NOTA TÉCNICA NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 01/2021 POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL E POLÍTICA DE SAÚDE DAS MULHERES

PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO PARA MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE E PARCEIROS (AS)

2021

Sumário

Introdução	**3**
Avaliação Inicial da Mulher Privada de Liberdade	**10**
Pré-natal e cuidado à Gestante Privada de liberdade	**11**
HIV/Aids, sífilis, hepatites virais e outras IST, tuberculose	**15**
Saúde Mental	**17**
Alimentação e Nutrição	**19**
Pré-natal Pai/Parceira/Parceiro	**21**
Parto e Nascimento	**22**
Puerpério	**24**
Planejamento Sexual e Reprodutivo	**26**
Atenção em Situações de Violência	**27**
Atenção a filhos e filhas de mulheres em privação de liberdade	**29**
PIM no contexto prisional	**32**
Informações complementares	**34**
Autoria	**34**
Referências	**3**7

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE
NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 01 DE NOVEMBRO DE 2021
POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL E POLÍTICA DE SAÚDE DAS MULHERES

Introdução

Documento complementar ao Guia do Pré-natal na Atenção Básica

A nota técnica do pré-natal, parto e puerpério para mulheres privadas de liberdade e parceiros(as) destina-se a profissionais de saúde que atuam dentro de unidades prisionais ou na rede de atenção à saúde que assiste gestantes, puérperas e/ou lactantes e seus/suas parceiros(as).

Essa nota complementa as orientações contidas no Guia do Pré-Natal na Atenção Básica[1] e na Nota Técnica 02/2018 - Atenção ao Pré-natal na Atenção Básica (Resolução CIB 22/2019)[2].

As orientações contidas nesse documento também aplicam-se a homens trans/transmasculinos[3] privados de liberdade que estiverem em processo gestacional. A inclusão, o reconhecimento e o respeito à diversidade sexual e de gênero nos processos e ações em saúde são fundamentais para a garantia da equidade[4]. Segundo a Resolução Conjunta nº 1, de 2014 do Conselho Nacional de Combate à Discriminação, o acolhimento a pessoas LGBT no sistema prisional, tanto de mulheres trans como de homens trans/transmasculinos, deverá respeitar o nome social e o encaminhamento para unidades prisionais femininas, além de garantir a atenção integral à saúde, de acordo com a Política

[1]https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf
[2]https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190217/06111707-cibr022-19.pdf
[3]Homem trans/ transmasculinos: refere-se à experiência de pessoas que, ao nascer, foram designadas como do sexo feminino, mas expressam, vivem e reivindicam sua identidade de gênero masculina. Podem apresentar processos gestacionais, caso não tenham realizado histerectomia e/ou procedimentos complementares.
[4]Conforme assegurado pela Portaria SES nº 343/2014 e 512/2020, que instituíram, respectivamente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no Rio Grande do Sul (RS) e a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde.

Nacional de Saúde Integral de LGBT (BRASIL, 2014) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (BRASIL, 2021)[5].

Segundo dados do INFOPEN Mulheres 2017, em 15 anos os encarceramentos femininos no Brasil cresceram de 5.601 para 42.355, ampliando, portanto, em 656% o contingente de mulheres privadas de liberdade. Ressalta-se que, no Brasil, a população prisional feminina é composta por 50% de jovens (até 29 anos); 62% de pessoas negras; 66% de pessoas que não acessaram o ensino médio; 15% de pessoas que concluíram esse grau de instrução.

O Rio Grande do Sul ocupa o quinto lugar em número de mulheres privadas de liberdade, atrás apenas de São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Rio de Janeiro. No estado gaúcho, há 2.197 mulheres privadas de liberdade, correspondendo a 5,2% do total de 42.217 pessoas presas (SUSEPE, jan./2021). Das mulheres privadas de liberdade no RS, 44% têm até 34 anos; 31,07% são mulheres negras; 52,18% ainda não concluíram o ensino fundamental; 79% possuem um ou mais filhos (SUSEPE, 2020).

A Atenção Primária à Saúde no Sistema Prisional é regulamentada, em âmbito federal, pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade. Essa política prevê a implantação de Unidades Básicas de Saúde Prisional[6] – a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde-RAS – (BRASIL, 2014). As normas para a operacionalização PNAISP, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), passou por recente atualização através da Portaria 2.298/2021, de 9 de setembro de 2021 (BRASIL, 2021)[7].

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (BRASIL, 2004)[8], elaborada pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, destina-se ao atendimento das

[5]Nesse documento, quando hár menção a cuidados a mães, mulheres e gestantes, eles também se aplicam a homens trans/ transmasculinos, entendendo que o processo gestacional também pode estar presente, atentando-se a suas especificidades.

[6] Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 - Acesso em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.ht

[7] https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.298-de-9-de-setembro-de-2021-343833792

[8] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004

mulheres em seus variados ciclos de vida e conforme as distintas culturas, com enfoque nas questões de gênero. Ao colocar a mulher no centro da discussão, preza pela promoção da integralidade na saúde; enfatiza os direitos sexuais e reprodutivos femininos e o papel da mulher como sujeito no planejamento familiar; dá atenção às condições inseguras de saúde às quais a população feminina está sujeita, como abortamento inseguro e violência doméstica (BRASIL, 2004).

Um dos maiores ganhos dessa política encontra-se na delimitação de objetivos específicos voltados a grupos populacionais femininos e a temáticas muitas vezes desassistidas, incluindo: a atenção à saúde mental da mulher; a saúde da mulher no climatério; a saúde da mulher na terceira idade; a saúde da mulher negra; a saúde das trabalhadoras no campo e na cidade; **a mulher em situação de prisão**.

As situações precárias e de risco à saúde, às quais a população carcerária encontra-se exposta diariamente em seu ambiente de detenção ou reclusão, somam-se ao fato de que muitas das encarceradas nem sequer tinham acesso a serviços de saúde antes de serem presas. Essas mulheres estão sujeitas a inúmeras situações que as vulnerabilizam e as deixam mais expostas a doenças como câncer de colo uterino e de mama, infecções sexualmente transmissíveis (IST), Aids, bem como sofrimento e transtornos mentais, como depressão, transtorno de estresse pós-traumático e transtornos relacionados ao uso de drogas – evidenciadas pelas Regras de Bangkok (Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras) (BRASIL, 2016). Salienta-se que um grande contingente de mulheres ingressa no sistema prisional com enfermidades crônicas não identificadas, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus (MIRANDA; MERÇON-DE-VARGAS; VIANA, 2012).

O cuidado integral às pessoas que vivenciam a maternidade no cárcere pauta-se nos princípios e nas diretrizes da Rede Cegonha, conforme Portaria 1.459 em 24 de junho de 2011[9]. A Rede Cegonha é um programa de atenção integral a gestantes, parturientes, puérperas e aos bebês e possui quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério; atenção integral à saúde da criança.

[9] Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha.

Havendo, no território, a identificação de mulheres gestantes privadas de liberdade, é importante que se estabeleça imediato diálogo entre a Secretaria de Saúde, a direção da Unidade Prisional e a Secretaria de Administração Prisional, para planejamento da logística – escolta, deslocamento e (ou) prioridade de atendimento – e para busca de referências para a realização de acompanhamento no pré-natal, parto e puerpério pela rede de saúde (BRASIL, 2014). Tudo isso visando proporcionar às mulheres acesso a um cuidado humanizado, a testes e informações que as esclareçam sobre sua situação de saúde, planejamento sexual e reprodutivo, infecções sexualmente transmissíveis, promoção da saúde, prevenção de agravos. Com exceção do direito de ir e vir, não há restrição de direitos às pessoas privadas de liberdade, ou seja, aqueles referentes à saúde, à dignidade e à vida, previstos constitucionalmente, devem ser resguardados e assegurados pelo Estado. As crianças nascidas de mães presas devem ter acesso à mesma atenção pública à saúde que as outras crianças brasileiras (BRASIL, 2014).

A responsabilidade pela efetivação dos procedimentos relativos ao pré-natal e ao puerpério das gestantes privadas de liberdade e à atenção integral à saúde da criança compete à rede de atenção primária local.

Nas unidades prisionais com **equipes de atenção primária prisional** habilitadas pelo gestor do SUS nos moldes da PNAISP, o acompanhamento pré-natal será realizado, dentro do estabelecimento, pela equipe de atenção primária da unidade prisional.

Nas unidades prisionais **sem equipes de atenção primária**, o acompanhamento pré-natal se dará na rede, conforme pactuação acordada entre o gestor do SUS do município e o gestor da unidade prisional.

Em relação a outros componentes (pré-natal de alto risco e parto), apesar de não ser a executora, a atenção primária prisional ou do território deve estar alinhada aos demais pontos da Rede, uma vez que a população privada de liberdade compõe a

população adscrita do território de referência para atenção hospitalar e especializada (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2015; BRASIL, 2016).

No RS, as ações de atenção primária à saúde no sistema prisional são regidas também pela Portaria SES Nº 635/2021[10], que define os critérios de habilitação e a forma de distribuição dos recursos financeiros do PIAPS, que, no anexo II, estabelece critérios mínimos para operacionalização e financiamento das unidades básicas de saúde no sistema prisional.

ATENÇÃO!
Caso não haja uma Unidade Básica de Saúde dentro do presídio, o acesso aos exames de pré-natal na atenção básica deve ser realizado na unidade de saúde referência do município.

Tendo em vista a complexidade da vivência da gestação no cárcere e a necessidade de garantir acesso integral e equânime ao cuidado em saúde no pré-natal, parto e puerpério para mulheres privadas de liberdade, esse documento tem como objetivo orientar acerca dos direitos e dos cuidados adequados, previstos nos marcos legais.

As orientações das diretrizes 34 e 35 do Modelo de Gestão da Política Prisional (BRASIL, 2016)[11], dentre outros elementos, indicam que **se deve evitar, ao máximo, a pena privativa de liberdade para mulheres gestantes, assegurando-lhes o direito aos exames de pré-natal e ao planejamento para o parto e o acolhimento do bebê, bem como o convívio com o filho após o nascimento.** Na inevitabilidade da privação de liberdade, os estabelecimentos prisionais femininos deverão garantir o direito ao adequado acompanhamento de pré-natal, ao parto seguro e ao convívio com o filho durante a fase de amamentação e o período necessário à proteção infantil, a fim de viabilizar o princípio do interesse superior da criança. A diretriz nº 35 diz que em hipótese alguma serão admitidas: a) realização de partos no estabelecimento penitenciário; b) utilização de algemas ou outros meios de contenção das mulheres durante o transporte à unidade de saúde, a realização do parto e no pós-parto; c) interrupção do período de amamentação dos bebês como forma de

[10] https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/01101341-635.pdf
[11] https://www.justica.gov.br/modelo-de-gestao_documento-final.pdf

aceleração do afastamento entre mãe e filho. Ressalta-se que o Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica nº 23, endossado pela OMS, recomenda aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses.

No Rio Grande do Sul, dos 497 municípios, 76 possuem estabelecimentos prisionais de diferentes portes. De acordo com a SEAPEN/SUSEPE[12], há cinco estabelecimentos exclusivamente femininos em quatro municípios: dois localizados na capital – Porto Alegre (um de regime fechado e outro semiaberto) e três nas cidades de Guaíba, Lajeado e Torres.

As equipes de atenção primária prisional (eAPP) estão habilitadas em três dessas unidades: Presídio Estadual Feminino Madre Pelletier (população de 252 mulheres); Penitenciária Estadual Feminina de Guaíba (381 mulheres); Presídio Estadual Feminino de Lajeado (36 mulheres). O Presídio Estadual Feminino de Torres e seu anexo para o regime semiaberto, apesar de ser uma unidade prisional exclusivamente feminina, albergando 79 mulheres privadas de liberdade, não possui uma eAPP em funcionamento. Por conseguinte, o acompanhamento pré-natal é realizado, na rede de atenção do município, pela equipe de referência.

Em estabelecimentos de regime semiaberto, a exemplo do Instituto Penal Feminino de Porto Alegre (70 mulheres), o atendimento é também referenciado para a rede de saúde. Nos demais municípios, além dos cinco que possuem unidades prisionais voltadas exclusivamente para a população feminina, é bastante comum encontrar presídios mistos. Nesses locais, o acompanhamento pré-natal é realizado pela eAPP ou, em sua ausência, as mulheres o realizam em uma unidade de saúde da rede de saúde local.

Atualmente, as equipes de atenção primária prisional estão habilitadas em 31 dos 76 municípios que sediam unidades prisionais, nos outros 45 municípios o atendimento em atenção primária a PPL é realizado por meio da organização dos atendimentos junto à rede de saúde local. Os serviços municipais de atenção primária prisional são em número de 41 eAPP em funcionamento no RS.

A Constituição Federal (CF) brasileira[13] prevê que as mulheres privadas de liberdade poderão permanecer com seus filhos durante o período de amamentação. O Estatuto da

---

[12] Fonte dos dados SUSEPE/2021 - jun. - Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=7

[13] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Criança e do Adolescente[14] reforça essa garantia, referindo que cabe ao poder público garantir condições de aleitamento materno para os filhos de mães que estão em condição de privação de liberdade.

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) define que os filhos de mulheres inseridas no sistema prisional devem permanecer junto às mães pelo período mínimo de um ano e seis meses e que, depois desse período, passarão por fase de adaptação em processo gradual de separação de mais seis meses. A Resolução CNPCP n.º 14, de 11 de novembro de 1994, que apresenta as "Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil", explicita, no artigo 7º, § 1º, que "as mulheres cumprirão pena em estabelecimentos próprios" e, no § 2º, que "serão asseguradas condições para que a presa possa permanecer com seus filhos durante o período de amamentação dos mesmos".

Apesar da garantia legal, um dos problemas de manter o convívio da mulher com o filho é a falta, no sistema prisional, de estrutura física adequada (UFSC, 2015). No RS, a unidade materno-infantil (UMI), hoje em funcionamento no Presídio Estadual Feminino Madre Pelletier, é uma unidade onde as mulheres podem permanecer com seus filhos nascidos no cárcere até completarem um ano de idade.

Uma possibilidade, nesses casos, é o aproveitamento de benefícios previstos em alguns dispositivos, que priorizam a prisão domiciliar a gestantes e lactantes.

- ➔ Lei 12.403/2011 (Lei das Cautelares) – determina que a gestante, a parturiente e a nutriz devem ser destinatárias dos esforços da saúde e da justiça criminal para aproveitamento dos benefícios de residência em meio aberto, tanto quanto possível (BRASIL, 2011).
- ➔ Lei nº 13.257 de 8 de março de 2016 (BRASIL,2016), conhecida como Marco Legal da Primeira Infância – alterou o Código de Processo Penal, ampliando as hipóteses de prisão domiciliar cautelar para mulheres gestantes, mães de crianças com até 12 anos ou responsáveis por pessoas portadoras de deficiência. Essa legislação abriu precedente para que muitas das mulheres com filhos ou gestantes, que ingressam no cárcere, possam ter suas penas revistas. Contudo, a aplicabilidade da lei ainda é uma falácia e, por isso, em fevereiro de 2018, a aplicação do Marco Legal foi reforçada por

[14] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

determinação do Supremo Tribunal Federal (STF) na ordem de *habeas corpus* coletivo nº 143.641.

No Presídio Estadual Feminino Madre Pelletier, em Porto Alegre, está localizada a única unidade materno infantil (UMI) em funcionamento no estado do RS. Para a UMI são encaminhadas gestantes a partir do 8º mês de gravidez; grávidas com gestação de risco; mulheres com filhos nascidos durante o encarceramento. As mulheres em início de gestação permanecem em outra galeria do presídio destinada às gestantes. A transferência para o Presídio Estadual Feminino Madre Pelletier ocorre porque os presídios localizados no interior do Estado não contam com estrutura física adequada para a permanência de gestantes e seus bebês após o parto[15].

Avaliação Inicial da Mulher Privada de Liberdade

Toda mulher que ingressar em unidade prisional deverá ter acesso à equipe de saúde prisional. Seus dados clínicos serão registrados em prontuário individual (padrão Secretaria Municipal de Saúde/SUSEPE) que, junto com o cartão espelho de vacinação, ficará arquivado no serviço de saúde da unidade. Torna-se oportuna a valorização desse acesso, não como uma prática invasora, mas como um direito a alternativas de cuidados. Poderão ser realizados exames físico, clínico, mental e odontológico, conforme a anamnese, bem como a averiguação do estado de imunização.

O cuidado em saúde da mulher privada de liberdade deve seguir diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, recomendadas/adotadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde-RS, bem como seguir as orientações do Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres e suas atualizações (BRASIL, 2016).

[15]ENSP, FIOCRUZ. Relatório final, Programa de pesquisa "Saúde materno infantil nas prisões". Coordenação geral: Maria do Carmo Leal (ENSP/FIOCRUZ) Alexandra Roma Sanchez (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil, 2016. 303p. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Bernard-Larouze/publication/324753938_Relatorio_final_Saude_materno_infantil_nas_prisoes/links/5ae0727baca272fdaf8c7c23/Relatorio-final-Saude-materno-infantil-nas-prisoes.pdf. Acesso em: 9 maio 2020.

Para o seguimento em saúde da mulher privada de liberdade, recomenda-se considerar as seguintes possibilidades:

SAUDÁVEL	avaliação de rotina anual ou conforme demanda. Promoção de formas de cuidado institucional.
PORTADORA DE AGRAVO E/OU DOENÇA PREEXISTENTE	acompanhamento periódico médico/odontológico/de enfermagem/psicológico, a ser programado, dependendo de cada situação, segundo diretrizes clínicas e de referência de rede conforme pactuação.
GESTANTE	estabelecimento de acompanhamento pré-natal, conforme rotina de PN de risco habitual de no mínimo sete consultas (conforme Guia do Pré-Natal na Atenção Básica), seguindo as demais orientações descritas nesta NT.

A assistência ginecológica às mulheres privadas de liberdade será integral, abrangendo: saúde sexual e reprodutiva; práticas sexuais alternativas; prevenção de HIV/Aids e outras IST; assistência à contracepção; acompanhamento de gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno; ocorrência de abortamento; situações de violência.

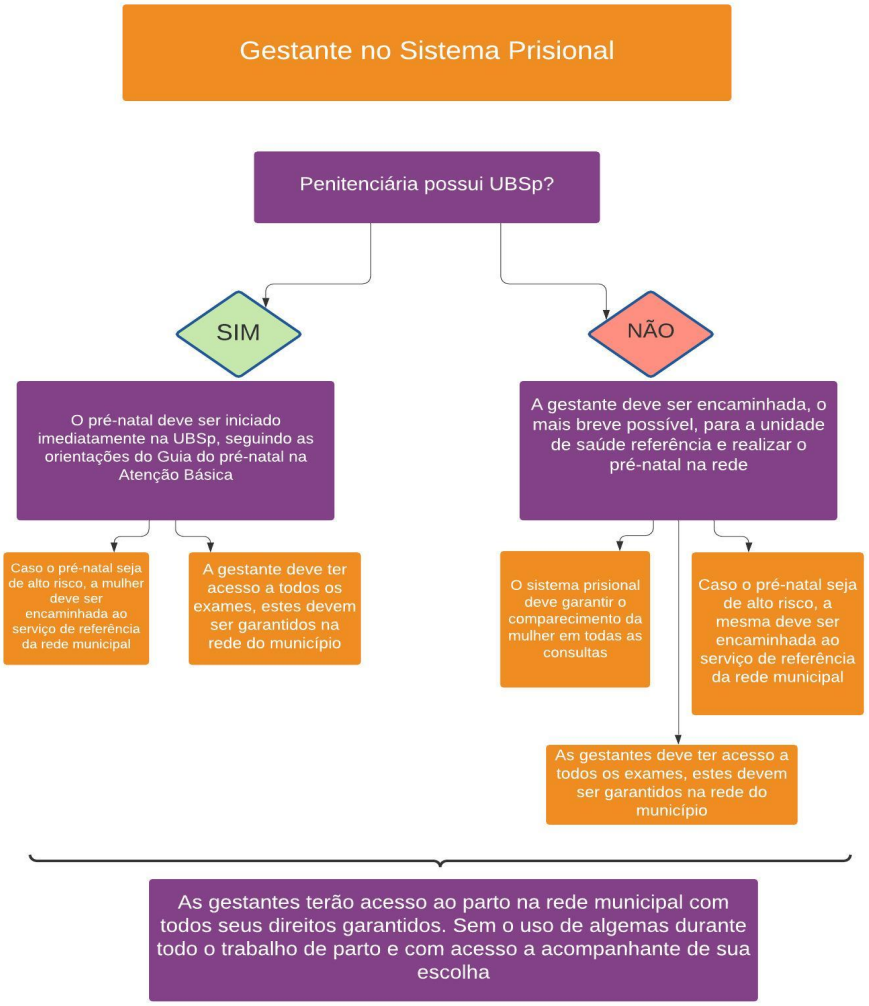
Pré-natal e cuidado à Gestante Privada de liberdade

O acesso à rede de saúde e a assistência pré-natal adequada são fundamentais para a saúde de gestantes e crianças. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o pleno desenvolvimento da gestação, permitindo o nascimento de um bebê saudável. Ele também visa evitar impactos na saúde da mulher e, para isso, aborda questões psicossociais e desenvolve atividades educativas e preventivas, contribuindo assim para a melhoria dos indicadores de saúde e de mortalidade relacionados a mulheres e bebês.

É importante ter conhecimento tanto da rede assistencial do município e da região de saúde onde são realizados exames de pré-natal como dos serviços de referência para atendimento de possíveis intercorrências na gestação. Os exames do pré-natal serão solicitados e realizados conforme descrito no Guia do Pré-natal na Atenção Básica, lançado pela SES/RS em 2019. Os resultados devem ser liberados o mais rápido possível, pois auxiliam nas condutas de tratamento. **As consultas de pré-natal (no mínimo seis) são mensais até a 28º semana, quinzenais até a 36º semana e semanais até o parto**. O atendimento ao processo pré-natal de gestantes no sistema prisional levará em conta as

especificidades oriundas da privação de liberdade. Estudo realizado pela Fiocruz, em 2016, mostra que 93% das gestantes privadas de liberdade tiveram acesso à atenção pré-natal, no entanto apenas 32% delas tiveram a atenção classificada como adequada ou mais que adequada (LEAL et al., 2016).

Com o intuito de reverter esse dado e qualificar o acesso e a assistência no período pré-natal, além do cumprimento das orientações contidas no Guia do Pré-natal na Atenção Básica, o conteúdo dessa nota será utilizado como suporte. Uma das primeiras especificidades a ser observada para qualificar o acompanhamento pré-natal de pessoas em privação de liberdade **é como ocorre o acesso à rede,** o qual **pode acontecer** de duas maneiras. **A primeira** é quando o estabelecimento prisional possui uma equipe de atenção primária prisional (eAPP), nesse caso a mulher poderá ser acompanhada pelo serviço de saúde da unidade prisional. **A segunda** é quando o estabelecimento prisional não possui eAPP, nesse caso a mulher deve ser encaminhada a uma unidade de saúde do território, para que lhe seja ofertado o acesso ao atendimento pré-natal de risco habitual. O fluxograma a seguir ilustra as alternativas descritas.



Nos dois casos, se realizará, a cada consulta, a estratificação de risco, processo dinâmico de identificação de gestantes que necessitam tratamento imediato e/ou especializado, conforme orientações do Guia do Pré-natal na Atenção Básica (Rio Grande do Sul, 2018).

As **gestantes que precisarem de encaminhamento para atendimento de pré-natal de alto risco (PNAR) ou para serviço hospitalar devem ser necessariamente referenciadas, do mesmo modo que é feito com as gestantes que não estão em privação de liberdade, sempre mantendo o vínculo e o acompanhamento compartilhado com a atenção primária prisional ou do território.** O acesso ao atendimento ao alto risco[16] será

[16] Consultar critérios estabelecidos no Guia do Pré-Natal na Atenção Básica, disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdfe Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco) - TelessaúdeRS, disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS20190821.pdf

feito de acordo com a regulação, conforme fluxo estabelecido, em âmbito municipal, regional ou estadual, para os ambulatórios de gestação de alto risco (AGAR). A gestante em situação de risco, que demande encaminhamento imediato para emergência ginecológica-obstétrica, deve ser direcionada pela rede para a maternidade de referência do município ou da região.

É fundamental que tanto a mulher quanto a equipe de funcionários do sistema prisional sejam orientadas sobre os sinais de alerta e de trabalho de parto que necessitem avaliação e atendimento hospitalar. É importante haver conhecimento sobre a forma de transporte das gestantes até a maternidade de referência, a fim de evitar atrasos e intercorrências. Evidencia-se fundamental a comunicação, durante o pré-natal, da evolução clínica à gestante e aos profissionais da segurança responsáveis por seu deslocamento, em caso de emergência.

A caderneta da gestante[17;18] deve ser disponibilizada a ela e aos profissionais de saúde que ali anotarão os dados do período pré-natal, os mantendo atualizados. Esse documento contém informações relacionadas a antecedentes familiares, história obstétrica, gestação atual, exames, vacinas, consultas e outros dados importantes para o acompanhamento da gestante. Recomenda-se que seja registrado, nessa caderneta, o hospital ou a maternidade de referência. Orienta-se que a eAPP tenha uma cópia atualizada da caderneta, no prontuário da usuária.

A caderneta da gestante pertence à usuária e deve ficar em sua posse e ser levada em todos os atendimentos que a gestante realizar fora do sistema prisional, tanto os de rotina quanto os de urgência e emergência.

Orienta-se que a equipe de saúde mantenha uma cópia da caderneta da gestante no prontuário de saúde, utilizando a ficha perinatal ambulatorial[19]. A ficha perinatal ambulatorial é uma ficha-espelho semelhante à caderneta da gestante, ela é preenchida pelos profissionais de saúde a cada consulta e fica anexada ao prontuário da mulher.

Se, durante o ciclo gravídico-puerperal, a detenta for transferida para outra unidade prisional, ou tiver progressão de pena para regime semiaberto, ou obtiver a liberdade, as

---

[17] https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf

[18] http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/vers--o-24-11-14-PROF-de-SAuDE-7-PARTES-94.5x21.5%20_AF_23.11_HI%20-%20revisada%20pela%20editora.pdf

[19] http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha_perinatal_ambulatorio.pdf

informações sobre seu acompanhamento pré-natal serão compartilhadas com a nova equipe de referência para seguimento da assistência. Em tais situações, a mulher terá acesso aos resultados de exames, à caderneta da gestante e aos documentos referentes a seu acompanhamento no período pré-natal.

Intercorrências durante o ciclo gravídico-puerperal que necessitem de internação hospitalar devem ser comunicadas aos familiares. Nas consultas de pré-natal, a gestante precisa ser orientada sobre seus direitos relacionados ao parto e ao puerpério.

A gestação é, para mães e pais, uma época em que vivenciam sentimentos diversificados. O processo gestacional pode, portanto, ser especialmente complicado para homens trans/transmasculinos[2021]. Em consequência, evidencia-se importante o acolhimento em saúde mental, complementar ao acompanhamento e ao manejo gestacionais, visando minimizar desconfortos advindos da incongruência de gênero, potencialmente intensificada pelo construto social, que direciona a gestação/amamentação exclusivamente a mulheres cisgêneras e a estereótipos de feminilidade. Recomenda-se à equipe de saúde, atenção aos casos de hormonização cruzada[22] com testosterona ou derivados, pois esse processo precisa ser interrompido, na gestação, devido ao potencial teratogênico para o desenvolvimento do feto (OBEDIN-MALIVER, 2016; T´SJOEN, 2019).

Às pessoas trans e intersexo[23] está assegurado o acesso a todos os procedimentos e especialidades em saúde do SUS, afastando-se limitações burocráticas e dos sistemas de informação, pois, juridicamente, já está consolidado o ‘sexo’/gênero como independente do genital, conforme entendimento do art. 44, inciso X da LC 80/94, Provimento nº 73/2018/CNJ e ADI nº 4.275/STF. Exemplo: acesso ao exame citopatológico de câncer do colo de útero por

---

[20] **Trangêneros:** são pessoas que não se identificam com o gênero que lhes foi determinado ao nascimento e reivindicam outra identidade de gênero social e/ou civil. Jaqueline Gomes de Jesus. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Brasília, 2012. Disponível em:<https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES_POPULA%C3%87%C3%83O_TRANS.pdf?1334065989> Acesso em 26/08/2021.

[21] **Homem Trans/Transmasculino:** refere-se a pessoas que não se identificam com o gênero que lhes foi determinado ao nascimento e reivindicam o reconhecimento social e/ou legal de identidade de gênero como homens. Jaqueline Gomes de Jesus. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES_POPULA%C3%87%C3%83O_TRANS.pdf?1334065989> Acesso em 26/08/2021.

[22] **Hormonioterapia cruzada:** é um tipo de reposição hormonal na qual os hormônios sexuais e outras medicações hormonais são administrados para estimular o aparecimento de caracteres secundários, masculinos ou femininos hormônio dependentes, de acordo com a identidade de gênero da pessoa.
<Conselho Federal de Medicina. Resolução no 2.265, de 20 de setembro de 2019. Cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero. Brasília: Diário Oficial da União; 2020 Janeiro(9): 1(6).> Acesso em 25/08/2021.

[23] **Intersexo:** refere-se a pessoas que nascem com características sexuais (incluindo genitais, gônadas e padrões cromossômicos) que não se encaixam nas típicas noções culturais de corpos masculinos e femininos.
<https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2018/10/Intersex-PT.pdf> Acesso em 25/08/2021.

homens trans condicionados ao SISCAN, bem como acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico glosados quando acessados por homens trans/ transmasculinos com documentação retificada.

HIV/Aids, sífilis, hepatites virais e outras IST, tuberculose

As pessoas privadas de liberdade estão inseridas em contextos que aumentam suas vulnerabilidades para HIV e tuberculose (TB), por apresentarem prevalência superior à média nacional, sendo considerada uma população-chave para ações de prevenção e assistência a HIV/Aids e tuberculose.

A vulnerabilidade apresentada pela mulher na gestação, agravada pela doença, torna a tuberculose um desafio para os serviços de saúde. O tratamento da TB, além de importante para a própria gestante, diminui o risco de transmissão ao feto, ao recém nato e aos que coabitam a mesma residência. Os profissionais de saúde e segurança precisam, portanto, estar atentos aos sinais e aos sintomas indicativos de tuberculose. No caso específico da população privada de liberdade, é fundamental investigar qualquer período de tosse (BRASIL, 2019c).

Em relação ao HIV e a outras ISTs, independente de uma gestação em curso, estratégias de prevenção combinada serão consideradas, avaliando as necessidades e as vulnerabilidades de cada indivíduo. Entre os métodos que podem ser combinados, estão: testagem regular para o HIV; prevenção da transmissão vertical; tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e de hepatites virais; imunização para hepatites A e B; programas de redução de danos visando a usuárias de álcool e de outras substâncias; tratamento de pessoas já infectadas por HIV.

Destacam-se ainda, duas medidas de prevenção combinada. A profilaxia pré-exposição (PrEP), que consiste no uso de antirretrovirais (TARV) que impedem que o HIV infecte o organismo, antes de a pessoa ter contato com o vírus. A profilaxia pós-exposição (PEP), que é uma medida de prevenção de urgência à infecção por HIV, por hepatites virais e por outras doenças sexualmente transmissíveis (IST), consistindo no uso de medicamentos (TARV) para reduzir o risco de adquirir essas infecções. Ela deve ser utilizada

após qualquer situação em que exista risco de contágio, como violência sexual e relação sexual desprotegida.

O acompanhamento e o monitoramento dos casos de **infecção por HIV** em gestantes privadas de liberdade serão realizados no serviço de atendimento especializado em HIV/AIDS (SAE) de referência da rede, de forma compartilhada com a atenção primária. Cabe às equipes de atenção primária prisional ou da rede básica do município o acompanhamento conjunto das ações que garantam a adesão ao tratamento, o manejo de eventos adversos e outras atividades de acompanhamento pré-natal, bem como o seguimento da criança exposta ao HIV após o nascimento, juntamente com o SAE.

Com relação à gestante portadora do vírus da hepatite B[24], a equipe de saúde prisional precisa estar atenta à indicação do uso da profilaxia com Tenofovir, a ser iniciada entre 28 e 32 semanas de gestação (o medicamento será disponibilizado pela Unidade Dispensadora de Medicamentos - UDM). A equipe de saúde prisional deve comunicar à SMS quando a gestante estiver com hepatite B, para que seja garantido ao recém-nascido o recebimento da associação de vacina contra hepatite B e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), no menor período de tempo, preferencialmente nas primeiras horas de vida.

Quanto à hepatite C, a mulher não iniciará nem manterá tratamento durante a gestação, devido à teratogenicidade dos medicamentos. A principal vantagem de conhecer o quadro clínico e laboratorial da mulher quanto à hepatite C na gestação é a possibilidade de referenciar aquelas que forem portadoras da infecção pelo HCV para serviços especializados e de tratá-las após o término da gestação. Torna-se possível, além disso, acompanhar as crianças expostas à transmissão vertical do HCV.

A equipe de cuidado primário à gestante também precisa estar atenta à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e ao seguimento de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), bem como ao tratamento concomitante da(s) parceria(s) sexual(is).

No caso de identificação de infecção **por sífilis** na gestação, é necessário iniciar o tratamento com penicilina benzatina imediatamente após o resultado positivo do teste rápido (se não houver história pregressa de sífilis), havendo necessidade do tratamento concomitante das parcerias e monitoramento da cura do agravo. O tratamento da sífilis será realizado na

[24] Referência NOTA INFORMATIVA Nº 35/2019-CGIST/.DCCI/SVS/MS

unidade básica de saúde prisional ou do território, sempre com penicilina benzatina. A possibilidade de reação anafilática é muito rara, ocorrendo em 0,002%, dos casos. **Para gestantes com alergia confirmada à penicilina,** como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina estão indicados (em ambiente hospitalar)

Saúde Mental

- Atenção a gestantes que fazem uso de **álcool e outras drogas:**
  - a detecção precoce do uso dessas substâncias permitirá que as mulheres sejam acolhidas precocemente, minimizando as complicações clínicas e obstétricas, promovendo a redução de danos e a melhor qualidade de vida para a mãe e a criança;
  - a interrupção do uso crônico de álcool pode desencadear um conjunto de sintomas, conhecidos como "síndrome de abstinência". Há desde manifestações leves como tremores, ansiedade, insônia, náuseas e inquietação até sintomas mais severos que incluem febre baixa, taquipneia, tremores e sudorese profusa. Tais sintomas evidenciam-se em torno de seis horas após o último uso e/ou nos dias seguintes. Caso não sejam tomadas medidas de tratamento, há possibilidade de ocorrerem complicações como convulsões e *delirium tremens* (DT), esse último caracterizado por alucinações, alteração do nível de consciência e desorientação, podendo levar a óbito.

A avaliação inicial será cuidadosa e detalhada, de forma a considerar grau de comprometimento no momento da intervenção, histórico de intercorrências clínicas, presença ou não de complicações e comorbidades associadas. É preciso prestar atenção integral à saúde da usuária, considerando a pessoa como um todo: motivações, relação subjetiva com o uso, padrão de consumo ou diminuição dele, repercussões no âmbito social.

Nos casos leves a moderados, as intervenções deverão ser psicoeducacionais e clínicas, de forma que o paciente seja informado, com clareza, sobre o diagnóstico, receba

orientações sobre dependência e síndrome de abstinência ou tenha tratamento específico para a fase de privação aguda, se houver necessidade. Tratamento ambulatorial especializado pode ser necessário, com ou sem desintoxicação domiciliar e, nos casos mais graves, é preciso considerar a necessidade de internação em emergência clínica–psiquiátrica (LARANJEIRA et al., 2000).

A abstinência em decorrência de outras substâncias estimulantes do SNC (cocaína, crack e metanfetamina, etc.) pode gerar depressão, ideação suicida, hipersonia, fadiga, lentificação, cefaleia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação. A abstinência de anfetamina pode causar psicose anfetamínica, com possibilidade de persistir após o quadro de intoxicação e durante o período de pós-abstinência, gerando sensação de persecutoriedade, paranoia, comportamento compulsivo, alucinações visuais e auditivas.

Para iniciar o tratamento farmacológico, é importante primeiro traçar seus objetivos gerais, para que se reduzam a frequência e a possibilidade de algumas complicações. Medidas de suporte clínico e psicológico são fundamentais para a adesão e a condução do processo de tratamento.

Quanto aos demais cuidados em saúde mental, as equipes precisam elaborar estratégias para reduzir os impactos das vulnerabilidades que potencializam os agravos psicossociais no estabelecimento prisional. Entre as vulnerabilidades importantes estão as situações de violência, tanto institucional quanto entre as próprias mulheres, incluindo o risco de ocorrer violência sexual (DELZIOVO et al., 2015).

A atenção à saúde mental precisa considerar a identificação de transtornos mentais ou o uso de álcool e de outras drogas, uma vez que o sofrimento intensifica-se não só pelos quadros diagnósticos, mas também por estigmas, preconceitos e falta de esclarecimentos/conhecimentos no âmbito social. Esses fatores acabam por repercutir sob a forma de medo, exclusão ou negligência das pessoas com alguma condição de saúde mental.

A gravidez e o parto são eventos estressantes e, muitas vezes, atuam como fatores desencadeantes de sofrimento mental (BRASIL, 2009). No período da gestação e do puerpério, são comuns algumas questões subjetivas que podem estar associadas ao sofrimento mental, as quais as equipes devem acolher e realizar seu manejo adequado. Entre tais questões estão sentimentos e emoções, conscientes e inconscientes, a respeito do parto, da maternidade

e da paternidade; fantasias e expectativas de como será com o bebê; ambivalência em relação à gestação e ao recém-nascido; instabilidade emocional, introspecção e passividade; desejo/desempenho/satisfação sexual; reatualização de antigas memórias sobre o relacionamento conjugal e com a família (BRASIL, 2009).

Casos posteriormente diagnosticados como depressão puerperal ou psicose pós-parto podem necessitar, além de intervenções multidisciplinares e/ou de serviços de maior complexidade, do acionamento de serviços de referência, com os quais a usuária possuía vínculo anterior, por exemplo equipes de consultórios na rua e equipes especializadas de abordagem social. Essas podem contribuir para a discussão do caso, a definição de encaminhamentos e das demais ações de apoio matricial, conforme suas atribuições nas redes de saúde ou intersetoriais.

Outro cuidado importante diz respeito à reavaliação acerca do uso de medicamentos psicotrópicos durante a gestação. Os psicofármacos são capazes de atravessar a barreira placentária, conforme a lipossolubilidade e a fração ligada às proteínas em cada tipo de medicamento. Como a permeabilidade da barreira hematoencefálica do feto e do recém-nascido é maior que nos adultos, eles são bastante sensíveis aos efeitos dos psicotrópicos (SOARES, 2003). Deve-se considerar a descontinuidade do uso de psicofármacos, devido aos riscos associados a aborto; malformações congênitas; retardo no crescimento; toxidade neonatal; sequelas neurológicas, comportamentais, psicológicas e cognitivas. Ressalta-se, sobretudo, a necessidade de considerar a singularidade de cada caso, na avaliação sobre a interrupção do tratamento medicamentoso, os impactos da descontinuidade, as alternativas de tratamento e acompanhamento, visando ao adequado suporte psicossocial à gestante, de acordo com a avaliação médica.

Alimentação e Nutrição

Os profissionais precisam ter atenção também às **necessidades nutricionais das mulheres e das crianças** no cárcere, considerando suas especificidades e as restrições individuais. Conforme preconizam a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação

de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) e a regra 48 de Bangkok (2016)[25], a alimentação é um direito devendo ser oferecida gratuita e adequadamente em quantidade e qualidade.

Alimentação é um direito social estabelecido no Artigo 6º da Constituição Federal e na Emenda Constitucional nº 64 de 2010.

A alimentação adequada e saudável é um direito fundamental do ser humano, reconhecido internacionalmente pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (art. 25) e pelo Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais(art. 11), sendo inerente à dignidade da pessoa humana. Seu cumprimento é indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, cabendo ao poder público adotar políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional de toda a população, como disposto na Lei n° 11.346, de 15 de setembro de 2006, que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

A Resolução nº3, de 05 de outubro de 2017, **Ministério da Justiça e Segurança Pública/CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA,** dispõe sobre a prestação de serviços de alimentação e nutrição às pessoas privadas de liberdade e aos trabalhadores no sistema prisional.

Essa resolução considera que é responsabilidade do Estado oferecer orientação e suporte técnico e operacional para o desenvolvimento de boas práticas da segurança alimentar e nutricional e contribuir para a garantia do direito à alimentação de todos os brasileiros. Ela determina:

Art. 1º - A Alimentação e Nutrição das pessoas privadas de liberdade regem-se pelas **diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)** e pela Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e deve garantir:

I - a promoção da alimentação adequada e saudável, compreendendo o uso de alimentos variados, seguros, que respeitem a cultura, as tradições e os hábitos alimentares saudáveis, contribuindo para a manutenção da saúde, em conformidade com a faixa etária, inclusive dos que necessitam de atenção nutricional específica.

[25]https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/cd8bc11ffdcbc397c32eecdc40afbb74.pdf

II - a criação de condições e ambientes que permitam o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e o aleitamento materno continuado até os dois anos da criança ou mais, que está em companhia da mãe que cumpre pena privativa de liberdade, em caráter transitório.

III - o fornecimento de uma alimentação adequada e saudável para a lactante, de modo que suas necessidades nutricionais sejam alcançadas para a produção do leite materno.

IV- a oferta de alimentos adequados e saudáveis para as crianças que estão em companhia das mães que cumprem pena privativa de liberdade, respeitando as quantidades, a qualidade e a consistência conforme diretrizes e princípios estabelecidos no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos.

Art. 2º - O planejamento, a organização, a direção, a supervisão e avaliação dos serviços de alimentação e nutrição que fornecem refeições para pessoas privadas de liberdade são de responsabilidade do profissional nutricionista, registrado no respectivo conselho profissional e objetiva a otimização da saúde e diminuição do risco de doenças pelo consumo insuficiente ou excessivo de algum nutriente.

Art. 3º - As refeições oferecidas deverão ser planejadas para cobrir, 100% das necessidades nutricionais diárias dos indivíduos e grupos atendidos.

Pré-natal Pai/Parceira/Parceiro

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Política de Saúde do Homem, e, no estado, pela Política Estadual de Saúde do Homem, através do Guia do Pré-Natal na Atenção Básica e pelo dispositivo da resolução CIB 236/2014, que trata da implementação das ações nos municípios [26], o Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais da Saúde[27] ressalta que a atenção ao parceiro(a) constitui parte fundamental na assistência integral ao pré-natal, puerpério e período de amamentação. Na

26 https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170201/23110114-1402422792-cibr236-14.pdf

27 http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf

situação de aprisionamento, seja da mulher gestante ou do pai/companheiro(a), a articulação da rede é elo essencial para garantia do cuidado integral, conforme cada caso.

- **Gestante em situação de prisão e seu parceiro(a) em liberdade:** durante as consultas a mulher será orientada sobre a necessidade de o parceiro iniciar acompanhamento no serviço de saúde de referência, para realizar os testes rápidos de sífilis, HIV, hepatite B e C, devido ao risco da transmissão vertical. Exames adicionais podem ser solicitados conforme avaliação clínica e particularidades de cada indivíduo.

- **Parceria sexual em situação de prisão e gestante em liberdade:** a gestante será orientada sobre a necessidade de o parceiro realizar, na unidade prisional, exames referentes ao pré-natal,, em especial, investigação de sífilis, HIV, hepatite B e C, devido ao risco da transmissão vertical. O profissional que realiza o acompanhamento pré-natal ou outro membro da equipe, ao ser informado pela gestante que sua parceria sexual está em privação de liberdade, recomendará que ela envie ao setor técnico do presídio um comunicado solicitando que o parceiro privado de liberdade dê início aos exames pertinentes ao pré-natal. O serviço de saúde encaminhará o comunicado para: dtp-saude@susepe.rs.gov.br.

Parto e Nascimento

Embora a mulher esteja privada de liberdade, o período pré-natal e o parto não devem ser caracterizados como momentos de solidão e de desamparo. Entende-se o parto como um evento fisiológico que necessita de cuidados e o acompanhamento pré-natal como a assistência que capacitará a mulher e o núcleo familiar para a vivência da gestação, do parto e do puerpério. **As mulheres, assim como seus familiares, devem ser orientadas e informadas sobre o hospital de referência onde será realizado o parto e ter a garantia de um cuidado humanizado durante todo o trabalho de parto e no pós-parto.** As referências hospitalares para partos de risco habitual e de alto risco para as gestantes privadas de liberdade são as mesmas estabelecidas na rede materno-infantil do município.

A Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005[28] garante, nos serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, o direito à presença de acompanhante de livre escolha da gestante, durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. A equipe responsável pelo acompanhamento pré-natal deve informar e orientar a gestante em privação da liberdade sobre o direito de ter acompanhante nesses períodos.

ATENÇÃO!

Desde que atenda aos critérios e procedimentos prévios da Susepe, a usuária tem o direito, durante o período pré-natal, de indicar um ou uma acompanhante de sua escolha e comunicar essa opção à equipe psicossocial da unidade prisional.

A equipe psicossocial do estabelecimento prisional é responsável por comunicar a/ao acompanhante o início do trabalho de parto e informar ao hospital os dados dessa pessoa. Recomenda-se que a equipe psicossocial da unidade prisional se responsabilize por comunicar aos familiares o início do trabalho de parto ou outras intercorrências. Na ausência da equipe psicossocial, essa atribuição passa à responsabilidade do chefe de segurança de plantão.

NÃO ESQUEÇA: a caderneta da gestante deve ser levada pela gestante em todos os atendimentos, tanto os de rotina quanto os de urgência ou emergência.

A assistência ao parto e ao nascimento deve seguir as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal[29] e de Atenção à Gestante na operação cesariana[30], conforme recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). É **vedado o uso de algemas durante o trabalho de parto, no parto e na fase de puerpério imediato**, conforme a Lei nº 13.434 de 12 de abril de 2017[31].

[28] https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-publicacaooriginal-26874-pl.htm
[29] http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
[30] http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf
[31] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Lei/L13434.htm#:~:text=Acrescenta%20par%C3%A1grafo%20%C3%BAnico%20ao%20art,a%20fase%20de%20puerp%C3%A9rio%20imediat

A adoção das boas práticas de atenção ao parto, embasadas na política de humanização (BRASIL, 2014 - Cadernos HumanizaSUS, humanização do parto e nascimento) deve ser respeitada. Dentre as boas práticas destacam-se: utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor; respeito à escolha da posição de parto pela mulher; livre deambulação para auxílio no trabalho de parto; oferta de dieta durante o trabalho de parto.

Reforça-se a importância da manutenção do alojamento conjunto durante a internação hospitalar, respeitando-se a proposta de cuidado integral à díade mãe-bebê; apostando no fortalecimento do vínculo afetivo, no estabelecimento do aleitamento materno, nos cuidados integrais da equipe de saúde; possibilitando a avaliação da qualidade do vínculo e dos cuidados por parte dos profissionais da equipe (BRASIL, 2016)[32].

Puerpério

A consulta puerperal será realizada nos primeiros 10 dias pós-parto, em unidades prisionais que contam com eAPP. Nas prisões que não possuem unidade de saúde, o agendamento da consulta será feito por trabalhadores do presídio junto à equipe de saúde da rede do município.

Durante a consulta, o profissional deve acolher e ouvir as angústias e preocupações da mulher. Ele deve atentar-se ao exame físico e verificar sinais de febre, de sangramento aumentado, de infecção e fazer a retirada dos pontos em casos de cesariana. O profissional orientará sobre amamentação, prevenção do ingurgitamento mamário e reforçará os benefícios do aleitamento materno exclusivo, nos primeiros seis meses, e complementar após esse período. Nessa consulta, também serão realizadas a avaliação do bebê, a verificação do calendário vacinal, a avaliação da pega do peito para a manutenção do aleitamento materno, bem como a verificação do cumprimento dos exames de triagem neonatal e a abordagem sobre cuidados com o recém nascido[33].

[32] https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html
[33] Consultar Nota Técnica 01/2019 -ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 2 ANOS NA ATENÇÃO BÁSICA.

É importante ter atenção para o aparecimento de febre, sangramento vaginal exagerado ou fétido, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia, tonturas muito frequentes, mamas empedradas e doloridas. Qualquer uma dessas situações precisa ser avaliada imediatamente pelo serviço de saúde.

No primeiro atendimento, será agendado o retorno do binômio mãe-bebê em até 30 dias após o parto. Além da avaliação do binômio, se abordarão o uso de métodos anticoncepcionais disponíveis, a eficácia de cada um, o modo de uso, os possíveis efeitos adversos e contra-indicações. O profissional da saúde que irá atender a puérpera precisa estabelecer com ela um vínculo que garanta um atendimento com qualidade e equidade para a mulher e seu bebê. O acesso à saúde deve ser garantido às presas na unidade prisional e para aquelas em prisão domiciliar o acesso ocorrerá na unidade de saúde mais próxima de sua residência.

Dentre as ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), estão previstos a garantia de aquisição de medicamentos, seu repasse da farmácia básica às equipes de saúde, a distribuição de insumos (preservativos, absorventes, entre outros) para as pessoas privadas de liberdade. Ressalta-se a importância de distribuição de absorventes para as mulheres privadas de liberdade[34].

Outro aspecto relevante que requer a atenção do profissional de saúde é a transmissão vertical do HIV por aleitamento, que vem se tornando cada vez mais frequente. A consulta puerperal é uma oportunidade para a testagem rápida de HIV, sífilis e hepatites virais. A testagem de HIV necessita ser repetida sempre que houver exposição da nutriz, a qual deve ser orientada sobre estratégias de prevenção combinada, tais como: uso de preservativos, profilaxia pré-exposição (PrEP) e profilaxia pós-exposição (PEP), no caso de uma exposição de risco em até 72 horas.

Crianças expostas ao HIV têm direito a receber a fórmula láctea em substituição ao aleitamento materno até um ano de vida e a puérpera tem o direito de tomar cabergolina[35], recebendo a respectiva receita na ocasião de sua alta hospitalar. Nesses casos, a Coordenação

[34] http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf
[35] Cabergolina é um fármaco agonista dopaminérgico, utilizado como inibidor da secreção de leite, bloqueando a prolactina.

das Doenças Sexualmente Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde será contatada para fornecimento da receita.

Planejamento Sexual e Reprodutivo

A equipe de atenção primária responsável pelos cuidados às mulheres gestantes, seja no sistema prisional, seja fora dele, precisa estar preparada para a abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos. Devem ser respeitados orientação sexual, expressão e identidade de gênero, religião, raça/cor, livre exercício da sexualidade, bem como aspectos culturais e transgeracionais relacionados à sexualidade e à reprodução (RS, 2018a).

As orientações contidas no Guia do Pré-natal na Atenção Básica[1] e no Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres[36] sobre educação em saúde, planejamento familiar e saúde reprodutiva, dentre outras, devem ser seguidas para o atendimento da mulher em situação de prisão, respeitando sua autonomia. É dever do profissional de saúde trabalhar de forma a garantir o livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres privadas de liberdade. Além de preservativos femininos e masculinos, anticoncepção de emergência, métodos anticoncepcionais injetáveis (mensal e trimestral), existem outros métodos disponíveis no SUS a serem ofertados, tais como: anticoncepcional oral, dispositivo intrauterino (DIU), laqueadura tubária (se este for o desejo da mulher), vasectomia aos parceiros, conforme as recomendações explicitadas na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 [37].

Na atenção básica, a inserção do dispositivo intrauterino (DIU) será realizada conforme orientações do manual técnico para profissionais de saúde – DIU com Cobre T Cu

[36] BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. [Internet] Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016:230p. : il. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf
[37] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm

380 A[38]. A implantação do DIU de cobre no pós-parto (APP) e no pós-abortamento (APA)[39] imediato são estratégias complementares e compartilhadas das ações de planejamento reprodutivo pertinentes à atenção básica.

Na opção pela vasectomia ou pela laqueadura tubária, os profissionais de saúde devem seguir o Protocolo de Planejamento Familiar do estado do Rio Grande do Sul que regulamenta e orienta as questões em relação à laqueadura tubária e à vasectomia[40]. O encaminhamento para o ambulatório de ginecologia e planejamento familiar, com vistas à laqueadura tubária, ou para o ambulatório de urologia, com vistas à vasectomia, seguirá o fluxo da referência, de acordo com a regulação municipal ou estadual .

Todas as mulheres receberão orientações sobre saúde reprodutiva, reafirmando o direito de acesso a métodos contraceptivos de sua escolha, de modo a evitar uma gravidez não desejada. Todos os métodos precisam estar disponíveis e ser ofertados também às mulheres privadas de liberdade no puerpério.

Atenção em Situações de Violência

Mesmo em situação de prisão, as mulheres podem ser vítimas de diferentes tipos de violência, como: violência autoprovocada/autoinfligida; violência interpessoal – doméstica/intrafamiliar; violência interpessoal – extrafamiliar/comunitária; violência física; violência psicológica/moral; violência por intervenção legal; violência financeira/econômica; violência advinda do tráfico de seres humanos; violência sexual. Entendendo a violência como um grave problema de saúde pública e sabendo de seus impactos na saúde das vítimas, é dever do profissional de saúde acolher a vítima, identificar a tipologia da violência, realizar

[38] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu 380A / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 32 p. : il. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf

[39] PORTARIA Nº 3.265, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2017 - Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.htm

[40]https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_planejamento_familiarTSRS_20180209_v001.pdf

os encaminhamentos dentro da rede de saúde, efetivar a notificação, utilizando a Ficha de Notificação de Violência 5.1.

O acolhimento envolve escuta atenta, disponibilidade e receptividade, além dos encaminhamentos necessários seja para as redes de saúde, de assistência social ou de segurança. Para isso, os profissionais precisam conhecer as ações oferecidas e os serviços disponíveis, não só na unidade, mas em toda a rede de atenção à saúde, e em outros setores envolvidos com o cuidado às pessoas em situação de violência.

É importante que os profissionais estejam atentos às nuances da violência, ao atenderem mulheres em situação de prisão, uma vez que grande parte delas passou, em seu ciclo de vida, por 'rotas de vitimização', caracterizadas por diversas situações adversas como abusos, brutalidade, abandono e negligência. Muitas dessas situações fragilizam física, psíquica, social e economicamente. Consequentemente, isto as tornam mais suscetíveis a recorrer às mais diversas formas de sobrevivência e à exposição a diferentes situações de violência.

D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) expõem a violência contra mulheres nas instituições de saúde e discutem, com mais detalhes, quatro tipos: por negligência (omissão do atendimento); psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional); física (negação ao alívio da dor, quando há indicação técnica); sexual (assédio sexual e estupro).

Segundo a OMS (2014), gestantes do mundo todo sofrem a chamada violência obstétrica: abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Essas práticas podem ter consequências físicas e emocionais adversas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher. A violência obstétrica tem maior prevalência entre mulheres com alta vulnerabilidade social, portanto é fundamental que no acompanhamento pré-natal lhes seja informado sobre os direitos das mulheres privadas de liberdade a um parto humanizado e seguro, conforme descrito na trecho denominada PARTO E NASCIMENTO do presente documento.

Quanto à violência sexual, é importante identificar todas as suas formas, pois é comum a naturalização da violência por parte dos profissionais e, até mesmo, das mulheres.

É essencial que se entenda o estupro como qualquer ato sexual (ou tentativa de obter um ato sexual) sem consentimento, incluindo: estupro realizado pelo parceiro íntimo; retirada do preservativo durante a relação sem consentimento; estupro realizado quando a mulher está sob efeito substâncias psicoativas e não tem como consentir; exploração sexual forçada. Nesses casos, a mulher será encaminhada a um serviço de referência, conforme o indicado no Guia de Atendimento em Saúde às Pessoas em Situação de Violência Sexual[41].

Atenção a filhos e filhas de mulheres em privação de liberdade

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC, instituída em 2015, tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados da gestação (BRASIL, 2015). As ações estratégicas previstas na PNAISC são transversais e visam garantir promoção de saúde; prevenção de doenças e agravos à saúde; reabilitação. Propõe-se, portanto, a assegurar atenção integral desde o nascimento, assim como medidas adequadas em todos os níveis de atenção, quando necessário. (BRASIL, 2018)

O eixo VI da PNAISC contempla a atenção à saúde de crianças e famílias privadas de liberdade, com o propósito de fomentar ações a serem desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais do sistema prisional, visando à promoção da saúde das crianças, tais como: acesso da gestante ao acompanhamento pré-natal qualificado; orientações sobre planejamento reprodutivo; estímulo ao aleitamento materno; desenvolvimento de atividades lúdicas; acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, com registro na caderneta da criança; fortalecimento do vínculo afetivo. (BRASIL, 2018).

A saúde da criança, e da mulher não pode sofrer prejuízos em função do encarceramento (BRASIL, 2012; BRASIL, 2018). O acompanhamento de puericultura deve ser ofertado, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde[42].Quando a criança receber alta da maternidade ou da unidade materno infantil do presídio, será realizado contato com o

[41] https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201903/27140603-guia-2019-ses-rs.pdf
[42]Caderno de Atenção Básica n° 33, Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento e na Caderneta da Criança

serviço de saúde de referência no território ou com a secretaria municipal de saúde para possibilitar o acompanhamento. Cabe ao serviço de saúde de referência acionar a rede de proteção necessária para viabilização dos direitos da criança/adolescente e da família, visto que, muitas vezes, essas mulheres são as principais responsáveis pela organização da rotina e do provimento de cuidados.

A privação de liberdade da mulher traz implicações na organização da família extensa ou ampliada[43], na relação comunitária e na relação com a rede de proteção. A unidade de saúde precisa ser um espaço de acolhida e escuta aos sujeitos, sem julgamento quanto às trajetórias de vida ou aos anseios. Considerando as particularidades do aprisionamento, deve disponibilizar aos sujeitos estratégias que viabilizem seu atendimento, por exemplo, horários flexíveis e ações que reconheçam sua situação de vulnerabilidade.

É direito de toda a criança receber gratuitamente o Registro Civil de Nascimento – RCN garantido pela Constituição Federal de 1988 e reafirmado pela Lei nº 9.534/1997. O bebê pode ser registrado na maternidade/hospital onde nasceu ou no Cartório de Registro Civil do município de nascimento ou de residência. Para realizar o registro, devem ser apresentados os documentos dos pais e a declaração de nascido vivo – DNV fornecida pela maternidade ou hospital.

Conforme a Lei nº 13.112/2015, a mãe ou o pai, sozinhos ou juntos, podem registrar o bebê em seu próprio nome. Na falta de um dos genitores, o outro terá o prazo para declaração prorrogado por 45 dias (BRASIL, 2019).

Visando acompanhar o crescimento e o desenvolvimento saudáveis, torna-se fundamental a realização da primeira consulta do RN em sua primeira semana de vida do recém-nascido na atenção básica. Essa é uma oportunidade indispensável para que as equipes multiprofissionais desenvolvam ações de promoção de saúde para a mãe e o bebê, visando à prevenção de agravos e à garantia da saúde integral da criança (BRASIL, 2018).

No primeiro contato após a alta da maternidade, recomenda-se que vários cuidados essenciais sejam ofertados à mãe e ao bebê, como: consulta de pós-parto, com foco nos aspectos puerperais e verificação da caderneta da gestante;, orientações sobre o planejamento reprodutivo; vacinação; apoio e incentivo ao aleitamento materno;, vigilância do crescimento

[43]Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), compreende-se por família extensa ou ampliada aquela que se alarga para além da unidade pais e filhos, compreendendo os parentes próximos com os quais a criança e o adolescente convive e possui vínculo de afetividade e afinidade.

e do desenvolvimento infantil; agendamento da próxima consulta do bebê; triagem neonatal; orientação quanto aos primeiros cuidados com o recém-nascido; consulta do bebê e a verificação dos registros na caderneta de saúde da criança (BRASIL, 2018).

A triagem neonatal tem como objetivo identificar, precocemente e em tempo oportuno, doenças e /ou deficiências, a fim de garantir que o acompanhamento, a intervenção e o processo de reabilitação, quando necessário, sejam feitos com a maior brevidade possível. A triagem é composta por: teste do pezinho, a ser realizado entre o 3º e 5º dia de vida; testes do olhinho e do coraçãozinho, feitos antes da alta hospitalar; teste da orelhinha (TAN), efetivado até o 30º dia de vida (BRASIL, 2018).

As consultas de puericultura/rotina serão realizadas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, segundo a estratificação de risco, conforme consta na Nota Técnica 01/2019 – Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Básica disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/18161725-nota-tecnica-saude-da-crianca.pdf

Em situação de privação de liberdade, a amamentação segue sendo a principal estratégia para suprir as necessidades do bebê, pois é importante para determinar seu crescimento e seu desenvolvimento. O leite materno tem todos os elementos que a criança precisa para se desenvolver até os seis meses e para a evolução de seu sistema imune (sistema de estruturas e processos biológicos que protege o organismo contra doenças). A amamentação é um valioso aliado para estabelecer o vínculo entre a mãe e o bebê, proporcionando à criança a sensação de segurança e estabilidade (BRASIL, 2014)

Existem algumas doenças que são transmissíveis pelo leite materno, por exemplo, o vírus do HIV/AIDS, que impede que as mulheres amamentem seus bebês. Apesar de algumas doenças serem transmissíveis pelo leite, na maioria dos casos, não há contraindicação para a amamentação. É importante que as mulheres realizem exame periodicamente, dada a possibilidade de aquisição de vírus e de sua transmissão à criança durante a amamentação. É essencial que os profissionais que acompanham a mãe estejam informados ou procurem se informar sobre a utilização de medicação e sobre ela estar ou não amamentando, para que a equipe possa avaliar e orientar da melhor maneira a mulher e seu bebê (BRASIL, 2014). Para

mais informações sobre a amamentação e o aleitamento de pessoas em situação de privação de liberdade, pode ser acessada a cartilha de aleitamento materno para mulheres privadas de liberdade, disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/370311/.

Para que a saúde da mãe e do bebê não seja ainda mais afetada pela situação de aprisionamento, os direitos da criança devem ser assegurados e a possibilidade de maternagem segura deve ser promovida pela instituição penal. Isso requer, além de espaço físico adequado, acesso à saúde e à atenção psicossocial, bem como suporte sócio-emocional, que se inicia na puericultura e se estende às ações de planejamento para uma separação segura, no momento em que a criança for para a família extensa. No Rio Grande do Sul, a penitenciária feminina que recebe mulheres com seus filhos e filhas possui equipe psicossocial que atua no atendimento a elas, junto com estas quais planeja e constrói vínculos com familiares para a recepção da criança no momento do desvínculo.

PIM no contexto prisional

A Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) desenvolve, desde 2003, a política pública Primeira Infância Melhor (PIM) – política pública intersetorial de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, cujo objetivo é apoiar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, na promoção do desenvolvimento integral das crianças, desde a gestação até os seis anos de idade.

Integrado à APS, o PIM consolida-se como mais um dispositivo da RAS, integrando a Rede Materno Infantil no RS. Soma-se, portanto, aos serviços que visam assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Os atendimentos ocorrem por meio de atividades em grupo e visitas domiciliares realizadas periodicamente a famílias com gestantes e crianças menores de seis anos. O

atendimento à gestante ocorre semanalmente. Uma vez por mês, a visita pode ser substituída pela participação da gestante em grupos organizados em rede. Para famílias com crianças menores de quatro anos o atendimento é semanal por meio de visitas domiciliares, podendo, uma vez por mês, ser substituída pelo atendimento em grupo. Para famílias com crianças maiores de quatro anos, o atendimento é quinzenal por meio de visitas domiciliares ou atividades em grupo.

Em alguns casos, é possível o atendimento às famílias de forma híbrida, associando visitas em modo presencial e em modo remoto. As ações têm como foco a vigilância e a promoção do desenvolvimento integral infantil, o fortalecimento da interação parental positiva, bem como a identificação de potencialidades e necessidades das famílias que devem ser articuladas em rede, visando à integralidade do cuidado.

Ciente da importância da intervenção nos primeiros anos de vida e de que o encarceramento materno é um fator de risco para as crianças, o PIM ampliou seu atendimento para os filhos das mulheres privadas de liberdade. Os principais objetivos dessa iniciativa são: garantir às mulheres privadas de liberdade acesso a uma política pública materno-infantil; estimular e fortalecer o vínculo mãe-bebê, quando a mulher estiver no estabelecimento prisional com seu filho; promover o desenvolvimento infantil integral saudável para os filhos de mulheres que estão presas; orientar sobre os cuidados de saúde para a gestante e para o bebê; apoiar a inserção da criança na família extensa; somar esforços para que, a partir do Marco Legal da Primeira Infância, as potenciais beneficiárias acessem o direito à prisão domiciliar.

As ações do PIM nos estabelecimentos prisionais com população feminina envolvem reuniões de apoio matricial (discussão de casos) e grupos na unidade materno infantil (UMI) do Presídio Feminino de Porto Alegre. Os grupos realizados nesse espaço são semanais e abordam temas sugeridos pelas mulheres, como amamentação, vínculo mãe/bebê, desenvolvimento infantil, ludicidade, saúde sexual e reprodutiva, musicalidade como ferramenta que fortalece o vínculo materno-infantil. Quando a mulher recebe a liberdade, ela deve ser encaminhada para a equipe de referência do PIM com prioridade de atendimento no município de residência.

Nos casos em que a mulher possuir filhos menores de seis anos, a equipe do presídio poderá ofertar o acompanhamento do PIM para que as crianças que já se encontram na família extensa sejam contempladas com visitas domiciliares. Segundo o artigo 25, parágrafo único do ECA, entende-se por família extensa ou ampliada aquela que se alarga para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou o adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade (incluído pela Lei nº 12.010, de 2009).

As visitas domiciliares realizadas seguem a metodologia do programa, respeitando a singularidade de cada indivíduo e as dinâmicas familiares. Além da preocupação com o desenvolvimento de práticas de cuidados que respeitem as peculiaridades, o PIM tem como desafio contribuir para a superação das vulnerabilidades às quais essas famílias estão expostas e para a redução dos prejuízos causados pela separação da díade mãe-filho por conta do aprisionamento materno. Para mais informações em relação a essa oferta, contatar o grupo técnico estadual do através do e-mail pim@saude.rs.gov.br.

Informações complementares

- ➔ O "Guia do **Pré-natal na Atenção Básica"** está disponível em versão impressa, podendo também ser acessado clicando aqui!
- ➔ Para subsidiar ações e para qualificação dos profissionais no cuidado integral às vítimas de violência, disponibiliza-se o "Guia de Atendimento em Saúde às Pessoas em Situação de Violência Sexual", o qual pode ser acessado clicando aqui!
- ➔ A Nota Técnica 01/2019 Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Básica, pode ser acessada clicando aqui!
- ➔ Em 2017, foram publicadas as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.
- ➔ O telessaúde-RS é uma estratégia para qualificação da atenção básica e pode ser utilizado pelos profissionais das equipes de saúde prisional. As teleconsultorias são respondidas em tempo real, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h, pelo telefone

0800 644 6543, sem necessidade de agendamento prévio. Mais informações podem ser acessadas pelo *site* https://www.ufrgs.br/telessauders/.

Autoria

Organização e coordenação

Renata Maria Dotta - Coordenação Estadual de Saúde Prisional - Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde/DAPPS/SES-RS

Gabriela Dalenogare – Política de Atenção à Saúde das Mulheres/DAPPS/SES-RS

Organização e Colaboração

Pericles Stehmann Nunes - Diretor do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde/DAPPS/SES-RS

Fernanda Torres de Carvalho - Diretora Adjunta do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde/DAPPS/SES-RS

Jéssica Camila de Sousa Rosa Paranhos - Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde/DAPPS/SES-RS

Iuday Motta - Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde/DAPPS/SES-RS

Jaqueline Oliveira Soares - - Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde/DAPPS/SES-RS

Gisleine Silva - Divisão de Políticas dos Ciclos de Vida/DAPPS/SES-RS

Carol Cardoso Rodrigues - Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES/RS

Janilce Dorneles de Quadros - Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES/RS

Raíssa Barbieri Ballejo Canto- Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES/RS

Aline Coletto Sortica - Coordenação Estadual de IST/Aids

Melissa de Azevedo - Política de Atenção à Saúde da Mulher - SES/RS

Maura Carolina Belome da Silva - Política de Atenção à Saúde da Mulher - SES/RS

Carlos Antônio da Silva - Coordenação Estadual da Política da Saúde do Homem

Bruno Moraes da Silva - Programa Primeira Infância Melhor da SES/RS

Sônia Silvestrin - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/AT Saúde da Criança e Adolescente

Viviane Andrade Aveline – Residente da Escola de Saúde Pública (ESP/RS)

Mariele Aparecida Diotti - Secretaria da Justiça Cidadania e Direitos Humanos

Juçara Lucília Caovilla Vendrusculo - Secretaria da Justiça Cidadania e Direitos Humanos

Andrea Leusin de Carvalho - Política de Saúde da Criança da SES/RS

Carine Teresa Zambonato Ecco - Política de Saúde da Criança da SES/RS

Drean Falcão da Costa - Política de Saúde da Criança da SES/RS

Kátia Ronise Rospide - Política de Saúde da Criança da SES/RS

Marília Ache Carlotto Brum Santos - Política de Saúde da Criança da SES/RS

Agnes Graciane Rosa de Almeida - Residente do Programa de Atenção Materno Infantil e Obstetrícia - GHC

Alneura Ana Provenzi - Programa Primeira Infância melhor da SES/RS

Ferrnanda Barbosa - Política de Atenção à Saúde das Mulheres/DAPPS/SES-RS

Nathaniel Pires Raymundo - Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde/DAPPS/SES-RS

Thales Avila Pedroso - Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde/DAPPS/SES-RS

Camila Almeida Estácio da Silva - Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde/DAPPS/SES-RS

Referências

Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. **Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal** - perguntas e respostas. Brasília, DF: Letras Livres, 2012. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/aspectos_eticos_de_atendimento_ao_aborto_legal.pdf Acesso em: 08 mar. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. p. 302. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/gestacao-de-alto-risco-manual-tecnico/. Acesso em: 22 mar. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. p. 272 – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf . Acesso em 22 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança**. Passaporte da Cidadania. 1ª edição. Brasília-DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 3265, de 01 de dezembro de 2017.** Dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html. Acesso em: 5

set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996.** Trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. . Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 5 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Aleitamento Materno para Mulheres Privadas de Liberdade**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional – 1. Ed –. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 32 p. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-Aleitamento-Materno.pdf. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** . Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. (Cadernos de Atenção Básica). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa –. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. p. 230. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 5 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.403, de 4 de maio de 2011**. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, relativos à prisão processual, fiança, liberdade provisória, demais medidas cautelares, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 de maio 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12403.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.403%2C%20DE%204%20DE%20MAIO%20DE%202011.&text=Altera%20dispositivos%20do%20Decreto%2DLei,cautelares%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.257 de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância melhor e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.45, de 1º de maio de 1943, a Lei nºº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho

de 2012. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. MODELO DE GESTÃO PARA A POLÍTICA PRISIONAL. Brasília, DF, Ministério da Justiça, 2016. p. 400. https://www.justica.gov.br/modelo-de-gestao_documento-final.pdf. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Inclusão das Mulheres Privadas de Liberdade na Rede Cegonha/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional – 1. Ed – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. p. 16. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/inclusao_mulheres_privacao_liberdade_rede_cegonha.pdf. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.275, de 01 de março de 2018**. Direito Constitucional e Registral. Pessoa Transgênero. Alteração do Prenome e do Sexo no Registro Civil. Disponível em:https://legis.senado.leg.br/norma/26369952. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Provimento nº 73, de 28 de junho de 2018**, do Conselho Nacional de Justiça, regulamenta a alteração de nome e sexo no Registro Civil. Disponível em: https://www.anoreg.org.br/site/2018/06/29/provimento-no-73-do-cnj-regulamenta-a-alteracao-de-nome-e-sexo-no-registro-civil-2. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate a Discriminação. **Resolução Conjunta nº 1, de 15 de Abril de 2014**, que estabelece parâmetros de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Brasil. Diário Oficial da União, nº 74, quinta-feira, 17 de abril de 2014. Disponível em: https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2014/resolucao-conjunta-no-1-de-15-de-abril-de-2014.pdf/view. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, DF: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. **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. Disponível em: http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/politicas-2/mulheres-1/anexos-projetomulheres/portaria-interministerial-210-2014.pdf. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.htm. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1459, de 24 de Junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 9 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº **2.298, de 9 de Setembro de 2021.** Dispõe sobre as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.298-de-9-de-setembro-de-2021-343833792. Acesso em: 12 set. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília,DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. E**statuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069, de 13 de 1990.** Brasília, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-

e-do-adolescente-versao-2019.pdf. Acesso em: 9 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução Nº 14, de 11 de novembro de 1994.** Resolve fixar as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil. Brasília, 1994. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/regras-minimas-para-tratamento-dos-presos-no-brasil.pdf. Acesso em: 9 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Informativa Nº 35/2019-CGIST/.DCCI/SVS/MS**. Dispõe sobre a disponibilização de tenofovir (TDF) para gestante com hepatite B nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) para a prevenção da transmissão vertical da hepatite B. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-352019-cgistdccisvsms. Acesso em: 29 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. **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. Brasília, 2014. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/370306/. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas. Regras de Bangkok - **Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras**. Brasília. 2016. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/cd8bc11ffdcbc397c32eecdc40afbb74.pdf. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. **Decreto Nº 591, de 6 de julho de 1992**. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Brasília, 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. **Lei Nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 3, de 05 de outubro de 2017**. Dispõe sobre a prestação de

serviços de alimentação e nutrição às pessoas privadas de liberdade e aos trabalhadores no sistema prisional. Brasília, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2017/resolucao-no-3-de-05-de-outubro-de-2017.pdf/view. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS Nº 1944, de 27 de agosto de 2009.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais da Saúde.** Brasília, 2016. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.434 de 12 de abril de 2017**. Acrescenta parágrafo único ao art. 292 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), para vedar o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13434.htm. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Cadernos Humaniza SUS - Humanização do parto e nascimento**. v. 4, p. 465. Brasília, 2014. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal.** Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Brasília, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.068, de 21 de outubro de 2016.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde no Sistema Prisional. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico para Profissionais da Saúde - DIU com cobre T Cu 380 A.** Brasília, 2018. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017**. Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. (Cadernos de atenção básica nº 33). Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 29 Mar. 2021.

BRASIL. **Lei 9.534, de 10 de dezembro de 1997**. Dá nova redação ao art. 30 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos; acrescenta inciso ao art. 1º da Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, que trata da gratuidade dos atos necessários ao

exercício da cidadania; e altera os arts. 30 e 45 da Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994, que dispõe sobre os serviços notariais e de registro. Brasília, 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9534.htm. Acesso em: 29 Mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Relatório Temático sobre mulheres privadas de liberdade - Junho 2017**. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/depen/pt-br/sisdepen/mais-informacoes/relatorios-infopen/relatorios-sinteticos/infopenmulheres-junho2017.pdf/view. Acesso em: 29 Mar. 2021.

DELZIOVO, Carmem Regina et al. **Atenção à saúde da mulher privada de liberdade.** Artigo científico - Curso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

D´OLIVEIRA, A. F. P. L., DINIZ, C. S. G., SCHRAIBER, L. B. . **Violence against women in health care institutions: an emerging problem**. Lancet, 359 (11), 1681-1685, 2002. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08592-6/fulltext. Acesso em: 29 Mar. 2021.

LARANJEIRA, Ronaldo et al . Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 22, n. 2, p. 62-71, June 2000 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 Mar. 2021.

LEAL, M. C., AYRES, B. V. S., PEREIRA, A. P. E., SÁNCHES, A. R., LAROUZE, B. **Nascer na prisão:** gestação e parto atrás das grades no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.7, p .2061-2070. ISSN 1413-8123.

LEÃO, M.M . **O direito humano à alimentação adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: ABRANDH; 2013

MIRANDA, Angélica Espinosa; MERCON-DE-VARGAS, Paulo Roberto; VIANA, Maria Carmen. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, **Brasil.Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, Apr. 2012

OBEDIN-MALIVER, J.; MAKADON, J. H.; Transgender men and pregnancy**.** National LGBT Health Education Center, The Fenway Institute. **Sage Journals**, obm.sagepub.com. Obstetric Medicine. Boston, 2016, Vol. 9(1) 4–8 ! 2015. MA, USA. DOI: 10.1177/1753495X15612658. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1753495X15612658. Acesso em: 15 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Organização das Nações Unidas - Direitos Humanos**. Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Genebra, 1948. Disponível em: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por. Acesso em: 15 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Organização Mundial da Saúde - OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=6ACA046F66A65F6398466B2C91E9EB15?sequence=3. Acesso em: 15 jul. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica de Planejamento. **Guia do Pré-natal na Atenção Básica**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2018a.40p. Disponível em:https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/guia-do-pre-natal-na-atencao-basica Acesso em: 08 de mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. **Guia de atendimento em saúde às pessoas em situação de violência**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2018b. 20p. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/publicado-o-guia-de-atendimento-em-saude-as-pessoas-em-situacao-de-violencia-sexual-por-grupo-de-trabalho-da-ses-rs. Acesso em: 08 de mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 343/2014**. Institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no Rio Grande do Sul. Diário Oficial do Estado, Porto Alegre, p. 38, 06 nov. 2014. Disponível em: https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202009/30101356-343-14.pdf. Acesso em: 08 de mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB Nº 022/19**. Atualiza a nota técnica de atenção ao pré-natal na atenção básica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2019. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201903/11090647-nt-pn-cib-22-19.pdf. Acesso em: 08 mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 512/2020.** Aprova a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde. Diário Oficial do Estado, Porto Alegre, p.64, 30 jul. 2020. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/31153736-512.pdf. Acesso em: 08 mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB Nº 236/2014**. Institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem .Diário Oficial do Estado, Porto Alegre, 2014. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170201/23110114-1402422792-cibr236-14.pdf . Acesso em: 08 mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria Nº 635/2021**. Define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), instituído pelo o Decreto Estadual nº 56.061 , 29 de agosto de 2021. PROA 21/2000-0093086-2. Diário Oficial do Estado, Porto Alegre. p. 59, de 1º de setembro de 2021. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/01101341-635.pdf. Acesso em: 08 mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Nº 12.544, de 03 de julho de 2006**. Institui o Programa Primeira Infância Melhor - PIM - e dá outras providências. Diário Oficial do Estado. Porto Alegre, 2006. Disponível em: https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/wp-content/uploads/2021/06/2006-Lei-Estadual-12.544-Institui-o-Programa-Primeira-Inf%C3%A2ncia-Melhor-e-d%C3%A1-outras-provid%C3%AAncias.pdf. Acesso em: 08 mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica 01/2019**. Assistência à saúde da criança de 0 a 2 anos na atenção básica. Porto Alegre, 2019. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/18161725-nota-tecnica-saude-da-crianca.pdf. Acesso em: 08 mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Superintendência dos Serviços Penitenciários. **Estatística - Cor.** Porto Alegre, 2020. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=33&cod_conteudo=117. Acesso em: 08 mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Superintendência dos Serviços Penitenciários. **Presídios - Delegacias Penitenciárias**. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=7. Acesso em: 08 mar. 2019.

SOARES, Paulo José. *Uso de medicação psiquiátrica na gravidez*. **Psychiatry on line Brasil.** Vol.8. Agosto, 2003. Disponível em: http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0803_2.php. Acesso em: 08 mar. 2019.

SANFELICE, C., Abbud, F., PREGNOLATTO, O., SILVA, M., & Shimo SHIMO, A. **Do parto institucionalizado ao parto domiciliar**. Revista Rene, 15(2), 362-370. doi: 10.15253/2175- 6783.2014000200022

T'SJOEN, G.; ARCELUS, J. GOOREN, L. KLINK, D. T.; TANGPRICHA, V. **Endocrinology of Transgender Medicine.** Endocrine Society. Oxford Academic. Endocrine Reviews,. Volume 40, Issue 1, February 2019, p. 97-117.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Programa de Valorização da Atenção Básica. Centro de Ciências da Saúde. C**urso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – Modalidade a Distância. Atenção à saúde da mulher privada de liberdade [**recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: Carmem Regina Delziovo ... [et al] — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. 52 p. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7427/1/Saude_Mulher.pdf. Acesso em: 05 maio 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Telessaúde RS. **Protocolos de encaminhamento para serviços especializados em planejamento familiar** (laqueadura tubária e vasectomia). Porto Alegre, 2018. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_planejamento_familiarTSRS_20180209_v001.pdf. Acesso em: 05 maio 2020.