

ATENÇÃO À SAÚDE NA VIVÊNCIA DA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

HEALTHCARE DURING PREGNANCY AND THE POSTPARTUM PERIOD IN THE BRAZILIAN PRISON SYSTEM: A SYSTEMATIC REVIEW

ATENCIÓN EN SALUD DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSPARTO EN EL SISTEMA PENITENCIARIO BRASILEÑO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Emily Araújo Fernandes¹

Janaina Luana Rodrigues da Silva Valentim²

Aline de Pinho Dias³

RESUMO: Esse artigo buscou comparar a atenção à saúde prestada às gestantes e puérperas no sistema prisional brasileiro com os padrões de cuidado estabelecidos pelas diretrizes normativas nacionais e internacionais do tema. Essa revisão sistemática foi conduzida conforme as recomendações do PRISMA 2020. A pergunta norteadora foi estruturada pelo acrônimo PICO, focando em gestantes e puérperas (P), na assistência à saúde prisional (I), em comparação às normativas (C) e nos desfechos maternos (O). A busca foi realizada em dezembro de 2025 em sete bases de dados (PubMed, Embase, Scopus, CINAHL, Web of Science, LILACS e SciELO), utilizando termos indexados no MeSH. Foram selecionados 23 artigos para a síntese. Como resultado foi observado que o perfil das mulheres encarceradas é homogêneo: jovens, de baixa escolaridade, predominantemente pretas ou pardas e custodiadas majoritariamente por tráfico de drogas. Apesar do robusto arcabouço legal, a assistência é insuficiente. Estudos indicam que o pré-natal é frequentemente inadequado, com início tardio e número de consultas abaixo do mínimo preconizado em até 41% dos casos. Dados do SISDEPEN revelam trajetórias irregulares na infraestrutura de berçários e escassez crítica de ginecologistas nas unidades. Com isso observa-se o distanciamento entre o direito assegurado e a assistência efetivamente prestada.

Palavras-chave: Maternidade. Sistema Prisional. Legislação.

ABSTRACT: This article aimed to compare the healthcare provided to pregnant and postpartum women in the Brazilian prison system with the care standards established by national and international normative guidelines on the subject. This systematic review was conducted according to the PRISMA 2020 recommendations. The guiding question was structured using the PICO acronym, focusing on pregnant and postpartum women (P), prison healthcare (I), comparison to normative guidelines (C), and maternal outcomes (O). The search was conducted in December 2025 in seven databases (PubMed, Embase, Scopus, CINAHL, Web of Science, LILACS, and SciELO), using terms indexed in MeSH. Twenty-three articles were selected for synthesis. The results showed that the profile of incarcerated women is homogeneous: young, with low levels of education, predominantly Black or mixed-race, and mainly detained for drug trafficking. Despite the robust legal framework, assistance is insufficient. Studies indicate that prenatal care is frequently inadequate, with late initiation and a number of consultations below the minimum recommended in up to 41% of cases. Data from SISDEPEN reveal irregular trajectories in nursery infrastructure and a critical shortage of gynecologists in the units. This highlights the gap between the guaranteed right and the care actually provided.

Keywords: Maternity. Prison system. Legislation.

¹Mestranda no Programa de Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

²Doutora em Estudos Contemporâneos e Interdisciplinares pelo Instituto de Investigação Interdisciplinar da Universidade de Coimbra em Portugal, Pesquisadora no Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Pesquisadora do Centro de Estudos Globais da Universidade Aberta de Portugal.

³Pós-Doutorado em Educação pela Universidade de Coimbra, Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

RESUMEN: Este artículo tuvo como objetivo comparar la atención en salud proporcionada a mujeres embarazadas y puérperas en el sistema penitenciario brasileño con los estándares de atención establecidos por las directrices normativas nacionales e internacionales sobre el tema. Esta revisión sistemática se realizó de acuerdo con las recomendaciones PRISMA 2020. La pregunta guía se estructuró utilizando el acrónimo PICO, centrándose en mujeres embarazadas y puérperas (P), atención en salud penitenciaria (I), comparación con las directrices normativas (C) y resultados maternos (O). La búsqueda se realizó en diciembre de 2025 en siete bases de datos (PubMed, Embase, Scopus, CINAHL, Web of Science, LILACS y SciELO), utilizando términos indexados en MeSH. Se seleccionaron 23 artículos para síntesis. Los resultados mostraron que el perfil de las mujeres encarceladas es homogéneo: jóvenes, con bajos niveles de educación, predominantemente negras o mestizas, y principalmente detenidas por tráfico de drogas. A pesar del sólido marco legal, la asistencia es insuficiente. Los estudios indican que la atención prenatal es frecuentemente inadecuada, con un inicio tardío y un número de consultas inferior al mínimo recomendado en hasta el 41% de los casos. Los datos de SISDEPEN revelan trayectorias irregulares en la infraestructura de las unidades neonatales y una grave escasez de ginecólogos. Esto pone de manifiesto la brecha entre el derecho garantizado y la atención que realmente se presta.

Palabras clave: Maternidad. Sistema penitenciário. Legislación.

INTRODUÇÃO

O encarceramento feminino é um fenômeno de relevância global, que demanda um olhar atento às necessidades reprodutivas, uma vez que estimativas indicam que 3% a 4% das mulheres ingressam no sistema prisional grávidas, conforme observado em contextos como o dos Estados Unidos (Fochi et al., 2017). No Brasil, que detém a terceira maior população carcerária do mundo, com mais de 800 mil pessoas privadas de liberdade, esse cenário é particularmente complexo devido às condições de confinamento e ao estigma social (Valentim et al., 2024), os dados de 2022 registraram um contingente de 45.388 mulheres custodiadas, o que reforça a necessidade de políticas de saúde específicas para esse grupo. (Santos; Schneider; Vargas, 2024). O sistema carcerário brasileiro apresenta um paradoxo entre o ideal humanizado da Lei de Execução Penal e uma realidade seletiva e excludente, que atua como o último degrau de um processo sistemático de negação de direitos (Valentim, 2026). Essa negligência estatal é particularmente crítica no que tange à saúde, onde o descumprimento de preceitos constitucionais impõe à população privada de liberdade uma vida abaixo da linha da dignidade mínima (Valentim, 2023a). Embora o ambiente prisional tenha sido historicamente árido para o binômio mãe-filho, com graves deficiências estruturais e falta de investimentos, resultando em violações sistemáticas dos direitos fundamentais, incluindo a carência de assistência à saúde (Valentim et al., 2021), a implementação gradual de normas como as Regras de Bangkok, a

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) e infraestruturas específicas, como as Unidades Materno-Infantis (UMI), busca garantir o tratamento digno, o respeito às especificidades de gênero no cárcere e a integração dos centros de saúde prisionais à rede do SUS, sinalizando uma importante evolução estrutural e normativa em direção à formação de ambientes mais seguros e acolhedores. Essa transição para um cuidado mais humanizado foi fortalecida pelo reconhecimento jurídico do "Estado de Coisas Inconstitucional" na ADPF 347, que, ao explicitar as carências estruturais do sistema, atua como um catalisador fundamental para que o Estado assuma o compromisso de garantir o mínimo existencial e a dignidade das pessoas privadas de liberdade (Kosak, 2020). Diante desse quadro, emergem estratégias inovadoras para superar as fragilidades do sistema. Iniciativas de educação massiva em saúde com foco no sistema prisional, têm demonstrado eficácia na qualificação de profissionais de saúde e agentes penais, resultando em melhorias nos processos de trabalho e no aumento de diagnósticos e tratamentos de agravos como a sífilis (Valentim et al, 2022). Tais iniciativas contribuem diretamente para o aumento da resiliência do sistema de saúde e para a melhoria de indicadores epidemiológicos, como a ampliação da testagem e diagnóstico de sífilis nas unidades prisionais. (Valentim et al, 2023b). Assim, o cenário atual, embora desafiador, apresenta-se como um campo de reformas necessárias e avanços graduais, onde a síntese das evidências científicas torna-se essencial para fundamentar a efetivação integral dos direitos humanos das mulheres encarceradas e de seus filhos.

MÉTODOS

Esta revisão sistemática foi conduzida seguindo as recomendações do PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). A pergunta norteadora foi estruturada por meio do acrônimo PICO, em que se conferiu “P (População)” às gestantes e puérperas em privação de liberdade no Brasil, “I (Intervenção / Exposição)” à exposição à assistência à saúde oferecida no sistema prisional (incluindo pré-natal, parto, puerpério e aspectos psicossociais), “C (Comparação)” à assistência à saúde preconizada nas diretrizes normativas do SUS e “O (Outcomes/Desfechos)” aos desfechos de saúde materna e neonatal. Com isso, a questão norteadora da pesquisa foi “A assistência à saúde prestada às gestantes e puérperas no sistema prisional brasileiro está em conformidade com as diretrizes do SUS? Quais são os desfechos materno-infantis decorrentes dessa assistência?”

A identificação de estudos relevantes ocorreu em dezembro de 2025. A primeira etapa consistiu em uma busca inicial nas bases de dados online Pubmed e CINAHL, utilizando os descritores relacionados à mnemônica PICO, padronizados e indexados no vocabulário MeSH (Medical Subject Headings) seguida por uma análise das palavras-chave contidas no título e no resumo dos artigos recuperados, bem como dos termos de indexação utilizados para descrever os artigos. Passando então para segunda etapa, as palavras-chave e termos de indexação identificados foram associados aos descritores por meio dos operadores booleanos AND e OR, originando a estratégia de busca - ("pregnancy" or "postpartum" or "neonatal health" or "prenatal care" or "childbirth" or "children" or "pregnant women" or "mothers" or "Obstetric Labor Complications" or "Delivery, Obstetric" or "Parturition") and ("prisons" or "prison" or "Prisoners") and ("Brazil" or "brazilian") - que foi utilizada nas bases de dados Pubmed, Embase, Scopus, CINAHL, Web of Science, LILACS e SciELO

Os critérios de seleção foram estudos que incluem gestantes e puérperas dentro do sistema prisional. Não foram definidas restrições quanto ao ano de publicação e ao idioma. Excluíram-se os estudos duplicados, artigos de opinião e estudos em que o texto completo não estava disponível.

Para o processo de seleção, todos os estudos encontrados foram transportados para o software Rayyan (<https://new.rayyan.ai/>), realizando-se a exclusão de duplicatas. Em seguida, efetivou-se a seleção em duas etapas por dois revisores independentes: na primeira, ocorreu a leitura de títulos e resumos e, na segunda, a leitura do texto na íntegra. Na leitura de títulos e resumos, foram selecionados para a fase seguinte os estudos que atendiam aos critérios de inclusão. Com a leitura dos textos na íntegra, foram selecionados os artigos originais que analisaram o cuidado às gestantes nas penitenciárias brasileiras.

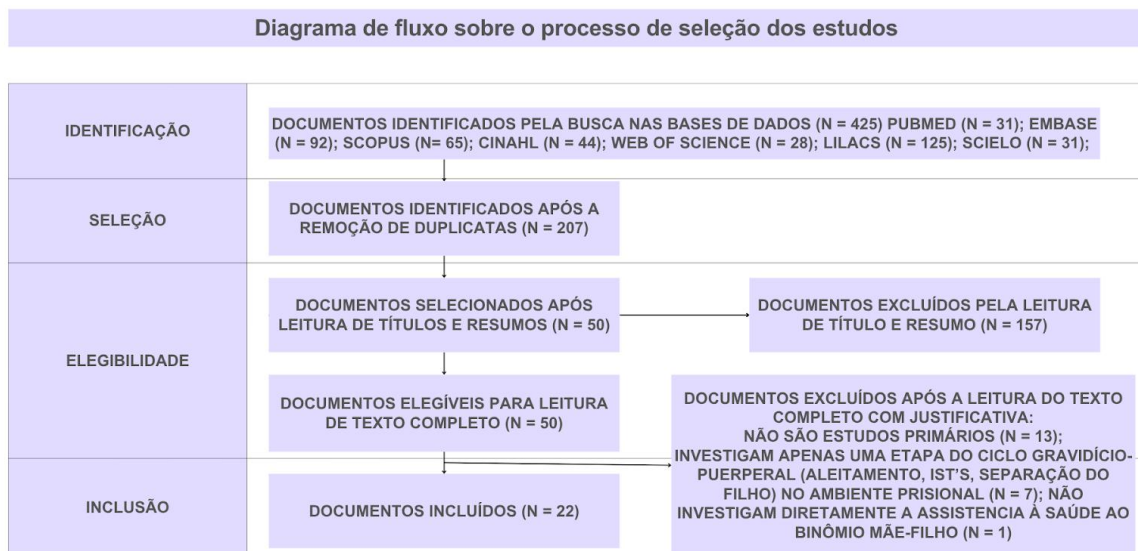
A extração de dados foi orientada por um formulário que englobou os seguintes dados: autor/ano de publicação; estado brasileiro; tipo de pesquisa; objetivo do artigo; tamanho da amostra; número de citações que recebeu;

Foram identificadas 425 publicações, após a exclusão das duplicatas ficaram 207 documentos, após a leitura de títulos e resumos, foram excluídos 157, resultando em uma amostra de 50 publicações. Após a leitura completa, foram selecionados 22 artigos para integrar esta revisão (Figura 1).

Ao caracterizar os 22 artigos selecionados, observou-se uma significativa concentração na última década, com 21 publicações datadas a partir de 2015. O ano com maior frequência de

publicações foi 2022, com 4 artigos, seguido pelos anos de 2017 e 2024, com 3 artigos em cada período. Quanto à localização geográfica, os estudos de âmbito nacional ou multiestados representaram a maior parcela da amostra (6 publicações), englobando censos, revisões e análises de bases de dados federais. Entre as unidades federativas, destaca-se São Paulo com 3 publicações, seguida por Pernambuco e Rio de Janeiro com 2 artigos cada. Os demais 9 artigos distribuíram-se individualmente entre os estados do Pará, Ceará, Bahia, Mato Grosso, Rio Grande do Norte, Roraima, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul. O tipo de estudo predominante é o qualitativo, com 13 artigos (59,1%), que empregaram métodos como fenomenologia, etnografia, análise de representações sociais e relatos de narrativas. Os estudos de natureza quantitativa, transversal ou censitária totalizaram 5 artigos (22,7%), enquanto relatos de experiência, revisões integrativas e metodologias jurídico-descritivas compuseram os 4 artigos restantes (18,2%).

Figura 1: Diagrama de fluxo sobre o processo de seleção dos estudos



Fonte: Fernandes et al (2026)

NORMATIVAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

O arcabouço legal para a assistência às gestantes no sistema prisional inicia-se com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, que se consolidou como marco ético e político de proteção da dignidade

humana. Este documento estabelece que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, afirmando a proibição de qualquer forma de tratamento cruel, desumano ou degradante. A DUDH também reconhece o direito à vida, à segurança pessoal e a um padrão de vida adequado que assegure saúde, bem-estar, destacando que a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Esses princípios éticos foram transformados em obrigações jurídicas vinculantes para os Estados com a adoção do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP) ratificado pelo Brasil, por meio do Decreto nº 592/1992. No contexto da custódia estatal, o Pacto dispõe que toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana, tendo o regime prisional como objetivo a reabilitação social dos presos. O PIDCP reforça a igualdade entre homens e mulheres no gozo dos direitos e prevê salvaguardas específicas para mulheres gestantes, como a proibição da aplicação da pena de morte durante a gravidez. Adicionalmente, reafirma o dever estatal de proteger a família como núcleo fundamental da sociedade e de assegurar a toda criança medidas de proteção adequadas à sua condição. (ONU, 1948; BRASIL, 1992)

A concretização desses direitos no ambiente carcerário é detalhada pelas Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela, 2015), que são complementares ao Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer Forma de Detenção ou Prisão (1988). Esses instrumentos adicionam às normativas internacionais que o Estado é responsável por garantir serviços de saúde equivalentes aos disponíveis na comunidade, com atenção especial às necessidades de grupos vulneráveis. (ONU, 2015; ONU, 1988).

A garantia desses serviços é complementada pelos Princípios de Ética Médica Aplicáveis à Função do Pessoal de Saúde Especialmente aos Médicos, na Proteção de Prisioneiros ou Detidos Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, adotados em 1982 pela Assembleia Geral da ONU. Esses Princípios estabelecem que os profissionais de saúde, especialmente os médicos, têm o dever de oferecer proteção física e mental a pessoas presas ou detidas, considerando também que a participação do pessoal de saúde em práticas abusivas não é apenas ilegal, mas é também uma grave violação da ética profissional. Assim, configura transgressão ética e delito, à luz dos instrumentos internacionais, qualquer forma de envolvimento, ativo ou passivo, em tortura, maus-tratos ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, incluindo sua incitação ou conivência (ONU, 1982)

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979), ratificada pelo Brasil em 1994, constitui outro marco essencial, pois proíbe discriminação baseada no sexo em qualquer esfera da vida. Particularmente relevante às gestantes privadas de liberdade, a CEDAW reconhece a importância social da maternidade e obriga os Estados a garantir assistência apropriada à gravidez, ao parto e ao período pós-parto, incluindo nutrição adequada e serviços gratuitos quando necessário. A Plataforma de Ação de Pequim (1995) complementa esse marco jurídico ao enfatizar a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva, especialmente em contextos de vulnerabilidade, como o cárcere.

A concretização e o detalhamento das obrigações de direitos humanos no contexto prisional feminino foram posteriormente fortalecidos pelas Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras (Regras de Bangkok, 2010), que complementam as Regras de Mandela. Reconhecendo as mulheres como grupo vulnerável com necessidades específicas, as Regras de Bangkok determinam que medidas não privativas de liberdade sejam priorizadas para gestantes ou mães de crianças pequenas, restringindo a prisão a casos graves ou violentos. No âmbito da execução penal, proíbem o uso de instrumentos de contenção durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, vedam o isolamento disciplinar de gestantes, lactantes ou mães com filhos, e obrigam a oferta de alimentação adequada, ambiente saudável e exercícios físicos regulares. Também estabelecem que qualquer decisão sobre permanência do filho no sistema prisional seja baseada no melhor interesse da criança. (ONU, 2010)

O arcabouço legal nacional é solidificado pela Constituição da República Federativa do Brasil (1988), que eleva os direitos e garantias fundamentais e sociais ao patamar de princípios máximos da República. O texto constitucional assegura aos presos respeito à integridade física e moral, e reconhece como direitos sociais a saúde, a alimentação e a proteção à maternidade e à infância. A Constituição determina ainda que as presidiárias tenham asseguradas condições para permanecer com seus filhos durante o período de amamentação. Ademais, incorpora tratados internacionais de direitos humanos, que, quando aprovados em rito qualificado, adquirem status equivalente às emendas constitucionais, ampliando a força normativa dos instrumentos internacionais mencionados. (BRASIL, 1988)

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização busca promover mudanças nos modos de gerir e cuidar. Entre seus eixos, destacam-se a transversalidade, onde explica que transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem

conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável. O acolhimento faz parte das diretrizes da PNH, onde encontra-se que acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. A diretriz da ambiência, chama atenção para a necessidade de espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço. Essa é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde dos profissionais que atuam no contexto carcerário, tendo em vista que a ambiência nas prisões é um ponto crítico. (BRASIL, 2003)

A Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/1984) regulamenta os direitos dos apenados, que incluem o ensino profissional, ministrado em nível de iniciação ou de aperfeiçoamento técnico, especificando que a mulher condenada terá ensino profissional adequado à sua condição, o que se torna uma ferramenta para recomeçar a vida com mais perspectivas, fundamental para o processo de ressocialização e autonomia, visto que ao sair do cárcere, a mulher, que frequentemente será a principal provedora da criança, terá mais chances de conseguir um emprego e sustentar sua família de forma digna, contribuindo diretamente para a redução da reincidência. O acesso ao trabalho é um direito que contribui para a dignidade humana, assim, durante a privação de liberdade, essa oportunidade oferece uma ocupação produtiva e educativa. Ressalta-se a idéia de que o trabalho e o estudo são mecanismos que permitem a remissão da pena, sendo um incentivo para a participação das encarceradas, podendo resultar em uma saída mais rápida do sistema prisional para o convívio com sua criança. (BRASIL, 1984)

A LEP também propõe soluções para os desafios específicos das mulheres privadas de liberdade, como, por exemplo, a garantia de segurança das dependências internas a serem realizadas exclusivamente por agentes do sexo feminino, com exceção para pessoal técnico especializado, garante também, a assistência à saúde no ciclo gravídico-puerperal, assegurando o acompanhamento médico à mulher no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido. A referida Lei determina, ainda, que estabelecimentos penais femininos devem ter seções específicas para gestantes e parturientes, bem como berçários que permitam o cuidado e a amamentação dos filhos por, no mínimo, seis meses e uma creche para filhos de até sete anos, com atendimento por pessoal qualificado. Para mulheres gestantes, mães ou responsáveis por

peças com deficiência, a progressão de regime exige o cumprimento de apenas 1/8 da pena, desde que preenchidos outros requisitos como bom comportamento e não ter cometido crime violento. (BRASIL, 1984)

Como complemento, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC) dispõe da resolução nº 07/2003, recomendando que as unidades femininas estejam aptas a realizar acompanhamento pré-natal de baixo risco e que disponham, no mínimo, de um médico ginecologista (BRASIL, 2003). Integrando-se aos direitos dos apenados, o Conselho também inclui a Resolução nº 14, de 1994, que estabelece as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil, que, dentre seus dispositivos, há o detalhamento da infraestrutura de emergência, exigindo que o estabelecimento prisional destinado a mulheres disponha de dependência dotada de material obstétrico para atender à grávida, à parturiente e à convalescente, em caso de emergência, quando não for possível a transferência imediata para unidade hospitalar. Adicionalmente, a norma determina que, no deslocamento da mulher presa, a escolta seja integrada, pelo menos, por uma policial ou servidora pública. (BRASIL, 1994)

A inclusão da população penitenciária no SUS, orientada pelos princípios basilares de universalização, equidade e integralidade, foi consolidada por meio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído em 2003, posteriormente substituído pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com a portaria interministerial n.º 1/2014. A PNAISP promove ações de Atenção Primária à Saúde (APS), priorizando a prevenção de agravos prevalentes e o respeito às especificidades regionais e locais. Para tornar a política efetiva, foi instituído o modelo das Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), organizadas segundo a Estratégia Saúde da Família (ESF), mas adaptadas ao contexto carcerário. Cada equipe deve ser multiprofissional, podendo contar com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, psicólogo e assistente social. As eAPP são responsáveis pela atenção básica integral, pela articulação com a rede externa do SUS para média e alta complexidade e pelo monitoramento epidemiológico da população prisional. Entre os objetivos da política, está a garantia ao acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS), à autonomia aos profissionais, à qualificação e humanização do cuidado e fortalecimento das relações intersetoriais com outras políticas sociais, de direitos humanos e de justiça criminal. Para organizar a APS surge a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria nº 2.436/2017, que inclui como público prioritário, populações em situação de vulnerabilidade, como as pessoas privadas de liberdade. A PNAB a

prevê adoção de estratégias que minimizem a exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. Essa política também reforça a integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, visando estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. A PNAB assegura o cadastramento e atualização no sistema de informação vigente, para o acompanhamento sistemático e a análise da situação de saúde da população, inclusive em espaços prisionais. (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014; BRASIL, 2017)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, representa um marco na incorporação da perspectiva de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos nas políticas de saúde brasileiras, sendo também um dos primeiros documentos a reconhecer explicitamente as mulheres em situação de prisão como grupo prioritário. A PNAISM amplia o escopo da atenção integral à saúde ao considerar especificidades de populações historicamente excluídas, como mulheres negras, indígenas, rurais, com deficiência e presidiárias. Propõe o acesso garantido à atenção básica dentro dos presídios, aliado à referência para serviços de média e alta complexidade. Entre seus objetivos específicos, destacam-se a prevenção e o tratamento de ISTs, o acompanhamento obstétrico e o fortalecimento de práticas de planejamento reprodutivo e familiar. A política também defende a humanização do cuidado, ao valorizar dimensões psicológicas, sociais, culturais e de gênero. Para tanto, estabelece como diretrizes o acolhimento humanizado, a captação precoce das usuárias, a garantia de recursos tecnológicos e insumos adequados, como também a formação permanente de profissionais de saúde, a orientação e participação ativa das mulheres nos processos de decisão sobre seu cuidado e o monitoramento contínuo da qualidade dos serviços. Com foco na saúde materna e infantil, é instituída pela Portaria GM/MS nº 5.350/2024, a Rede Alyne, que abrange o pré-natal, o parto, o nascimento, e o puerpério. Entre suas diretrizes, destaca-se a promoção da equidade, com ênfase na superação das iniquidades étnico-raciais e na redução da morbimortalidade materna e infantil, especialmente entre mulheres negras e indígenas. A Rede também prevê dispositivos específicos como a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), residência provisória destinada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de vulnerabilidade, que pode se articular ao planejamento de saída ou reinserção social de mulheres presas. E institui o Sistema Logístico de Garantia de Acesso, cuja diretriz “Vaga Sempre” assegura leitos e transferências para gestantes e recém-nascidos graves ou

potencialmente graves. Ao reconhecer as condições clínicas, sociais e demográficas que caracterizam a gestação em privação de liberdade como de alto risco. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2024)

A Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), instituída em 2014 pela Portaria Interministerial nº 210, ampliou a abordagem sobre os direitos das mulheres encarceradas ao articular saúde, assistência social, educação, trabalho e justiça, em uma perspectiva intersetorial e de gênero. Diferentemente das políticas anteriores, que se concentravam sobretudo no campo da saúde, a PNAMPE reconhece que a maternidade, a gestação e o período pós-parto em contexto prisional exigem garantias específicas além do aspecto biomédico, estabelece ações voltadas à promoção da autonomia e da cidadania, com foco na educação, no trabalho e no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, incluindo medidas para egressas do sistema prisional.

ENTRE AS NORMAS E OS DADOS: O CENÁRIO DA MATERNIDADE EM 20 ANOS

O Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN) é o mecanismo por meio do qual a Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN) coleta e sistematiza dados sobre o sistema prisional brasileiro. O sistema compila informações fornecidas pelas Secretarias de Administração Prisional dos Estados e pelo Sistema Penitenciário Federal, abrangendo dados sobre a população prisional (por regimes, faixa etária, etnia, entre outros), capacidade de vagas, déficit e superávit, trabalho, estudo, saúde e movimentações carcerárias (entradas, alvarás, transferências, entre outras). A análise desses indicadores subsidia a tomada de decisões e a avaliação das políticas públicas, enquanto a disponibilização pública dos relatórios possibilita o monitoramento da situação carcerária, contribuindo para a transparência da administração prisional.

Com o objetivo de analisar a evolução dos recursos e da infraestrutura voltados especificamente para gestantes, puérperas e crianças sob custódia, foram examinados os relatórios publicados pelo SISDEPEN. Os dados do primeiro semestre de 2025 registraram a existência de 59 celas destinadas a gestantes e 50 estabelecimentos com berçários, em um contexto no qual foram contabilizadas 78 mulheres gestantes e lactantes sob custódia. No mesmo ano, o total de crianças nos estabelecimentos prisionais era de 90. Considerando que celas e berçários podem dispor de mais de um leito, os dados sugerem uma capacidade potencialmente suficiente para atender à demanda registrada no período. A capacidade total

declarada dos berçários era de 429 vagas em junho de 2023, reduzindo-se para 403 em junho de 2025.

A distribuição etária observada em junho de 2025 indicou a presença de 83 crianças com idade entre 0 e 6 meses, 7 crianças entre 6 meses e 1 ano e nenhuma criança com idade entre 1 e 2 anos ou mais no ambiente prisional, o que sugere que a permanência das crianças tende a se concentrar no período inicial da amamentação.

Uma limitação recorrente nos relatórios do SISDEPEN, especialmente nos ciclos mais antigos, refere-se à ausência de informações prestadas por parte de alguns estabelecimentos penais, resultando em dados incompletos ou não representativos do total. No primeiro relatório publicado, referente a junho de 2005, informações consideradas básicas, como o perfil da população prisional por grau de instrução, foram preenchidas por apenas cerca de 35% a 38% dos estabelecimentos. Ainda assim, observa-se que, nos anos subsequentes, ocorreram variações relevantes nos indicadores relacionados à infraestrutura destinada a gestantes e parturientes. No primeiro semestre de 2005, a capacidade total de leitos para esse grupo era de 100, número que aumentou para 322 em dezembro de 2011, seguido de oscilações nos períodos posteriores. Esse crescimento inicial coincide temporalmente com a publicação das Regras de Bangkok, em 2010, o que sugere a influência desse marco normativo internacional na infraestrutura e na melhoria no fornecimento dos dados.

A seguir são expostas as principais oscilações nas penitenciárias que impactam as mulheres e seus bebês:

Seções para Gestantes/Parturientes

Em Dezembro de 2005, foram reportados 15 estabelecimentos com seções para gestantes/parturientes.

Em Dezembro de 2006, esse número sofreu uma queda drástica, registrando apenas 4 estabelecimentos.

Apenas seis meses depois, em Junho de 2007, o número saltou para 27.

Em Junho de 2009, o total atingiu 48, mas caiu para 28 em Junho de 2010.

Berçários ou Similares

Em Dezembro de 2005, havia 18 estabelecimentos com berçários ou similares.

Em Junho de 2007, esse número atingiu 57.

Em Dezembro de 2010, registrou-se um pico de 84 estabelecimentos com berçários.

No entanto, em Dezembro de 2014, houve uma queda abrupta, caindo para 38 estabelecimentos.

O número recuperou para 51 em Dezembro de 2023, demonstrando que, embora haja crescimento ao longo de quase duas décadas, a trajetória é irregular.

Disponibilidade de Ginecologistas

Em Dezembro de 2008, foram contabilizados 15 médicos ginecologistas no total do sistema.

Em Dezembro de 2010, esse número caiu para 11.

Em Junho de 2013, atingiu um pico de 21 profissionais.

Em Junho de 2025, foram registrados 3 ginecologistas nas penitenciárias do Brasil

As variações podem refletir esforços concentrados e pontuais dos gestores (por exemplo, na inauguração de algumas unidades ou na contratação temporária de pessoal), seguidos de períodos de estagnação ou retrocesso. A oscilação, especialmente em itens de infraestrutura (como os berçários), que não deveriam desaparecer de um ano para o outro, indica dificuldades no preenchimento dos dados por parte dos estabelecimentos, o que impede a avaliação de um impacto sistêmico das normativas e políticas implementadas ao longo das décadas, dificultando a criação de orçamentos e programas de assistência específica para essa população sob responsabilidade do Estado.

Portanto, a disseminação de informações precisas e o fortalecimento dos sistemas de registro são pré-requisitos indispensáveis para gerar visibilidade perante a sociedade e garantir que o direito assegurado nas normas se transforme em assistência efetivamente prestada.

SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Perfil Sociodemográfico e Relação com a Criminalidade

O perfil das mulheres brasileiras em situação de cárcere que gestam ou coabitam com seus filhos apresenta características recorrentes. Estudos indicam o predomínio de mulheres jovens, majoritariamente na faixa etária entre 20 e 29 anos, autodeclaradas pardas ou pretas e com ensino fundamental incompleto. No que se refere ao estado civil, prevalece a condição de solteira ou "sem companheiro", com índices que variam de 55,6% em amostras nacionais a 77% em estudos regionais (Leal et al., 2016; Leal; Magalhães; Pereira, 2021).

A experiência do encarceramento é acompanhada por um processo de fragilização dos laços afetivos. Observa-se que o sentimento de abandono é intensificado pela escassez de visitas de companheiros e familiares, realidade percebida como uma punição social adicional ao cumprimento da pena (Chaves; Araújo, 2020). Estudos qualitativos em centros de referência, como o de Minas Gerais, ilustram essa vulnerabilidade ao registrar que menos da metade das internas contava com suporte familiar regular (Lopes; Pinheiro, 2016).

A compreensão desse perfil exige uma análise sob a perspectiva da interseccionalidade, na qual as opressões de raça, gênero e classe social convergem para estruturar a vulnerabilidade do grupo. Essa condição se estabelece precocemente, manifestando-se em abordagens policiais caracterizadas por violência física e moral que antecedem o ingresso no sistema prisional (Dalenogare et al., 2022).

O tráfico de drogas constitui o principal motivo da privação de liberdade, representando a causa da detenção em até 75% dos casos analisados. A inserção na trajetória infracional é frequentemente motivada pela ruptura de vínculos familiares e pela influência direta de parceiros afetivos envolvidos em atividades ilícitas. Tais evidências indicam a existência de uma rede de dependência financeira e emocional anterior ao aprisionamento (Silva et al., 2023)

Acompanhamento Pré-natal e Vulnerabilidade Epidemiológica

A assistência pré-natal no cárcere enfrenta barreiras que extrapolam a falta de insumos. Narrativas recentes colhidas por Cabral, Santos e Dionizio (2025) revelam que o início tardio do acompanhamento é comumente provocado pelo desconhecimento da gravidez ou pela sistemática falta de escolta para atendimentos em serviços externos. Além disso, a qualidade das consultas é comprometida por falhas na comunicação, Silva et al. (2015) identificam que a ausência de troca de informações entre os profissionais de saúde e o fornecimento de orientações inconsistentes geram insegurança nas gestantes, prejudicando o vínculo terapêutico indispensável para um desfecho gestacional seguro.

O censo nacional de Leal et al. (2016) indica que a assistência pré-natal foi inadequada para 36% das mães encarceradas. Em âmbito regional, Campelo et al. (2024) observaram no Ceará que 38,48% das gestantes realizaram apenas de zero a três consultas, índice inferior ao mínimo de seis atendimentos preconizados. No Pará, constatou-se que 41% das participantes apresentaram um número de consultas abaixo do normatizado pelo Ministério da Saúde. (Leal; Magalhães; Pereira, 2021). Em Mato Grosso do Sul, Pícoli et al. (2014) constataram que o início

do pré-natal ocorreu apenas no segundo ou terceiro trimestre em aproximadamente 40% das amostras analisadas. Além disso, o rastreamento de agravos na admissão prisional mostra-se limitado; dados indicam que 32,58% das internas não realizaram o teste rápido para HIV e 35,95% não foram testadas para sífilis no ingresso ao sistema.

A precariedade assistencial reflete-se em indicadores epidemiológicos, com taxas de transmissão vertical significativamente superiores às da população geral. Estima-se uma prevalência de sífilis de 8,7% e de HIV de 3,3% entre gestantes encarceradas, índices quase sete vezes maiores que os encontrados em usuárias do SUS em liberdade. A taxa de transmissão vertical de sífilis no cárcere atinge 66,7%, resultando em uma incidência de sífilis congênita 12,6 vezes maior do que a registrada na população geral. (Domingues et al., 2017). Conforme discutido por Oliveira et al. (2020), a redução consistente desses índices depende da garantia de que as gestantes custodiadas tenham acesso a um acompanhamento pré-natal integral, que inclua todas as ações e protocolos de combate à sífilis já oferecidos às mulheres em liberdade

A inadequação da assistência pré-natal reflete o que a Bioética da Proteção denomina como abandono das instituições vigentes. Sob essa ótica, as gestantes não são apenas vulneráveis, mas vulneradas pelo Estado, que falha em oferecer o suporte necessário para que enfrentem sua condição de afetadas pelo cárcere (Santos; Schneider; Vargas, 2024). A fragilidade no acompanhamento integral do ciclo gravídico-puerperal atua como potencializadora de riscos, favorecendo complicações maternas como hipertensão, anemia e infecções do trato urinário (Pícoli et al., 2014). Como consequência dessa vulnerabilidade, observa-se maior incidência de desfechos neonatais desfavoráveis, incluindo prematuridade e baixo peso ao nascer, agravados pelo estresse e pela insalubridade inerentes ao sistema prisional (Cabral; Santos; Dionizio, 2025).

A homogeneidade do perfil sociodemográfico das mulheres gestantes no cárcere, majoritariamente jovens, de baixa escolaridade e predominantemente pretas ou pardas, evidencia que os desfechos negativos de saúde não são meras fatalidades assistenciais, mas o reflexo direto da seletividade penal e do racismo estrutural. A negligência institucional, manifestada no início tardio do pré-natal e nas elevadas taxas de transmissão vertical de doenças como a sífilis e o HIV, configura uma extensão das vulnerabilidades que essas mulheres já enfrentavam em liberdade. Essa precariedade, muitas vezes naturalizada por profissionais de saúde e agentes sob a justificativa da segurança, reflete a necropolítica carcerária, na qual o Estado, ao falhar deliberadamente no cuidado de corpos historicamente marginalizados,

permite a perpetuação de iniquidades e violações de direitos fundamentais sob sua tutela (Santos; Bahia; Camêllo, 2024)

A Experiência do Parto e Violência Institucional

O parto é marcado pela ausência de acompanhantes de livre escolha (violando a Lei nº 11.108), sendo a maioria das mulheres acompanhadas apenas por agentes penitenciários (Leal; Magalhães; Pereira, 2021), apenas 3% das mulheres conseguiram acompanhante de sua escolha (Leal et al., 2016). Embora proibido por lei, ainda há relato de uso de algemas durante o trajeto e internação para o parto, de maus-tratos, abusos verbais, exames de toque repetidos e desrespeito à intimidade por profissionais de saúde e agentes. (Dalenogare et al., 2022)

A má avaliação da assistência hospitalar durante o parto encontra explicação no que Matos et al. (2019) denominam como "preconceito velado". Segundo o estudo, o ambiente hospitalar extramuros é palco de julgamentos morais e estigmas, onde profissionais de saúde e outros acompanhantes frequentemente tratam a detenta com medo ou distanciamento. Relatos colhidos pelas autoras evidenciam frases como "coloquem logo a escolta com essa presa que eu tô com medo", demonstrando que a identidade criminal sobrepõe-se à condição de mãe no momento do cuidado. Essa violência institucional, marcada por olhares diferenciados e desrespeito à dignidade, contribui para que o momento do nascimento seja experienciado com solidão e desamparo, em flagrante descompasso com o acolhimento humanizado preconizado pelo SUS.

Puerpério, Amamentação e o Vínculo Mãe-Filho

A experiência da amamentação no sistema prisional assume dimensões que transcendem a nutrição biológica, sendo ressignificada como um valor vital de proteção e segurança. O aleitamento atua como um processo de expansão do vínculo, estabelecendo um espaço subjetivo entre a mãe e o recém-nascido que funciona como refúgio diante da insegurança do ambiente carcerário. Para mulheres custodiadas, o ato de amamentar é percebido como o recurso primordial para garantir a vitalidade do filho em um cenário onde necessidades básicas nem sempre são supridas pela instituição (Santos et al., 2022a).

Nas Unidades Materno-Infantis (UMI), a rotina é marcada pela maternidade exclusiva, na qual as mães dedicam-se integralmente ao cuidado do bebê durante as 24 horas do dia. Embora essa dinâmica possa fortalecer o vínculo afetivo, ela frequentemente resulta em

isolamento e estresse elevado para a genitora (Nunes; Deslandes; Jannotti, 2020). Tais vivências são tensionadas pelo fenômeno da hipermaternidade no cárcere, caracterizado pelo acúmulo de responsabilidades maternas e domésticas sem redes de apoio externas (Chaves; Araújo, 2021).

As barreiras estruturais do sistema carcerário, como celas úmidas e falta de higiene, comprometem o exercício pleno da amamentação e a saúde dos lactentes. A exposição a ambientes insalubres resulta em agravos dermatológicos e respiratórios recorrentes nos bebês, configurando iniquidades em saúde. Além disso, a iminência da separação judicial entre mãe e filho impõe, muitas vezes, a introdução alimentar precoce de alimentos sólidos, contrariando recomendações de aleitamento exclusivo (Nunes; Deslandes; Jannotti, 2020).

Frente a esse cenário de estresse e precariedade estrutural, o relato de experiência de Fochi et al. (2020) apresenta estratégias concretas para mitigar a hostilidade do ambiente por meio de práticas humanizadas de cuidado. O estudo demonstra que a implementação de consultas de enfermagem em puericultura — utilizando materiais simples como chocalhos, potes coloridos e fitas métricas — aliada à realização de oficinas de brinquedos, permite a construção de um espaço terapêutico dentro da Ala de Amamentação. Essas intervenções não apenas garantem o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, mas também estimulam o vínculo afetivo e a criatividade, atuando como uma barreira protetora contra a desumanização institucional. Complementarmente, o uso de ferramentas educativas mostrou-se estratégico no enfrentamento de barreiras informacionais, especialmente durante a pandemia de COVID-19. A implementação de recursos como cartilhas de orientação permitiu que as lactantes se sentissem valorizadas em seu papel materno, auxiliando na manutenção do aleitamento seguro apesar das limitações impostas pelo confinamento (Santos et al., 2022b).

Repercussões Psicossociais e a Separação

A separação obrigatória aos seis meses de idade é representada como um momento "horrível", gerando profunda tristeza, angústia e medo do futuro da criança fora das grades (Santos; Bahia; Camêllo, 2024). Com isso, observa-se um risco elevado de transtornos mentais comuns (acima de 60%) entre as detentas, agravado pelas condições de confinamento e incerteza sobre a guarda dos filhos (Campelo, 2024).

O encerramento do período de aleitamento materno aos seis meses, conforme estabelecido pela legislação, impõe à mulher uma ruptura que transcende o campo biológico para se tornar uma "grade emocional". Segundo Batista e Loureiro (2017), essa transição é marcada

por uma profunda angústia subjetiva, sintetizada na pergunta dolorosa de uma das mães entrevistadas: "Será que ele vai me chamar de mãe?". Esse questionamento humaniza o debate sobre os desfechos do cárcere, revelando o medo real de que a distância institucional apague a identidade materna e transforme a mãe em uma figura "estranha" para a criança. Sob essa ótica, a separação compulsória não é apenas um trâmite administrativo, mas um evento que impõe um sofrimento continuado, onde a incerteza sobre o reconhecimento futuro do vínculo torna-se uma extensão imaterial da própria pena.

A separação compulsória aos seis meses de idade é vivenciada como uma "dupla penalidade", em que o aprisionamento é arbitrariamente estendido à criança devido à invisibilidade jurídica dos filhos das presas no ordenamento legal. Essa realidade é captada nas representações sociais das internas, conforme analisado por Medeiros et al. (2022), cujos termos centrais — "separação", "tristeza" e "dor" — cristalizam o sofrimento advindo de uma ruptura com data marcada. Como argumentam Ventura, Simas e Larouzé (2015), a legislação precisa ser efetivada para que a maternidade não seja reduzida a um ato biológico de alimentação, mas reconhecida como um direito fundamental à convivência familiar e à dignidade humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, o Brasil dispõe atualmente de um arcabouço legal avançado e robusto, consolidado por marcos fundamentais como a PNAISP, as Regras de Bangkok e o Marco Legal da Primeira Infância, além do reconhecimento jurídico do "Estado de Coisas Inconstitucional" do sistema carcerário na ADPF 347. Contudo, a realidade cotidiana das unidades prisionais ainda é marcada por uma omissão estatal e pela ineficácia institucional, que perpetuam a superlotação, a insalubridade e a negação sistemática de direitos fundamentais básicos. Promovendo o lúdico, os profissionais conseguem oferecer à mulher uma rede de apoio que fortalece sua autonomia materna e atenua os danos psicossociais do confinamento. Complementarmente, a promoção de educação permanente em saúde mediada por tecnologia para profissionais que atuam no ambiente do cárcere, é uma ferramenta eficaz para induzir mudanças nos processos de trabalho e garantir a escalabilidade de intervenções de saúde pública no sistema prisional, impactando diretamente na qualidade do cuidado prestado. Assim, a união entre a formação humana qualificada e a sensibilidade assistencial mostra-se o caminho para transformar o cárcere em um espaço de reconstrução cidadã e proteção à vida.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, L. M.; LOUREIRO, A. J. L. "Será que ele vai me chamar de mãe?": Maternidade e separação na cadeia. *Revista Psicologia Política*, v. 17, n. 38, p. 57-71, 2017.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Regras de Mandela: regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos. Brasília, DF, 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP). Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994. Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1994.
- BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP). Resolução nº 7, de 14 de abril de 2003. Recomenda a adoção de um elenco mínimo de ações de saúde que deve ser implantado nos sistemas penitenciários dos Estados. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992. Atos internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 1992.
- BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2. ed. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 jan. 2014.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jan. 2014.

CABRAL, P. A. S.; SANTOS, G. G.; DIONIZIO, L. A.. Experiências de gestantes e puérperas privadas de liberdade sobre o ciclo gravídico puerperal na prisão: estudo qualitativo. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 14, p. e5976-e5976, 2025.

CAMPELO, I. L. B. et al. Acesso e cuidado à saúde de mulheres privadas de liberdade na penitenciária cearense. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, p. e09172023, 2024.

CHAVES, L. H.; ARAUJO, I. C. Aprisionando mulheres em seus papéis de gênero: análise de uma prisão materno-infantil. *Contemporânea-Revista de Sociologia da UFSCar*, v. 11, n. 2, 2021.

CHAVES, L. H.; ARAÚJO, I. C. 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*, v. 30, n. 1, p. e300112, 2020.

DALENOGARE, G. et al. Pertencimentos sociais e vulnerabilidades em experiências de parto e gestação na prisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 263-272, 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalência de sífilis e HIV em gestantes encarceradas e incidência de sífilis congênita em crianças nascidas em prisões brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00183616, 2017.

FOCHI, M. C. S. et al. Mothers mothering in prison: an experience report of the nursing care project. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73(3):e20180932.

FOCHI, M. C. S. et al. Vivências de gestantes em situação de prisão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 19. 19-57 p. 2017.

KOSAK, A. P.; BARBOZA, E. M. Q. O papel do CNJ diante do reconhecimento do Estado de Coisas Inconstitucional do sistema carcerário brasileiro na perspectiva do ativismo dialógico. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, v. 10, n. 1, 2020.

LEAL, G. A. S.; MAGALHÃES, C. M. C.; PEREIRA, D. M. O. Grávidas e puérperas em situação de privação de liberdade: Avaliação do atendimento pré e pós-parto. *Revista Brasileira de Execução Penal*, v. 2, n. 2, 2021.

LEAL, M. C. et al. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 2061-2070, 2016.

LOPES, T. C.; PINHEIRO, R. Trajetórias de mulheres privadas de liberdade: práticas de cuidado no reconhecimento do direito à saúde no Centro de Referência de Gestantes de Minas Gerais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1193-1212, 2016.

MATOS, K. K. C.; SILVA, S. P. C.; NASCIMENTO, E. A. Filhos do cárcere: representações sociais de mulheres sobre parir na prisão. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e180028, 2019.

MEDEIROS, A. B. et al. Representações sociais da maternidade para mulheres em privação de liberdade no sistema prisional feminino. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 4541-4551, 2022.

NUNES, L. R. C.; DESLANDES, S. F.; JANNOTTI, C. B. Narrativas sobre as práticas de maternagem na prisão: a encruzilhada da ordem discursiva prisional e da ordem discursiva do cuidado. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00215719, 2020.

OLIVEIRA, E. S. G. et al. O desafio do combate à sífilis congênita e à sífilis em gestantes no sistema prisional brasileiro. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde-ISSN: 2236-1103*, v. 10, n. 1, p. 10-10, 2020.

ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas, Convenção Sobre A Eliminação De Todas As Formas De Discriminação Contra A Mulher. 18 de Dezembro de 1979.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer Forma de Detenção ou Prisão, Resolução 35/177 de 15 de Dezembro de 1980.

ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Pequim, 1995.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Resolução 217A (III), de 10 de dezembro de 1948.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Princípios de Ética Médica aplicáveis à função do pessoal de saúde, especialmente aos médicos, na proteção de prisioneiros ou detidos contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas cruéis, desumanos ou degradantes. Resolução 37/194, 18 de dezembro de 1982.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras (Regras de Bangkok). 22 de julho de 2010.

PETERS M. D. J. et al. Chapter II: scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editores. *JBI manual for evidence synthesis*.

PÍCOLI, R. P. et al. Gestação e puerpério no cárcere: estudo descritivo da atenção à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 38, n. 1, p. 67-67, 2014.

SANTOS, D. S. S.; SCHNEIDER, D. G.; VARGAS, M. A. O. Maternidade atrás e além das grades: análise na perspectiva da bioética da proteção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, p. e20220576, 2024.

SANTOS, K. A; BAHIA, A. G. M. F.; CAMÊLLO, S. Cárcere, necropolítica e maternidades subversivas:: encarceramento em massa e mulheres gestantes no ambiente prisional. *Revista do CAAP*, v. 29, n. 2, p. 1-30, 2024.

SANTOS, M. V. et al. O valor vital do aleitamento materno para mulheres custodiadas. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 31, p. e20210455, 2022a.

SANTOS, M. V. et al. Cartilha de amamentação nas instituições prisionais: iniciativa para promoção, proteção e apoio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, p. e20210214, 2022b.

SILVA, A. B. et al. O gestar em prisões por traficantes de drogas. *Revista Uruguaya de Enfermería*, v. 18, n. 2, 2023.

SILVA, M. M. et al. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal prestada na colônia penal feminina. *Revista de enfermagem UFPE on line*, p. 9038-9045, 2015.

TRICCO A. C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018; 169:467-73.

VALENTIM, J. L. R. S. et al. Data report: “health care of persons deprived of liberty” course from brazil’s unified health system virtual learning environment. *Frontiers in Medicine*, v. 8, p. 742071, 2021.

VALENTIM, J. L. R. S. et al. Educação massiva em saúde prisional no Brasil: um olhar além dos muros. *Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública*, v. 21, n. 10, p. 1350, 2024.

VALENTIM, J. L. R. S. et al. Evaluation of massive education in prison health: a perspective of health care for the person deprived of freedom in Brazil. *Frontiers in public health*, v. 11, p. 1239769, 2023b.

VALENTIM, J. L. R. S. et al. Prisão seletiva no Brasil: Uma história além dos muros. *Interference: a journal of audio culture*, v. 12, n. 1, p. 23-59, 2026. DOI: 10.36557/2009-3578.2026v12n1p23-59.

VALENTIM, J. L. R. S. et al. The relevancy of massive health education in the Brazilian prison system: The course “health care for people deprived of freedom” and its impacts. *Frontiers in public health*, v. 10, p. 935389, 2022. 22

VALENTIM, J. L. R. S. Um olhar além do concreto: formação humana mediada por tecnologia para a saúde no sistema prisional. 2023a. Tese (Doutorado em Estudos Contemporâneos) - Instituto de Investigação Interdisciplinar, Universidade de Coimbra, Portugal, 2023.

VENTURA, M.; SIMAS, L.; LAROUZÉ, B. Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, p. 607-619, 2015.