

Artigo original



Experiências de gestantes e puérperas privadas de liberdade sobre o ciclo gravídico puerperal na prisão: estudo qualitativo

Experiencias de mujeres embarazadas y puérperas privadas de libertad sobre el ciclo embarazo-puerperio en prisión: estudio cualitativo

Experiences of pregnant and postpartum women deprived of their liberty about the pregnancy-puerperium cycle in prison: qualitative study

Pamela Alves de Sousa Cabral¹

Gustavo Gonçalves dos Santos²

Leticia de Almeida Dionizio³

¹Autora para correspondência. Universidade Santo Amaro (Santo Amaro). São Paulo, Brasil. x-pamela@estudante.unisa.br

^{2,3}Universidade Santo Amaro (Santo Amaro). São Paulo, Brasil. ggsantos@prof.unisa.br, ldionizio@prof.unisa.br

RESUMO | INTRODUÇÃO: O acompanhamento adequado de gestantes é um direito garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas no contexto prisional, onde o ambiente é hostil e inadequado para gestantes, muitas mulheres sofrem com a falta de assistência e violação de seus direitos. **OBJETIVO:** Descrever a assistência oferecida às gestantes e puérperas privadas de liberdade durante a gestação, parto e puerpério, destacando os desafios enfrentados nesse contexto. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo qualitativo realizado em julho de 2024 baseado em narrativas de gestantes e puérperas encarceradas em uma penitenciária de São Paulo. Foram realizadas entrevistas gravadas com 40 minutos de duração, utilizando um questionário estruturado. A análise dos dados foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin, utilizando o software ATLAS.ti. **RESULTADOS:** O estudo revelou que a maioria das mulheres iniciou o pré-natal de forma tardia devido à falta de acesso aos serviços de saúde ou desconhecimento da gravidez. A assistência oferecida foi limitada, com falhas no acompanhamento médico e na orientação sobre o parto. As entrevistadas relataram sentimentos de abandono, e poucas receberam informações adequadas sobre sinais de risco ou amamentação. **CONCLUSÃO:** O sistema prisional não oferece condições adequadas para o cuidado de gestantes e puérperas. A falta de suporte, tanto físico quanto emocional, evidencia a necessidade urgente de reformulação das políticas públicas para garantir um atendimento mais humanizado e eficaz às mulheres encarceradas.

PALAVRAS-CHAVE: Gestante. Puérpera. Cárcere. Penitenciária. Pessoa Privada de Liberdade.

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: La atención adecuada a las gestantes es un derecho garantizado por el Sistema Único de Salud (SUS – Sistema Único de Saúde), pero en el contexto carcelario, donde el ambiente es hostil e inadecuado para las gestantes, muchas mujeres sufren falta de atención y violación de sus derechos. **OBJETIVO:** Describir la atención ofrecida a las gestantes y puérperas privadas de libertad durante el embarazo, parto y puerperio, destacando los desafíos enfrentados en este contexto. **MÉTODO:** Se trata de un estudio cualitativo realizado en julio de 2024 a partir de los relatos de mujeres embarazadas y puérperas encarceradas en una penitenciaria de São Paulo. Se realizaron entrevistas grabadas, de 40 minutos de duración, utilizando un cuestionario estructurado. Los datos se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido de Bardin, utilizando el software ATLAS.ti. **RESULTADOS:** El estudio reveló que la mayoría de las mujeres inició tardíamente la atención prenatal debido a la falta de acceso a los servicios de salud o al desconocimiento del embarazo. La atención ofrecida era limitada, con deficiencias en el seguimiento médico y la orientación sobre el parto. Las entrevistadas declararon sentirse abandonadas, y pocas recibieron información adecuada sobre los signos de riesgo o la lactancia. **CONCLUSIÓN:** El sistema penitenciario no ofrece condiciones adecuadas para la atención de mujeres embarazadas y puérperas. La falta de apoyo, tanto físico como emocional, pone de manifiesto la urgente necesidad de reformular las políticas públicas para garantizar una atención más humanizada y eficaz a las mujeres encarceradas.

PALABRAS CLAVE: Embarazadas. Postparto. Prisión. Penitenciario. Personas Privadas de Libertad.



ABSTRACT | INTRODUCTION: Adequate care for pregnant women is a right guaranteed by the Unified Health System (SUS – Sistema Único de Saúde), but in the prison context, where the environment is hostile and unsuitable for pregnant women, many women suffer from a lack of care and a violation of their rights. **OBJECTIVE:** To describe the care offered to pregnant and postpartum women deprived of their liberty during pregnancy, childbirth and the puerperium, highlighting the challenges faced in this context. **METHOD:** This is a qualitative study carried out in July 2024 based on the narratives of pregnant and postpartum women incarcerated in a penitentiary in São Paulo. Recorded interviews lasting 40 minutes were conducted using a structured questionnaire. The data was analyzed using Bardin's content analysis technique, using ATLAS.ti software. **RESULTS:** The study revealed that the majority of women started prenatal care late due to a lack of access to health services or unawareness of the pregnancy. The care offered was limited, with shortcomings in medical follow-up and guidance on childbirth. The interviewees reported feelings of abandonment, and few received adequate information about signs of risk or breastfeeding. **CONCLUSION:** The prison system does not offer adequate conditions for the care of pregnant and postpartum women. The lack of support, both physical and emotional, highlights the urgent need to reformulate public policies to ensure more humanized and effective care for incarcerated women.

KEYWORDS: Pregnant Women. Puerperal Women. Prison. Penitentiary. Persons Deprived of Liberty.

Introdução

O acompanhamento gestacional é um dos direitos universais do SUS como uma política pública que visa a saúde da mulher e também da criança. Em contrapartida, temos a realidade do sistema penitenciário que, de acordo com [Cypel](#) (2011), não foi projetado para abrigar mulheres gestantes, o que torna o ambiente prisional hostil para a gestação. As mulheres grávidas que estão privadas de liberdade muitas vezes permanecem nas acomodações comuns dos estabelecimentos penais, dormindo em colchões no chão e dividindo a cama com outras detentas ([Dalenogare et al., 2022](#); [Davim & Galvão, 2013](#)).

Além disso, a transferência para unidades prisionais que abrigam mães com seus filhos geralmente ocorre apenas no terceiro trimestre de gestação e essas unidades estão localizadas nas capitais e regiões metropolitanas, o que dificulta o acesso de familiares, principalmente daqueles que moram no interior ([Davim & Galvão, 2013](#)).

As principais violações aos direitos humanos das mulheres gestantes no sistema penitenciário brasileiro incluem a falta de assistência adequada, a exposição a condições insalubres e a violência obstétrica ([Oliveira et al., 2024](#)). O ambiente prisional é prejudicial às gestantes, já que a condição física, psíquica e emocional da mãe interfere no feto, e o estresse materno está muitas vezes relacionado a causas de partos prematuros, baixo peso ao nascer, entre outras complicações. Além disso, muitas mulheres não recebem atendimento médico adequado durante a gestação e o parto, o que pode levar a complicações graves para a mãe e o bebê ([Dalenogare et al., 2022](#); [Cypel, 2011](#)). A violência obstétrica também é uma preocupação, já que muitas mulheres são submetidas a procedimentos invasivos sem o seu consentimento ou são impedidas de ter um acompanhante durante o parto ([Oliveira et al., 2024](#); [Dalenogare et al., 2022](#); [Cypel, 2011](#)).

As ações de saúde prestadas às gestantes e puérperas presidiárias são deficientes, principalmente no que tange ao acompanhamento do ciclo gravídico puerperal e ao suporte da separação do binômio ([Oliveira et al., 2024](#); [Saldanha et al., 2020](#)). Além disso, aponta que as unidades prisionais femininas não oferecem condições mínimas para atender as detentas no período gestacional e no pós-parto, com carência na estrutura e nos recursos, celas superlotadas, sujas e escuras, na qual as gestantes, puérperas e recém-nascidos compartilham do mesmo ambiente que as demais encarceradas, incluindo aquelas que possuem doenças infectocontagiosas ([Oliveira et al., 2024](#); [Saldanha et al., 2020](#); [Rosinski et al., 2006](#)).

Uma revisão integrativa analisou a assistência em Enfermagem à mulher encarcerada e evidenciou condições socioeconômicas precárias, falta de estrutura adequada nas unidades prisionais, escassez de serviços de saúde e falta de preparação dos profissionais de saúde para lidar com essa população ([Souza et al., 2018](#)). Além disso, as detentas também relatam a falta de acolhimento por parte dos profissionais e do sistema em geral ([Oliveira et al., 2024](#); [Dalenogare et al., 2022](#); [Saldanha et al., 2020](#); [Ribeiro et al., 2013](#); [França & Cantú, 2015](#); [Apolinário, 2013](#)). Outro estudo destaca a necessidade de melhorias na assistência à saúde dessas mulheres, requerendo atenção por parte dos gestores e profissionais de saúde para minimizar os impactos do contexto prisional na qualidade de vida das mulheres, crianças e seus familiares ([Sales et al., 2021](#)).

Uma pesquisa qualitativa realizada em 2015 abordou as condições das mulheres em regime de restrição de liberdade, as violações de direitos e a falta de acesso à saúde especializada. Destaca-se a importância da disseminação de informações sobre essas gestantes para gerar maior visibilidade perante a sociedade. O perfil da população carcerária feminina no Brasil é composto por mulheres jovens, de baixa renda, geralmente mães e presas provisórias com suspeita de crime relacionado ao tráfico de drogas. A maioria dessas mulheres possui baixa escolaridade, sendo solteiras e com filhos sob responsabilidade de avós (Pinto et al., 2020). As principais percepções das mulheres que vivenciam o puerpério no cárcere são sentimentos de abandono, tristeza, solidão e desejo de mudança. A falta de profissionais de saúde, o descaso no momento do parto, o baixo número de consultas e a escassez de investimentos são alguns dos problemas enfrentados por essas mulheres (Maia et al., 2021).

Existem políticas públicas e iniciativas que visam garantir os direitos das mulheres gestantes no cárcere. Um exemplo é a Lei de Execução Penal, que foi modificada em 2014 para incluir disposições específicas sobre os direitos das mulheres encarceradas, incluindo gestantes e parturientes. A lei prevê que o estabelecimento penal feminino deve ser composto de espaços para gestantes e parturientes, além de berçário, creche e espaços de convivência entre mãe e filho (Portaria nº 1.020, 2013).

Além disso, foi criado também um capítulo específico para tratar dos direitos e da assistência à mulher encarcerada, incluindo disposições sobre os direitos das gestantes e das mães em permanecer por mais tempo com os filhos (Portaria nº 1.020, 2013). Por conseguinte, o que destaca a efetividade dessas políticas ainda é questionável, em virtude de muitas gestantes continuarem a ser privadas de seus direitos e a sofrer violações (Cypel, 2011).

Assim, a assistência e o cuidado para mulheres privadas de liberdade durante o ciclo gravídico-puerperal são temas de relevância crescente, considerando os desafios específicos enfrentados por essa população. O ciclo gravídico-puerperal abrange desde a gestação até o pós-parto, momentos críticos que demandam atenção integral à saúde da mulher e do bebê. A falta de suporte adequado nessas fases pode resultar em

consequências negativas para a saúde física e mental, além de impactar o desenvolvimento da criança (Andrade et al., 2015).

A privação de liberdade muitas vezes acarreta uma série de vulnerabilidades adicionais, incluindo acesso limitado a cuidados pré-natais e serviços de saúde mental. As mulheres encarceradas frequentemente apresentam maior incidência de condições crônicas e problemas de saúde mental, que podem ser exacerbados pela experiência da prisão. Essas condições, somadas à falta de um ambiente propício para a maternidade, exigem um modelo de assistência que respeite as necessidades específicas dessa população (Campelo et al., 2024; Araújo et al., 2020; Santos et al., 2017).

A condição das puérperas privadas de liberdade é um tema de crescente relevância no campo da saúde pública e dos direitos humanos. Este grupo específico de mulheres enfrenta desafios únicos que afetam tanto sua saúde física quanto emocional, especialmente durante e após a gravidez. O contexto prisional, que muitas vezes é caracterizado por limitações severas em relação ao acesso a serviços de saúde, pode impactar negativamente a experiência do parto e a recuperação pós-parto (Campelo et al., 2024; Araújo et al., 2020).

Diante do exposto, justifica-se a realização do estudo, pois se faz necessária uma reestruturação da assistência à saúde da gestante ou puérpera em situação de detenção de modo a contribuir para o fortalecimento da melhoria da qualidade da assistência à mulher presidiária, tendo em vista as práticas e condutas humanísticas, em consonância com os programas e políticas públicas do Ministério da Saúde do Brasil.

Assim, formulou-se a questão norteadora utilizando a estratégia PCC, acrônimo para População, Conceito e Contexto em que: "P" – gestantes e puérperas privadas de liberdade; "C" – atenção à assistência e cuidado ao pré-natal, parto e pós-natal; e "C" – sistema penitenciário feminino. Assim indagando: Como tem se dado a atenção da assistência e cuidado de gestantes e puérperas privadas de liberdade no ciclo gravídico puerperal? Objetivando descrever sobre a atenção ofertada durante a gestação ao puerpério das mulheres privadas de liberdade.

Método

Aspectos éticos

Para as condições éticas da pesquisa e com o intuito de preservar o anonimato das participantes, estas não foram identificadas, utilizando nomes fantasia. Aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados, antes de iniciar as entrevistas, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo cada colaborador da pesquisa consentido em participar desta, conforme o estabelecido na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466, 2012). A pesquisa foi encaminhada para apreciação e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro (UNISA) registro da CAAE: 78049624.4.0000.0081 sob número do parecer 6.726.757.

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo relato de narrativas que envolve a coleta, análise e interpretação de relatos pessoais ou histórias compartilhadas pelas participantes. O método de pesquisa foi desenvolvido mediante cinco etapas: acessar, contar, transcrever, analisar e ler a experiência (Minayo, 2008; Riessman, 2008).

Essa abordagem enfatiza a importância de interpretar narrativas e experiências humanas para revelar significados profundos e contextuais, como se detalha em cada uma das etapas: 1. acessar, que envolve o contato inicial com o campo de pesquisa e os sujeitos participantes, momento de estabelecer uma relação de confiança e criar um ambiente que permita a livre expressão; 2. contar onde os participantes compartilham suas histórias e experiências de forma narrativa. Riessman (2008) destaca que o ato de contar é central para a construção de narrativas significativas; 3. transcrever que consiste em transformar os dados orais em texto, preservando o máximo possível as características do discurso original, como pausas, entonações e expressões culturais; 4. analisar utilizando abordagens metodológicas, incluindo a análise de conteúdo, buscando padrões, contradições e nuances que revelam a complexidade das

experiências humanas; e 5. ler implicando em compreender as narrativas como um todo, levando em conta a subjetividade e o contexto dos participantes, o pesquisador também compartilha suas interpretações com os participantes para validação ou reflexão (Minayo, 2008; Riessman, 2008).

Local do estudo

Estudo realizado em uma penitenciária do Estado de São Paulo. O local tem uma estrutura predial com 107.500 metros de área construída e ao redor da unidade prisional há uma muralha com aproximadamente 1.450 metros de extensão. O complexo conta com pavilhões habitacionais com cinco andares, com seis galpões de oficinas de trabalho e prédios de celas especiais, cozinha, escola, além do setor administrativo e de saúde, etc.

População do estudo

Participaram dessa pesquisa gestantes e puérperas e os critérios de inclusão foram: gestantes de risco habitual e puérperas em privação de liberdade, apresentando condições cognitivas e mentais preservadas, tendo capacidade de verbalização e de ter recebido assistência na prisão ou hospitalar. Como critério de exclusão: gestantes de alto risco, mulheres que estavam contraindicadas pela psicóloga do presídio a participar da pesquisa. As participantes representam uma população vulnerável, muitas vezes exposta a condições de vida precárias, acesso limitado aos serviços de saúde e suporte emocional reduzido. Elas compartilham experiências relacionadas aos desafios de acesso ao pré-natal, parto e puerpério, além das implicações do encarceramento na saúde materna e no bem-estar de seus filhos.

Houve uma primeira abordagem na qual as mulheres foram esclarecidas a respeito da finalidade da pesquisa e da possibilidade de declinar do convite sem prejuízos de qualquer natureza. As mulheres também puderam optar por participar da pesquisa no momento da primeira abordagem ou agendar outra data e horário de acordo com a disponibilidade e autorização da Secretaria de Administração Penitenciária (SAP).

Coleta de dados

Antes de iniciarmos a coleta de dados, foi agendada uma visita técnica com a Diretoria de Saúde para apresentação da infraestrutura da penitenciária e o compartilhamento de informações para a equipe de pesquisadores. A coleta de dados foi realizada em uma área destinada. Nesta área havia 8 biombos, alguns com computador e acesso a internet. As entrevistas foram gravadas com média de 40 minutos, norteadas pelo questionário validado “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento”, contendo informações para identificar as características sociodemográficas, como: idade, escolaridade, raça, renda, idade gestacional e quantidade de filhos, tanto quanto sua percepção frente à assistência oferecida. A atitude de escuta ativa foi constantemente mantida para priorizar a perspectiva das próprias mulheres, uma prerrogativa central do método da narrativa.

Análise dos dados

As variáveis analisadas foram: características sociodemográficas; tipo de delito; fatores de risco gestacionais; local do parto, meio de transporte utilizado para deslocamento até o hospital, direito à acompanhante no parto e pós-parto imediato, orientação quanto à amamentação e cuidados com o recém-nascido.

As entrevistas transcorreram dentro do sistema penitenciário em salas destinadas pela Diretoria de Saúde da unidade prisional, com finalidade de fornecer um diálogo, possibilitando a captação de informações relevantes para o estudo, facilitando, assim, a conclusão do objetivo. Os dados foram coletados em uma sala do presídio aplicando um questionário estruturado para gestantes e puérperas durante entrevistas individuais conduzidas pelos pesquisadores com a presença de uma agente penitenciária.

Com base na transcrição das entrevistas realizada com auxílio do *software Microsoft Word 2016*, o conteúdo foi analisado em cinco etapas: acessar, contar, transcrever, analisar e ler a experiência (Minayo, 2008; Riessman, 2008). Para o processo de análise de dados qualitativos foi utilizado o *software ATLAS.ti (Qualitative Data Analysis)*, uma ferramenta elementar

que permite diferentes processamentos e análises de textos produzidos, como estatísticas textuais clássicas, pesquisa de especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente, análise de similitude e nuvem de palavras. Da associação dos resultados encontrados na análise da nuvem de palavras e de conteúdo, emergiram categorias temáticas.

Para a análise da experiência, foi desenvolvida mediante estratégia indutiva e interpretativa, que requereu abertura em relação ao que será relatado. Primeiramente consistiu na leitura da experiência, em seguida, foram feitas reiteradas leituras de cada narrativa. Esta estratégia possibilitou identificar a recorrência de ideias em relação à experiência vivida e elaborar categorias descritivas das experiências. Além disso, pequenos trechos extraídos das falas foram utilizados para exemplificar os principais conteúdos das categorias descritivas, estratégia que torna a descrição da experiência mais próxima da realidade e preserva a perspectiva pessoal das mulheres. Trata-se de aspectos cruciais, que impõem rigor na análise e desenvolvimento de categorias descritivas do método de análise da narrativa (Riessman, 2008).

Os áudios foram gravados com o consentimento das participantes, por meio do aplicativo de gravador de voz interno do *iPad* (modelo *Apple*) e de um *Tablet* (modelo *Samsung*). Posteriormente, é feita a transcrição do material para a compilação e análise de dados.

Entendemos a narrativa, frente às contribuições de Bruner (1991), como uma construção de realidade para o ponto de vista de quem conta e, dessa forma, há em cena aspectos como o reconhecimento da possibilidade da co presença de futuro e passado no presente, a reconstrução do passado por novos presentes e a projeção do presente em imaginações futuras. Entende-se que essa narrativa é traçada por uma funcionalidade que move interpretações que nos atentam para a intencionalidade e suas condições de compartilhamento e o que é compartilhado de conhecimento entre a contadora de história e a ouvinte. Por isso, a análise não obteve finalidade de buscar por realidades generalizáveis, mas sim dialogar com a realidade empírica, buscando novas articulações com a temática proposta.

Resultados e discussão

Os resultados destacam a precariedade da assistência à saúde oferecida a gestantes e puérperas privadas de liberdade, evidenciando um cenário de violações de direitos humanos e falta de estrutura adequada.

Assistência ofertada às gestantes privadas de liberdade durante o pré-natal

As idades das gestantes variam de jovens de 21 anos até mulheres de 34 anos. Essa faixa etária é geralmente considerada ideal para uma gestação saudável, mas pode haver variações dependendo do histórico individual de saúde e das condições gestacionais. A assistência pré-natal, apesar de essencial para a saúde materna e infantil, é iniciada tardiamente por muitas mulheres, o que aumenta o risco de complicações, tanto para a mãe quanto para o bebê. A falta de acesso regular a exames, como ultrassonografias, e a ausência de orientação adequada sobre os sinais de risco da gravidez refletem uma assistência inadequada que perpetua as desigualdades já existentes no sistema prisional (Souza et al., 2018).

Referente à distribuição da cor da pele, parda: 50% e branca: 50%. Essa distribuição mostra que metade das gestantes é parda e a outra metade branca, sugerindo que o grupo tem uma diversidade racial limitada às essas duas categorias. Isso pode ser relevante ao considerar desigualdades no acesso a cuidados médicos, uma vez que estudos frequentemente mostram variações de atendimento baseadas em questões socioeconômicas e raciais.

Mulheres negras têm maior probabilidade de receber assistência pré-natal inadequada e de enfrentarem desrespeito ou negligência durante o parto, em comparação com mulheres brancas. Entre os principais achados, destaca-se a influência de fatores estruturais, como o racismo institucional, a desigualdade socioeconômica e a segregação no sistema de saúde. Esses fatores perpetuam o ciclo de exclusão e colocam mulheres negras em maior risco de complicações obstétricas (Lessa et al., 2022; Leal et al., 2017).

A maior parte das gestantes (33,33%) não teve gestações anteriores, indicando que uma parte significativa está passando pela experiência da primeira gestação, enquanto outras tiveram de 1 a 6 gestações. A média de 2,33 indica que muitas mulheres já possuem experiência prévia com gestações.

A maioria das gestações é de bebês únicos, com 75% das participantes respondendo a essa categoria, o que pode implicar em menor risco de complicações, visto que gravidezes múltiplas têm mais probabilidades de apresentar problemas como parto prematuro e complicações associadas. Um pequeno número, 25%, recusou-se a informar o tipo de gestação. A predominância de gestações únicas pode estar associada a um menor risco geral, mas não elimina a necessidade de acompanhamento detalhado para garantir o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê.

As gestantes exibem uma diversidade no histórico de partos, com algumas apresentando até 4 partos normais, enquanto outras não têm registros de partos desse tipo. Isso sugere diferentes perfis obstétricos, refletindo tanto a preferência quanto às necessidades médicas. O número de cesáreas varia entre 0 e 1, com muitas gestantes não tendo realizado nenhuma. Isso pode indicar uma preferência por partos normais, ou a ocorrência de cesáreas em casos específicos, onde há indicação clínica. A maioria das gestantes tem filhos nascidos vivos, com algumas sem filhos, essas diferenças podem estar associadas ao histórico reprodutivo, à idade materna e às condições de saúde das gestantes.

A diversidade observada no histórico obstétrico das gestantes, incluindo variações no número de partos normais e cesáreas, é amplamente discutida na literatura. Estudos mostram que essas diferenças refletem múltiplos fatores, como preferências individuais, acesso aos serviços de saúde, condições clínicas e orientações médicas. Segundo Leal et al. (2017), o Brasil apresenta uma alta taxa de cesáreas, muitas vezes associada a práticas culturais, condições socioeconômicas e escolhas médicas, enquanto o parto normal é mais prevalente em populações de menor poder aquisitivo ou onde há maior incentivo ao parto humanizado.

Referente ao planejamento da gravidez, as respostas variam entre gestantes que desejavam engravidar naquele momento, aquelas que preferiam esperar mais, e as que não queriam engravidar. A presença de gestantes que não queriam engravidar reflete uma demanda por maior acesso a métodos contraceptivos e a educação reprodutiva. Já as que queriam engravidar indicam uma parcela que estava preparada ou que desejava a gravidez no momento.

No que tange ao sentimento sobre a gestação, as respostas indicam diferentes emoções em relação à descoberta variando de satisfeitas a insatisfeitas, com uma parcela significativa em uma posição intermediária de "mais ou menos satisfeita". Isso reflete como as gestantes percebem e se ajustam à nova realidade, o que pode influenciar a adesão ao pré-natal e aos cuidados de saúde durante a gestação. O grupo insatisfeito ou ambivalente pode demandar maior suporte psicológico e social para lidar com os desafios da gravidez.

"Dessa gravidez quis ficar grávida, das outras não"
(002G)

"Dessa última aqui eu não queria engravidar, fiquei insatisfeita ao saber dessa gravidez. Tentei interromper essa gravidez usando um remédio no primeiro mês"
(003G)

"Eu não queria engravidar, quando soube, fiquei desesperada, aí tadinha eu fiquei mais ou menos satisfeita" (004G)

"Eu queria ter esperado mais um pouco" (005G)

"Dessa aqui eu não pensei muito não, essa daqui eu queria ter esperado mais um tempo, fiquei mais ou menos satisfeita, como eu disse queria ter esperado mais um pouco né" (006G)

"Eu queria, mas não sabia que ia dar certo, fiquei satisfeita" (007G)

Além disso, a privação de liberdade tem um impacto direto na experiência emocional dessas mulheres durante a gestação e o puerpério. Muitas relataram sentimentos de solidão, abandono e tristeza, o que pode afetar tanto a saúde mental quanto física. A ausência de um acompanhante durante o pré-natal e o parto, apontada por várias participantes, demonstra uma violação de direitos que compromete o bem-estar psicológico dessas mulheres, que já se encontram em uma situação de vulnerabilidade extrema (Maia et al., 2021). Isso está em desacordo com as diretrizes estabelecidas, que garante o direito a um acompanhante durante o parto (Portaria nº 1.020, 2013).

A maioria das gestantes respondeu que existe aderência em relação à realização do pré-natal, o que é um indicativo positivo de adesão ao acompanhamento médico durante a gestação. No entanto, o início do pré-natal varia bastante, com algumas gestantes começando aos 2 ou 3 meses, enquanto outras iniciam tardiamente, como no 7º mês de gestação. Algumas gestantes relataram dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou desconhecimento da gravidez como causas para o início tardio do pré-natal. Todas as gestantes realizaram ou estão realizando o acompanhamento pré-natal, o que é fundamental para garantir a saúde da mãe e do bebê durante a gestação. O início do pré-natal variou entre o segundo mês e o sétimo mês de gestação: a maioria começou entre o segundo e o terceiro mês. Uma gestante iniciou o pré-natal tardiamente, no sétimo mês, o que pode trazer riscos para a saúde materna e fetal. Entre os motivos mencionados para o início tardio do pré-natal: dificuldade de acesso e não sabia da gravidez.

"Eu cheguei aqui na cadeia, estava grávida de oito dias, e quando eu cheguei, estava em outro lugar, eu vim para cá sabendo que estava grávida, mas os testes que fiz aqui na cadeia todos deram negativos, eles não acreditavam que eu pudesse estar grávida, mas eu sabia que estava grávida. E aí quando eu estava de três meses, não aguentava mais, enjoada, eles resolveram fazer outro teste, que deu positivo, aí foram que eles me mudaram de raio, para o lugar onde ficam as grávidas, depois de uns 15 dias mais ou menos eu tive a primeira consulta" (002G)

"Não comecei o pré-natal mais cedo porque eu quis tirar o bebê" (003G)

"Comecei bem tarde, eu já estava de sete meses, que foi quando eu descobri" (004G)

"Eu descobri a minha gravidez com 8 semanas e já iniciei o pré-natal na rua" (005G)

"Eu já estava com quatro meses quando comecei o pré-natal e para ser bem sincera, quando eu descobri que estava grávida acabei sendo presa (risos) eu não sabia que estava grávida e aí quando eu fiz o teste eu fui presa, bem triste, foi triste" (006G)

"Não comecei cedo acho que porque estou presa, se fosse por mim teria começado mais cedo ainda (risos)" (007G)

A maioria das gestantes recebeu o cartão de acompanhamento pré-natal, uma ferramenta essencial para garantir a continuidade e a coordenação dos cuidados durante a gestação, utilizaram serviços públicos para o pré-natal, especialmente em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Programa Saúde da Família (PSF). Algumas utilizam tanto serviços públicos quanto privados, o que pode indicar maior capacidade financeira ou busca por serviços complementares no setor privado. Além disso, mencionam estar sendo acompanhadas por médicos, com algumas recebendo cuidados de Enfermeiros e outros profissionais de saúde.

"Até agora enquanto eu estava na rua eu fiz as consultas até os 5 meses, aí depois eu vim presa e fiz o restante das consultas aqui. Na rua intercalava um mês com o médico e outro com Enfermeira" (003G)

"Eu já passei tem umas três vezes desde que eu cheguei aqui, a gente faz uma triagem né e acho que sou atendida por uma médica" (006G)

"Olha eu tive duas consultas, primeiro foi com duas Enfermeiras e depois foi com um Ginecologista" (007G)

A maioria das gestantes relatou não ter um acompanhante durante o pré-natal. Apenas uma gestante indicou que sim teve acompanhante durante esse período. Todas as gestantes realizaram pelo menos uma ultrassonografia (USG). O número de ultrassonografias realizadas varia entre 0 e 7, com a maioria das gestantes tendo realizado entre 1 e 7 exames.

Isso mostra que, no geral, houve acesso aos exames de imagem, mas com diferenças no número de vezes que isso ocorreu. Apenas uma gestante relatou saber sobre os sinais de risco da gravidez.

As mulheres frequentemente enfrentam precariedade nos serviços de saúde, incluindo insuficiência de recursos e de profissionais capacitados para atender suas necessidades. Além disso, o relato das presas evidencia sentimentos de vulnerabilidade, insegurança e, muitas vezes, a ausência de empatia no tratamento recebido. A falta de acolhimento e sensibilidade por parte dos profissionais de saúde que atendem essas mulheres. Muitas relataram sentimentos de desumanização e negligência durante o acompanhamento pré-natal, o que impacta negativamente sua percepção sobre o cuidado recebido (Chaves & Araújo, 2020).

As detentas destacaram que a ausência de um acompanhante contribui para sentimentos de abandono, vulnerabilidade e medo, especialmente durante o parto. Essa situação é agravada pelo ambiente prisional, que já limita o contato com familiares e restringe o apoio emocional necessário nesse período tão delicado. A falta de um acompanhante também foi associada à maior exposição a práticas de violência obstétrica, como o tratamento insensível ou desrespeitoso por parte de profissionais de saúde (Oliveira et al., 2024; Chaves & Araújo, 2020).

Nenhuma das gestantes relatou saber como começa o trabalho de parto. Todas as gestantes indicaram que não sabem sobre o que poderiam fazer durante o trabalho de parto. Nenhuma das gestantes relatou ter recebido informação sobre amamentação na primeira hora de vida do bebê.

"Prefiro o parto normal, porque depois que você ganha consegue andar, tudo fica bem mais fácil, de cuidar, tomar banho" (003G)

"Não fui orientada sobre essas coisas, de dor, andar, banho aqui a gente toma gelado" (004G)

"Eu já sabia de algumas coisas porque a minha mãe fala, mas em questão de receber isso dos profissionais não" (005G)

"Até onde eu sei pelo meu entendimento o melhor é o parto normal, mas daqui de dentro e com os atendimentos não recebi nenhuma informação sobre isso" (006G)

Pelo entendimento no pré-natal, para uma gestação sem complicações as respostas são variadas: algumas gestantes acreditam que tanto o parto normal quanto a cesárea são seguros. Outras acham que o parto normal é mais seguro. Algumas não se sentiram esclarecidas durante o pré-natal. A maioria das gestantes não foi orientada sobre qual seria a maternidade de referência. Apenas algumas indicaram que sim, receberam essa orientação.

"Não, eu ia ser internada para tomar uma vacina para ir para o pulmão do bebê, mas eles assinaram a minha internação e aí eles ligaram na unidade e disseram que tinha essa injeção. Porém, no dia que era para me tomar, não tinha, eu tive que ir para a rua de novo. Era para me ter ficado três dias no hospital, no dia eles fizeram a internação e aí ligou na unidade e falou que não precisava ficar, que tinha as injeções aqui. E quando eu cheguei aqui, na hora de tomar a injeção, não tinha e eu tive que voltar para o hospital" (002G)

"Eu estou aqui, eu estou sem roupinha, eu estou sem nada. Nada, nada, nada, nada, nada. Eu estou tentando falar com a assistência social, e também não consigo, como foi recentemente, né? Então, eu estou sem comunicação com a minha família, com ninguém. Aí que esperando para ver se a minha família já mandou a documentação, que eu ainda também não sei, para ver se já vai vir me visitar, para ver se vai me dar as coisas, porque estou sem em notícia de nada" (004G)

"Acho que a minha família e ir atrás de informação na internet quando eu ainda estava na rua fizeram com que eu escolhesse pelo parto normal" (005G)

Esses dados mostram uma variação significativa nas experiências das gestantes em relação ao número de partos normais e cesarianas, o início do pré-natal, a quantidade de consultas e os profissionais envolvidos. Os sentimentos das gestantes sobre suas gestações também são diversificados, refletindo diferentes níveis de satisfação e planejamento. Algumas barreiras ao atendimento pré-natal, como dificuldade de acesso e falta de conhecimento sobre a gravidez, foram citadas, além de circunstâncias especiais, como a prisão.

Esses resultados mostram uma série de lacunas na educação pré-natal e no acompanhamento das gestantes. A maioria das gestantes não sabe reconhecer os sinais de risco ou como proceder durante o trabalho de parto, o que poderia representar um risco em emergências. Além disso, a ausência de um acompanhante durante o pré-natal pode ser um indicativo de uma rede de apoio frágil. O número de consultas e exames realizados é variado, mas ainda há uma falta de orientação adequada sobre questões essenciais, como o tipo de parto e as ações a serem tomadas durante o trabalho de parto.

Assistência ofertada às puérperas privadas de liberdade durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto

As análises descritivas dos dados apresentados revelam informações importantes sobre seis mulheres gestantes, maioritariamente de pele preta ou parda, com idades variando entre 21 e 34 anos. Todas as mulheres tiveram gestações anteriores, com o número de gestações variando de 1 a 4. A quantidade de partos anteriores também foi significativa, com algumas tendo até quatro partos, sendo o número de partos normais variando de 0 a 4, e as cesarianas limitadas a no máximo 1 por mulher.

O histórico reprodutivo, incluindo o número de filhos nascidos vivos, é fortemente influenciado pela idade materna e pelas condições de saúde. Mulheres mais jovens, geralmente, apresentam menor paridade e menos complicações relacionadas a comorbidades obstétricas (Barros et al., 2018). Já as gestantes de maior idade tendem a exibir maior prevalência de cesáreas, especialmente em casos de gravidez de alto risco ou múltiplas gestações anteriores (Domingues et al., 2014).

Além disso, as indicações clínicas para cesáreas, como desproporção cefalopélvica, sofrimento fetal ou complicações na gravidez, são fundamentais para entender o padrão observado. Essas diferenças nos perfis obstétricos ressaltam a importância de uma abordagem personalizada no cuidado pré-natal, considerando o histórico individual e garantindo que as decisões sejam baseadas em evidências e nas necessidades de saúde da gestante e do bebê (Braga et al., 2023).

Em relação aos filhos nascidos vivos, o número oscilava entre 1 e 7, demonstrando uma alta paridade entre as participantes. Quanto ao sentimento em relação à gravidez, foi dividido entre satisfação e insatisfação, refletindo possíveis diferentes percepções ou contextos pessoais.

"Ah eu queria ter esperado mais, mas no mundo que a gente vive lá fora, acontecia. Ah, foi inesperado dessa última aqui, foi inesperado ter mais esse. Eu estava aqui, né? Inesperado, né, cara, chorei muito. Eu estava no semiaberto, eu me evadi do semiaberto, fugi. Aí conheci o pai dele. Aí fui abastecer o pai dele na biqueira, o polícia me pegou, mas eu já estava grávida, eu não sabia" (002P)

"Eu não queria engravidar. Posso te falar a verdade? Me senti triste, porque eu não esperava" (003P)

"Eu não queria engravidar, mas fiquei satisfeita com a gravidez" (004P)

"Eu não queria engravidar, descobri quando estava aqui presa, fiquei mais ou menos satisfeita com a notícia" (005P)

"Eu queri engravidar mais para frente, mas não estava me prevenindo no caso, eu engravidei dele depois de dois meses da minha curetagem, por conta de dois abortos que eu já tive" (006P)

Todas as mulheres realizaram pré-natal, mas o início do acompanhamento variou de forma considerável, desde a 12ª semana até a 30ª semana de gestação. Algumas participantes relataram que não sabiam da gravidez, enquanto outras descobriram a gestação no presídio, o que contribuiu para o início tardio do pré-natal. O número de consultas pré-natais variou entre 2 e 6, com todas recebendo o cartão da gestante.

"Eu comecei de dois para três meses, e não comecei antes porque não estava grávida, estava vivendo a vida normal. Fiz cinco consultas de pré-natal, recebi o cartão da gestante, inclusive ele ficou lá em casa. Eu fiz o pré-natal, mas não fiz nenhuma ultrassom, nem aquela morfológica, nem a normal, nada, porque eu não consegui nada" (001P)

"Inclusive, o único pré-natal que eu fiz foi dele, eu nunca fiz pré-natal de nenhum. Só fiz do Thomas, porque eu estava presa e porque na rua eu era usuária. Nossa, foi bastante. Foi mais de seis. Eu fiz todas as consultas, não faltei nenhuma. Todas as consultas, todas as vacinas, em tudo, Ginecologista, tudo, não faltei nenhum" (002P)

"Eu comecei aqui na unidade, eu estava com seis meses, cinco para seis meses. Eu não fiz antes porque eu estava sendo procurada. Eu nem lembro quantas consultas eu fiz, não lembro, acho que umas três ou quatro" (003P)

"Fiz pré-natal, mas só depois dos seis meses, que foi quando eu vim para cá, quando eu estava solta não tinha feito nenhuma consulta. Eu estava em uma cidade do interior e a UBS mais próxima tinha que ter escolta para gente ir e a gente não tinha a escolta, então não ia" (004P)

"Acho que eu estava com uns quatro meses quando comecei, não comecei antes porque estou presa, dependo da penitenciária. Eu fiz o teste de gravidez lá onde eu estava, descobri que estava grávida, fiquei esperando porque lá não tinha médico nenhum, me trouxeram para cá perguntaram se estava gestante, eu falei que sim, depois de uns meses que eu estava aqui, me chamaram para a consulta" (005P)

"Eu fiz tardio, comecei com umas 20 semanas, por conta de problema familiar, eu cheguei a começar com quatro semanas, fiquei um tempo sem ir e voltei depois, fiz umas seis consultas" (006P)

Os relatos das mulheres também indicam uma falta significativa de suporte emocional e social, tanto durante a gravidez quanto no período pós-parto. Muitas delas expressaram insegurança e incerteza em relação à maternidade, com uma parte das gestantes relatando não ter desejado a gravidez. Essas experiências revelam a necessidade de políticas públicas que ofereçam não apenas assistência médica, mas também suporte psicológico e emocional para essas mulheres, garantindo um cuidado integral durante o ciclo gravídico-puerperal (Andrade et al., 2015).

O local de atendimento do pré-natal foi exclusivamente no serviço público. O acompanhamento durante as consultas foi feito por profissionais de saúde, sendo enfermeiras e médicos, e nenhuma das puérperas enquanto estiveram grávidas tiveram um acompanhante. A maior parte (80%) não tinha conhecimento dos sinais de risco, indicando uma possível falta de orientações adequadas durante o pré-natal. A maioria das mulheres (60%) relatou não saber como começa o trabalho de parto. Isso reflete uma carência de informações claras sobre o processo.

"Fui procurar o atendimento no hospital porque o meu tampão saiu, comecei a sentir dor. Eu fui de ambulância, não durou 10 minutos no caminho, cheguei na Enfermaria, a minha bolsa já tinha estourado, correram, me levam sem escolta, sem nada, porque estava com sete dedos de dilatação" (001P)

"Eu acho que eu sofri mais nesse parto dele do que dos outros. Doeu mais nesse do que os outros. Eu estava com quatro dedos de dilatação, quando foi dia 14 uma hora da manhã mais ou menos ele nasceu. Eu só vi a senhora e o pavilhão inteiro, gritando, olha, a grávida, vai nascer" (002P)

"Eu não sei, mas eu acho que o parto normal é o mais seguro né?" Eu não sabia nem para onde iriam me levar, só ligaram para o hospital e me levaram na hora. Escolhi esse tipo de parto porque acho que é mais fácil, na hora da dor a gente quer a cesárea né? Mas eu acho que o parto normal é o mais fácil" (003P)

"Não, só me informaram que eu ia sentir contração antes do tempo, aquelas de treinamento, amamentar na primeira hora de vida, a amamentação sim, eles falaram" (004P)

"Não me informaram, não esclareceram sobre, mas eu entendo um pouco dessas coisas" (005P)

Outro aspecto importante levantado é a falta de informação sobre o trabalho de parto e os cuidados neonatais. Nenhuma das participantes soube identificar corretamente os sinais de trabalho de parto, o que aumenta o risco de complicações. Essa lacuna educacional revela falhas nos serviços de saúde que deveriam fornecer informações claras e acessíveis sobre a saúde reprodutiva, especialmente em um ambiente tão desafiador como o sistema prisional (Santos et al., 2017).

A maior parte das entrevistadas (60%) acreditava que o parto normal é mais seguro para gestações sem complicações, enquanto 20% acreditavam que tanto o parto normal quanto a cesariana são seguros. Uma pequena parcela (20%) não recebeu esclarecimentos suficientes sobre o tema. Nenhuma das mulheres entrevistadas sabia sobre práticas que poderiam facilitar o nascimento do bebê durante o trabalho de parto.

"Deu uma travadinha no trabalho de parto, aí eles induziram, foi colocado soro na veia, depois as contrações aumentaram muito. Não pude andar enquanto estava em trabalho de parto, porque não era permitido. Eu tive uma acompanhante, no caso era a guarda, como a escala delas é doze por trinta e seis, cada dia ficava uma diferente comigo, Dona Ana e Dona Juliana" (001P)

"Não estava na hora, eu só fui porque estava marcado, era para ser dia 14 e me levaram dia 13, aí eles começaram a induzir, até o hospital foi rapidinho, menos de meia hora, o hospital é aqui do lado, só tinha 2cm de dilatação, ouviram o coração do bebe e colocaram comprimido em mim e demorou um dia para as dores começarem, internei no sábado oito e meia e fui ter meu filho no domingo oito e meia da manhã. Não me deixaram andar durante o trabalho de parto, eu fiquei sem acompanhante, só a senhora daqui que estava comigo, a guarda daqui mesmo e que não fez diferença nenhuma" (003P)

"Acho que os dois tipos de parto são seguros. Eu queria normal, pelo fato da recuperação ser rápida e a decisão foi minha mesmo. Eu fiquei internada uns cinco dias antes, mas eles disseram que não tinha dilatação e era contração de treinamento. Eu fui para o hospital com o carro daqui, foi rápido, foi questão de, acho que uns minutos. Cheguei a fazer exame de toque, tinha 2cm de dilatação, mas ele estava sentado. Eu pedia água, mas não podiam me dar. A minha bolsa estourou, aí quando a gente chegou lá, eles fizeram o exame de toque e colocaram aquele negócio assim que abre. Aí eles falaram: seu bebe está sentado, vai ter que ser com a cesárea. Fiquei acompanhada pela senhora daqui, não ajuda muito porque não é a pessoa que você escolheu" (004P)

"Acho que o normal, eu estou presa, eu acho mais fácil, não tinha ninguém para me ajudar, não tinha minha família, também penso pela melhor recuperação. Eu estava com contração, estava com contração há alguns dias e estava perdendo muito líquido. Fui para o hospital com o carro particular daqui, levou uns seis minutos para chegar no hospital, tive a guarda como minha acompanhante, uma senhora, ela ajudou muito, segurou na minha mão (risos)" (005P)

"Eu creio que os dois são seguros, né, porque tem sempre um médico. Eu vim presa e já estava com oito meses, então eu fui presa e já fui o bebe, porque eu estava na rua. Escolhi o parto normal porque tenho medo de cesárea. Eu acho que a cesárea é mais difícil a recuperação né, o parto normal ele é mais fácil, você consegue se adaptar melhor, fazer já tudo, o cuidado do bebê. Da hora que eu saí daqui foi rapidinho, acho que foi uns 20 minutinhos no máximo. A minha bolsa estourou quatro horas da tarde e eu saí daqui às nove da noite. Não comi nada no hospital, minha bolsa tinha estourado e ele tinha feito coco, teve que induzir e não sabia se eu teria que ir para cesárea. Fiquei com a Dona Janaína no hospital, não tive nenhum familiar, acho que a presença dela não ajuda e nem atrapalha" (006P)

O aleitamento materno exclusivo enfrenta desafios significativos nesse contexto devido às condições precárias do sistema prisional, à ausência de políticas públicas eficazes e ao estigma social associado às mulheres encarceradas. Uma análise interseccional destaca como as desigualdades estruturais afetam as experiências dessas mulheres, especialmente as negras e de baixa renda, amplificando as dificuldades no exercício da maternidade. A perspectiva abolicionista adotada pelo estudo propõe a reavaliação do encarceramento como resposta prioritária, enfatizando a necessidade de alternativas que respeitem os direitos reprodutivos e a saúde das mulheres encarceradas e de seus filhos (Santos et al., 2024).

Observou-se que a amamentação logo após o parto foi praticada por 60% das entrevistadas, sugerindo que a maioria teve a oportunidade de iniciar a amamentação precocemente.

"Na verdade, ela não ficou comigo no quarto, ficou os 3 dias internada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal porque ficou fazendo um monte de exames, para ver se a sífilis não tinha passado para ela, essas coisas, que não tinha dado o tempo de 30 dias para o tratamento, porque eu fiz o tratamento. Ela mamou fórmula lá, como ela estava internada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal recebeu o que davam lá" (001P)

"Já ofereci o peito para ele, mas eu não sei porque o meu leite secou depois, mas ele mamava no peito. Foi na sala de parto e ele ficou mamando até uns dois meses ainda, depois que começou a tomar fórmula" (002P)

"Eu vi ele e logo em seguida dei de mamar para ele, limpavam e logo eu já dei o peito. Eles colocaram em cima de mim e foi limpando, perguntaram se eu queria pegar, mas como estava com muita dor ainda eu falei que não, mas ela pegou e colocou ele em cima de mim do mesmo jeito" (003P)

"Assim que saiu, colocou atrás de mim, no berço. Na sala de parto não amamentei, na sala de recuperação que eu amamentei e depois ele teve complemento porque meu bico do peito é invertido" (004P)

"Sim, eu ganhei o bebe, eles me trocaram de maca e já colocaram ele para mamar" (005P)

"Antes de pesar, eu só peguei ele no colo e depois que fizeram as coisas nele é que ele veio mamar" (006P)

O ato de amamentar se torna um simbolismo de resistência e vínculo afetivo, ao mesmo tempo que enfrenta desafios relacionados às condições estruturais e à falta de apoio adequado. As mães que amamentam nas prisões muitas vezes enfrentam barreiras, como a escassez de recursos, a falta de espaços apropriados e a ausência de políticas públicas que garantam o direito à amamentação. Também se destaca como o ato de amamentar pode ser uma forma de cuidado e resistência, oferecendo às mães uma maneira de manter o vínculo com seus filhos e de ressignificar sua experiência de maternidade em um ambiente tão desafiador (Mariano & Silva, 2018).

Referente à sensação de amamentar no ambiente prisional os relatos variam, com muitas mulheres descrevendo a experiência como boa ou gostosa, enquanto outras mencionam alívio e a importância de oferecer saúde ao bebê. No entanto, algumas expressaram preocupação por ter que entregar o bebê após seis meses.

"Aqui na prisão a experiência com a amamentação é boa, porque você está com o bebê. Mas ao mesmo tempo, com seis meses eu tenho de entregar. Então, vai aqui dando aquela partida no coração. Vou entregar para mim a irmã" (001P)

"Não viu o tamanho do leitão que está? Eu tenho de sair daqui eu vou voltar no tráfico de vaca, que eu vou ter de roubar na vaca mesmo. Não está dando não. Eu estou amamentando de 3 em 3 horas, uma madeira cheia. Amamentar aqui dentro é diferente, é uma oportunidade muito gostosa, muito boa, é bom, é importante, evita um monte de doença também né?" (002P)

"Tranquilo" (003P)

"Ah é bom, porque eu tenho um tempo livre e ele mama o quanto quiser, então a demanda para ele é livre" (004P)

"Ah, acho que é um alívio. Porque querendo ou não é saúde para ele, né? Ajuda muito. Ah, muito boa, muito boa. Eu gosto de amamentar ele. A gente se sente mais aliviada" (005P)

"Para mim é a melhor parte. Porque as minhas outras duas filhas eu não consegui amamentar. Então é uma sensação única para mim. Eu não penso em complementar nem tirar do peito nem nada. É uma experiência maravilhosa" (006P)

Por fim, as condições de encarceramento, como superlotação e falta de infraestrutura adequada, agravam ainda mais os desafios enfrentados por essas mulheres. A convivência em celas insalubres e sem privacidade com outras detentas, inclusive com doenças contagiosas, coloca tanto as mães quanto os recém-nascidos em risco. Isso reforça a necessidade de reestruturação das unidades prisionais femininas para garantir condições mínimas de saúde e segurança (Rosinski et al., 2006).

Uma das principais limitações deste estudo foi o número reduzido de participantes, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras populações de gestantes e puérperas privadas de liberdade. Embora as narrativas tenham oferecido uma visão profunda das experiências dessas mulheres, o pequeno tamanho amostral restringe a representatividade dos achados. Além disso, o estudo foi realizado em apenas uma penitenciária, o que pode não refletir a realidade de outras unidades prisionais com diferentes estruturas e políticas. A ausência de acompanhamento longitudinal também impediu que se verificassem os efeitos prolongados do encarceramento na saúde materna e infantil após o período inicial do puerpério. Por fim, a realização das entrevistas dentro do sistema prisional, com a presença de agentes penitenciários, pode ter influenciado as respostas das participantes, devido ao receio ou à falta de privacidade durante o relato de suas experiências. Esse contexto pode ter limitado a expressão genuína de suas vivências, especialmente em relação às violações de direitos e às condições de saúde.

Apesar das limitações, nossa pesquisa oferece contribuições significativas para a compreensão das condições de assistência à saúde de gestantes e puérperas privadas de liberdade no Brasil. Primeiramente, ele destaca a necessidade urgente de melhorias nas políticas públicas e na infraestrutura do sistema prisional feminino, apontando para a precariedade dos serviços de saúde oferecidos a essa população. A identificação das falhas no atendimento pré-natal e no cuidado pós-parto, assim como as barreiras enfrentadas para o acesso aos serviços de saúde, fornece dados valiosos para a formulação de estratégias mais eficazes e humanizadas.

Além disso, este trabalho contribui para a literatura ao dar voz a um grupo historicamente marginalizado, cujas experiências são frequentemente negligenciadas tanto nas pesquisas acadêmicas quanto nas políticas públicas. As narrativas das gestantes e puérperas revelam aspectos cruciais de suas vivências, como a falta de apoio emocional, às condições insalubres e a ausência de direitos básicos, oferecendo subsídios para o debate sobre a humanização do sistema penitenciário.

Conclusão

Este estudo destaca a precariedade das condições vividas por gestantes e puérperas no sistema prisional brasileiro, revelando um cenário de violações de direitos e insuficiência nos cuidados oferecidos durante o ciclo gravídico-puerperal. A falta de suporte adequado, tanto físico quanto emocional, evidencia a necessidade urgente de reestruturação das políticas públicas e práticas de saúde dentro dos presídios, com vistas à humanização do atendimento e à garantia dos direitos dessas mulheres e de seus bebês. As narrativas das participantes ilustram a vulnerabilidade acentuada pela privação de liberdade, sugerindo que o ambiente prisional não é adequado para gestantes e mães em pós-parto, impactando negativamente a saúde materna e neonatal.

Os dados coletados reforçam que a maioria das mulheres enfrenta dificuldades para acessar o pré-natal e outras assistências essenciais. Além disso, a ausência de informações sobre o trabalho de parto e a falta de acompanhamento adequado durante esse período agravam o risco de complicações obstétricas e emocionais.

O contexto do encarceramento não só limita o acesso a serviços de saúde como também perpetua desigualdades já presentes na sociedade, como as relacionadas à condição socioeconômica e à etnia. Portanto, é fundamental que o Estado desenvolva e implemente políticas mais eficazes que promovam uma assistência à saúde abrangente e humanizada, respeitando os direitos das gestantes e puérperas no sistema prisional, em conformidade com os marcos legais e as boas práticas em saúde pública.

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



Referências

- Andrade, R. D., Santos, J. S., Maia, M. A. C., & Mello, D. F. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery*, 19(1), 181-186. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>
- Apolinário, F. H. (2013). *Significados atribuídos por enfermeiros à assistência que prestam a indivíduos em situação prisional* [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista - UNESP]. <https://acervodigital.unesp.br/handle/11449/108572>
- Araújo, M. M., Moreira, A. S., Cavalcante, E. G. R., Damasceno, S. S., Oliveira, D. R., & Cruz, R. S. B. L. C. (2020). Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. *Escola Anna Nery*, 24(3), e20190303. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0303>
- Barros, A. J. D., Matijasevich, A., Santos, I. S., Halpern, R., Victora, C. G., & Barros, F. C. (2018). Cesarean sections in Brazil: Will they affect the future of mothers and their children? [Cesarianas no Brasil: elas afetarão o futuro das mães e de seus filhos?]. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 51(8), e6813. <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v38n3/217-225/en>
- Braga, A., Sun, S. Y., Zaconeta, A. C. M., Trapani Junior, A., Luz, A. G., Osanan, G., Duarte, G., Ramos, J. G. L., Wender, M. C. O., Nomura, R. M. Y., Francisco, R. P. V., Borges, V. T. M., & Mattar, R. (2023). Increase in cesarean sections in Brazil - a call to reflection [Aumento de cesáreas no Brasil - um chamado à reflexão]. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia*, 45(3), 109-112. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1768454>
- Bruner, J. A. (1991). Construção narrativa da realidade. *Critical Inquiry*, 18(1), 1-21.
- Campelo, I. L. B., Bezerra, A. D. C., Guimarães, J. M. X., Morais, A. P. P., Albuquerque, G. A., Ferreira, R. G. L. A., & Vieira-Meyer, A. P. G. F. (2024). Acesso e cuidado à saúde de mulheres privadas de liberdade na penitenciária cearense. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(06). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.09172023>
- Chaves, L. H., & Araújo, I. C. A. (2020). Gestação e maternidade em cárcere: cuidados de saúde a partir do olhar das mulheres presas em uma unidade materno-infantil. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 30(1), e300112. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300112>

- Cypel, S. (Org.). (2011). *Fundamentos do desenvolvimento infantil: Da gestação aos 3 anos*. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. <https://biblioteca.fmcsv.org.br/biblioteca/fundamentos-do-desenvolvimento-infantil-da-gestacao-aos-3-anos/>
- Dalenogare, G., Vieira, L. B., Maffaccioli, R., Riquinho, D. L., & Coelho, D. F. (2022). Pertencimentos sociais e vulnerabilidades em experiências de parto e gestação na prisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1), 263–272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.33922020>
- Davim, R. M. B., & Galvão, M. C. B. (2013). Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário. *Cogitare Enfermagem*, 18(3), 452–459. <https://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v18n3/05.pdf>
- Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., d'Orsi, E., Pereira, A. P. E., Schilithz, A. O. C., & Leal, M. C. (2014). Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), S101–S116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>
- França, L. A., & Cantú, M. C. (2015). Condições, processo e experiência do encarceramento feminino: uma pesquisa de campo na Penitenciária Feminina do Paraná. *Direito e Democracia*, 16(2), 63–85. <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/direito/article/view/2290/2072>
- Leal, M. C., Gama, S. G. N., Pereira, A. P. E., Pacheco, V. E., Carmo, C. N., & Santos, R. V. (2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 33, e00078816. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>
- Lessa, M. S. A., Nascimento, E. R., Coelho, E.A.C., Soares, I. J., Rodrigues, Q. P., Santos, C. A. S. T., Nunes, I. M. (2022). Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Cien Saude Colet*, 27(10). <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.01282022>
- Maia, J. S., Santos, C. E. F., Grespan, J. F., Pereira, I. M., & Bruno, J. N. S. (2021). A percepção do puerpério atrás das grades. *Global Academic Nursing*, 2(1), e69. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200069>
- Mariano, G. J. S., & Silva, I. A. (2018). Significando o amamentar na prisão. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(4), e0590017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000590017>
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (11ª ed.). Hucitec.
- Oliveira, T. M. P., Santos, J. A., Aquino, P. S., & Jorge, H. M. F. (2024). Assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres privadas de liberdade: revisão de escopo. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 58, e20240035. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0035en>
- Pinto, A. V. L., Coutinho, M. P. L., Cavalcanti, J. G., & Silva, K. C. (2020). As Representações Sociais sobre a Maternidade para Mães em Privação de Liberdade. *Estudos E Pesquisas Em Psicologia*, 20(2), 442–463. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.52578>
- Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. (2013). Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html
- Resolução nº 466 de 12 de dezembro 2012. (2012). Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
- Ribeiro, S. G., Lessa, P. R. A., Monte, A. S., Bernardo, E. B. R., Nicolau, A. I. O., Aquino, P. S., Pinheiro, A. K. B. (2013). Perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no estado do Ceará. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(1), 13–21. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100002>
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences* [Métodos narrativos para as ciências humanas]. Sage Publications.
- Rosinski, T. C., Cordeiro, C. G., Monticelli, M., & Santos, E. K. A. (2006). Nascimento atrás das grades: Uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(2), 212–219. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5077/3296>
- Saldanha, L. S., Cardoso, L. S., Pedroso, A. C. S., Tarragó, N. R. C. S., Sehnem, G. D., & Ambrós, E. L. (2020). Gestação durante a privação de liberdade: um estudo misto. *Research, Society and Development*, 9(5), e64953030. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3030>
- Sales, A. C., Nakada, G. K. P., Palombit, M. R., Conceição, V. M., Bandan, S. S., Farão, E. M. D., Simoneti, R. A. A. O. (2021). Cuidado em saúde das mulheres grávidas privadas de liberdade: Revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, e36114. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.36114>

Santos, B. O., Tarrão, M. Y. A., Olivar, J. M. N., & Lourenço, B. H.. (2024). Aleitamento materno exclusivo entre pessoas em situação de cárcere: abordagem interseccional e abolicionista para análise da produção científica no Brasil entre 2000 e 2022. *Saúde E Sociedade*, 33(1), e230657pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230657pt>

Santos, M. V., Alves, V. H., Pereira, A. V., Rodrigues, D. P., Marchiori, G. R. S., & Guerra, J. V. V. (2017). Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do estado do Rio de Janeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), e5980015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005980015>

Souza, G. C., Cabral, K. D. S., & Leite, C. D. B. (2018). Reflexões sobre a assistência em enfermagem à mulher encarcerada: Um estudo de revisão integrativa. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 22(1), 55-62. <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6240/3563>