.S. Mulheres e políticas de saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero, 10, 2013, Florianópolis. **Anais Eletrônicos**. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1386686774_ARQUIVO_LucianaOliveiradeJesus.pdf. Acesso em: 22 jan 2014.

LILACS. São Paulo: Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, 2014. Disponível em: <http://lilacs.bvsalud.org/>. Acesso em: 25 jan 2014.

LO BIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MALTA, D.C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.2, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000200019&script=sci_arttext. Acesso em: 25 jan 2014.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Rev Min Enf.**, v.7, n.1, 2003.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, K.D.S. **Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde mental em defesa da vida:

contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, v. 33, 1991.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n.65, 2003. Disponível em: http://cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n65.pdf. Acesso em: 25 jan 2014.

NEVES, J.L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v.1, n.3, 1996.

OTRENTI, E. **Avaliação de processos educativos formais para profissionais da área da saúde: revisão integrativa de literatura**. 2011. Dissertação (mestrado em ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: PAIM, J. S. (Org.) **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Cooptec, ISC, 2002. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6168>. Acesso em: 25 jan 2014.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

_____. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. 2007. Tese (Livre-docência). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SALUM, M.J.L. **Políticas sociais públicas, sua integração no projeto do Estado e a organização dos serviços de saúde**. Documento de apoio pedagógico. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, USP. São Paulo, 1998.

SCHRAIBER, L.B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em Debate**, v.4, 1995.

SCIELO. São Paulo: Scientific Electronic Library Online, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 25 jan 2014.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, n.1, 2010. Disponível em:http://www.astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf. Acesso em: 22 jan 2014.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epid SUS**, v.7, n.2, 1998.

UNIFESP. Universidade Aberta do SUS, Especialização em Saúde da Família. **Módulo científico**: elaboração da pergunta norteadora de pesquisa. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_cientifico/Unidade_12.pdf. Acesso em: 22 jan 2014.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>. Acesso em: 25 jan 2014.

VASCONCELOS, C.M; PASCHE, D.F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006. p. 531-62.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J. Adv. Nurs.**, v.52, n.5, 2005.

APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados dos estudos selecionados para revisão integrativa (URSI, 2005; OTRENTI, 2011)

1- Base de dados de origem

LILACS SciELO

2- Identificação do estudo

Título do artigo:

Título do periódico:

Idioma:

Ano de publicação:

Número:

Volume:

Páginas:

3- Identificação dos autores

Nome:

Local de Trabalho:

Profissão:

Titulação:

Nome:

Local de Trabalho:

Profissão:

Titulação:

Nome:

Local de Trabalho:

Profissão:

Titulação:

4- Problema/questão de pesquisa/hipótese

Implícita Explícita

5- Objetivos

6- Método

Características metodológicas do estudo:

Qualitativa Quantitativa

Outra

Características do local do estudo

Local sede do estudo:

Característica:

Cidade:

Característica da população estudada:

População: Amostra (n):

Coleta dos dados:

Período:

Tratamento e análise dos dados:

7 Resultados

8 Práticas educativas – ações educativas

9 Recomendações

10 Conclusões

11 Observações

APÊNDICE B - REFERÊNCIAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA PRESENTE REVISÃO INTEGRATIVA

CUNHA, E.L. Ressocialização: o desafio da educação no sistema prisional feminino. **Cad. CEDES**, v.30, n.81, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010132622010000200003&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 18 jan 2014.

MIRANDA, A.E.; MERÇON-DE-VARGAS, P.R.; VIANA, M.C. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19786.pdf>. Acesso em: 16 jan 2014.

REIS, C.B.; BERNARDES, E.B. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/32.pdf>. Acesso em: 20 jan 2014.

ROSINSKI, T.C. *et al.* Nascimento atrás das grades: uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.5, n.2, 2006. Disponível em: <http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5077/3296>. Acesso em: 18 jan 2014.