

Artículo original



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

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

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 correspondiente. 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

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 encarceladas en una penitenciaría 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 encarceladas.

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

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.

Presentado 23 oct. 2024, Aceptado 12 feb. 2025,

Publicado 31 marzo 2025

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2025;14:e5976

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2025.e5976> | ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar

Cómo citar este artículo: Cabral, P. A. S., Santos, G. G., & Dionizio, L. A. (2025). Experiencias de mujeres embarazadas y puérperas privadas de libertad sobre el ciclo embarazo-puerperio en prisión: estudio cualitativo. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 14, e5976. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2025.e5976>



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.

Introducción

El acompañamiento del embarazo es uno de los derechos universales del SUS como política pública que visa la salud de la mujer y del niño. Por otro lado, tenemos la realidad del sistema penitenciario que, según [Cypel](#) (2011) no fue diseñado para albergar a mujeres embarazadas, lo que hace que el ambiente carcelario sea hostil al embarazo. Las mujeres embarazadas privadas de libertad suelen permanecer en alojamientos comunes en establecimientos penitenciarios, durmiendo en colchones en el suelo y compartiendo la cama con otras reclusas ([Dalenogare et al., 2022](#); [Davim & Galvão, 2013](#)).

Además, el traslado a unidades penitenciarias que albergan a las madres con sus hijos generalmente sólo ocurre en el tercer trimestre del embarazo y estas unidades están ubicadas en capitales y regiones metropolitanas, lo que dificulta el acceso de los familiares, especialmente los que viven en el interior ([Davim & Galvão, 2013](#)).

Las principales violaciones de los derechos humanos de las mujeres embarazadas en el sistema penitenciario brasileño incluyen la falta de asistencia adecuada, la exposición a condiciones insalubres y la violencia obstétrica ([Oliveira et al., 2024](#)). El ambiente carcelario es nocivo para las mujeres embarazadas, pues la condición física, mental y emocional de la madre afecta al feto, y el estrés materno muchas veces está relacionado con causas de partos prematuros, bajo peso al nacer, entre otras complicaciones. Además, muchas mujeres no reciben atención médica adecuada durante el embarazo y el parto, lo que puede provocar complicaciones graves tanto para la madre como para el bebé ([Dalenogare et al., 2022](#); [Cypel, 2011](#)). La violencia obstétrica también es motivo de preocupación, ya que muchas mujeres son sometidas a procedimientos invasivos sin su consentimiento o se les impide tener un acompañante durante el parto ([Oliveira et al., 2024](#); [Dalenogare et al., 2022](#); [Cypel, 2011](#)).

Las acciones de salud brindadas a las mujeres embarazadas y en posparto en prisión son deficientes, especialmente en lo que se refiere al seguimiento del ciclo embarazo-puerperio y al apoyo a la separación del binomio ([Oliveira et al., 2024](#); [Saldanha et al., 2020](#)). Además, señala que las unidades penitenciarias femeninas no ofrecen condiciones mínimas para atender a las reclusas durante el embarazo y el posparto, con falta de estructura y recursos, celdas superpobladas, sucias y oscuras, en las que las embarazadas, puerperas y recién nacidos comparten el mismo entorno que otras reclusas, incluidas aquellas con enfermedades infecciosas ([Oliveira et al., 2024](#); [Saldanha et al., 2020](#); [Rosinski et al., 2006](#)).

Una revisión integradora analizó la atención de enfermería a mujeres privadas de libertad y destacó las condiciones socioeconómicas precarias, la falta de estructura adecuada en las unidades penitenciarias, la escasez de servicios de salud y la falta de preparación de los profesionales de la salud para atender a esta población ([Souza et al., 2018](#)). Además, los reclusos también refieren una falta de apoyo por parte de los profesionales y del sistema en general ([Oliveira et al., 2024](#); [Dalenogare et al., 2022](#); [Saldanha et al., 2020](#); [Ribeiro et al., 2013](#); [França & Cantú, 2015](#); [Apolinário, 2013](#)). Otro estudio destaca la necesidad de mejoras en la atención de la salud de estas mujeres, requiriendo atención por parte de los gestores y profesionales de la salud para minimizar los impactos del contexto penitenciario en la calidad de vida de las mujeres, los niños y sus familias ([Sales et al., 2021](#)).

Un estudio cualitativo realizado en 2015 aborda las condiciones de las mujeres en condiciones de restricción de libertad, violación de derechos y falta de acceso a atención médica especializada. Se destaca la importancia de difundir información sobre estas mujeres embarazadas para generar mayor visibilidad en la sociedad. El perfil de la población carcelaria femenina en Brasil está compuesto por mujeres jóvenes, de bajos ingresos, generalmente madres y presas provisionales sospechosas de delitos relacionados al tráfico de drogas. La mayoría de estas mujeres tienen bajos niveles de educación, son solteras y tienen hijos bajo el cuidado de sus abuelos (Pinto et al., 2020). Las principales percepciones de las mujeres que viven el postparto en prisión son sentimientos de abandono, tristeza, soledad y deseos de cambio. La falta de profesionales de la salud, la negligencia en el momento del parto, el bajo número de consultas y la falta de inversión son algunos de los problemas que enfrentan estas mujeres (Maia et al., 2021).

Existen políticas e iniciativas públicas que buscan garantizar los derechos de las mujeres embarazadas en prisión. Un ejemplo es la Ley de Ejecución Penal, que fue enmendada en 2014 para incluir disposiciones específicas sobre los derechos de las mujeres encarceladas, incluidas las mujeres embarazadas y las mujeres en trabajo de parto. La ley prevé que el establecimiento penal femenino debe estar compuesto por espacios para mujeres embarazadas y parturientas, además de una guardería, centro de cuidado infantil y espacios para la interacción madre-hijo (Portaria n° 1.020, 2013).

Además, también se creó un capítulo específico para abordar los derechos y la asistencia de las mujeres encarceladas, incluyendo disposiciones sobre los derechos de las mujeres embarazadas y las madres a pasar más tiempo con sus hijos (Portaria n° 1.020, 2013). Por consiguiente, la eficacia de estas políticas sigue siendo cuestionable, ya que muchas mujeres embarazadas siguen siendo privadas de sus derechos y sufren violaciones (Cypel, 2011).

Así, la asistencia y el cuidado a las mujeres privadas de libertad durante el ciclo embarazo-puerperal son temas de creciente relevancia, considerando los desafíos específicos que enfrenta esta población. El ciclo embarazo-puerperal abarca desde el embarazo hasta el posparto, momentos críticos que demandan una atención integral a la salud de la mujer y del bebé.

La falta de apoyo adecuado en estas etapas puede resultar en consecuencias negativas para la salud física y mental, además de impactar en el desarrollo del niño (Andrade et al., 2015).

La privación de libertad a menudo entraña una serie de vulnerabilidades adicionales, incluido el acceso limitado a la atención prenatal y a los servicios de salud mental. Las mujeres encarceladas suelen tener una mayor incidencia de enfermedades crónicas y problemas de salud mental, que pueden verse exacerbados por la experiencia en prisión. Estas condiciones, combinadas con la falta de un entorno propicio para la maternidad, requieren un modelo de atención que respete las necesidades específicas de esta población (Campelo et al., 2024; Araújo et al., 2020; Santos et al., 2017).

La condición de las mujeres postparto privadas de libertad es un tema de creciente relevancia en el ámbito de la salud pública y los derechos humanos. Este grupo específico de mujeres enfrenta desafíos únicos que afectan tanto su salud física como emocional, especialmente durante y después del embarazo. El contexto carcelario, que a menudo se caracteriza por graves limitaciones en el acceso a los servicios de salud, puede incidir negativamente en la experiencia del parto y la recuperación posparto (Campelo et al., 2024; Araújo et al., 2020).

Teniendo en cuenta lo expuesto, se justifica el estudio, ya que es necesario reestructurar la atención a la salud de las mujeres embarazadas o en período de posparto en prisión, con el fin de contribuir al fortalecimiento y mejora de la calidad de la atención a las mujeres presas, teniendo en cuenta prácticas y conductas humanísticas, en consonancia con los programas y políticas públicas del Ministerio de Salud de Brasil.

Así, la pregunta orientadora fue formulada utilizando la estrategia PCC, sigla de Población, Concepto y Contexto en la que: "P" – mujeres embarazadas y puerperas privadas de libertad; "C" – atención y asistencia prenatal, parto y postnatal; y "C" – sistema penitenciario de mujeres. Así nos preguntamos: ¿Cómo ha sido la atención y asistencia brindada a las mujeres embarazadas y puerperas privadas de libertad durante el ciclo gestacional y puerperal? Objetivo: Describir la atención ofrecida durante el embarazo hasta el puerperio a mujeres privadas de libertad.

Método

Aspectos éticos

Por las condiciones éticas de la investigación y para preservar el anonimato de los participantes, los mismos no fueron identificados, utilizándose nombres ficticios. Se respetaron los aspectos éticos de la investigación envolviendo seres humanos; antes de iniciar las entrevistas, se presentó el Término de Consentimiento Libre e Informado, y cada colaborador de la investigación consintió en participar del estudio, según lo establecido en la Resolución del Consejo Nacional de Salud (Resolução nº 466, 2012). La investigación fue enviada para consideración y aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidade Santo Amaro (UNISA), registro CAAE: 78049624.4.0000.0081 bajo parecer número 6.726.757.

Tipo de estudio

Se trata de una investigación cualitativa del tipo informe narrativo que implica la recogida, análisis e interpretación de relatos o historias personales compartidas por los participantes. El método de investigación se desarrolló a través de cinco pasos: acceder, contar, transcribir, analizar y leer la experiencia (Minayo, 2008; Riessman, 2008).

Este enfoque enfatiza la importancia de interpretar las narrativas y experiencias humanas para revelar significados profundos y contextuales, a medida que se detalla cada uno de los pasos: 1. acceso, que implica el contacto inicial con el campo de investigación y los sujetos participantes, un tiempo para establecer una relación de confianza y crear un ambiente que permita la libre expresión; 2. cuente dónde los participantes comparten sus historias y experiencias de manera narrativa. Riessman (2008) destaca que el acto de contar es central para la construcción de narrativas significativas; 3. transcribir, que consiste en transformar los datos orales en texto, conservando al máximo las características del discurso original, como pausas, entonaciones y expresiones culturales; 4. analizar utilizando enfoques metodológicos, incluido el análisis de contenido, buscando patrones, contradicciones y matices que revelen la complejidad

de las experiencias humanas; y 5. la lectura implica comprender las narrativas en su conjunto, tomando en cuenta la subjetividad y el contexto de los participantes, el investigador también comparte sus interpretaciones con los participantes para su validación o reflexión (Minayo, 2008; Riessman, 2008).

Ubicación del estudio

Estudio realizado en un centro penitenciario del Estado de São Paulo. El sitio cuenta con una estructura edilicia con 107.500 metros de área construida y alrededor de la unidad penitenciaria existe un muro de aproximadamente 1.450 metros de largo. El complejo cuenta con pabellones de vivienda de cinco plantas, seis almacenes-talleres y edificios de celdas especiales, una cocina, una escuela, así como los sectores administrativo y sanitario, etc.

Población de estudio

En esta investigación participaron mujeres embarazadas y puérperas y los criterios de inclusión fueron: gestantes de riesgo normal y puérperas privadas de libertad, que presenten condiciones cognitivas y mentales conservadas, tengan capacidad de verbalizar y hayan recibido asistencia en prisión u hospital. Criterios de exclusión: mujeres embarazadas de alto riesgo, mujeres que fueron contraindicadas por el psicólogo penitenciario para participar en la investigación. Los participantes representan una población vulnerable, a menudo expuesta a condiciones de vida precarias, acceso limitado a los servicios de salud y apoyo emocional reducido. Comparten experiencias relacionadas con los desafíos de acceder a la atención prenatal, del parto y del posparto, así como las implicaciones del encarcelamiento en la salud materna y el bienestar de sus hijos.

Hubo un acercamiento inicial donde se informó a las mujeres sobre el propósito de la investigación y la posibilidad de declinar la invitación sin perjuicio de ningún tipo. Las mujeres también podrán optar por participar de la investigación en el momento del primer acercamiento o programar otra fecha y hora de acuerdo a la disponibilidad y autorización de la Secretaría de Administración Penitenciaria (SAP).

Recopilación de datos

Antes de iniciar la recolección de datos, se programó una visita técnica con la Dirección de Salud para presentar la infraestructura del penal y compartir información con el equipo de investigación. La recolección de datos se realizó en un área designada. En esta zona había 8 pantallas, algunas con computadoras y acceso a internet. Las entrevistas fueron grabadas durante un promedio de 40 minutos, guiadas por el cuestionario validado "Nacido en Brasil: encuesta nacional sobre parto y nacimiento", conteniendo informaciones para identificar características sociodemográficas, tales como: edad, escolaridad, raza, renta, edad gestacional y número de hijos, así como su percepción respecto a la asistencia ofrecida. La actitud de escucha activa se mantuvo constantemente para priorizar la perspectiva de las propias mujeres, prerrogativa central del método narrativo.

Análisis de datos

Las variables analizadas fueron: características sociodemográficas; tipo de delito; factores de riesgo gestacional; lugar de nacimiento, medio de transporte utilizado para llegar al hospital, derecho a un acompañante durante el parto e inmediatamente después del nacimiento, orientación sobre la lactancia materna y cuidados al recién nacido.

Las entrevistas se llevaron a cabo dentro del sistema penitenciario en salas designadas por la Dirección de Salud de la unidad penitenciaria, con la finalidad de proporcionar un diálogo, posibilitando la captura de información relevante para el estudio, facilitando así el cumplimiento del objetivo. Los datos se recolectaron en una sala de la prisión mediante la aplicación de un cuestionario estructurado a mujeres embarazadas y en posparto durante entrevistas individuales realizadas por los investigadores en presencia de un funcionario de la prisión.

A partir de la transcripción de las entrevistas realizadas con ayuda del software Microsoft Word 2016, se analizó el contenido en cinco etapas: acceso, recuento, transcripción, análisis y lectura de la experiencia (Minayo, 2008; Riessman, 2008). Para el proceso de análisis de datos cualitativos se utilizó el software *ATLAS.ti (Qualitative Data Analysis)*, una herramienta

elemental que permite diferentes procesamientos y análisis de los textos producidos, tales como estadística textual clásica, investigación de especificidades grupales, clasificación jerárquica descendente, análisis de similitud y nube de palabras. De la asociación de los resultados encontrados en el análisis de la nube de palabras y el contenido, surgirán categorías temáticas.

Para el análisis de la experiencia se desarrolló utilizando una estrategia inductiva e interpretativa, lo cual requirió apertura en relación a lo que se relatará. En primer lugar consistió en la lectura de la experiencia, luego se realizaron lecturas repetidas de cada narración. Esta estrategia permitió identificar la recurrencia de ideas en relación a la experiencia vivida y desarrollar categorías descriptivas de las experiencias. Además, se utilizaron pequeños extractos de los discursos para ejemplificar los principales contenidos de las categorías descriptivas, una estrategia que aproxima la descripción de la experiencia a la realidad y preserva la perspectiva personal de las mujeres. Estos son aspectos cruciales que requieren rigor en el análisis y desarrollo de categorías descriptivas del método de análisis narrativo (Riessman, 2008).

Los audios fueron grabados con el consentimiento de los participantes, utilizando la aplicación de grabadora de voz interna del *iPad* (modelo *Apple*) y una *Tablet* (modelo *Samsung*). Posteriormente se procedió a transcribir el material para la recopilación y análisis de datos.

Entendemos la narrativa, a la luz de los aportes de Bruner (1991), como una construcción de la realidad desde el punto de vista de quien la cuenta y, de esta manera, entran en escena aspectos como el reconocimiento de la posibilidad de la co-presencia del futuro y el pasado en el presente, la reconstrucción del pasado a través de nuevos presentes y la proyección del presente en imaginaciones futuras. Se entiende que esta narrativa está trazada por una funcionalidad que mueve interpretaciones que llaman la atención sobre la intencionalidad y sus condiciones de compartir y qué conocimiento se comparte entre el narrador y el oyente. Por tanto, el análisis no tuvo como objetivo buscar realidades generalizables, sino dialogar con la realidad empírica, buscando nuevas articulaciones con la temática propuesta.

Resultados y discusión

Los resultados resaltan la precariedad de la atención en salud ofrecida a las mujeres embarazadas y púerperas privadas de libertad, evidenciando un escenario de violaciones a los derechos humanos y falta de estructura adecuada.

Atención a embarazadas privadas de libertad durante atención prenatal

Las edades de las mujeres embarazadas varían desde mujeres jóvenes de 21 años hasta mujeres de 34 años. Este rango de edad generalmente se considera ideal para un embarazo saludable, pero puede haber variaciones dependiendo del historial de salud individual y las condiciones gestacionales. La atención prenatal, aunque esencial para la salud materna e infantil, se inicia tardíamente en muchas mujeres, lo que aumenta el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el bebé. La falta de acceso regular a exámenes, como ecografías, y la ausencia de orientación adecuada sobre los signos de riesgo de embarazo reflejan una atención inadecuada que perpetúa las desigualdades que ya existen en el sistema penitenciario (Souza et al., 2018).

Respecto a la distribución del color de piel, morena: 50% y blanca: 50%. Esta distribución muestra que la mitad de las mujeres embarazadas son morenas y la otra mitad son blancas, lo que sugiere que el grupo tiene una diversidad racial limitada a estas dos categorías. Esto puede ser relevante cuando se consideran las desigualdades en el acceso a la atención médica, ya que los estudios a menudo muestran variaciones en la atención basadas en cuestiones socioeconómicas y raciales.

Las mujeres negras tienen más probabilidades de recibir atención prenatal inadecuada y sufrir falta de respeto o negligencia durante el parto, en comparación con las mujeres blancas. Entre los principales hallazgos destaca la influencia de factores estructurales, como el racismo institucional, la desigualdad socioeconómica y la segregación en el sistema de salud. Estos factores perpetúan el ciclo de exclusión y colocan a las mujeres negras en mayor riesgo de complicaciones obstétricas (Lessa et al., 2022; Leal et al., 2017).

La mayoría de las mujeres embarazadas (33,33%) no han tenido embarazos previos, lo que indica que una porción significativa está experimentando su primer embarazo, mientras que otras han tenido de 1 a 6 embarazos. El promedio de 2,33 indica que muchas mujeres ya tienen experiencia previa con embarazos.

La mayoría de los embarazos son de feto único, y el 75% de los participantes entran en esta categoría, lo que puede implicar un menor riesgo de complicaciones, ya que los embarazos múltiples tienen más probabilidades de presentar problemas como parto prematuro y complicaciones asociadas. Un pequeño número, el 25%, se negó a informar el tipo de embarazo. El predominio de embarazos únicos puede estar asociado con un menor riesgo general, pero no elimina la necesidad de un seguimiento detallado para garantizar el bienestar tanto de la madre como del bebé.

Las mujeres embarazadas presentan una diversidad en su historia de nacimientos: algunas han tenido hasta cuatro partos normales, mientras que otras no tienen registros de dichos partos. Esto sugiere diferentes perfiles obstétricos, que reflejan tanto preferencias como necesidades médicas. El número de cesáreas varía entre 0 y 1, y muchas embarazadas no han tenido ninguna. Esto puede indicar una preferencia por partos normales o la realización de cesáreas en casos específicos, cuando exista indicación clínica. La mayoría de las mujeres embarazadas tienen hijos nacidos vivos, y algunas no tienen hijos. Estas diferencias pueden estar asociadas con el historial reproductivo, la edad materna y las condiciones de salud de las mujeres embarazadas.

La diversidad observada en la historia obstétrica de las embarazadas, incluidas las variaciones en el número de partos normales y por cesárea, es ampliamente discutida en la literatura. Los estudios muestran que estas diferencias reflejan múltiples factores, como las preferencias individuales, el acceso a los servicios de salud, las condiciones clínicas y las pautas médicas. Según Leal et al. (2017), Brasil tiene una alta tasa de cesáreas, a menudo asociada a prácticas culturales, condiciones socioeconómicas y opciones médicas, mientras que el parto natural es más frecuente en poblaciones con menor poder adquisitivo o donde hay mayor incentivo para el parto humanizado.

Respecto a la planificación del embarazo, las respuestas variaron entre las embarazadas que querían quedarse embarazadas en ese momento, las que preferían esperar más tiempo y las que no querían quedarse embarazadas. La presencia de mujeres embarazadas que no desean quedar embarazadas refleja una demanda de mayor acceso a métodos anticonceptivos y educación reproductiva. Quienes deseaban quedar embarazadas, indican una porción que tenían preparada o querían quedar embarazadas en ese momento.

Respecto a los sentimientos sobre el embarazo, las respuestas indican diferentes emociones en relación al descubrimiento, que van desde satisfechas a insatisfechas, con una porción significativa en una posición intermedia de "más o menos satisfechas". Esto refleja cómo las mujeres embarazadas perciben y se adaptan a la nueva realidad, lo que puede influir en la adherencia a la atención prenatal y a la atención de salud durante el embarazo. El grupo insatisfecho o ambivalente puede requerir mayor apoyo psicológico y social para enfrentar los desafíos del embarazo.

"Quería quedarme embarazada con este embarazo, no con los otros" (002G)

"No quería quedar embarazada de este último, me sentí muy infeliz cuando me enteré de este embarazo. Intenté interrumpir este embarazo con un medicamento durante el primer mes" (003G)

"Yo no quería quedar embarazada, cuando me enteré me desesperé, luego pobrecita, quedé más o menos satisfecha" (004G)

"Ojalá hubiera esperado un poco más" (005G)

"No pensé mucho en esto, pero desearía haber esperado un poco más por esto, quedé más o menos satisfecho, como dije desearía haber esperado un poco más, ¿no?" (006G)

"Lo quería, pero no sabía que funciona, me quedé satisfecha" (007G)

Además, la privación de libertad tiene un impacto directo en la experiencia emocional de estas mujeres durante el embarazo y el puerperio. Muchos reportaron sentimientos de soledad, abandono y tristeza,

que pueden afectar tanto la salud mental como la física. La ausencia de acompañante durante la atención prenatal y el parto, destacada por varios participantes, demuestra una vulneración de derechos que compromete el bienestar psicológico de estas mujeres, que ya se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad (Maia et al., 2021). Esto contradice las directrices establecidas que garantizan el derecho a un acompañante durante el parto (Portaria nº 1.020, 2013).

La mayoría de las mujeres embarazadas respondieron que existe adherencia al control prenatal, lo que es un indicio positivo de adherencia al seguimiento médico durante el embarazo. Sin embargo, el inicio de la atención prenatal varía mucho: algunas embarazadas comienzan a los 2 o 3 meses, mientras que otras empiezan más tarde, como en el séptimo mes de embarazo. Algunas mujeres embarazadas informaron sobre dificultades para acceder a los servicios de salud o falta de conocimiento sobre el embarazo como razones para iniciar tardíamente la atención prenatal. Todas las mujeres embarazadas han recibido o están recibiendo atención prenatal, la cual es fundamental para garantizar la salud de la madre y del bebé durante el embarazo. El inicio de la atención prenatal varió entre el segundo mes y el séptimo mes de embarazo: la mayoría comenzó entre el segundo y el tercer mes. Una mujer embarazada inició el control prenatal tarde, en el séptimo mes, lo que podría suponer riesgos para la salud materna y fetal. Entre las razones mencionadas para el inicio tardío de la atención prenatal: dificultad para acceder a ella y desconocimiento del embarazo.

"Llegué aquí a la cárcel, tenía ocho días de embarazo, y cuando llegué, estaba en otro lugar, llegué aquí sabiendo que estaba embarazada, pero las pruebas que me hice aquí en la cárcel salieron todas negativas, no creían que pudiera estar embarazada, pero yo sabía que estaba embarazada. Y luego cuando tenía tres meses de embarazo, ya no aguanté más, me sentí mal, decidieron hacerme otra prueba, que salió positiva, y luego me trasladaron al lugar donde se quedan las mujeres embarazadas, después de unos 15 días más o menos tuve mi primera cita" (002G)

"No comencé con el cuidado prenatal antes porque quería tener el bebé" (003G)

"Empecé muy tarde, ya tenía siete meses de embarazo, que fue cuando me enteré" (004G)

"Me enteré que estaba embarazada a las 8 semanas y comencé el control prenatal en la calle" (005G)

"Ya tenía cuatro meses de embarazo cuando empecé con el control prenatal y para ser sincera, cuando me enteré que estaba embarazada terminé detenida (risas) yo no sabía que estaba embarazada y luego cuando me hice la prueba me detuvieron, muy triste, fue triste" (006G)

"No empecé antes, creo que porque estoy estancado, si fuera por mí habría empezado incluso antes (risas)" (007G)

La mayoría de las embarazadas recibió una tarjeta de seguimiento prenatal, herramienta esencial para garantizar la continuidad y coordinación de la atención durante el embarazo, y utilizó los servicios públicos para la atención prenatal, especialmente en las Unidades Básicas de Salud (UBS – Unidades Básicas de Saúde) y el Programa de Salud de la Familia (PSF – Programa Saúde da Família). Algunos utilizan tanto servicios públicos como privados, lo que puede indicar una mayor capacidad financiera o una búsqueda de servicios complementarios en el sector privado. Además, mencionan que son monitoreados por médicos y algunos reciben atención de enfermeras y otros profesionales de la salud.

"Hasta ahora, mientras estuve en la calle, fui a consultas hasta los 5 meses. Luego me detuvieron y fui al resto de las consultas aquí. En la calle, alternaba un mes con el médico y otro con la enfermera" (003G)

"He estado allí como tres veces desde que llegué aquí, hacemos un triage, ¿no?, y creo que me ve un médico" (006G)

"Mira, tuve dos citas, primero con dos enfermeras y luego con un ginecólogo" (007G)

La mayoría de las mujeres embarazadas informaron no tener acompañante durante la atención prenatal. Sólo una mujer embarazada indicó que tenía compañía durante este período. A todas las mujeres embarazadas se les realizó al menos una ecografía (USG). El número de ecografías realizadas varía entre 0 y 7, habiendo la mayoría de las embarazadas realizado entre 1 y 7 exploraciones. Esto demuestra que, en general, hubo acceso a pruebas de imagen, pero

con diferencias en el número de veces que esto ocurrió. Sólo una mujer embarazada informó conocer los signos de riesgo del embarazo.

Las mujeres a menudo se enfrentan a servicios de salud precarios, con recursos insuficientes y de profesionales capacitados para satisfacer sus necesidades. Además, los relatos de los presos revelan sentimientos de vulnerabilidad, inseguridad y, a menudo, falta de empatía en el trato que reciben. La falta de apoyo y sensibilidad por parte de los profesionales sanitarios que atienden a estas mujeres. Muchas relataron sentimientos de deshumanización y negligencia durante la atención prenatal, lo que afectó negativamente su percepción de la atención recibida (Chaves & Araújo, 2020).

Las internas destacaron que la ausencia de acompañante contribuye a generar sentimientos de abandono, vulnerabilidad y miedo, especialmente durante el parto. Esta situación se ve agravada por el entorno carcelario, que ya limita el contacto con los familiares y restringe el apoyo emocional necesario durante este delicado período. La falta de acompañante también se asoció a una mayor exposición a prácticas de violencia obstétrica, como el trato insensible o irrespetuoso por parte de los profesionales de la salud (Oliveira et al., 2024; Chaves & Araújo, 2020).

Ninguna de las mujeres embarazadas informó cómo comienza el parto. Todas las mujeres embarazadas indicaron que no sabían qué podían hacer durante el parto. Ninguna de las embarazadas reportó haber recibido información sobre la lactancia materna en la primera hora de vida del bebé.

"Prefiero el parto natural, porque después de dar a luz puedes caminar, todo se vuelve mucho más fácil, cuidarte, ducharte" (003G)

"No me dieron ninguna orientación sobre estas cosas, sobre el dolor, caminar, bañarse, aquí tomamos las frías" (004G)

"Ya sabía algunas cosas porque me las cuenta mi madre, pero a la hora de recibirlas de profesionales, no" (005G)

"Hasta donde yo sé, desde mi entendimiento, la mejor opción es el parto natural, pero desde aquí y con la atención que recibí, no recibí ninguna información al respecto" (006G)

Según el conocimiento prenatal, para un embarazo sin complicaciones las respuestas son variadas: algunas embarazadas creen que tanto el parto normal como la cesárea son seguros. Otros creen que el parto natural es más seguro. Algunas no se sintieron iluminadas durante la atención prenatal. A la mayoría de las mujeres embarazadas no se les informó qué hospital de maternidad sería su mejor opción. Sólo unos pocos indicaron que sí recibieron esta orientación.

“No, me iban a ingresar para ponerme una vacuna para los pulmones del bebé, pero me firmaron el ingreso y luego llamaron a la unidad y dijeron que tenían esta inyección. Sin embargo, el día que me la tenían que poner, no estaba, tuve que salir a la calle otra vez. Tenía que estar ingresada tres días, el día que me ingresaron y luego llamaron a la unidad y dijeron que no era necesario que me quedara, que las inyecciones estaban aquí. Y cuando llegué, cuando era el momento de ponerme la inyección, no estaba y tuve que volver al hospital” (002G)

“Estoy aquí, sin ropa, sin nada. Nada, nada, nada, nada. Nada. Estoy intentando hablar con servicios sociales, y tampoco puedo, como es reciente, ¿no? Entonces, no me estoy comunicando con mi familia, con nadie. Entonces estoy esperando a ver si mi familia ha mandado la documentación, que todavía no lo sé, a ver si van a venir a visitarme, a ver si me van a dar las cosas, porque no he sabido nada” (004G)

“Creo que mi familia y la búsqueda de información en internet cuando aún estaba en la calle me hicieron optar por el parto natural” (005G)

Estos datos muestran una variación significativa en las experiencias de las embarazadas en relación al número de partos normales y cesáreas, el inicio de la atención prenatal, el número de consultas y los profesionales involucrados. Los sentimientos de las mujeres embarazadas sobre sus embarazos también son diversos y reflejan diferentes niveles de satisfacción y planificación. Se mencionaron algunas barreras a la atención prenatal, como la dificultad de acceso y la falta de conocimientos sobre el embarazo, además de circunstancias especiales, como el encarcelamiento.

Estos resultados muestran una serie de brechas en la educación prenatal y el seguimiento de las

embarazadas. La mayoría de las mujeres embarazadas no saben reconocer los signos de riesgo ni cómo proceder durante el parto, lo que podría suponer un riesgo en situaciones de emergencia. Además, la ausencia de un acompañante durante la atención prenatal puede ser un indicio de una red de apoyo frágil. El número de consultas y exámenes realizados varía, pero aún falta orientación adecuada sobre cuestiones esenciales, como el tipo de parto y las acciones a realizar durante el trabajo de parto.

Asistencia ofrecida a mujeres que han dado a luz recientemente durante la atención prenatal, el parto, el nacimiento y el posparto

Los análisis descriptivos de los datos presentados revelan información importante sobre seis mujeres embarazadas, en su mayoría de piel negra o morena, con edades entre 21 y 34 años. Todas las mujeres habían tenido embarazos previos y el número de embarazos osciló entre 1 y 4. El número de partos previos también fue significativo, ya que algunas tuvieron hasta cuatro partos, el número de partos normales osciló entre 0 y 4 y las cesáreas se limitaron a un máximo de 1 por mujer.

La historia reproductiva, incluido el número de nacidos vivos, está fuertemente influenciada por la edad materna y las condiciones de salud. Las mujeres más jóvenes generalmente tienen menor paridad y menos complicaciones relacionadas con comorbilidades obstétricas (Barros et al., 2018). Las mujeres embarazadas de mayor edad tienden a tener una mayor prevalencia de cesáreas, especialmente en casos de embarazos de alto riesgo o embarazos múltiples previos (Domingues et al., 2014).

Además, las indicaciones clínicas de las cesáreas, como la desproporción cefalopélvica, el sufrimiento fetal o las complicaciones del embarazo, son fundamentales para comprender el patrón observado. Estas diferencias en los perfiles obstétricos resaltan la importancia de un enfoque personalizado de la atención prenatal, considerando la historia individual y asegurando que las decisiones se basen en la evidencia y las necesidades de salud de la mujer embarazada y el bebé (Braga et al., 2023).

En relación a los nacidos vivos, el número osciló entre 1 y 7, demostrando una alta paridad entre los participantes. Respecto a los sentimientos respecto al embarazo, éstos se dividieron entre satisfacción e insatisfacción, reflejando posibles diferentes percepciones o contextos personales.

"Oh, me hubiera gustado esperar más, pero en el mundo en el que vivimos, eso pasa. Oh, este último fue inesperado, fue inesperado tener a este otro de nuevo.

Yo estaba aquí, ¿no? Inesperado, ¿verdad?, hombre, lloré mucho. Estuve en una prisión semiabierta, me escapé de una prisión semiabierta, me escapé. Luego conocí a su padre. Luego fui a llenar el tanque de su padre en el antro de drogas, la policía me atrapó, pero ya estaba embarazada, no lo sabía" (002P)

"No quería quedar embarazada. ¿Te puedo decir la verdad? Me sentí triste porque no lo esperaba" (003P)

"No quería quedar embarazada, pero estaba feliz con el embarazo" (004P)

"Yo no quería quedar embarazada, me enteré cuando estaba aquí en prisión, me quedé más o menos satisfecha con la noticia" (005P)

"Yo quería quedarme embarazada más adelante, pero en este caso no tomé precauciones. Me quedé embarazada de él dos meses después del legrado, debido a dos abortos que ya había tenido" (006P)

Todas las mujeres recibieron atención prenatal, pero el inicio del seguimiento varió considerablemente, desde la semana 12 hasta la semana 30 de gestación. Algunas participantes informaron que no sabían que estaban embarazadas, mientras que otras lo descubrieron en prisión, lo que contribuyó al inicio tardío de la atención prenatal. El número de consultas prenatales varió entre 2 y 6, recibiendo todas el carnet de embarazada.

"Yo empecé a los dos o tres meses, y no empecé antes porque no estaba embarazada, estaba haciendo vida normal. Tuve cinco citas prenatales, recibí el carné de embarazo, y hasta se quedó en casa. Hice el prenatal, pero no me hicieron ninguna ecografía, ni la morfológica, ni la normal, nada, porque no me hicieron nada" (001P)

"De hecho, el único control prenatal que tuve fue el de él, nunca tuve control prenatal con nadie más. Solo tuve control prenatal con Thomas, porque estuve en prisión y porque era usuaria en la calle. Wow, eso fue mucho. Fueron más de seis. Fui a todas las citas, no falté a ninguna. A todas las citas, a todas las vacunas, a todo, al ginecólogo, a todo, no falté a ninguna" (002P)

"Yo empecé aquí en la unidad, tenía seis meses, cinco a seis meses. Antes no iba porque me buscaban. Ni me acuerdo cuántas consultas tuve, no me acuerdo, creo que tres o cuatro" (003P)

"Tuve control prenatal, pero recién a los seis meses, que fue cuando llegué aquí. Cuando me dieron de alta, no tenía ningún control. Estaba en una ciudad del interior y la UBS más cercana tenía que tener escolta para que pudiéramos ir y no teníamos escolta, entonces no fuimos" (004P)

"Creo que tenía cuatro meses de embarazo cuando empecé. No empecé antes porque estoy presa, dependo de la penitenciaría. Me hice una prueba de embarazo donde estaba, me enteré que estaba embarazada, esperé porque allá no había médico. Me trajeron aquí y me preguntaron si estaba embarazada. Dije que sí. A los pocos meses de estar aquí me citaron para un chequeo" (005P)

"Lo hice tarde, empecé como a las 20 semanas, por un problema familiar, empecé a las cuatro semanas, no fui por un tiempo y luego volví, tuve como seis citas" (006P)

Los informes de las mujeres también indican una falta significativa de apoyo emocional y social, tanto durante el embarazo como en el período posparto. Muchas de ellas expresaron inseguridad e incertidumbre respecto a la maternidad, y algunas de las mujeres embarazadas manifestaron que no deseaban el embarazo. Estas experiencias revelan la necesidad de políticas públicas que ofrezcan no sólo asistencia médica, sino también apoyo psicológico y emocional a estas mujeres, garantizando una atención integral durante el ciclo embarazo-puerperio (Andrade et al., 2015).

El lugar de atención prenatal y el servicio prestado eran exclusivamente públicos. El seguimiento durante las consultas estuvo a cargo de profesionales de la salud, entre enfermeras y médicos, y ninguna de las puerperas contó con acompañante mientras estuvo embarazada. La mayoría (80%) no conocía los signos de riesgo, lo que indica una posible falta de orientación adecuada durante la atención prenatal.

La mayoría de las mujeres (60%) informaron no saber cómo comienza el parto. Esto refleja una falta de información clara sobre el proceso.

“Fui al hospital a buscar atención porque se me había salido el tapón mucoso y empecé a sentir dolor. Fui en ambulancia, no tardó ni 10 minutos en llegar, llegué a sala, ya se me había roto la fuente, me llevaron de urgencia, me llevaron sin escolta, sin nada, porque tenía siete dedos dilatados” (001P)

“Creo que sufrí más durante su parto que las otras veces. Me dolió más esta vez que las otras. Tenía cuatro dedos dilatados cuando era alrededor de la 1 de la mañana del día 14 cuando nació. Vi a la señora y a toda la sala gritando, miren, la embarazada va a nacer” (002P)

“No lo sé, pero creo que el parto natural es el más seguro, ¿no? Ni siquiera sabía a dónde me llevarían, simplemente llamaron al hospital y me llevaron allí de inmediato. Elegí este tipo de parto porque creo que es más fácil, cuando es doloroso queremos una cesárea ¿no? Pero creo que el parto natural es el más fácil” (003P)

“No, solo me dijeron que sentiría contracciones tempranas, las de entrenamiento, lactancia en la primera hora de vida, lactancia sí, dijeron” (004P)

“No me informaron, no me aclararon, pero entiendo un poco de estas cosas” (005P)

Otro aspecto importante que se plantea es la falta de información sobre el cuidado del parto y del neonato. Ninguno de los participantes logró identificar correctamente los signos del parto, lo que aumenta el riesgo de complicaciones. Esta brecha educativa revela fallas en los servicios de salud que deberían brindar información clara y accesible sobre salud reproductiva, especialmente en un entorno tan desafiante como el sistema penitenciario (Santos et al., 2017).

La mayoría de los encuestados (60%) creía que el parto natural es más seguro para los embarazos sin complicaciones, mientras que el 20% creía que tanto el parto natural como la cesárea son seguros. Una pequeña parte (20%) no recibió suficiente aclaración sobre el tema. Ninguna de las mujeres entrevistadas conocía prácticas que pudieran facilitar el nacimiento del bebé durante el parto.

“El parto se hizo un poco lento, entonces me indujeron, me pusieron un gotero en la vena y entonces las contracciones se pusieron mucho peor. No podía caminar mientras estaba de parto, porque no me lo permitían. Tenía una acompañante, en este caso la guardia, como su turno es de doce a treinta y seis, cada día me acompañaba una persona diferente, doña Ana y doña Juliana” (001P)

“No era el momento, yo solo fui porque estaba agendado, se suponía que era el 14 y me llevaron el 13, luego empezaron a inducir, fue muy rápido llegar al hospital, menos de media hora, el hospital está al lado, solo tenía 2cm de dilatación, escuchan el latido del bebé y me dieron pastillas y tardó un día en empezar el dolor, me internaron el sábado a las 8:30 y fui a tener a mi hijo el domingo a las 8:30 de la mañana. No me dejaron caminar durante el parto, no tenía acompañante, solo la señora de aquí que estaba conmigo, el custodio de aquí y eso no hizo ninguna diferencia” (003P)

“Creo que ambos tipos de parto son seguros. Yo quería parto natural, porque la recuperación es rápida, y fue mi decisión. Me ingresaron unos cinco días antes, pero me dijeron que no estaba dilatada y que era una contracción de entrenamiento. Fui al hospital en auto desde aquí, fue rápido, fue cuestión de unos minutos, creo. Cuando llegué, me hicieron un tacto vaginal, yo estaba dilatada 2 cm, pero él estaba de nalgas. Pedí agua, pero no me pudieron dar. Se me rompió la bolsa, así que cuando llegamos, me hicieron el tacto vaginal y me pusieron esa cosa ahí en cuanto se abre. Luego me dijeron que tu bebé está de nalgas, que tendrá que ser una cesárea. Me acompañó la señora de aquí, que no ayuda mucho porque no es la persona que tú eliges” (004P)

“Yo creo que es normal, estoy estancada, creo que es más fácil, no tenía a nadie que me ayudara, no tenía a mi familia, también creo que para la mejor recuperación estaba con contracciones, llevaba unos días con contracciones y perdía mucho líquido. Fui al hospital con el carro particular desde aquí, tardé como seis minutos en llegar al hospital, tenía a la guardia como acompañante, una señora, me ayudó mucho, me agarró la mano (risas)” (005P)

“Creo que las dos son seguras, ¿no?, porque siempre hay un médico. A mí me detuvieron y ya tenía ocho meses de embarazo, entonces me detuvieron y ya era el bebé, porque estaba en la calle. Elegí el parto natural porque tengo miedo de la cesárea. Creo que la recuperación de una cesárea es más difícil, ¿no? El parto natural es más fácil, te puedes adaptar mejor, hacer todo de inmediato, cuidar al bebé. Desde que salí de aquí fue muy rápido, creo que fueron unos 20 minutos como máximo. Se me rompió la bolsa a las cuatro de la tarde y salí de aquí a las nueve de la noche. No comí nada en el hospital, se me había roto la bolsa y él había hecho caca, me tuvo que inducir y no sabía si tendría que hacer cesárea. Me quedé con doña Janaína en el hospital, no tenía familiares, no creo que su presencia me haya ayudado o perjudicado” (006P)

La lactancia materna exclusiva enfrenta desafíos importantes en este contexto debido a las precarias condiciones del sistema penitenciario, la ausencia de políticas públicas efectivas y el estigma social asociado a las mujeres encarceladas. Un análisis interseccional destaca cómo las desigualdades estructurales afectan las experiencias de estas mujeres, especialmente las negras y de bajos ingresos, amplificando las dificultades para ejercer la maternidad. La perspectiva abolicionista adoptada por el estudio propone la reevaluación del encarcelamiento como respuesta prioritaria, enfatizando la necesidad de alternativas que respeten los derechos reproductivos y la salud de las mujeres encarceladas y sus hijos (Santos et al., 2024).

Se observó que la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento fue practicada por el 60% de los entrevistados, lo que sugiere que la mayoría tuvo la oportunidad de iniciar la lactancia materna tempranamente.

“De hecho, ella no se quedó conmigo en el cuarto, estuvo 3 días en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales porque le hacían un montón de pruebas para ver si se había contagiado de sífilis, etcétera, y no había dado tiempo para 30 días de tratamiento, porque yo hice el tratamiento. Allí la alimentaron con fórmula, y como estaba en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, recibió lo que le dieron allí” (001P)

“Ya le ofrecí el pecho, pero no sé por qué se me secó la leche después, pero él tomó el pecho. Fue en la sala de partos y siguió tomando el pecho hasta que cumplió unos dos meses, después empezó a tomar fórmula” (002P)

“Lo vi y después le di el pecho, lo limpiaron y después le di el pecho. Lo pusieron encima de mí y lo limpiaron, me preguntaron si lo quería llevar, pero como todavía tenía mucho dolor le dije que no, pero ella lo tomó y lo puso encima de mí igual” (003P)

“Apenas salió lo colocó detrás de mí, en la cuna. En la sala de partos no le di pecho, en la de recuperación le di pecho y después le administré suplementos porque tengo el pezón invertido” (004P)

“Sí, tuve el bebé, me pasaron a una cuna y lo pusieron a mamar” (005P)

“Antes de pesarlo, simplemente lo levanté y después de que le hicieron las cosas, vino a mamar” (006P)

El acto de amamantar se convierte en un símbolo de resistencia y vínculo emocional, al mismo tiempo que enfrenta desafíos relacionados con las condiciones estructurales y la falta de apoyo adecuado. Las madres lactantes en centros penitenciarios a menudo enfrentan barreras, como la falta de recursos, la falta de espacios apropiados y la ausencia de políticas públicas que garanticen el derecho a la lactancia materna. También destaca cómo el acto de amamantar puede ser una forma de cuidado y resistencia, ofreciendo a las madres una manera de mantener el vínculo con sus hijos y replantear su experiencia de maternidad en un entorno tan desafiante (Mariano & Silva, 2018).

Respecto a la sensación de amamantar en el ambiente carcelario, los relatos varían: muchas mujeres describen la experiencia como buena o placentera, mientras que otras mencionan el alivio y la importancia de brindar salud al bebé. Sin embargo, algunas expresaron su preocupación por tener que renunciar a su bebé después de seis meses.

“Aquí en la cárcel la experiencia de la lactancia materna es buena, porque estás con el bebé. Pero al mismo tiempo, a los seis meses tengo que entregar al bebé. Entonces, ven aquí y pruébalo. Voy a entregar a mi hermana” (001P)

“¿No viste lo grande que está el cerdito? Tengo que salir de aquí, voy a volver al comercio de vacas, porque voy a tener que robarle a la vaca. No funciona. Estoy amamantando cada 3 horas, un mes completo. Amamantar aquí es diferente, es una oportunidad muy bonita, muy buena, es bueno, es importante, previene muchas enfermedades también, ¿no?” (002P)

"Tranquilo" (003P)

"Oh, eso está bien, porque tengo algo de tiempo libre y él toma el pecho tanto como quiere, así que la demanda para él es gratuita" (004P)

"Ah, yo creo que es un alivio. Porque, te guste o no, es sano para él, ¿no? Ayuda mucho. Ah, muy bien, muy bien. A mí me gusta darle el pecho. Nos sentimos más aliviados" (005P)

"Para mí es la mejor parte, porque no pude amamantar a mis otras dos hijas. Así que es una sensación única para mí. No pienso en suplementar ni en destetar ni en nada. Es una experiencia maravillosa" (006P)

Por último, las condiciones carcelarias, como el hacinamiento y la falta de infraestructura adecuada, agravan aún más los desafíos que enfrentan estas mujeres. Vivir en celdas insalubres y sin privacidad con otros reclusos, incluidos aquellos con enfermedades contagiosas, pone en riesgo tanto a las madres como a los recién nacidos. Esto refuerza la necesidad de reestructurar las unidades penitenciarias de mujeres para garantizar condiciones mínimas de salud y seguridad (Rosinski et al., 2006).

Una de las principales limitaciones de este estudio fue el pequeño número de participantes, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones de mujeres embarazadas y púerperas privadas de libertad. Aunque las narraciones ofrecieron una visión profunda de las experiencias de estas mujeres, el pequeño tamaño de la muestra limita la representatividad de los hallazgos. Además, el estudio se realizó en un solo centro penitenciario, lo que puede no reflejar la realidad de otras unidades penitenciarias con estructuras y políticas diferentes. La falta de seguimiento longitudinal también nos impidió verificar los efectos prolongados del encarcelamiento sobre la salud materna e infantil después del período puerperal inicial. Finalmente, la realización de las entrevistas dentro del sistema penitenciario, con la presencia de funcionarios penitenciarios, pudo haber influido en las respuestas de los participantes, debido al miedo o la falta de privacidad al momento de relatar sus experiencias. Este contexto puede haber limitado la expresión genuina de sus experiencias, especialmente en relación con las violaciones de derechos y las condiciones de salud.

A pesar de las limitaciones, nuestra investigación ofrece contribuciones significativas para la comprensión de las condiciones de atención a la salud de las mujeres embarazadas y púerperas privadas de libertad en Brasil. En primer lugar, destaca la urgente necesidad de mejoras en las políticas públicas y en la infraestructura del sistema penitenciario de mujeres, señalando la precariedad de los servicios de salud ofrecidos a esta población. Identificar las brechas en la atención prenatal y posparto, así como las barreras de acceso a los servicios de salud, proporciona datos valiosos para formular estrategias más efectivas y humanizadas.

Además, este trabajo contribuye a la literatura al dar voz a un grupo históricamente marginado cuyas experiencias a menudo se descuidan tanto en la investigación académica como en las políticas públicas. Las narrativas de mujeres embarazadas y en posparto revelan aspectos cruciales de sus experiencias, como la falta de apoyo emocional, las condiciones insalubres y la ausencia de derechos básicos, ofreciendo apoyo al debate sobre la humanización del sistema penitenciario.

Conclusión

Este estudio destaca las condiciones precarias que viven las mujeres embarazadas y en posparto en el sistema penitenciario brasileño, revelando un escenario de violaciones de derechos y de atención insuficiente ofrecida durante el ciclo embarazo-puerperio. La falta de apoyo adecuado, tanto físico como emocional, resalta la urgente necesidad de reestructurar las políticas públicas y las prácticas de salud dentro de las cárceles, con miras a humanizar la atención y garantizar los derechos de estas mujeres y sus bebés. Los relatos de los participantes ilustran la vulnerabilidad acentuada por la privación de libertad, sugiriendo que el ambiente carcelario no es adecuado para mujeres embarazadas y madres en posparto, lo que impacta negativamente en la salud materna y neonatal.

Los datos recopilados refuerzan que la mayoría de las mujeres enfrentan dificultades para acceder a la atención prenatal y otra asistencia esencial. Además, la falta de información sobre el parto y la falta de un seguimiento adecuado durante este período aumentan el riesgo de complicaciones obstétricas y emocionales.

El contexto de encarcelamiento no sólo limita el acceso a los servicios de salud sino que también perpetúa desigualdades ya presentes en la sociedad, como las relacionadas con el estatus socioeconómico y la etnicidad. Por ello, es fundamental que el Estado desarrolle e implemente políticas más efectivas que promuevan la atención integral y humana a la salud, respetando los derechos de las mujeres embarazadas y puérperas en el sistema penitenciario, de acuerdo con los marcos legales y las buenas prácticas de salud pública.

Contribuciones de los autores

Los autores han declarado que han realizado contribuciones sustanciales al trabajo en términos de la concepción o diseño de la investigación; la adquisición, análisis o interpretación de datos para el trabajo; y la redacción o revisión crítica de contenido intelectual relevante. Todos los autores aprobaron la versión final que se publicará y acordaron asumir la responsabilidad pública de todos los aspectos del estudio.

Conflictos de intereses

No se declararon conflictos financieros, legales o políticos que involucraran a terceros (gobierno, empresas privadas y fundaciones, etc.) para ningún aspecto del trabajo presentado (incluyendo, entre otros, subvenciones y financiación, membresía del consejo asesor, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

Indexadores

La Revista *Psicologia, Diversidade e Saúde* está indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



Referencias

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 [Factores relacionados con la salud de la mujer en el posparto y repercusiones en la salud de los niños]. *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* [Significados atribuidos por los enfermeros a los cuidados que prestan a las personas encarceladas]. [Tesis de Maestría, 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 [Atención sanitaria para mujeres encarceladas: un análisis basado en la Teoría de las Necesidades 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? [Cesáreas en Brasil: ¿Afectarán al futuro de las madres y sus hijos?]. *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 las cesáreas en Brasil: una llamada a la reflexión]. *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 [Construcción narrativa de la realidad]. *Critical Inquiry*, 18(1), 1-21.

Campelo, I. L. B., Bezerra, A. D. C., Guimarães, J. M. X., Moraes, 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 [Acceso y atención a la salud de las mujeres privadas de libertad en el sistema penitenciario de Ceará]. *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 [Embarazo y maternidad en prisión: la atención sanitaria desde el punto de vista de las reclusas en una unidad 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* [Fundamentos del desarrollo infantil: del embarazo a los 3 años]. 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 [Pertenenencia social y vulnerabilidades en las experiencias de parto y embarazo en prisión]. *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 [Falta de asistencia a las embarazadas en las cárceles]. *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 [El proceso de decisión sobre el tipo de parto en Brasil: de la preferencia inicial de las mujeres a la vía final de parto]. *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 [Condiciones, proceso y vivencia del encarcelamiento femenino: un estudio de campo en la Penitenciaría de Mujeres de 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 [El color del dolor: desigualdades raciales en la atención prenatal y el parto en 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 [Atención prenatal a las mujeres brasileñas: desigualdades raciales y sus implicaciones para la atención]. *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 [La percepción del puerperio entre rejas]. *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 [El significado de la lactancia materna en prisión]. *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* [El reto del conocimiento: investigación cualitativa en salud]. (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 [Atención durante el parto y el alumbramiento para mujeres privadas de libertad: una revisión del alcance]. *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 [Representaciones sociales de la maternidad para las madres reclusas]. *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 [Establece directrices para la organización de la Atención a la Salud en el Embarazo de Alto Riesgo y define los criterios para la implementación y calificación de los servicios de referencia para la Atención de la Salud en el Embarazo de Alto Riesgo, incluida la Casa de la Embarazada, del Bebé y de la Mujer Puérpera (CGBP), de acuerdo con la Red 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 [Aprueba los siguientes lineamientos y normas regulatorias para investigaciones que involucran seres humanos]. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-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 [Perfil gineco-obstétrico de las mujeres presas en el estado de 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 las ciencias 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 [Parto entre rejas: Una práctica asistencial dirigida a embarazadas, puérperas y recién nacidos privados de libertad]. *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 [Embarazo durante la privación de libertad: un estudio mixto]. *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 [Atención sanitaria a mujeres embarazadas privadas de libertad: una revisión integradora]. *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 [Lactancia materna exclusiva entre personas presas: un enfoque interseccional y abolicionista para analizar la producción científica en Brasil entre 2000 y 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 [Salud mental de las mujeres encarceladas en una prisión del estado de Río 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 [Reflexiones sobre los cuidados de enfermería a mujeres encarceladas: un estudio de revisión integrador]. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 22(1), 55-62. <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6240/3563>