

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
PÚBLICA**

**ATENÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO NO
SISTEMA PRISIONAL DE MINAS GERAIS**

**Viviane de Souza Maciel
Orientadora: Prof^ª Elza Machado de Melo**

**BELO HORIZONTE
2014**

VIVIANE DE SOUZA MACIEL

**ATENÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO NO
SISTEMA PRISIONAL DE MINAS GERAIS**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Elza Machado de Melo

**BELO HORIZONTE
2014**

Sumário:

1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS	4
1.1 O Plano de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário	6
1.2 A Saúde da Mulher do Sistema Prisional	10
2 – OBJETIVOS	13
3 – METODOLOGIA	14
4 - ARTIGO DE RESULTADOS: Saúde no Sistema Prisional de Minas Gerais: as relações de cuidado no Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade	17
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
7- ANEXOS	46
A) Termo de consentimento livre e esclarecido - Profissionais do Sistema Prisional	
B) Termo de consentimento livre e esclarecido - Mulheres privadas de liberdade	
C) Roteiro dos grupos focais	

1 - Considerações iniciais

A pesquisa em saúde pública apresenta a possibilidade de articulação com diversos campos da sociedade, uma vez que, como princípio, é uma política universal e tem bases teóricas e metodológicas muito firmes e abrangentes. Deste modo, esta pesquisa se propôs a articular o sistema único de saúde com o sistema prisional, observando as nuances dos dois campos, a partir da perspectiva dos atores envolvidos.

O trabalho aqui apresentado constitui recorte de uma pesquisa maior intitulada *Direito à saúde no sistema prisional de Minas Gerais*, que focaliza a saúde no sistema prisional, numa perspectiva geral e incorpora como um dos seus temas específicos, a atenção à saúde da mulher, inclusive a gestação, parto e puerpério.

Temos, portanto como pano de fundo da discussão o sistema prisional de Minas Gerais. Dados de 2012 mostram que a população carcerária era de 51.598 presos à época, gerando uma taxa de 236,32 pessoas presas por 100.000 habitantes em Minas Gerais¹. Este elevado número é composto por 48587 homens e 3011 mulheres, incluindo presos que se encontram na Polícia Civil e custodiados no Sistema Penitenciário. A Subsecretaria de Administração Prisional (SUAPI) é o órgão da Secretaria de Defesa Social (SEDS) responsável por gerir as vagas das unidades prisionais de Minas Gerais, englobando complexos penitenciários, penitenciárias, presídios, casas de albergados, hospitais de custódia, e centros de apoio. Além disso, Minas Gerais possui um Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade (CRGPL), localizada no município de Vespasiano, onde o trabalho de campo desta pesquisa foi realizado. É importante observar que, apesar do número

significativamente menor de mulheres no sistema prisional de Minas, o crescimento observado nos últimos anos é maior para esta população. De dezembro de 2006 a dezembro de 2012, o número de mulheres no sistema prisional cresceu 84%, em contrapartida a um crescimento de 46% na população masculina.

O perfil da mulher presa em Minas Gerais pode ser traçado a partir dos dados encontrados no Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN)². Assim como os homens, a maioria das mulheres são presas provisórias, ou seja, ainda não estão cumprindo uma pena determinada. A maior parte delas, 54%, possui ensino fundamental incompleto, 49% tem entre 18 e 29 anos e 25% estão presas por tráfico de entorpecentes.

Os presos custodiados no Sistema Penitenciário estão privados de liberdade, seja cumprindo penas em regime fechado, semiaberto, em medida de segurança ou em caráter provisório. Em nenhuma dessas modalidades eles perdem, junto à liberdade, sua condição de cidadão de direitos. É responsabilidade do Estado a garantia ao preso do acesso à saúde.

As pessoas privadas de liberdade, que se encontram sob tutela do Estado, têm garantido na Lei de Execução Penal³ desde 1984, em sua seção III, o direito à assistência à saúde, em caráter curativo e preventivo. No entanto, a execução e acompanhamento das ações em saúde para essa população não eram discriminadas, bem como as especificidades do acesso e dos cuidados necessários não estavam articulados às discussões sobre saúde que aconteciam no cenário nacional. Somente em 2003, o Ministério da Saúde em articulação com os demais órgãos envolvidos, inicia a organização da atenção à saúde, visando inserir essa população no SUS.

1.1 O PLANO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

O principal instrumento que regulamenta e dá suporte técnico e financeiro à organização da atenção à saúde no Sistema Penitenciário é o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNASP)⁴. A partir de sua criação, foram instituídos os Planos Operativos Estaduais, que visam nortear o modo como as ações se darão nos Estados. O Estado de Minas Gerais fez adesão ao PNASP em 2004, publicando então o Plano Operativo Estadual (POE)⁵.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi instituído a partir da articulação entre o Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, 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, mobilizando para tanto diversas áreas de ambos os Ministérios e os atores pertencentes aos Conselhos, com a finalidade de se pensar estratégias para a garantia do direito do preso à saúde, na perspectiva dos direitos humanos⁶. Trata-se de um marco na história da atenção à saúde do preso, que até então era pensada dentro de programas de atenção a grupos específicos de doenças, como o Programa HIV/ AIDS e o Programa de Tuberculose. A pressão internacional em defesa dos direitos humanos sobre o Estado Brasileiro, frente às violações dos direitos dos presos ocorridas no país, é o que torna possível a discussão do tema e a consequente constituição de um Plano⁷.

A população carcerária cresceu muito rapidamente desde a época da elaboração do Plano, trazendo consequências, é claro, para as suas possibilidades de mudanças no dia a dia da saúde no Sistema Penitenciário.

Tem-se, assim, uma realidade populacional que se expande a passos largos e se torna cada dia mais um desafio para a gestão da saúde e para a gestão prisional.

É frente a esta realidade que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário vai discutir as possibilidades de atenção à saúde dos presos no país. Para além da conformação de fluxos e modos de organização, a realidade crua do Sistema Prisional exige das Políticas de Saúde um olhar sobre os direitos humanos e a consideração das particularidades do encontro entre saúde e prisão. A pena privativa de liberdade, vista como alternativa fadada ao fracasso por diversos autores^{8,9,10}, é o pano de fundo de toda a problemática da atenção à saúde dos presos, o que exige atenção quanto aos aspectos éticos e morais envolvidos tanto no planejamento das políticas quanto na gestão e organização da assistência

A implantação do PNASP está envolta, portanto, na interseção entre os temas saúde e sistema prisional, gerados por projetos com marcantes diferenças. Enquanto o projeto da Reforma Sanitária é inspirado na questão da radicalização da democracia e propunha uma totalidade de mudanças que passava pela democratização da sociedade, do Estado, dos seus aparelhos, burocracias e práticas¹¹, tendo como ponto forte a participação da sociedade organizada e privilegiando a discussão ampliada e a responsabilização e mobilização de todas as esferas de governo, a implantação do PNASP se mostra reduzida à esfera da gestão centralizada. Em seu trabalho, Sales⁷ analisa os efeitos de tal contexto, demonstrando que a ausência de grupos de interesse e comunidades epistêmicas em torno do tema, fez com que o protagonismo neste momento fosse assumido pela burocracia estatal,

dificultando a implementação das ações no nível municipal, onde estão localizadas as Unidades Prisionais. A articulação dos temas saúde e prisão não garante, necessariamente, a entrada da lógica da saúde dentro do Sistema Prisional.

O PNASP é, em suma, um documento conciso, onde é apresentado um elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional, bem como referências para a assistência em média e alta complexidade, programa de imunizações e assistência farmacêutica. Além disso, são apresentados os resultados esperados, indicações de como se utilizar dos sistemas de informação em saúde, referências para composição dos recursos humanos e operacionalização do Plano. Ainda que tenha como público alvo a totalidade da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas, o PNASP se restringe à população privada de liberdade, não abrangendo ações que envolvam os trabalhadores do Sistema Prisional e os familiares dos presos, por exemplo. Isso porque o projeto vem tentar sanar a dificuldade emergencial de acesso ao SUS por essa população restrita de sua liberdade, mas falha ao não conseguir articular as ações realizadas nas Unidades Prisionais ao restante do SUS. Diante disso, o Ministério da Saúde, por meio do Grupo de Trabalho Interministerial e do Comitê Técnico Intersetorial de Saúde no Sistema Prisional, publicou em janeiro de 2014 a Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional¹², que tem como objetivo ampliar a proposta e permitir a real inclusão da população prisional como um todo, no SUS, utilizando a estratégia de equipes de saúde municipais para realizar as ações. Uma das conclusões preliminares do grupo

de trabalho para elaboração da Política é que há uma tendência encapsulante da saúde no sistema prisional, sendo comum o fato de as ações realizadas dentro dos presídios não serem pautadas pelas diretrizes do SUS e as equipes não conseguem se articular ao restante da rede municipal, tornando-se, quando existente, uma equipe de saúde isolada que se limita a demandar serviços do município.

O PNASP, por meio da Portaria que o aprova (Portaria 1777, de 09 de setembro de 2003), cria o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, com porcentagem sob responsabilidade do Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. O recurso, bem como o tipo de equipe e forma de organização, é dividido entre Unidades Prisionais com mais de 100 pessoas presas e Unidades Prisionais com menos de 100 pessoas presas. Para o primeiro tipo, seriam implantadas equipes de saúde, considerando uma equipe para até 500 presos, com incentivo de R\$40.008,00/ano por equipe de saúde implantada. Para o segundo tipo, as ações seriam realizadas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, que receberia um incentivo anual de R\$20.004,00 por estabelecimento prisional⁴. O recurso do incentivo tem a finalidade de auxiliar no custeio das ações. Com a Política recém publicada, o incentivo a ser repassado pelo governo federal passa a estar vinculado principalmente ao custeio de equipes de atenção primária e possibilita o repasse de recursos diretamente aos municípios, seguindo, em seu fundamento, a lógica do SUS.

Como passo para trabalhar a questão, o Estado de Minas Gerais faz adesão ao PNASP em 2004, publicando o Plano Operativo Estadual⁵. Com uma população prisional em torno de 22 mil pessoas à época, o Plano

contempla apenas 17 Unidades Prisionais, uma vez que estas eram as Unidades sob responsabilidade da Secretaria de Defesa Social de Minas Gerais (SEDS-MG), deixando de fora um número enorme de cadeias públicas e delegacias, onde grande parte da população prisional se encontrava. À medida que a SEDS-MG realiza a assunção das cadeias públicas, o Estado se organiza para incluir essa população em seu acompanhamento, mas sempre sem investimento financeiro novo. A história do Sistema Penitenciário mineiro mostra que sempre houve um contraste entre a população prisional do Sistema Penitenciário e a população prisional em cadeias públicas¹³.

A saúde no sistema prisional se faz presente hoje como uma maneira de, juntamente com o trabalho e a educação, promover a ressocialização do criminoso. Dita por muitos anos de maneira genérica, a proposta de atenção à saúde às pessoas privadas de liberdade é apresentada pelo Ministério da Saúde⁶ como a necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade, propondo-se diretrizes para a assistência à saúde no sistema penitenciário e colocando a saúde como articuladora do acesso da população penitenciária ao SUS. Um dos grupos de ações preconizados pelo Plano é a de Atenção Básica na área de Saúde da Mulher, onde se inclui a atenção ao parto e puerpério.

1.2 A SAÚDE DA MULHER NO SISTEMA PRISIONAL

Em relação à saúde da mulher, o PNASP prevê vários tipos de cuidados de atenção básica a serem prestados nas unidades prisionais, traçando as seguintes metas:

- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama;
- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para diagnóstico e tratamento das DST/AIDS;
- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, da assistência à anticoncepção;
- implantação, em 100% das unidades penitenciárias que atendem à população feminina, da assistência ao pré-natal de baixo e alto risco no primeiro ano do Plano;
- implantação da imunização das gestantes em 100% das unidades penitenciárias;
- implantação da assistência ao puerpério em 100% das unidades penitenciárias;
- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações educativas sobre pré-natal, parto, puerpério, anticoncepção, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, e doenças sexualmente transmissíveis;
- garantia do encaminhamento para tratamento das mulheres com câncer cérvico-uterino e de mama atendidas em 100% das unidades penitenciárias;
- garantia do acesso das gestantes de 100% das unidades penitenciárias ao atendimento de intercorrências e à assistência ao parto.

Como estratégia para se atingir algumas das metas e direcionar a questão da saúde das gestantes no Sistema Prisional de Minas, é criado o Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade. Trata-se de um dispositivo da Secretaria de Defesa Social criado em 2008, na cidade de Vespasiano (região metropolitana de Belo Horizonte), com o objetivo de humanizar o sistema prisional, acolhendo, inicialmente, as mulheres presas com seus filhos¹⁴. Algum tempo depois, a Unidade passou por reformas e hoje recebe também todas as gestantes do Estado de Minas Gerais. Conta hoje com 80 vagas, divididas em dois alojamentos, o primeiro destinado a mães com crianças um pouco maiores e o segundo destinado a gestantes e mães

com recém nascidos. A Unidade não apresenta superlotação e tem conseguido atender a demanda do Estado.

Os objetivos do CRGPL são ousados e de alta complexidade, o que o torna peça importante em uma discussão sobre a saúde da mulher no Sistema Prisional. O Centro está inserido ao mesmo tempo como local de cumprimento de pena e como local de implementação de uma política de saúde. O projeto, de 2007, teve como objetivo geral ampliar o local existente para gestantes, parturientes e creche no Sistema Prisional do Estado, implementando políticas de saúde da mulher e da criança, mantendo programa efetivo de atendimento em atenção básica, conforme Portaria Interministerial 1777/03, garantindo o acesso e melhorando a qualidade dos serviços de atenção pré-natal e perinatal, bem como assegurando a reintegração da mulher no convívio social e familiar, após cumprimento da pena¹⁴.

Antes da criação do Centro de Referência, o estado de Minas Gerais mantinha uma creche como anexo do Complexo Penitenciário Estevão Pinto, com aproximadamente 20 vagas, onde os filhos das presas poderiam permanecer por no máximo seis meses¹⁵. O CRGPL faz parte de um projeto do Estado de Minas Gerais para tratar do tema das mulheres gestantes no Sistema Prisional e responde à legislação pertinente ao tema. Publicado em 2007, o Relatório sobre Mulheres Encarceradas no Brasil¹⁶ já apresentava a situação precária em que se encontravam as mulheres grávidas e os bebês que permaneciam com elas na prisão, além de problematizar a situação quando esta permanência da criança com a mãe não era possível. Em seguida, foram publicadas legislações onde se encontram entre outras indicações, as questões sobre as condições de estada permanência e permanência das

mulheres com seus filhos na prisão, posterior encaminhamento dos filhos das mulheres presas e direitos da mãe da criança em tal situação^{17,18,19}

2 - Objetivos

Objetivo geral: Avaliar a atenção de saúde na gestação, parto e puerpério no sistema de saúde prisional de minas gerais.

Objetivos específicos:

- a. Aprofundar conhecimentos teórico-metodológicos referentes ao cuidado em saúde para população carcerária;
- b. Identificar o fluxo de atendimento à mulher na gestação, parto e puerpério dentro do Sistema Prisional e sua articulação com o SUS;
- c. Identificar os aspectos que marcam a relação entre profissionais e usuários, na prestação do cuidado à gestação, parto e puerpério na condição de privação de liberdade;
- d. Compreender a percepção das mulheres sobre sua experiência de gestação, parto e puerpério em regime de privação de liberdade e sobre o cuidado em saúde dispensado a elas neste período;

3 – Metodologia

O estudo realizado está atrelado a um projeto amplo, de natureza quantiquantitativa e que pretende avaliar de maneira mais completa a saúde da mulher no Sistema Prisional de Minas Gerais. Esta etapa do projeto, que aborda a gestação, parto e puerpério, tem natureza qualitativa e teve como técnica utilizada para coleta dos dados os grupos focais. A escolha da abordagem qualitativa deveu-se à natureza da investigação, que pretendia abordar os aspectos sociais e históricos presentes no cuidado em saúde, sob a perspectiva das mulheres presas e dos profissionais envolvidos no cuidado. De acordo com Minayo²⁰ são essas as abordagens que melhor se conformam a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores envolvidos.

Como técnica de abordagem, foram realizados 5 grupos, sendo 4 com mulheres presas no CRGPL e 1 um com profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde. Ao final, participaram dos grupos 29 mulheres, de uma média total de 50 e 5 profissionais, em uma equipe com 15 profissionais de saúde. Sobre o primeiro grupo, o critério utilizado para seleção foi ser mulher, ter estado ou estar grávida dentro do Sistema Prisional de Minas Gerais e ter sido encaminhada ao CRGPL após a descoberta da gravidez. O critério idade não se mostrou relevante, uma vez que a condição de gravidez uniformizou as mulheres em relação a esse ponto. Sobre o segundo grupo, buscou-se reunir o máximo de profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde dentro do CRGPL, tendo sido possível reunir um assistente social, um psicólogo, um enfermeiro, um pedagogo e um agente penitenciário. Sobre os dois últimos cabem ressalvas. O pedagogo, apesar de não ser um profissional de saúde, é

reconhecido na instituição como profissional responsável pelo cuidado em saúde e isso possibilitou sua participação no grupo. O agente penitenciário, diferentemente dos demais profissionais, foi selecionado entre os demais agentes pela sua maior proximidade com as ações de saúde, sendo este o responsável por escoltar as mulheres em consultas externas à Unidade, bem como no momento do parto ou consulta das crianças. É importante salientar as dificuldades encontradas para se reunir todos os profissionais da equipe, tendo sido possível a participação de um representante de cada área. Além disso, cabe ressaltar a impossibilidade colocada pela SEDS-MG em gravar os grupos focais. Diante disso e ancorada pelas indicações de Minayo²⁰ ao afirmar que quando não for possível gravar ou filmar, considera crucial que o investigador tente registrar a fala, imediatamente após a entrevista, devendo fazer o mesmo com os registros da observação participante, a equipe da pesquisa atentou para o registro integral das falas da forma mais completa possível. Para a realização dos grupos, foram elaborados dois roteiros diferenciados, um para o grupo de mulheres e outro para o grupo de profissionais, utilizando-os de maneira a introduzir na discussão os temas constantes no objetivo da pesquisa.

Tratou-se de uma amostra onde a representatividade numérica não foi considerada o mais importante e sim o aprofundamento analítico, através da seleção de participantes com maior representatividade do campo estudado, sendo eles os profissionais em campo e o conjunto de mulheres oriundas de todo o Estado de Minas Gerais. A utilização de grupos focais requer que os participantes tenham vivência com o tema a ser discutido, de modo que sua

participação possa trazer elementos ancorados em suas experiências cotidianas. Assim, constituiu-se o *corpus* de análise da pesquisa.

A pesquisa foi apresentada e autorizada pela Superintendência de Atendimento ao Preso da SEDS-MG e submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG. CAAE: 0323.0.203.000-11.

Foi utilizada a análise de discurso francesa que a vê como uma espécie de espaço crítico, lugar de interrogação e de experimentação em que se podem formular, deslocando-os, os problemas que as disciplinas constituídas encontram²¹. Nessa pesquisa, portanto, a análise de discurso pretendeu discutir, à luz do material encontrado, os aspectos qualitativos da atenção à saúde da gestante no sistema prisional de Minas Gerais. Tendo como influência as reflexões de Foucault sobre os dispositivos institucionais e sua discussão sobre o conceito de poder, as falas recolhidas nos grupos focais não foram consideradas fora do contexto em que foram produzidas, a saber, no cerne do discurso penitenciário, transpassado pelo discurso da clínica. Ainda sobre a análise de discurso, Foucault²² orienta que não se deve tentar neutralizar o discurso ou transformá-lo em outra coisa, mas sim manter sua consistência e fazê-lo surgir a partir de sua própria complexidade.

Sendo assim, a função da análise nessa pesquisa foi manter a complexidade do material encontrado, articulando tanto as falas dos grupos focais quanto o contexto social e histórico encontrado a partir da análise teórica realizada anteriormente ao trabalho de campo.

Considerando-se o modelo de análise adotado, bem como o referencial teórico, a utilização dos grupos focais mostrou-se pertinente, uma vez que se trabalhou com os atores em forma coletiva, em detrimento da realização de

entrevistas individuais. Sobre o grupo focal, o valor principal dessa técnica fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos²¹. Tal condição se mostrou importante nessa pesquisa, já que o comportamento no grupo ilustrou de maneira profícua as condições institucionais de legitimação da enunciação, seja em relação às mulheres presas, seja em relação aos profissionais.

4. Artigo de resultados

Saúde no Sistema Prisional de Minas Gerais: as relações de cuidado no Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade

Viviane de Souza Maciel, Elza Machado de Melo

Resumo:

Este artigo apresenta pesquisa sobre a Saúde no Sistema Prisional de Minas Gerais, que abordou os aspectos da saúde na gestação, parto e puerpério, sob uma perspectiva qualitativa. Foi utilizada para coleta de dados a técnica de grupos focais, com mulheres presas no Centro de Referência à Gestante de Minas Gerais e com os profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde. No total, 5 grupos foram realizados. O Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade foi escolhido por ser o local do Sistema Prisional que recebe todas as mulheres gestantes e as puérperas que ficam com seus filhos, no Estado de Minas Gerais. A discussão dos resultados foi realizada sob a ótica da teoria de Foucault e foi feita por meio da análise de discurso. Os resultados mostraram relações de cuidado fortemente marcadas por relações de poder.

Palavras-chave: saúde pública; sistema prisional; mulher; privados de liberdade

Abstract:

This article presents research on Health in Prisons of Minas Gerais estate, which addressed aspects of health during pregnancy, parturition and puerperium by a qualitative perspective. Was used for data collection technique of focus groups with women prisoners in the Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade de Minas Gerais and the professionals responsible for health care. A total of 5 groups were performed. The Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade was chosen as the site of the prison system that receives all pregnant women and postpartum women who stay with their children in the State of Minas Gerais. The discussion was conducted from the perspective of the theory of Foucault and was taken by discourse analysis. The results showed care relationships strongly marked by power relations.

Keywords: public health; prison system; woman, deprived of freedom

INTRODUÇÃO

A Saúde no Sistema Prisional relaciona duas realidades peculiares em nosso país: o Sistema de Saúde e o Sistema Prisional. De um lado um Sistema relativamente novo, o SUS, que visa dar conta das complexas questões de saúde, tendo como pano de fundo a Reforma Sanitária Brasileira e de outro um Sistema antigo e, segundo opinião praticamente consensual no país, anacrônico, com a responsabilidade de responder às medidas de um Sistema Penal confuso e pouco resolutivo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema que organiza a assistência à saúde da população brasileira, tendo como princípios o atendimento universal, a equidade, a integralidade das ações, a gestão descentralizada e a participação popular. Pressupõe a saúde como direito de todos e dever do Estado. A história é longa até se chegar a essa afirmativa, que ainda não se efetivou integralmente, é verdade, mas já traz, inequivocamente, implicações para o cotidiano das pessoas e das populações, muitas das quais extrapolando o setor saúde. O SUS pautava-se num conjunto de princípios e diretrizes fundamentais para democratização da saúde, da sociedade, do poder público e da cultura¹. A discussão da saúde, na Reforma Sanitária, passava, portanto pela discussão sobre democratização, direitos e acesso das pessoas a uma vida digna e saudável. A partir daí, muito precisou e ainda precisa ser feito para que os princípios dos SUS se efetivem, buscando a garantia de saúde de qualidade.

Ao largo dessa discussão, as pessoas privadas de liberdade que se encontravam sob tutela do Estado, tinham garantido na Lei de Execução Penal² desde 1984, em sua seção III, o direito à assistência à saúde, em caráter curativo e preventivo. No entanto, a execução e acompanhamento das ações em saúde para essa população não eram discriminadas, bem como as especificidades do acesso e dos cuidados necessários não estavam articulados às discussões sobre saúde que aconteciam no cenário nacional. Em 2003, o Ministério da Saúde articula com os demais órgãos envolvidos, a organização da atenção à saúde, visando inserir efetivamente essa população no SUS. Cria-se então o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNASP)³, principal instrumento que regulamenta e dá suporte técnico e financeiro à

organização da atenção à saúde, nesse âmbito. A partir daí, foram instituídos os Planos Operativos Estaduais (POE), que visam nortear o modo como as ações se darão nos Estados. O Estado de Minas Gerais fez sua adesão ao PNASP em 2004, publicando então o Plano Operativo Estadual de Minas Gerais⁴.

A aproximação entre SUS e Sistema Penitenciário, pensando-se a necessidade de inclusão da população privada de liberdade na lógica de funcionamento do SUS se justifica sobremaneira se trabalharmos com o conceito de equidade, um dos princípios do SUS. Ainda que não esteja presente de maneira direta na legislação e que possa remeter a entendimentos diferenciados⁵, o conceito de equidade é central para a discussão da efetividade do SUS enquanto Sistema de Saúde.

A equidade pretende que as diferenças sejam consideradas para se pensar a distribuição, seja de recursos, seja de planejamento ou estabelecimento de prioridades. Tratar aos diferentes de maneira diferente. Ainda que, como observado por Campos⁵, a operacionalização do conceito seja tão difícil de observar na realidade, pelo grau de delicadeza e sofisticação exigidos da política, é este o ponto que sustenta fundamentalmente a necessidade de uma Política para a atenção à saúde no Sistema Prisional. Pelo seu caráter de isolamento, pela sua posição de submissão à segurança e pelas condições precárias encontradas nos locais de privação da liberdade, é que o SUS precisa trabalhar de maneira equitativa para realmente possibilitar que o direito à saúde seja garantido a essa população. Um estudo de 2013⁶ faz uma revisão sobre o direito à saúde no sistema prisional e mostra o paradoxo de se ter um incremento cada vez ao papel de exercício da cidadania pela

política pública de saúde e a exclusão dos presidiários no que diz respeito ao usufruto dessas políticas. Tal situação corrobora a necessidade de políticas equitativas para que o planejamento em saúde atinja a população prisional.

Não obstante o considerado acima, o que se encontra no dia a dia da população prisional não é a efetivação da equidade de acesso à saúde. A análise bibliográfica e a visita a presídios do Estado de Minas Gerais mostram que prevalecem a falta de equipes de saúde completas para o atendimento, a dificuldade em se identificar as demandas com a urgência necessária, a desarticulação com a rede municipal, a infra-estrutura precária para o trabalho da saúde dentro das Unidades, o descaso com a continuidade no acompanhamento dos casos e condições de extrema insalubridade, agravando questões de saúde e causando diversos agravos, entre outros pontos encontrados na realidade dos presídios^{7,8}.

Trata-se de uma população vulnerável pelo simples fato da privação de liberdade e com condições agravadas devido à realidade encontrada hoje nos estabelecimentos prisionais brasileiros. Wacquant¹⁰ faz uma descrição precisa da realidade brasileira, ao mostrar que o sistema penitenciário brasileiro apresenta as condições das piores jaulas do Terceiro Mundo, mas elevadas a uma escala digna do Primeiro Mundo, por sua dimensão e pela indiferença dos políticos e da população. O autor aborda, sob uma perspectiva mundial, questões de suma importância sobre o tema, como a prisão para manutenção da ordem pública, a problemática do encarceramento dos pobres e a relação da sociedade com a pena privativa de liberdade¹⁰.

Em Minas Gerais, os números chamam atenção quando se volta para a quantidade de presos e para o crescimento dessa população nos últimos anos.

Em 2012 a população carcerária era de 51.598 presos, com uma taxa de 236,32 pessoas presas por 100.000 habitantes $(236,32/100000)^{11}$. Este elevado número é composto por 48587 homens e 3011 mulheres, incluindo presos que se encontram na Polícia Civil e custodiados no Sistema Penitenciário. Os presos sob custódia do Sistema Penitenciário estão em complexos penitenciários, penitenciárias, presídios, casas de albergados, hospitais de custódia, e centros de apoio.

É importante observar que, apesar do número significativamente menor de mulheres no sistema prisional de Minas, o crescimento observado nos últimos anos é maior para esta população. De dezembro de 2006 a dezembro de 2012, o número de mulheres no sistema prisional cresceu 84%, em contrapartida a um crescimento de 46% na população masculina. Para a população feminina, a SEDS reserva vagas em diversas unidades prisionais mistas, 5 presídios exclusivamente femininos e um Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade (CRGPL). Esta última é a unidade prisional, onde o trabalho de campo desta pesquisa foi realizado.

METODOLOGIA

O estudo realizado está atrelado a um projeto maior, de natureza quantiquantitativa e que pretende avaliar de maneira mais ampla a saúde da mulher no Sistema Prisional de Minas Gerais. Esta etapa do projeto, que aborda a gestação, parto e puerpério, tem natureza qualitativa e teve como técnica utilizada para coleta dos dados os grupos focais. A escolha da abordagem qualitativa deveu-se a natureza da investigação, que pretendia abordar os aspectos sociais e históricos¹² presentes no cuidado em saúde, sob a perspectiva das mulheres presas e dos profissionais envolvidos no cuidado.

Como técnica de abordagem, foram realizados 5 grupos, sendo 4 com mulheres presas no CRGPL e 1 um com profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde. Ao final, participaram dos grupos 29 mulheres, de um total de 50 mulheres presas, e 5 profissionais, em uma equipe com 15 profissionais de saúde. Sobre o primeiro grupo, o critério utilizado para seleção foi ser mulher, ter estado ou estar grávida dentro do Sistema Prisional de Minas Gerais e ter sido encaminhada ao CRGPL após a descoberta da gravidez. O critério idade não se mostrou relevante, uma vez que a condição de gravidez uniformizou as mulheres em relação a esse ponto. Sobre o segundo grupo, buscou-se reunir o máximo de profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde dentro do CRGPL, tendo sido possível reunir um assistente social, um psicólogo, um enfermeiro, um pedagogo e um agente penitenciário. Sobre os dois últimos cabem ressalvas. O pedagogo, apesar de não ser um profissional de saúde, é reconhecido na instituição como profissional responsável pelo cuidado em saúde e isso possibilitou sua participação no grupo. O agente penitenciário, diferentemente dos demais profissionais, foi selecionado entre os demais agentes pela sua maior proximidade com as ações de saúde, sendo este o responsável por escoltar as mulheres em consultas externas à Unidade, bem como no momento do parto ou consulta das crianças. É importante salientar as dificuldades encontradas para se reunir todos os profissionais da equipe, tendo sido possível a participação de um representante de cada área. Além disso, cabe ressaltar a impossibilidade colocada pela SEDS-MG em gravar os grupos focais. Diante disso e, ancorada pelas indicações de Minayo¹¹ ao afirmar que quando não for possível gravar ou filmar, considera crucial que o investigador tente registrar a fala, imediatamente após a entrevista, devendo

fazer o mesmo com os registros da observação participante, a equipe da pesquisa atentou para o registro integral das falas da forma mais completa possível. Para a realização dos grupos, foram elaborados dois roteiros diferenciados, um para o grupo de mulheres e outro para o grupo de profissionais, utilizando-os de maneira a introduzir na discussão os temas constantes no objetivo da pesquisa.

Os participantes dos grupos podem ser caracterizados da seguinte maneira: o grupo de profissionais foi formado por mulheres, profissionais de saúde e de segurança da SEDS-MG lotadas no CRGPL. O grupo de mulheres presas se caracteriza por mulheres com média de idade entre 18 e 25 anos, em sua maioria com nível fundamental de escolaridade incompleto, sendo todas gestantes ou puérperas.

Tratou-se de uma amostra onde a representatividade numérica não foi considerada como o mais importante e sim o aprofundamento analítico, por meio da seleção de participantes com maior representatividade do campo estudado, sendo eles os profissionais atuantes e o conjunto de mulheres oriundas de todo o Estado de Minas Gerais. Assim, constituiu-se o *corpus* de análise da pesquisa.

A pesquisa foi apresentada e autorizada pela Superintendência de Atendimento ao Preso da SEDS-MG e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG. CAAE: 0323.0.203.000-11.

Foi utilizada para análise dos dados a referência da análise de discurso francesa. Como salienta Charaudeau¹³, a Escola Francesa vê a análise do discurso como uma espécie de espaço crítico, lugar de interrogação e de experimentação em que se podem formular, deslocando-os, os problemas que

as disciplinas constituídas encontram. Nessa pesquisa, portanto, a análise de discurso pretendeu discutir, à luz do material encontrado, os aspectos qualitativos da atenção à saúde da gestante no sistema prisional de Minas Gerais

Considerando-se o modelo de análise adotado, bem como o referencial teórico, a utilização dos grupos focais mostrou-se pertinente, uma vez que se trabalhou com os atores em forma coletiva, em detrimento da realização de entrevistas individuais. O principal valor da técnica de grupo focal fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos¹³. Tal condição se mostrou importante nessa pesquisa, já que o comportamento no grupo ilustrou de maneira profícua as condições institucionais de legitimação da enunciação, seja em relação às mulheres presas, seja em relação aos profissionais.

Sendo assim, a função da análise nessa pesquisa é manter a complexidade do material encontrado, articulando tanto as falas dos grupos focais quanto o contexto social e histórico encontrado a partir da análise anterior ao campo.

DISCUSSÃO

A pesquisa em questão, como dito anteriormente, foi realizada em um dispositivo da SEDS-MG, o Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade (CRGPL). Este dispositivo surge atrelado à política de saúde e com objetivo de um atendimento humanizado, mas ainda assim, no cerne do Sistema Prisional. Trata-se de uma Unidade Prisional com instalações e equipe diferenciadas. Além de uma equipe de saúde, há maior cuidado na seleção dos

agentes penitenciários que são aí lotados, sendo a maioria mulheres com formação técnica de enfermagem.

Logo de chegada, encontra-se um grande muro na cor rosa, que não ameniza sua grandiosidade e as inúmeras instalações de segurança. Ironicamente instalado no terreno de um hospital psiquiátrico desativado, o CRGPL apresenta em seu primeiro plano, a parte administrativa, o refeitório frequentado tanto pelas presas quanto pelos profissionais que ali trabalham e uma pequena área descoberta onde se encontra um pequeno parquinho, cujos brinquedos parecem ter como única função ilustrar o fato de ali viverem crianças, uma vez que não são adequados para a idade das crianças que ali permanecem e em nenhuma das visitas realizadas pela equipe estavam sendo utilizados. Em seguida encontram-se as salas de atendimento dos profissionais de saúde, educação e direito e as pequenas salas de aula. Após uma porta de grade, diante da qual uma agente penitenciária permanece durante todo o tempo, estão os alojamentos. Diferentemente dos presídios comuns, essa instituição não possui celas e sim alojamentos com diversos quartos, onde há camas e berços e permanecem tanto as mães quanto os bebês. Os quartos são pequenos e com pouco espaço para circulação entre as camas e os berços. Na parte de trás do terreno encontra-se o segundo alojamento para as mulheres presas, que ocupa as alas que antes eram destinadas a receber pacientes psiquiátricos da Clínica Serra Verde e um bloco destinado aos atendimentos de saúde. Nesses alojamentos, o espaço dos quartos é ainda menor. Ao final de cada alojamento há um banheiro coletivo onde as mães tomam banho e dão banho nas crianças. Entre os dois alojamentos, há um pátio descoberto, usado para a permanência das crianças, para secar roupas

lavadas pelas mães e para as mais diversas funções. Além desses espaços e um pequeno galpão onde as mulheres trabalham, há uma sala coberta na parte externa que é dividida entre espaço de lavagem de roupas e local de lazer das crianças, onde se encontram alguns brinquedos pequenos e uma televisão onde são transmitidos vídeos infantis. Este é basicamente o espaço físico do local de campo da pesquisa.

Os grupos focais com os profissionais foram realizados em uma sala destinada a reuniões e ao trabalho da direção. Com as mulheres presas, os grupos foram realizados no pátio, sempre buscando deixá-las em ambiente confortável e com um mínimo de privacidade, pelo menos, apesar da impossibilidade de seguir com as mulheres para uma sala isolada. A todo o momento esbarramos com a necessidade de essas mulheres estarem com os filhos, sendo necessário às pesquisadoras, adequarem-se à rotina das mulheres para que a pesquisa pudesse acontecer. Apesar de o ambiente estar muitas vezes barulhento e tumultuado, o tema parecia ser de interesse das mulheres e com isso, foi possível contar com a participação ativa das mesmas.

Foram três os principais pontos abordados no roteiro dos grupos focais e que serão discutidos neste artigo: relação de cuidado dos profissionais com as mulheres e com os bebês; gravidez dentro do sistema prisional; perspectiva dos profissionais sobre educação em saúde no CRGPL. Os temas são próximos e se confundem, mas a partir deles é possível fazer uma discussão ampla sobre o cuidado em saúde, focalizando o ponto de vista dos grupos abordados.

A relação de cuidado entre profissionais e usuários dentro de uma Unidade Prisional é claramente marcada pelo contexto institucional onde se

encontra. O sistema prisional, historicamente marcado pela imposição da ordem pela força e muitas vezes pelo exercício da violência, é um contexto peculiar e difícil, onde o cuidado em saúde se torna um desafio. A influência das reflexões de Foucault sobre os dispositivos institucionais e sua discussão sobre o conceito de poder apontam que as falas recolhidas nos grupos focais não podem ser consideradas fora do contexto em que são produzidas, a saber, no cerne do discurso penitenciário, perpassado pelo discurso da clínica¹⁴.

Ao serem questionadas sobre a relação com os profissionais que realizam o cuidado à saúde, as mulheres reclamam sobre o atendimento prestado, sendo o maior número de depoimentos referentes a reclamações por demandas não atendidas, como nos exemplos abaixo:

Eles levam de última hora (sic)

(a relação com os profissionais) é péssima, dá vontade de torcer o pescoço. É difícil ver seu filho sofrer e escutar – não é nada (sic)

Toda hora que o menino está com febre manda dar banho e dar remédio (sic)

Criança com febre por 3 dias e tudo é normal, depois o menino ficou 15 dias internado (sic)

O discurso do Sistema Prisional aparece como um avalizador da demanda dessas mulheres para os profissionais da saúde. Entre uma questão que aparece na rotina cotidiana do cuidado de si ou das crianças e o acesso aos profissionais está a figura do agente penitenciário. No grupo com os profissionais essa questão se clarifica, quando a agente participante afirma *Ficamos aqui o dia inteiro com elas. Ouvimos, avaliamos e encaminhamos pra saúde, fazemos uma ponte entre a saúde e elas. Eu trabalho com primeiros socorros, instruímos pra que seja dado o melhor cuidado aos bebês. Eu sou mãe, a gente sabe como é (sic)*. Mais do que qualquer um dos outros

profissionais, a agente se vê em um lugar, apresentado por ela como nada confortável, de regular uma demanda para a qual não está preparada.

Ainda que o papel do agente penitenciário apareça como um fator decisivo nessa regulação, a equipe de saúde se serve dessa distância criada pelo dispositivo da prisão, evitando uma real aproximação com as presas, o que faz com que a posição de presas se sobreponha à posição de usuárias de serviços de saúde. Na fala das mulheres presas:

Trata a gente como presa. Isso aqui é uma palhaçada, prefiro presídio normal. Até os relógios da parede tiraram, fui perguntar por que, responderam: por que, você tem algum compromisso? (sic)

Eu não acho que a saúde daqui é boa. O médico daqui atende em dois segundos (sic)

O cuidado é precário, tudo é normal. Tem 3 dias que eu estou com diarreia e tudo é normal (sic)

A possibilidade de proximidade e de um efetivo cuidado que a ausência de grades poderia permitir, não aparece nas falas das mulheres. A relação apresentada por essas mulheres com os profissionais e o sentimento de precariedade e abandono se confunde com a relação que manifestam estabelecer com as agentes, apontando que não há uma diferenciação por parte delas de que a saúde é um dispositivo diferenciado e com objetivos diversos ao da segurança e da punição. Ainda que a fala dos profissionais em diversos momentos apresente as ações realizadas e preconizem um intuito de cuidado, *Nós trocamos o curativo do umbigo, observamos de perto, orientamos a amamentação (sic)*, o tema da saúde se confunde com o da punição, como ilustra a fala de um dos profissionais: *Isso pode ser bom, pensar que esse não é um lugar legal e querer sair daqui (sic)*, tornando a questão ambígua e

insustentável, corroborando com os efeitos que aparecem nas falas de quem recebe o cuidado, as mulheres presas.

A questão que se apresenta está relacionada à vinculação dos profissionais a esta usuária em condição de mulher presa. Diversos trabalhos mostram a importância de tal vinculação para um efetivo trabalho de cuidado. A pesquisa de Barbosa¹⁵ mostra a experiência de um ambulatório de clínica obstetrícia, onde se buscou avaliar o processo comunicativo na consulta de enfermagem. Utilizando-se como estratégia privilegiada a escuta atenta concretizou-se com isso um acolhimento diferenciado, baseado na relação entre usuárias e enfermeiras e fundamentado na valorização da fala, das experiências e das dúvidas das mulheres. Observou-se com essa estratégia um aumento na regularidade da frequência e permanência das mulheres no ambulatório, além da observação de melhor compreensão das mulheres sobre as orientações dadas sobre o cuidado com as crianças. Este trabalho mostra claramente a importância da aproximação entre profissionais e usuárias para a possibilidade de cuidado.

Taddeo¹⁶ também aborda a questão da vinculação entre profissionais e usuários em uma pesquisa realizada com pacientes portadores de doenças crônicas e profissionais responsáveis pelo cuidado. Tal trabalho mostrou que o empoderamento dos pacientes por parte dos profissionais é fator fundamental para a adesão ao tratamento. O texto mostra que colocar o foco na pessoa e não na doença transforma a relação de cuidado, uma vez que o paciente se torna ativo em seu tratamento.

Outro aspecto importante relacionado às relações de cuidado é a medicalização da atenção em saúde. A medicalização na sociedade ocidental

significa muito mais do que o uso desorganizado de medicamentos, tratando-se do processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina com vistas a assegurar a conformação às normas¹⁷. Ao mesmo tempo em que se amplia o campo de competência na medicina, busca-se a ampliação do acesso aos serviços, o que valida esse campo de competência e torna legítimo o saber da medicina sobre os corpos e sobre cada detalhe do cotidiano da vida. *Aqui para as crianças tomarem gelatina tem que ter prescrição médica (sic)*, ironiza uma das mulheres presas, referindo-se à maneira como práticas cotidianas e ligadas ao saber popular passam a precisar do crivo da área médica.

Há uma vigília constante pelos agentes acerca do modo de cuidado dessas mães e, ainda uma avaliação sobre a condição ou não de cuidar do bebê, partilhada entre os profissionais: *Se a mãe coloca em risco a vida da criança, aí o procedimento é outro (sic). A contribuição que a educação dá é orientar, pois muitas num primeiro momento não querem ter o bebê. É preciso estimular este vínculo. Mas quando ganham o bebê tudo muda, é muito gratificante(sic)*. As demandas das mães giram principalmente em torno do cuidado aos bebês, que é sempre cerceado pelo olhar das agentes e dos profissionais. Uma das mulheres manifesta sua indignação sobre a conduta diante da febre de seu filho *Toda hora que o menino está com febre manda dar banho e dar remédio (sic)*, o que é corroborado por diversas outras através de uma frase irônica e recorrente nos grupos *Tudo aqui é normal (sic)*.

A fala das mulheres presas sobre a rotina da instituição demonstra a complexidade e o horror a que as mesmas estão submetidas em um espaço dito diferenciado. A permanência das crianças junto às mães, a princípio uma

solução mais humanizada e que tem como objetivo propiciar o estabelecimento de vínculo da mãe com a criança e um cuidado adequado a esse bebê nos primeiros meses de vida, não é naturalmente uma solução adequada. Foi possível escutar das mulheres a submissão rotineira de seus filhos a um ambiente e a uma disciplina absolutamente inadequada ao crescimento de uma criança. Uma delas observa uma situação colocada como recorrente no momento do *procedimento* que, segundo elas, é um momento em que todas devem entrar nos alojamentos e se manter em silêncio: *Na hora do procedimento um menininho chorava muito, toda criança chora, e uma agente gritou mandando o menino calar a boca. Como a prioridade é a criança se a criança não pode chorar?(sic). Quando é procedimento pra gente, o bebê também tem que dormir (sic).*

Os fatos relatados acima devem ser contextualizados lembrando-se que, durante o período em que a criança permanece no CRGPL este será seu único meio de convivência social uma vez que, salvo exceções, as crianças não saem da instituição. Há relatos de crianças que estranham a figura masculina ao saírem, por não ter tido convivência com homens. Sendo assim, o meio no qual convivem e o comportamento ao qual a mãe está submetida é fator decisivo para sua vivência enquanto sujeito. Com Freud¹⁸, sabe-se que o brincar da criança é determinado por seus desejos e esta imita em seus jogos aquilo que conhece da vida dos mais velhos. Cada criança terá uma vivência particular do período em que esteve na prisão, mas é inevitável que sua formação seja marcada pelo que vivencia no meio prisional. Um estudo português¹⁹ analisou o comportamento parental de mulheres presas no Estabelecimento Prisional de Tires e observou, entre outros pontos, a presença

de grande culpa nas mães por submeterem seus filhos ao ambiente prisional. Além disso, observaram uma tendência a centralização e focalização da atenção das mães nas crianças, criando-se uma relação de dependência mútua, marcada pela constante presença da questão da separação entre eles. No CRGPL, observamos a preocupação constante das mães em relação aos filhos estarem submetidos ao ambiente prisional, como ilustrado nas falas do parágrafo acima. Além disso, apesar de relatarem a satisfação pela possibilidade de estarem próximas aos filhos, as mães constantemente apontam a instituição como lugar inadequado aos filhos: *Preso é nós, não é a criança não. Eu não quero ficar aqui, eu quero que meu filho fique com a minha família(sic); Os filhos da gente acabam pagando pelos erros da gente. Quando eu trafiquei, meu filho não tava lá, quando eu matei, meu filho não tava lá (sic).*

Em um dos relatos temos: *Toda vez que vai pro refeitório tem que fazer o procedimento – tira a roupa e agacha (sic) O pior é quando a gente que é mãe, passar pela humilhação pelos agentes na frente da criança (sic).* Outra mulher ainda relata sobre uma das crianças que, de tanto ver a mãe fazendo o *procedimento*, passa a imitar o ato de tirar a roupa e agachar junto aos adultos. Essas cenas são citadas por essas mulheres de maneira sutil e em tom de queixa, mas não parece haver espaço para grandes estranhamentos. Os procedimentos que parecem tão estranhos aos pesquisadores só são questionados por elas quando dizem respeito ao que atinge as crianças. Ainda que neste caso a invasão pareça mesmo ser maior, uma vez que estas crianças a princípio não estejam inseridas na lógica da punição, a necessidade de se fazer tais procedimentos não gera incômodo ou questionamento por parte das mulheres, que parecem já estarem completamente inseridas no

contexto prisional, onde cumprir os *procedimentos* e responder a normas da segurança passa a fazer sentido em sua rotina. Um estudo realizado na Penitenciária Feminina do Rio Grande do Sul²⁰ mostra que as principais preocupações das mulheres presas com seus filhos estão relacionadas às condições ambientais em que vivem seus filhos dentro da penitenciária, à assistência de saúde oferecida a essas crianças e à distância do cuidado dos filhos deixados do lado de fora da prisão, panorama muito próximo ao encontrado no Centro de Referência em Minas Gerais.

Os sistemas disciplinares típicos do sistema prisional são tão claramente presentes no CRGPL que aparece na mais corriqueira ironia da conversa entre uma agente e uma mulher presa. A mulher que, por estar num lugar reservado a mães, espera ser tratada de maneira diferenciada, se revolta: *Trata a gente como presa. Isso aqui é uma palhaçada, prefiro presídio normal. Até os relógios da parede tiraram, fui perguntar por que, responderam: por que, você tem algum compromisso?(sic)*. A duplicidade da função da instituição, cuidado em saúde e vigilância prisional, gera contratempos e revolta, não sendo suficiente o estabelecimento de diferenças no ambiente físico ou na possibilidade de permanência com os filhos. Faz-se necessário pensar a pertinência da existência do CRGPL em seu formato atual e, principalmente, como possibilitar que o discurso do cuidado apareça desvinculado do discurso avassalador da segurança.

O cuidado em saúde realizado pelas mães é cerceado e o que aparece com *o melhor cuidado aos bebês (sic)* é o ideal de mãe presente na sociedade, imposto neste caso a partir da lógica centralizadora do sistema prisional. Isso leva ao segundo ponto a ser trabalhado que diz da vivência da maternidade. A

percepção das mulheres sobre a gravidez aponta para a restrição da condição de maternidade dessas mulheres, observada na maneira como elas mostram vivenciar a gravidez

Forna²¹ nos alerta para este ponto ao analisar o que denomina o ‘mito da maternidade’: a insistência em que certo estilo de maternidade é “natural” leva as mulheres a questionar cada aspecto do que fazem, pensam, sentem e a avaliar sua própria experiência segundo um padrão rígido e impossível²¹. A intenção de propiciar às mulheres bem estar e cuidado é perpassado o tempo todo pelo poder disciplinar, ou seja, é a manutenção da ordem, ainda que bem intencionada, através do controle dos corpos.

Para além da liberdade de ir e vir, as mulheres estão privadas da liberdade de inventar seu modo de ser mãe, bem como de optar pela negativa dessa condição. Em seu trabalho sobre a maternidade no cárcere, Santos²² nos apresenta a concepção de *maternidade vigiada-controlada*, como oriunda da concepção de *maternidade transferida*, forjado por Suely Gomes Costa. Para Santos²², a *maternidade vigiada-controlada* seria a experimentação da vivência da maternidade nos limites institucionais de ambientes prisionais conhecidos pela austeridade de sua política. A concepção diz de uma situação onde a maternidade se confunde com a privação de liberdade e há um cerceamento dessa condição.

O último aspecto observado é sobre a educação em saúde no CRGPL, tema que não foi abordado diretamente no roteiro do grupo, mas que apareceu de maneira constante na fala dos participantes, principalmente quando questionados sobre a relação entre as mulheres e os profissionais.

As falas das mulheres presas mostram uma insatisfação com essa relação. *A gente não tem direito a conversar com as autoridades. Os juízes deviam vir aqui, acham que aqui é um paraíso, mas é ilusão (sic) Atendimento do quê? Três meses que eu estou aqui, não tem ultrassom, não cuida do dente, aqui só é de fachada. Nós ficamos sem água (sic).* Seja a contestação de determinadas práticas, como o modo de atendimento, seja a reclamação pela rotina do Centro, as mulheres se mostram irredutíveis a uma posição de demanda de algo que venha dos profissionais, da diretoria, das autoridades, como solução para seus problemas. Ainda que pelo viés do avesso, mulheres e profissionais apresentam um contexto em que o cuidado em saúde se localiza no eixo demanda-solução. Nesse eixo, as mulheres estão fixadas no lugar de demandantes e os profissionais no lugar de solução para os problemas, ou seja, não há espaço para o protagonismo ou para a construção de um aprendizado. O saber e as respostas estão do lado dos profissionais. Diante de tal realidade, percebe-se que o cuidado em saúde no CRGPL é realizado no modelo biomédico, com o saber centralizado na equipe e sem espaço para criação de novos saberes²³.

A reorganização do espaço físico e da proposta de atendimento e vigilância às mulheres presas no CRGPL não rompe com os processos encontrados no discurso prisional, onde o Estado é o responsável pela imposição de regras de conduta, disciplinando os corpos e garantindo a segurança através da vigilância. As relações de poder se mantêm, incorporando um novo elemento à mesma lógica, a saber, o discurso do cuidado em saúde. Considera-se aqui o conceito de poder apresentado por Foucault¹⁴ como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito

mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir. Ou seja, trata-se de relações de poder onde os dois eixos, saúde e segurança, trabalham na manutenção de um status, em uma relação dependência, muito mais que de coerção. Mais sutil e complexa essa concepção de poder mostra um poder exercido não apenas de maneira hierárquica e violenta, mas que suas diversas faces estão presentes em cada relação cotidiana.

Sobre o poder disciplinar, conceito apresentado por Foucault²⁴, trata-se de um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor²⁴. O poder disciplinar, ao invés de usar a violência física pura e simples como maneira de punição, utiliza-se de instrumentos como o olhar hierárquico e a sanção normalizadora para adestrar não só os corpos como a alma. O saber especializado, como um grande olhar dirigido às mulheres, educa, adestra e molda um modo de ser mãe que atende aos ideais pré-estabelecidos. Na fala dos profissionais *Eu sou mãe, a gente sabe como é (sic); As ações educativas são constantes. O papel de toda a equipe é educar, elas não sabem o mínimo (sic)*. A questão da educação aqui aparece vinculada a um processo disciplinador, pautado em conhecimento técnico e não à educação em saúde como processo de construção.

Não se trata de desvincular saúde e educação, muito ao contrário. Essa possibilidade é muito importante, mas o contexto precisa sempre ser considerado, já que vai influenciar sobremaneira na forma como o projeto se dá. Falar apenas em educação em saúde, não diz sobre o arcabouço que a sustenta e a relação com um contexto tão peculiar como o Sistema Prisional pode fazer com que toda uma proposta de trabalho gere resultados opostos ao

esperado. Temos, portanto, de um lado uma equipe com a intenção de educar e passar as informações que julgam necessárias e de outro, mulheres dizendo de uma desassistência, de uma falta de apoio e ressaltando sempre uma invasão em sua autonomia para cuidar de si e de suas crianças. As mulheres dizem sobre certo saber que possuem e que muitas vezes é ignorado: *Na rua a gente compra as coisinhas que quer [para as crianças], faz o número de vezes que quer (sic) Eu falei que minha bolsa tinha que ser rompida, eu não precisava ter sofrido tanto (sic) Eu já sou mãe de 3 filhos e sei que algumas coisas são normais (sic).*

Tal desarticulação pode ser pensada ao se perceber que não há na prática da instituição, lugar para uma clínica pautada nos pressupostos da Reforma Sanitária e visando um efetivo trabalho de cuidado em saúde. Campos²⁵, ao tratar de alguns pressupostos para a construção de uma nova clínica faz indicações preciosas sobre um modo possível de trabalho com educação em saúde, apontando que o trabalho das equipes e das organizações deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de pensar-se em um contexto social e cultural. Tal trabalho pode ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto durante as de saúde coletiva, ou seja, nos atendimentos individuais ou nos processos cotidianos de cuidado. Segundo o autor, caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre sua própria vida²⁵.

A educação em saúde pensada como um projeto transformador de vidas, não apenas fornecendo respostas, mas permitindo aos usuários, aqui no caso as presas, se questionarem sobre seu papel no cuidado e no contexto em

que estão inseridas. O CRGPL rompe com alguns aspectos dificultadores do contexto, como bem observa um dos profissionais - *O Centro é uma oportunidade de ressocialização. É atípico, diversificado. Não tem grade. Tem que ser assim, pois o grupo é diferenciado. É um espaço aberto, que permite tudo isso, ainda que haja um padrão de segurança (sic) – mas o padrão de segurança, aqui colocado ao final, de forma discreta, pode ser realmente um grande dificultador e certamente um enorme desafio ao trabalho da equipe de saúde.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A análise da atenção à gestação, parto e puerpério no Sistema Prisional de Minas Gerais aponta a grande dificuldade que se enfrenta com o desenvolvimento de políticas públicas para uma população tão vulnerável. Excluídas já antes de sua entrada no Sistema Prisional, essa população em sua maioria jovem, pobre e negra, sofre as piores conseqüências de um país desigual e omissivo.

A pesquisa apresentada neste artigo faz um recorte em relação ao tipo de atenção a essa população – a atenção à saúde – e um recorte de gênero – saúde da mulher. Ainda assim, atinge uma fatia importante e considerável da população prisional, a saber, as mulheres que estão presas e grávidas, as que tiveram seus bebês no presídio e os profissionais responsáveis por um cuidado tão delicado. A estratégia utilizada por Minas Gerais tem seus méritos, mas exatamente pelo caráter de excepcionalidade, mostra com clareza a dificuldade em se articular qualquer trabalho em saúde no Sistema Prisional. Os resultados da análise mostram que o cuidado em saúde vai além do espaço físico e do cumprimento das exigências normativas, sendo fundamental a consideração da

privação de liberdade e suas implicações como uma das nuances ao se planejar e executar ações em saúde.

Com Foucault, foi possível traçar os aspectos da instituição presídio, sua localização histórica e as relações de poder que aí se colocam. Colocou-se em pauta também a presença do modelo biomédico, historicamente presente no discurso penitenciário, como um dificultador do processo de cuidado em saúde neste estabelecimento.

A pesquisa lança um olhar sobre uma população invisível, porém de relevância no cenário mineiro no que diz respeito à vulnerabilidade. Cabe agora dar continuidade ao processo e propor encaminhamentos possíveis diante de tal contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paim JS. O que é SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
2. Brasil. Lei de Execução Penal. Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Ministério da Justiça. Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm
3. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Brasília. 2003.
4. Minas Gerais. Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde da população prisional. Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria de Estado de Defesa Social. 2004
5. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. Revista Saúde e Sociedade, v.15, n.2, 23-33

6. Arruda AJCG, Oliveira MHB, Guilam MC, Vasconcelos DIB, Costa TF, Leite IF. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE Online*. 2013, 7, 6646-54.
7. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte. Diagnóstico da Saúde no Sistema Prisional da região metropolitana. Belo Horizonte, 2011.
8. Soares BM. Prisioneiras: vida e violência atrás das grades. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.
9. Wacquant L. As prisões da miséria. Oerias: Celta, 1999.
10. Ministério da Justiça. Sistema de informações penitenciárias – dados consolidados 2008.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
12. Charaudeau P. Dicionário de análise do discurso. São Paulo: Contexto, 2012.
13. Foucault M. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.
14. Barbosa MARS, Teixeira NZF, Pereira WR. Consulta de enfermagem: um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. *Acta Paul Enferm*. 2007, 20(2), 226-9
15. Taddeo PS et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2012, 17(11), 2923-30.
16. VIEIRA EMA medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

17. Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira, volume IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Escritores criativos e devaneios. 133-143
18. Serras D, Pires A. Maternidade atrás das grades: comportamento parental em contexto prisional. *Aná. Psicológica* [online]. 2004, vol.22, n.2 [citado 2014-02-03], pp. 413-425.
19. Da Silva EF, Luz AMH, Cechetto FH. Maternidade atrás das grades. *Enfermagem em foco*, 2011, 2(1): 33-37.
20. Forna A. Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.
21. Santos RCS. Maternidade no cárcere: reflexões sobre o sistema penitenciário feminino [Dissertação] Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2011
22. USTO, Cipriano. A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção da saúde. *Rev. Port. Sau. Pub.* [online]. 2010, vol.28, n.2, 117-118 .
23. Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2011.
24. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

5. Considerações finais

A motivação para realização dessa pesquisa teve início na prática cotidiana de gestão em saúde. Através da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, conheci a realidade da saúde no Sistema Prisional e o trabalho que vem sendo feito para tentar garantir o acesso dessa população ao SUS.

Em meio a essa realidade difícil, percebi que a situação das mulheres era ainda mais complexa e vulnerável.

Foram considerados de início os pontos de articulação dos dois sistemas, prisional e de saúde, apontando suas aproximações e distâncias. Como ponto articulador, focalizou-se o PNASP e privilegiaram-se as iniciativas do campo da saúde na tentativa de uma aproximação, uma vez que, à época da pesquisa de campo ainda não existia a configuração de uma Política Nacional.

A saúde no sistema prisional enfrenta grande dificuldade quanto à inexistência de dados e registros sobre a assistência hoje realizada, fato que nos motivou a ampliar a pesquisa e prever para uma segunda etapa, o levantamento de dados mais específicos sobre o processo de assistência. No entanto, mostrou-se fundamental que a pesquisa fosse iniciada com os aspectos qualitativos de uma iniciativa diferenciada – o CRGPL – para que houvesse uma aproximação real com o cotidiano do sistema, a problematização de seu modo de operar e identificação de alguns pontos de conflito dentro da instituição.

Com isso, temos como produto da pesquisa um artigo de resultados que traz à tona a discussão sobre as relações de cuidado. Produzido a partir do material encontrado nos grupos focais e na revisão bibliográfica realizada, o artigo localiza relações complexas e nuances específicas da atenção a um público tão vulnerável e por vezes invisível.

6. Referências bibliográficas

1. Ministério da Justiça. Sistema integrado de informações penitenciárias – dados 2012.
2. Ministério da Justiça. Sistema de informações penitenciárias – dados consolidados 2008.
3. Brasil. Lei de Execução Penal. Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Ministério da Justiça. Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm
4. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Brasília. 2003.
5. Minas Gerais. Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde da população prisional. Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria de Estado de Defesa Social. 2004
6. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2004.
7. Sales MA. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: o desenvolvimento da política e os reflexos no déficit de acesso aos serviços de saúde [Dissertação] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.
8. Amaral CP. Evolução histórica e perspectivas sobre o encarcerado no Brasil como sujeito de direitos. GECAP-USP [online] Disponível em: <http://www.gecap.direitorp.usp.br>
9. Ferreira AR. Crime-prisão-liberdade-crime: o círculo perverso da reincidência no crime. Revista Serviço Social e Sociedade, 2011, n.107, 509-534
10. Soares, Luiz Eduardo. Justiça. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.
11. Paim JS. O que é SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

12. Brasil. Portaria Interministerial nº 01, de 02 de janeiro de 2014. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça.
13. Paixão AL. Recuperar ou punir? – como o Estado trata o criminoso. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1991.
14. Ferrari IF. Mulheres encarceradas: elas, seus filhos e nossas políticas. Revista Mal-estar e subjetividade. Fortaleza. Vol. X. nº4. P. 1325-1352, dez/2010.
15. Mattos V. A visibilidade do invisível. Belo Horizonte: Fundação MDC, 2008.
16. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. (2008). *Reorganização e reformulação do sistema prisional feminino*. Brasília, DF: Autor
17. Brasil. Lei nº 11.942, de 27 de maio de 2009. Presidência da República – Casa Civil.
18. Brasil. Lei nº 12.121, de 15 de dezembro de 2009. Presidência da República – Casa Civil.
19. Ministério da Justiça. Resolução nº 04, de 15 de julho de 2009. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
21. Charaudeau P. Dicionário de análise do discurso. São Paulo: Contexto, 2012.
22. Foucault M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal, 2013.

A) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Profissionais do Sistema Prisional

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada Atenção a Saúde da Mulher no Sistema Prisional de Minas Gerais. Esta pesquisa pretende identificar e entender como acontece a assistência em saúde prestada as mulheres do sistema prisional nos períodos da gestação, parto e pós parto. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação de problemas, dentro da perspectiva de promoção de saúde.

Para participar, você deverá participar de um encontro em grupo conduzido pelos pesquisadores Viviane de Souza Maciel e Kenia Zimmerer Vieira, aqui mesmo na Unidade Prisional. As falas do grupo serão registradas integralmente para depois serem analisadas. As suas informações serão mantidas em segredo, ninguém terá acesso a elas, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da sua participação não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados e conseqüente melhorias na assistência a saúde prestada.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, _____,
aceito participar da pesquisa intitulada Atenção a Saúde da Mulher no Sistema Prisional de
Minas Gerais, dentro das condições acima expostas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2013

Assinatura do participante:

_____ Data: __/__/__

Assinatura do pesquisador:

_____ Data: __/__/__

B)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Mulheres privadas de liberdade

Você esta sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Atenção a Saúde da Mulher no Sistema Prisional de Minas Gerais”. Esta pesquisa pretende avaliar a assistência prestada à saúde da mulher no Sistema Prisional de Minas Gerais no período da gestação, parto e pós parto. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação de possíveis problemas, dentro da perspectiva de promoção de saúde.

Para participar, você deverá participar de um encontro em grupo conduzido pelos pesquisadores Viviane de Souza Maciel e Kênia Zimmerer Vieira, aqui mesmo na Unidade Prisional. As falas do grupo serão registradas integralmente para depois serem analisadas. As suas informações serão mantidas em segredo, ninguém terá acesso a elas, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da sua participação não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados e melhorias da assistência de saúde prestada.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário. Você pode entrar em contato com os pesquisadores pelo telefone (31)34099945.

Baseado neste termo, eu, _____,
aceito participar da pesquisa intitulada Atenção a Saúde da Mulher no Sistema Prisional de Minas Gerais, dentro das condições acima expostas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2013

Assinatura do participante:

_____ Data: __/__/__

Assinatura do pesquisador:

_____ Data: __/__/__

C)

ROTEIRO GRUPOS FOCAIS

1. Roteiro dos grupos focais com mulheres privadas de liberdade

“Estudo sobre Atenção à gestação, parto e puerpério no Sistema Prisional de Minas Gerais”

Grupos focais com mulheres privadas de liberdade – roteiro de debate

Questão 1 – Como é a experiência de estar/ ter estado grávida dentro do Sistema Prisional?

Questão 2 – Como foi o ‘cuidado à saúde’ no período de sua gravidez dentro do presídio?

Questão 3 – Como foi o cuidado à saúde no momento do parto?

Questão 4 - E após o parto, como foi o cuidado da sua saúde? E do bebê?

Questão chave 3 – Como é a relação entre vocês e os profissionais de saúde?

2. Roteiro dos grupos focais com profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde

“Estudo sobre Atenção à gestação, parto e puerpério no Sistema Prisional de Minas Gerais”

Grupos focais com profissionais responsáveis pelo cuidado – roteiro de debate

Tópicos:

Questão 1 - Quais as ações de cuidado realizadas pelos profissionais?

Questão 2 - Quais as particularidades de se trabalhar com privadas de liberdade?

Questão 3 – Como se dá a relação entre vocês e as mulheres presas?

Questão 4 - Como vocês percebem a gravidez dentro do Sistema Prisional?

Questão 5 – Como vocês percebem o momento do parto das mulheres inseridas no Sistema Prisional?

Questão 6 – Como vocês percebem os cuidados em saúde após o parto, em relação às mulheres e aos bebês?