

Título do Projeto:

Saúde materno infantil nas prisões

Coordenação geral: Dr. Maria do Carmo Leal

Equipe de pesquisa: Dr. Bernard Larouse

Dr. Alexandra Roma Sanchez

Msc Vilma Diuana de Castro

Dr. Mauro Santos

Dr. Nadia Cristina Valentini

Dr. Márcia Lázaro de Cravalho

Msc Ana Paula Esteves Pereira

TÍTULO DO PROJETO:

Saúde Materno Infantil nas prisões

PRAZO (Meses):

24 (vinte e quatro meses)

ÁREA GEOGRÁFICA DE EXECUÇÃO:

Brasil, em estabelecimentos prisionais de todos os Estados da Federação que tiverem detentas puérperas vivendo com os seus recém-nascidos

ÁREA / SUBÁREA DE CONHECIMENTO:

Saúde Coletiva/Epidemiologia

PALAVRAS-CHAVE:

Saúde Materno e Infantil, Saúde nas prisões, Atenção pré-natal nas prisões, Parto nas prisões, Crianças vivendo em prisões

ASPECTOS GERAIS

Embora as mulheres encarceradas representem apenas 5% das pessoas privadas de liberdade (PPL) no país, merecem especial atenção, pois constituem fração freqüentemente negligenciada. A ruptura dos laços sociais, a vulnerabilidade das mulheres num meio marcado pela violência (inclusive entre as próprias PPL), a importância da droga (tráfico, consumo) como causa de condenação e as especificidades ligadas ao gênero, à maternidade, ao nascimento e a vida na prisão das mães e seus filhos, clamam pelo desenvolvimento de estratégias de prevenção e assistência adaptadas a esta situação. Planejar e programar essas estratégias constitui uma prioridade para o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) do Ministério da Justiça.

No Brasil, são pouco conhecidos os dados sobre as condições de encarceramento de mulheres, seu estado de saúde e acesso às ações de prevenção e assistência, além de inexistirem recomendações que considerem as especificidades do contexto carcerário. Portanto, é fundamental avaliar a situação atual visando à obtenção de dados e análises coerentes que permitam a formulação de recomendações específicas referentes à saúde da mulher encarcerada.

Neste contexto, desenvolveremos um projeto de pesquisa intitulado **“Saúde materno infantil nas prisões”** que se articulará com o projeto “Nascer no Brasil” atualmente em desenvolvimento ao nível nacional pela pesquisadora Maria de Carmo Leal da ENSP/FIOCRUZ e utilizará os mesmos instrumentos de coleta de dados, adaptados às especificidades do contexto. Os progressos significativos havidos nas últimas décadas para a população geral (1), sem dúvida não beneficiaram plenamente as mulheres encarceradas e seus filhos nascidos na prisão.

O objetivo geral desse projeto é obter informações sobre maternidade, nascimento, crescimento e desenvolvimento psicossocial e motor da criança no ambiente carcerário, que servirão de base para a formulação de recomendações específicas para este contexto.

Este projeto contempla a vida da mulher grávida, da mãe encarcerada e de seu filho tanto no que se refere aos aspectos biomédicos quanto aos aspectos psicológicos, motores e sociais. Trata-se de assegurar para as mães encarceradas e seus filhos, acesso à prevenção e assistência de qualidade semelhante ao oferecido à população geral, além de possibilitar, apesar das dificuldades inerentes à vida no cárcere, condições favoráveis ao estabelecimento de laços afetivos e sociais propícios ao desenvolvimento psicomotor e social da criança.

Quatro subprojetos foram formulados para contemplar uma abordagem multidisciplinar, articulando os componentes de saúde, bem estar e direitos humanos das detentas:

Saúde: condições de saúde, desenvolvimento e assistência oferecidas na gestação, parto, nascimento, puerpério e até os dois anos de vida após o parto para mulheres encarceradas e seus filhos que vivem em prisões;

Psico sociais: relação das detentas e de suas crianças, práticas maternas e oportunidades para o desenvolvimento de suas crianças, com suas famílias e membros da comunidade carcerária (guardas, outras detentas, administração penitenciária, profissionais de saúde, psicólogos, etc) que constituem o « ambiente social » das mulheres encarceradas num contexto confinado, altamente hierarquizado e freqüentemente violento. Futuro das crianças em termos de aquisição das habilidades psicossociais e motoras necessárias ao desenvolvimento adequado e das mães após a saída da prisão;

Jurídicos: modalidades e base legal de decisões sobre o futuro das crianças e das mães após a saída da prisão;

Arquiteturais: adequação do ambiente carcerário para abrigar mães e seus filhos e gerar oportunidades de desenvolvimento adequado as crianças.

INTRODUÇÃO

Estima-se que haja 9.800.000 pessoas presas no mundo, das quais as mulheres são uma minoria embora com participação crescente nesse contingente de pessoas detidas (2). Segundo o “The World Female Imprisonment List”, em 2008, o número de mulheres presas no mundo ultrapassou os 500.000 (3). Cerca de um terço destas estão nos Estados Unidos, e 27 mil no Brasil, onde é descrito que as mulheres representam 7% do total de presos (4). No Brasil, entre 2006 e 2010, houve um aumento da população carcerária feminina de 37,5%, representando um crescimento anual de 12% (5). A maioria está em idade fértil e estima-se que 6% estejam grávidas (3).

A condição de encarceramento para as mulheres, tem implicações diferenciadas daquela vivida pelos homens, dentre os quais se podem destacar: (a) o padrão dos crimes das mulheres impõe um menor nível de risco à comunidade; (b) é provável que as mulheres sejam mais responsáveis pelo cuidado dos filhos e pela manutenção da casa do que os homens, de modo que o impacto da prisão é desproporcionalmente mais grave, frequentemente resultando na perda do lar e em dano grave na vida de seus filhos; (c) a mulher sofre uma maior exclusão social do que o homem, vivencia altos níveis de abuso e violência doméstica e tem mais problemas de saúde mental (5).

O Estado Brasileiro é reconhecido por atender pouco às necessidades básicas da população carcerária, mas para as mulheres, a precária situação soma-se à falta de uma política pública de gênero. A mulher encarcerada no Brasil é submetida a uma condição de invisibilidade, condição essa que intensifica as marcas da desigualdade de gênero à qual as mulheres em geral são submetidas (6). Embora os dados nacionais sobre o perfil sociodemográfico da mulher encarcerada sejam frágeis, um censo penitenciário realizado no estado de São Paulo em 2002 mostrou que 54% são pardas e negras, 61% não concluíram o nível fundamental, 86% são mães e apenas 27% se declaram casadas (7).

Quando se trata do período gestacional e de amamentação a mulher, encontra-se em uma situação ainda mais vulnerável e deve receber condições especiais de tratamento, como estabelecem as normas brasileiras e internacionais (8). A exigência de uma atenção diferenciada às mulheres nessas situações específicas decorre, portanto, das próprias condições inerentes à gestação e amamentação (6), devendo ser observada em quaisquer espaços – público ou privado – e mais ainda em estabelecimentos de total confinamento sob custódia direta do Estado.

Assim, como as mulheres presas em geral, as grávidas presas se diferenciam das não presas por pertencerem a classes econômica e socialmente menos favorecidas, constituindo um grupo obstétrico importante. Há evidências de que são uma população de alto risco perinatal. Uma recente revisão sistemática sobre o tema mostrou que elas são mais propensas a serem solteiras, pretas e de baixa escolaridade. Além disso têm uma maior chance de serem fumantes, beberem álcool em excesso e fazer uso de drogas ilegais (9). Fatores de risco perinatal, biológicos ou ambientais, tem papel de grande importância na cadeia causal de comprometimentos e atrasos psicossocial e motores da criança (10-14) Entretanto, estudos representativos da população de gestantes encarceradas na América latina são escassos. Nesta revisão, apenas estudos norte americanos e europeus foram incluídos.

Existem duas linhas de pensamento a respeito da influência do encarceramento nos desfechos perinatais. Por um lado a prisão seria prejudicial para o bem-estar das mulheres grávidas e seus conceitos devido a tensões causadas pela prisão. O encarceramento pode traumatizar emocionalmente através de restrições ambientais, da separação de familiares e amigos, e preocupações com o futuro do bebê. Por outro lado, é possível que, para estas mulheres, a prisão tenha um efeito benéfico sobre desfechos na gravidez. Alguns estudos americanos mostraram que a prisão melhorou os resultados fetais e que tanto maior o tempo na prisão, melhor o resultado (15-18). Segundo os autores as possíveis explicações seriam que

a prisão fornece alimento, abrigo e proteção de parceiros abusivos, garante acesso a cuidados pré-natais e modera o uso de álcool e drogas.

Howard et al(19), entretanto, critica a metodologia utilizada nesses estudos, que não controlaram pela idade gestacional da gestante na data da detenção. Segundo seus achados a relação entre o tempo na prisão e o maior peso nos Recém-nascidos (RN) não é linear. A prisão só exerceu o potencial benéfico de redução de Baixo Peso ao Nascer (BPN) quando a gestante foi detida no primeiro trimestre, fase de franco desenvolvimento embrionário (19). Faz sentido clínico que a prisão no primeiro trimestre da gravidez tenha um efeito maior sobre o BPN do que o encarceramento após o primeiro trimestre. Biologicamente falando o crescimento fetal é unicamente devido à hiperplasia (20). O comprimento fetal aumenta mais rapidamente no final do segundo trimestre, enquanto que o ganho de peso é essencialmente um fenômeno do terceiro trimestre (20). Portanto, qualquer tipo de privação que ocorre no início gestação pode afetar tanto o comprimento quanto o peso por ter interferência no início da hiperplasia de todos os órgãos do corpo.

Um estudo nos Estados Unidos da América (EUA) avaliou desfechos perinatais em grávidas detidas, as quais aguardavam julgamento ou cumpriam penas menores de um ano. Diferentemente das prisões, nos EUA as detenções são administradas localmente, com um crescimento anual 15 vezes superior ao da população encarcerada, abrigando um número muito maior de mulheres grávidas. Neste estudo, quando comparadas aos controles, as grávidas detidas com idade entre 18 e 39 anos tiveram progressivamente uma maior chance de baixo peso ao nascer quanto maior era a idade. Já as com mais de 39 anos, a detenção foi protetora para o baixo peso ao nascer (18).

Uma meta-análise publicada em 2005 revelou que as grávidas encarceradas tem maior chance de terem partos prematuros e recém-natos com baixo peso ao nascer quando comparadas a grávidas da população geral (21). Entretanto, quando comparadas a um grupo com desvantagens socioeconômicas semelhantes, as gestantes presas tiveram menos chance de terem um óbito fetal ou RN com baixo peso ao nascer, apontando um efeito positivo da prisão (21). A prematuridade e o baixo peso ao nascer são fatores associados a atrasos no desenvolvimento cognitivo e motor de crianças nos dois primeiros anos de vida (22-24); entretanto até o momento não foram encontradas pesquisas na literatura que investiguem esta temática com crianças que vivem com suas mães encarceradas. Esses achados sugerem que a oferta de serviço de saúde adequado para mulheres grávidas encarceradas pode ser eficaz e deve ser priorizado no processo de planejamento em saúde.

No Brasil, as grávidas encarceradas não têm garantido o direito à assistência médica especializada durante o período gestacional. A maioria não realiza ao menos um exame laboratorial ou de imagem durante a gravidez, e doenças sexualmente transmissíveis como AIDS e tuberculose são muitas vezes desconhecidas até o momento pós-parto (6). A vaga em estabelecimento que permita a internação pós-parto, com local apropriado para receber a detenta e seu filho não é direito assegurado para grande parcela de parturientes no sistema prisional já que são raras as unidades prisionais que contemplam esse tipo de acomodação com berçário apropriado. Na maioria das unidades prisionais, principalmente nas Cadeias Públicas, o berçário é uma cela improvisada, com as mesmas características de insalubridade comuns a esses locais (6). Considerando que o ambiente em que a criança esta inserida, somado as características parentais, são fortes promotores do bem estar geral das mesmas (25, 26) poucos especialistas em desenvolvimento infantil discordariam que estas condições podem impor serias limitações para o futuro saudável e desenvolvimnto das mesmas. Níveis otimizados de desenvolvimento ocorre em ambientes que propiciam forte suporte as iniciativas e aquisições de novas habilidades pela criança (27, 28).

Neste contexto, é possível que os resultados perinatais para as gestantes detentas brasileiras e seus filhos sejam muito diferentes do encontrado nos EUA e Europa, onde o presídio muitas vezes garante acesso a abrigo e alimentação adequada, cuidados pré-natais além de moderar o uso de álcool e drogas.

Com relação ao parto, este é um evento significativo na vida da mulher e frequentemente considerado positivo. Ainda assim, o parto pode ser fonte de estresse psicológico e de angústia (29-31) Se o parto é vivenciado como experiência traumática, isso pode ter impacto negativo sobre o bem-estar emocional da mulher e pode levar a morbididades psicológicas graves a curto e longo prazo, com implicações não só para a saúde mental mas também em relação aos filhos e membros da família (32, 33). Pouco se conhece a respeito da qualidade do atendimento ao parto para as puérperas encarceradas. Há relatos de partos com mulheres algemadas, o que aumenta a chance deste ser um parto traumático, com consequencias físicas e psicológicas.

MÓDULO 1 - Saúde de mães e de suas crianças

Justificativa

Estudos brasileiros são unânimes em mostrar que o acesso à atenção pré-natal, avaliado pelo número de consultas e mês de início do atendimento protege contra a prematuridade, baixo

peso ao nascer e óbito perinatal. Esses resultados permanecem significativos mesmo após controlada a condição social materna (34, 35)

A assistência pré-natal também é um importante fator de proteção para a saúde da mãe por incluir procedimentos rotineiros preventivos, curativos e de promoção da saúde. Quando bem conduzida pode contornar problemas obstétricos, prevenir danos e assegurar partos e nascimentos saudáveis.

Para que esses objetivos sejam alcançados, é fundamental que as ações consideradas efetivas sejam disponibilizadas de forma adequada e oportuna a todas as gestantes, mas, principalmente para as que apresentam maior risco de desfechos negativos.

No Brasil, é alta a cobertura da assistência pré-natal e vem crescendo ano a ano, já alcançando 98% das gestantes. Em 2009 a proporção de gestantes com mais de seis consultas pré-natais, número mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde para que se considere a atenção adequada, era de 58,5% (36).

Entretanto, a qualidade do pré-natal varia segundo características socioeconômicas das mulheres e os estudos nacionais relatam que essa iniquidade é maior em mulheres de baixa condição social e econômica, justamente as de maior risco para ocorrência de desfechos negativos e que poderiam se beneficiar mais do cuidado pré-natal (34, 37-45).

Ainda mais, as características socioeconômicas da família associam-se positivamente também aos níveis de desenvolvimento de crianças brasileiras durante os primeiros anos de vida. Resultados de pesquisas conduzidas por Halpern e colegas (10) e Lima e colegas (46) reportam que crianças de famílias com baixo poder aquisitivo têm probabilidade mais elevada (50%) de demonstrar suspeita de atrasos motores. Outros estudos reportam a mesma tendência para o desenvolvimento de habilidades sociais (47) e cognitiva (48), bem como para prevalência de déficits motores (49, 50)

Estudos na Europa e na Austrália têm demonstrado que o nível de intervenção obstétrica durante o parto tem sido consistentemente associado ao risco de desenvolvimento de sintomas de trauma psicológico no período pós-natal, especialmente quando a intervenção obstétrica acontece no contexto de intensa dor e sofrimento (51-53). As mulheres submetidas a uma cesariana de emergência ou que tiveram um parto vaginal instrumental (fórceps) são mais propensas a relatar sintomas de Depressão Pós-Parto (DPP) ou Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) do que as mulheres que tiveram uma cesárea eletiva ou um parto espontâneo (54-56). No Brasil desconhecemos o impacto da via de parto na saúde mental das puérperas, especialmente nas puérperas que dão a luz vivendo em instituições carcerárias.

Em relação à assistência ao parto, 98% ocorre em hospitais, não apresentando grandes variações por escolaridade das mulheres. Para as sem nenhuma escolaridade o percentual é de 86% e de 99% entre as com 8 e mais anos de estudo. Não existe diferença por cor de pele, exceto para as indígenas que são assistidas em hospitais na proporção de 65%(36). Da mesma forma a cobertura vacinal em crianças menores de um ano é elevada para um cardápio de imunobiológicos que inclui a proteção contra tuberculose, hepatite B, poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, rubéola, rotavírus humano, sarampo e haemophilus influenza. No Brasil, ao contrário do esperado, são as crianças de melhor condição social quem apresenta piores indicadores de cobertura (57).

Os dados nacionais mostram um avanço considerável no acesso à atenção a gestação, parto, nascimento e aos recém-nascidos, mas estudos epidemiológicos vêm mostrando que persistem iniquidades no acesso e principalmente há variação na qualidade da atenção ofertada, o que justifica os maus indicadores de saúde perinatal e materna do país, muito aquém do nível de desenvolvimento econômico alcançado pelo Brasil.

Com relação às mães detentas são poucos os dados disponíveis em estudos nacionais e é desconhecido ainda o tipo, quantidade e qualidade da atenção dispensada a elas e seus bebês bem como o impacto sobre a saúde mental dessas mulheres. Esse estudo pretende fazer um censo das mulheres prisioneiras com o intuito de descrever a situação da atenção à saúde no pré-natal, parto, puerpério e aos seus recém-nascidos.

Objetivos

Geral

Descrever as características sociodemográficas e da atenção à saúde oferecida a mulheres brasileiras que estiveram encarceradas durante o período da gestação, parto e puerpério, bem como aos seus recém-nascidos até seis meses de vida.

Específicos

Descrever as características das gestantes das instituições prisionais (idade, nível socioeconômico, escolaridade, história reprodutiva, cesáreas anteriores, consultas pré-natais, etc.) e compará-las com gestantes atendidas pelo SUS e que estavam fora do sistema penitenciário;

Avaliar a cobertura e qualidade do acompanhamento ao pré-natal, parto, puerpério e a atenção pediátrica recebida pelas mulheres e seus filhos, comparando os resultados alcançados quando o serviço de saúde utilizado estava fora ou dentro do presídio;

Comparar a cobertura e qualidade do acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério oferecido às mulheres encarceradas e a atenção de puericultura e pediatria ofertada aos seus filhos com a atenção recebida pelas mulheres e seus filhos atendidas pelo SUS e que estejam fora do sistema penitenciário;

Descrever a prevalência de baixo peso ao nascer, prematuridade, atrasos motores, sociais e cognitivos e outros desfechos adversos na gestação para os recém-nascidos das mães encarceradas e compará-los com os resultados alcançados pelas mães atendidas pela SUS que estejam fora do sistema penitenciário;

Descrever os procedimentos utilizados na realização do parto vaginal e a prevalência de cesáreas, bem como as complicações por tipo de parto nas puérperas encarceradas e nos recém-nascidos comparando os resultados alcançados com o das mães atendidas pelo SUS que estejam fora do sistema penitenciário;

Descrever a prevalência e duração do aleitamento materno e a completude do calendário de vacinação dos recém-nascidos das mães encarceradas e compará-los com os resultados alcançados pelas mães atendidas pela SUS que estejam fora do sistema penitenciário.

Metodologia

Será realizado um censo de base institucional de todas as detentas grávidas, detentas que pariram enquanto presas, nos dois anos anteriores à pesquisa e que estão com seus filhos e detentas que estão com seus filhos, mas que na data no parto não estavam presas. Serão elegíveis todas as instituições prisionais das capitais e regiões metropolitanas que abriguem gestantes, puérperas e crianças.

Segundo dados do DEPEN, em abril de 2011 havia 27.478 mulheres presas no Brasil. Destas 407 estavam grávidas e 363 na companhia de seus filhos. A distribuição segundo os Estados brasileiros encontra-se no quadro abaixo. O presente estudo não contemplará as instituições prisionais do interior, portanto estima-se que o número de entrevistadas seja em torno de 350 gestantes e de 300 mulheres com seus filhos.

UF	Nº Mulheres	Nº Gestantes	% de Gestantes	Nº Crianças	Nº Berçários	Nº Creches
Norte						
RO	527	7	1,2	0	0	0
RR	159	5	3,2	4	1	1
AC	245	10	4,1	7	2	0
AM	405	8	2,0	4	0	0
PA	-	-	-	-	-	-
AP	142	-	-	4	0	4
TO	102	3	3,0	1	0	0
Subtotal	1580	33	2,7	20	3	5
Nordeste						
MA	204	4	2,0	5	0	4
PI	99	-	-	1	2	0
CE	720	7	1,0	10	1	0
RN	314	4	1,3	10	1	1
PB	459	10	2,2	14	1	0
PE	1590	29	1,8	10	0	1
AL	135	1	0,7	1	0	0
SE	-	-	-	-	-	-
BA	493	3	0,6	3	0	0
Subtotal	4014	58	1,4	54	5	6
Sudeste						
MG	2442	63	2,6	79	1	0
ES	854	27	2,9	16	0	4
RJ	1578	15	1,0	23	20	0
SP	8491	122	1,4	54	0	0
Subtotal	13365	227	2,0	172	21	4
Sul						
PR	988	0	0,0	31	1	0
SC	1170	-	-	-	0	0
RS	2085	36	1,7	23	1	0
Subtotal	4243	36	0,9	54	2	0
Centro-Oeste						
MS	909	5	0,6	6	5	0
MT	1255	10	0,8	42	1	1
GO	669	18	2,7	5	1	0
DF	1443	20	3,7	10	1	0
Subtotal	4276	53	1,9	63	8	1
TOTAL	27478	407	1,8	363	39	16

Em cada estabelecimento prisional o período do estudo será variável e de acordo com o número de mulheres participantes. A dinâmica do trabalho de campo compreende a inclusão de todas as mulheres elegíveis.

O número de entrevistadores por estado variará de acordo com o número de unidades selecionadas e o número de mulheres.

Serão utilizados três questionários. O **primeiro questionário**, a ser aplicado a puérpera, será composto por variáveis de identificação materna, escolaridade e renda, condições de moradia, antecedentes obstétricos, dados antropométricos maternos, informações sobre a gestação em questão, assistência pré-natal, história obstétrica, enfermidades durante a gestação e uso de medicamentos durante a gestação, trabalho de parto e avaliação da assistência prestada a ela e ao recém-nascido (anexo 1). Na oportunidade os cartões de pré-natal das gestantes e dos recém-nascidos serão fotografados. A entrevista também abordará questões sobre o período pós-parto:

a) da mãe: tempo de permanência no hospital, reinternação, infecção de parede, infecção da episiotomia, mastite, infecção urinária, desconforto materno, stress pós-traumático, dor pós-parto e depressão pós-parto;

b) do recém-nascido: aleitamento materno, morbidade, reinternação e óbito, completude da carteira de vacinação, duração do aleitamento materno, peso, comprimento e perímetro cefálico, dentre outras questões.

O **segundo questionário** (anexo 2) será preenchido com base em dados disponíveis no prontuário médico no hospital onde a detenta deu a luz: assistência pré-natal, admissão hospitalar, pré-parto, e parto, medicamentos e intervenções realizadas e evolução:

a) da puérpera (tipo de parto, dilatação no momento da admissão, trabalho de parto espontâneo ou induzido, uso de analgesia e anestesia no trabalho de parto, complicações imediatas da anestesia, uso de partograma, uso de ocitocina, CTG - cardiocotografia- na admissão e no trabalho de parto, amniotomia e o momento em que foi realizada, episiotomia, realização de manobra de Kristeller e morbidade materna).

b) do recém-nascido (apgar, peso ao nascer, cuidados imediatos pós-nascimento, uso de oxigênio e de ventilação mecânica, membrana hialina, desconforto respiratório, hipoglicemia, admissão em UI/UTI neonatal);

c) condições de alta ou óbito (causa) da mãe e do concepto.

Serão utilizados dois instrumentos validados para a investigação da motricidade, cognição e interações sociais. A *Alberta Infant Motor Scale – AIMS (58)* será utilizada para avaliar o desenvolvimento motor dos bebês. A AIMS é um instrumento observacional, desenvolvida para avaliar o desenvolvimento motor de crianças nascidas a termo e pré-termo com idade corrigida, desde o nascimento até a aquisição da marcha independente. Esta escala contém 58 itens agrupados em quatro sub-escalas que descrevem o desenvolvimento da movimentação espontânea e de habilidades motoras em quatro posições básicas: prono (21 itens), supino (9 itens), sentado (12 itens) e em pé (16 itens). A escala pressupõe mínima manipulação, analisando para cada postura, descarga de peso, alinhamento postural e movimentos antigravitacionais, observando os padrões de posturas do bebê, de acordo com a idade. Cada item é avaliado segundo tenha sido *observado* (score 1) ou *não-observado* (score 0). Os escores em cada subescala são somados; a soma dos quatro subtotais é convertida para percentil de desempenho motor, estabelecido com base na amostra normativa do teste. A criança foi classificada como: desempenho motor normal, se acima de 25% da curva percentilica; desempenho motor suspeito, entre 25% e 5% da curva; e desempenho motor atrasado, abaixo de 5%.

O desenvolvimento cognitivo e social foi avaliado pela Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança no Primeiro Ano de Vida – EDCC (59) desenvolvido e validado para crianças brasileiras. A escala permite avaliar 64 comportamentos distribuídos mês a mês e em diferentes faixas etárias. Os comportamentos contidos na escala são comportamentos motores, cognitivos e sociais avaliados em diferentes atividades, os quais podem ser axiais (tronco) ou apendiculares (membros); estimulados ou espontâneos; comunicativos (precisa de interação com o examinador) e não comunicativos

(não precisa de interação para realizar o comportamento), distribuídos em 8 subescalas: Axial Espontâneo Não Comunicativo (15 atividades de deslocamento e postura); Axial Espontâneo Comunicativo (oito atividades de emissão de sons e repetições); Axial Estimulado Não Comunicativo (sete atividades de reação ao som e sensibilidade visual); Axial Estimulado Comunicativo (cinco atividades de jogos corporais e interação com o examinador); Apendicular Espontâneo Não Comunicativo (11 atividades de perceber e explorar os objetos manualmente); Apendicular Espontâneo Comunicativo (tocar nos óculos, nariz e cabelos dos adultos); Apendicular Estimulado Não Comunicativo (oito atividades de manipulação e reconhecimento da função do objeto) e Apendicular Estimulado Comunicativo (nove atividades de execução de tarefas a pedido). Para a AIMS e EDCC o protocolo de avaliação proposto pelos autores será empregado.

O terceiro questionário será aplicado ao setor da administração penitenciária responsável pelo cuidado com a criança. Serão inqueridos sobre fornecimento de fraldas, roupas e alimentos, Quem prepara a alimentação da criança, se existe educação da mãe em relação a alimentação da criança bem como é ofertada a atenção à saúde dos recém-nascidos: Onde é feito o acompanhamento da puericultura, se dentro ou fora da prisão, quem acompanha o bebê para a consulta de puericultura, (mãe, enfermeira ou um guarda), em caso de doença, onde o bebê é consultado e se existe serviço pediátrico de referência para urgências e se existe prontuário da criança na prisão.

Para todos os questionários serão elaborados manuais de instrução com a descrição dos procedimentos padronizados que deverão ser seguidos e as alternativas para lidar com diferentes situações.

A coordenação do projeto realizará o treinamento da equipe de campo, buscando a padronização dos entrevistadores. A programação constará das seguintes atividades: descrição do estudo e seus objetivos, exposição da logística, leitura dos questionários e manuais de instrução, além de dinâmicas demonstrando como deve ser feita a aplicação dos questionários, e de obtenção de dados dos prontuários das puérperas selecionadas. O treinamento constará também da parte prática a ser realizada em estabelecimento prisional.

Com a finalidade de verificar a logística do trabalho de campo e a adequação dos questionários em condições reais será realizado um estudo piloto, em dois estabelecimentos prisionais. Ao final do estudo piloto, ajustes serão realizados nos questionários da pesquisa.

Os dados serão coletados em formulários eletrônicos. Cada entrevistador e supervisor receberá um login e uma senha antes de iniciar o trabalho de campo, que serão armazenados

juntamente com os dados de entrevistas e registros médicos e permitirá identificar os responsáveis pelo preenchimento do formulário.

O formulário apresentará uma identificação única com um código para o estado, um código para o município, um código para a unidade prisional e por fim, um código para a mulher. A fim de evitar erros, os seguintes procedimentos serão adotados:

- Respostas que não poderão ser digitadas porque o programa de entrada de dados bloqueará valores inválidos;
- Durante a fase de teste, buscou-se identificar todas as possíveis respostas que cobrem a diversidade regional do país, uma vez que o estudo foi de abrangência nacional;
- As questões não aplicáveis devido à resposta dada na pergunta anterior não aparecerão na tela para o entrevistador, evitando respostas inadequadas às perguntas irrelevantes e tornando a realização da entrevista executar mais rapidamente;
- As perguntas serão armazenadas no final de cada tela e se alguma questão não for corretamente preenchida ou deixada em branco, o programa não permitirá que a entrevista continue, sinalizando as questões que apresentarem problemas;
- Os formulários preenchidos permanecerão no próprio programa até exportado. Os dados serão exportados inicialmente para o próprio netbook. Mais tarde, esses arquivos serão salvos em uma pendrive e entregues ao supervisor de cada unidade, responsável por enviar os formulários para o site de pesquisa localizado no servidor FIOCRUZ, no Rio de Janeiro, onde todos os dados serão armazenados.

O acesso online ao banco de dados permitirá o monitoramento em tempo real do trabalho de campo pela coordenação.

Os desfechos deste módulo serão:

I - Para a gestante:

- a) Assistência pré-natal recebida;
- b) Tipo de parto;
- c) Assistência puerperal recebida;
- d) Desconforto pós-parto e dor;
- e) Desempenho na prática do aleitamento materno;
- f) Infecção pós-parto;
- g) Reinternações;
- h) Depressão pós-parto.

II – Para a criança:

- a) Prematuridade;
- b) Baixo peso ao nascer;
- c) Internação em UTI neonatal;
- d) Mortalidade neonatal (0-27 dias);
- e) Reinternação;
- f) Atenção pediátrica;
- g) Avaliação do crescimento;
- h) Completude da carteira de vacinação ;
- i) Duração do aleitamento materno e desmame.
- j) Escores de desenvolvimento motor, cognitivo e social

Serão estimadas as prevalências e os respectivos intervalos de confiança para todos os desfechos. A associação entre variáveis demográficas, socioeconômicas da puérpera, complicações obstétricas, neonatais e da criança serão investigadas em análises bivariadas, estratificadas e em modelos multivariados. Os testes estatísticos serão aplicados de acordo com a distribuição dos dados e homogeneidade das variâncias dos grupos a serem comparados.

MÓDULO 2 - Abordagem psicossociológica**Justificativa**

Ao se voltar o olhar para as especificidades que envolvem o encarceramento feminino, torna-se relevante o problema colocado pela gravidez da mulher durante o cumprimento da pena de prisão. Este tema logo remete às contradições existentes entre um estabelecimento instituído para punir e as condições necessárias ao estabelecimento de vínculo mãe-filho e o desenvolvimento harmonioso das crianças em seus aspectos físico, afetivo, intelectual, social e psicológico. Ele também aponta para uma reflexão acerca dos modelos de família, maternidade e infância que sustentam diferentes perspectivas quanto aos direitos das mães e das crianças bem como à necessidade de cuidados que requer a gestação, o parto, o puerpério e a amamentação.

Conforme os dados no Ministério da Justiça, citados em estudo realizado sobre o tema (60), em 2008, 1,2% das mulheres brasileira presas encontravam-se grávidas, 1,0% das presas possuíam filhos em sua companhia e 0,9% de mulheres encarceradas estavam em período de

amamentação. Dos casos de gestação no cárcere, a maioria já se encontrava grávida quando de sua prisão, sendo menor o número das que engravidaram de seus cônjuges em situação de visita íntima (61).

Cabe ressaltar que, ao serem presas, muitas destas mulheres perdem seus vínculos familiares e que poucas recebem a visita do cônjuge. Em decorrência disto, o destino dos filhos que nascem durante o encarceramento é muitas vezes, incerto. Nesse sentido, o tempo de permanência da criança junto à mãe constitui também período no qual esta deve identificar e indicar parentes ou amigos capazes de acolher seus filhos a fim de evitar que sejam enviados para abrigos quando terminar o tempo de permanência da criança com a mãe. Este período constitui também momento de observação em que serão avaliadas as condições da mãe para permanecer ou não com seu filho porque, ainda que elas civilmente tenham o poder parental sobre os filhos, a decisão sobre guarda das crianças nascidas na prisão cabe ao poder judiciário. Finalmente, de acordo com a Resolução CNPCP, Nº03/2009, este tempo destina-se ainda ao fortalecimento do vínculo mãe-filho e à “elaboração psicológica da separação e futuro reencontro” (62).

Assim, a situação das mulheres que chegam grávidas ao sistema penitenciário ou que engravidam durante o cumprimento da pena, bem como a permanência de seus filhos no espaço carcerário colocam dilemas e controvérsias para mães, familiares, funcionários e técnicos que atuam no dia a dia das prisões e também para os operadores do direito envolvidos nas decisões judiciais acerca do destino dessas crianças.

A permanência da criança junto à mãe é sustentada na importância do vínculo mãe-bebê para o desenvolvimento da criança, na valorização da amamentação e dos cuidados maternos para um crescimento saudável das crianças e ainda pelo efeito positivo que a relação mãe-filho proporciona para a mãe. Por outro, questiona-se a possibilidade da criança permanecer em companhia da mãe visto que “alguns fatores da prisão são prejudiciais ao seu bom desenvolvimento, como a vulnerabilidade do contexto, a fragilidade da rede de apoio, as regras dos sistemas prisionais e o ambiente fechado, depressivo, agressivo, agitado e conflituoso, inadequado para o desenvolvimento infantil” (63, 64).

Observa-se, entretanto, que a sensibilidade às questões que envolvem a mulher presa e a maternidade nas prisões vem mudando e tem dado lugar a novas legislações e regulamentações que visam reduzir as desigualdades de gênero no que concerne à permanência das crianças junto a suas mães encarceradas.

A Resolução CNPCP Nº3/2009 prevê a permanência de crianças junto a suas mães no mínimo de 2 anos, visto que a presença da mãe nesse período é considerada fundamental para o

desenvolvimento da criança. A mesma resolução possibilita ainda que crianças com mais de dois e até sete anos de idade possam permanecer junto às mães na unidade prisional desde que seja em “unidades materno-infantis, equipadas com dormitório para as mães e crianças, brinquedoteca, área de lazer, abertura para área descoberta e participação em creche externa”.

A Lei de Execução Penal (LEP), em alterações instituídas em 2009, determina, em seu art. 83, §2º, que “os estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até seis meses de idade” e em seu art.89 prevê que “a penitenciária de mulheres será dotada de seção para gestante e parturiente e de creche para abrigar crianças maiores de seis meses e menores de 7 (sete) anos, com a finalidade de assistir a criança desamparada cuja responsável estiver presa.”

Embora não tenha sido encontrado estudo recente sobre a implantação de seções para gestantes e parturientes nem sobre a existência de berçários e creches, estudo anterior a estas novas regulamentações indicava que em alguns estados verificou-se a existência de creches havendo, contudo, “diversas ambivalências” quanto à faixa etária das crianças atendidas e ao tempo de permanência da mãe neste espaço (61). Refere também a falta de “pessoal qualificado, de acordo com as diretrizes adotadas pela legislação educacional” e a falta de “unidades autônomas”, o que caracterizaria estes espaços mais como abrigos do que como espaços educativos, com trabalho multidisciplinar e caráter psicopedagógico(61).

Do mesmo modo, ainda que o direito de amamentar seu filho na prisão esteja assegurado à mulher presa pela Constituição Federal e que haja previsão na Lei de Execução Penal de *berçários onde as condenadas possam cuidar de seus filhos*, ainda são poucas as unidades prisionais femininas que possuem estas dependências. Ainda que a resolução do CNPCP , assegure a permanência das crianças junto a suas mães até dois anos de idade (62), estudo aponta que a maioria das prisões autoriza a permanência de crianças até os seis meses de vida, tempo definido na LEP (63).

Ainda assim, há relatos de estados onde as crianças são separadas das mães logo após o retorno desta ao estabelecimento prisional, sendo, portanto, privadas do direito à amamentação (65) e outros onde o aleitamento ocorre nas celas, evidenciando mais uma vez a baixa adesão à legislação nacional pelos estados da federação.

A falta de uma maior discussão e aprofundamento sobre as questões que envolvem a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher encarcerada e os direitos de proteção integral a seus filhos, envolvendo o tempo de permanência de criança junto à mãe, vem

ocasionando que as diferentes unidades da federação, na maioria das vezes, continuam decidindo sobre o assunto de diferentes maneiras.

Estas diferentes decisões tomadas pelos estados da federação têm por base diferentes legislações, mas também em diversas representações sociais e valores acerca da maternidade, dos padrões de mãe, esposa e mulher, dos estigmas que atingem aquelas que praticam delitos, além de considerações quanto à disciplina e segurança. Isto acaba por ocasionar ações institucionais fragmentárias e desconexas, sem base em diretrizes e políticas públicas que possam contemplar as questões de gênero e possam minimizar a violação dos direitos humanos da mulher presa e de seu filho.

Assim sendo, este módulo que integra o estudo nacional sobre “Saúde maternno-infantil”, ao se efetivar através de estudos de caso em diferentes regiões do país, pretende possibilitar a percepção destas diferentes representações e práticas dos diferentes atores, em diferentes contextos institucionais e regionais de modo a permitir uma comparação que possa destacar similaridades e diferenças, desnaturalizando práticas e afastando-se de uma perspectiva prescritiva.

Ao contribuir para um maior aprofundamento do assunto, poderá fornecer subsídios para orientar decisões e práticas envolvendo a permanência e o destino das crianças nas prisões de modo a buscar a garantia dos direitos tanto das mães quanto de seus filhos.

Finalmente, este estudo visa contribuir com o DEPEN e Ministerio da Saude na promoção e desenvolvimento de políticas públicas que tenham como norte a equidade de gênero e o respeito aos direitos humanos.

Objetivo geral

Conhecer as representações da maternidade na prisão e as práticas dos diferentes atores (cônjuges, familiares, psicólogos, assistentes sociais, agentes penitenciários, profissionais de saúde...) que interagem no contexto da execução penal e suas repercussões sobre o vínculo mãe-filho, a permanência da criança junto a mãe e o posterior encaminhamento das crianças.

Objetivos específicos

Identificar que percepções, sensibilidades e representações sustentam a avaliação dos técnicos e dos operadores do direito quanto ao destino da criança após a separação de sua mãe bem como destacar as práticas inovadoras que estão se construindo neste campo.

Possibilitar a percepção destas diferentes representações e práticas em diferentes contextos institucionais e regionais de modo a permitir uma comparação que possa destacar similaridades e diferenças, desnaturalizando práticas e afastando-se de uma perspectiva prescritiva.

População de estudo

Para o trabalho de campo, serão elegíveis todas as unidades prisionais femininas do país que abriguem mães cujos filhos nasceram durante o cumprimento de sua pena, considerando-se os últimos dois anos ao início da coleta de dados.

Os critérios para a escolha das unidades prisionais a serem estudadas devem refletir questões contextuais relevantes como: número de mulheres presas, número de crianças nascidas durante o encarceramento e tempo de permanência das crianças junto a suas mães. Para possibilitar a percepção de diferenças regionais, será escolhida uma unidade por região do país.

Critérios de inclusão

Poderão ser incluídos no estudo mulheres presas que cujos filhos nasceram durante o cumprimento de sua pena; agentes penitenciários, gestores, psicólogos, assistentes sociais e operadores do direito envolvidos com a permanência e o encaminhamento dos filhos das detentas após a separação de sua mãe bem como membros das famílias extensas, substitutas e/ou profissionais de instituições de proteção à criança responsáveis por sua guarda após a separação da mãe.

Metodologia

Este estudo se articula com os outros tres outros componentes do projeto buscando aprofundar o conhecimento sobre percepções, valores, significações e representações expressos nas falas cotidianas dos diferentes atores em interação social no contexto da maternidade na prisão e sua influencia nas decisões técnico-jurídicas e institucionais acerca do destino das crianças nascidas na prisão.

Trata-se, portanto de um estudo qualitativo que se integra a outro de caráter quali-quantitativo, numa abordagem complementar em que se busca aprofundar o tema que envolve as representações e práticas relativas à maternidade na prisão. Para tal, serão utilizadas a observação direta, entrevistas individuais com roteiro e grupos focais (anexo 3).

Considerando que os grupos focais são amostras intencionais reveladoras da diversidade de atitudes e comportamentos frente a temas específicos, neste estudo, serão realizados grupos focais com mulheres presas cujos filhos nasceram durante o cumprimento de sua pena e com os técnicos e operadores do direito envolvidos com a definição do encaminhamento dos filhos das mulheres presas após sua separação da mãe. Isto possibilitará não apenas a apreensão da diversidade, mas análises comparativas quanto às diferenças intra e intergrupais frente às questões debatidas.

MÓDULO 3 - Direitos das mães e crianças

Justificativa

O reconhecimento dos **direitos das mulheres encarceradas** é relativamente recente, o que sem dúvida está relacionado ao fato de que elas representam uma pequena proporção das pessoas privadas de liberdade (PPL) no mundo. A constatação de inegáveis desigualdades de tratamento em função do gênero nas prisões mostram a necessidade da implementação de medidas neste campo, que se traduzem pela publicação de várias declarações e edição de manuais pelo Center for Prisons Studies (66), (67), (68), (69, 70).

No que se refere à mulheres grávidas encarceradas e as mães vivendo no cárcere com seus filhos :

- a recomendação unânime é de tentar ao máximo encontrar alternativas ao encarceramento de mulheres grávidas, sabendo-se que, na maioria dos casos, as mulheres são condenadas a penas curtas ligadas a delitos como furto e associação ao tráfico de drogas.
- Se mulheres grávidas são presas, elas devem se beneficiar de condições de encarceramento adaptadas.
- Acompanhamento pré-natal deve seguir as recomendações para a população geral e o parto realizado fora do ambiente prisional, em uma maternidade onde as mulheres serão tratadas como se fossem livres – especialmente no momento do parto, durante o qual não devem ser algemadas como prescrito por uma lei recente do Estado São Paulo.

- Os filhos de mães encarceradas devem também ter uma vida mais próxima possível da vida de uma criança que vive fora da prisão, o que implica na possibilidade de as mães, desde o nascimento, conviverem com seus filhos.
- Atenção especial deve ser dada ao destino da criança quando ela sai da prisão, deixando sua mãe encarcerada (ver abaixo).

Mesmo que a maioria dos países tenham ratificado essas recomendações, sua aplicação na prática é muito limitada. **O respeito/não respeito desses direitos nas prisões brasileiras deve ser objeto de estudo** cujos resultados permitirão fornecer os elementos necessários para a formulação de recomendações nacionais, edição de leis e a implementação de um trabalho de conscientização da administração e dos profissionais penitenciários visando compatibilizar a prática prisional com esses princípios. Um dos eixos deste estudo está relacionado à **ética dos profissionais de saúde** que trabalham no intra e extra-muros na atenção às mulheres grávidas, mães e seus filhos, dado que a ética destes pode entrar em conflito com as exigências da administração penitenciária.

No mundo inteiro, como nos diversos estados brasileiros, as práticas referentes às decisões que envolvem o **destino das crianças** que vivem com suas mães nas prisões são variáveis. Mesmo sendo necessário o enquadramento destas práticas por meio de normas, elas devem permitir uma certa flexibilidade para melhor adaptação a cada caso a fim de **preservar fortes laços entre mães e seus filhos e preparar a saída da criança**. Isto pressupõe a criação, antes da saída da criança, de laços afetivos com aqueles que a acolherão e, após sua saída, a manutenção de laços com a mãe. No que se refere às prisões brasileiras, o respeito a estes princípios que são considerados como direitos das crianças, de suas mães e suas famílias, deve ainda ser avaliado. A partir deste estudo, **uma reflexão deve ser feita para avaliar se os regulamentos e leis em vigor, suas interpretações e práticas respeitam o direito** de circulação de crianças e suas famílias através dos muros da prisão, como ocorre em outros países.

Objetivos

- Avaliar a conformidade das condições de encarceramento de mulheres às recomendações internacionais, especialmente no que se refere à mulheres grávidas e mães e seus filhos.
- Levantar as leis e regulamentos referentes a mulheres encarceradas e seus filhos em vigor nos diferentes estados, a maneira como são interpretadas, os procedimentos utilizados para aplicá-las e as decisões tomadas no que se refere, especialmente à duração da

permanência da criança com sua mãe encarcerada e sua conformidade com recomendações internacionais.

- Estudar a maneira como os diferentes atores (assistentes sociais, psicólogos, administração penitenciária, juizes da execução penal, mães, familiares, conselhos tutelares e outros) interferem para a tomada de decisão sobre a criança.

Metodologia

- Estudo documental de leis, regulamentos e jurisprudências em vigor nos diferentes estados brasileiros referentes a mulheres grávidas encarceradas e seus filhos.
- Levantamento, através de questionário enviado ao serviços estaduais responsáveis pelas decisões judiciais, sobre procedimentos utilizados e decisões tomadas.
- Nos estados selecionados, estudo, em articulação com a equipe de pesquisa psicossocial (módulo 2), de regulamentos e práticas que permitem às crianças estabelecer e manter, sem ruptura, laços com suas mães e família ou estrutura que as acolhem. Entrevistas com os diferentes atores. Esse estudo deverá ser feito nos estados em que as pesquisas do modulo 2 serão realizadas.

MÓDULO 4 – Arquitetura

Justificativa

A qualidade dos ambientes onde vivem mães e seus filhos no ambiente carcerário constitui um elemento importante para o estabelecimento dos laços afetivos necessários ao desenvolvimento das crianças. O ambiente do lar contem variadas dimensões que são primordiais para o desenvolvimento psicossocial e motor de crianças (71-73). As propriedades físicas deste ambiente e as oportunidades nele contidas para potencializar explorações e ações, e conseqüentemente aprendizagem, são avenidas de estímulos para o desenvolvimento na infância. Esta entendimento ganha uma dimensão mais relevante para crianças em situação de risco. Para estas crianças o desfecho do desenvolvimento e fortemente influenciado pela diversidade e qualidade das experiências cognitivas, sociais e motoras propiciadas no ambiente (71, 74, 75). Cada brinquedo, equipamento, espaço disponível para correr ou um novo espaço de exploração desencadeia um evento novo e novas resoluções cognitivo-motoras (76, 77). Embora a literatura seja carente na investigação do ambiente, estudos sugerem que crianças provenientes de lares que oferece oportunidade de livre movimentação, espaços do brinquedo, brinquedos de motricidade fiam e ampla demonstram escores de desempenho motor e cognitivo mais elevados (78-80). Trata-se portanto não de um privilégio, mas de um direito, já que a privação de liberdade não

implica na perda dos direitos constitucionais, compreendendo o direito à saúde não apenas como ausência de doença, mas como bem estar físico e mental conforme a definição da OMS. Embora a mãe seja encarcerada, seu filho é livre e não deve sofrer com a privação de liberdade imposta à mãe. Isto deve ser considerado na concepção arquitetônica dos locais de vivência de mães e seus filhos em unidades prisionais (Ups).

A qualidade de vida das mães encarceradas e seu filhos num período tão primordial para o desenvolvimento psicossocial e motor e afetivo das crianças deve ser objeto de atenção especial no ambiente prisional. Trata-se de assegurar que os ambientes em que vivem mães e seus filhos não sejam somente locais de abrigo, mas sejam, com as adequações necessárias às especificidades do contexto carcerário, verdadeiros locais de vida que respeitem as diretrizes preconizadas para construção e funcionamento de creches para a população geral. A localização dos ambientes de vivência de mães e seus filhos no interior das UPs e sua relação física com as estruturas de encarceramento convencionais devem ser consideradas de maneira a garantir às crianças uma vida cotidiana o mais livre possível do ambiente de encarceramento.

Considerando o fato que as crianças devem deixar suas mães após um período que atualmente varia de algumas horas a 6 anos, segundo os estados, que os laços afetivos sejam estabelecidos com as famílias desde o nascimento e que, espera-se, as famílias acolherão as crianças após a saída delas de perto da mãe, o ambiente prisional que abriga a mãe e criança deve ser construído tendo em conta esses aspectos. Isto é importante não apenas para facilitar a visita de familiares como também a saída das crianças para visitá-los e, eventualmente, frequentar ambientes extra-muros, como serviços de saúde e outros.

O DEPEN, a Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário e o CNPCP atribuem grande importância à melhoria da qualidade de vida de mães encarceradas e de seus filhos, especialmente às estruturas físicas de acolhimento, como demonstra a Resolução nº 9/2011 do CNPCP. Ambientes de vivência de mães e seus filhos estão sendo construídos nos estados que ainda não os possuem e em outros, a qualidade e a funcionalidade dessas estruturas são variáveis.

A análise de projetos de construção e das estruturas existentes é indispensável para definir, com os autores e usuários e à luz da legislação vigente, as melhorias necessárias. Pretende-se também com esse subprojeto fornecer subsídios para a elaboração de uma diretriz nacional, bem como conhecer e difundir as boas práticas já implementadas por alguns estados, segundo procedimento similar ao utilizado para elaboração do Manual de Intervenções Ambientais para o Controle da Tuberculose nas Prisões (81).

Objetivos

Conhecer a salubridade e os aspectos funcionais do ambiente físico prisional oferecido às mães encarceradas e a seus filhos.

Método

A pesquisa está baseada na Teoria das Representações Sociais, pretendendo apresentar elementos para uma melhor compreensão da relação das mães encarceradas, seus filhos, e os profissionais dos berçários, creches e ambientes de vivência das UPs, explorando o sentido atribuído a eles, o sistema de crenças e valores que influenciam preferências, comportamentos e expectativas.

O interesse por estudar o conceito de representação é crescente em várias áreas, pois através delas podemos identificar as opiniões e as ações de um grupo podendo chegar cada vez mais próximo de sua identidade, ou até mesmo medir o seu grau de satisfação com determinadas situações.

A pesquisa abrange recortes metodológicos integrados e relacionados à visão histórica e crítica da produção dos ambientes onde vivem mães e filhos no sistema carcerário, à apropriação e validação dos ambientes pelos usuários e à construção dos significados culturais e ambientais decorrentes.

Para tanto os métodos e procedimentos a serem desenvolvidos constam basicamente de:

- Revisão bibliográfica: a qual embasara a pesquisa nos seus aspectos teóricos e metodológicos;
- Pesquisa em arquivos: onde, além de documentos, serão pesquisadas iconografias (plantas, fotografias, desenhos) de importância para a compreensão da ocupação dos ambientes;
- Levantamento das legislações incidentes referentes à construção e funcionamento de berçários e creches para a população geral, e ambientes de vivência intra-muros de mães e seus filhos, no Brasil e em outros países;
- Realização de estudos de caso das estruturas existentes (análise de plantas e visitas) e de projetos (plantas) juntamente com as mães encarceradas, os profissionais que atuam em berçários e creches das UPs, além de engenheiros e arquitetos da administração penitenciária e responsáveis pela segurança, em articulação com os pesquisadores dos

módulos 1 e 2 deste estudo. Essa análise será realizada tendo como referência regulamentos e estruturas existentes para população geral. Atenção especial será dada à localização dos ambientes destinados à vivência de mães e crianças no interior das UPs e também à localização, nos estados, das UPs que acolhem mães e crianças.

- Seleção dos projetos representativos dos ambientes de vivência, berçários e creches das Ups ;
- Entrevistas a informantes-chave: através das quais serão coletadas as informações acerca das ações e aspirações dos principais agentes atuantes ou interessados;
- Levantamentos físicos, fotográficos e ambientais: será realizado um levantamento técnico para a aquisição dos dados referentes ao ambiente construído relacionados ao desempenho de conforto e eficiência energética e sustentabilidade, à apropriação e validação dos ambientes pelos usuários e à construção dos significados culturais e ambientais decorrentes.

Análise

A análise dos resultados será realizada com referência aos parâmetros objetivos, fixados pelas normas técnicas, e aos parâmetros subjetivos, através da avaliação do desempenho do ambiente construído, abrangendo os seguintes itens:

- Meio ambiente urbano: localização, interação e identidade;
- Funcional / Comportamental: programa e dimensionamento do projeto, flexibilidade dos espaços, modificações, vivência e segurança;
- Conforto Ambiental: térmico, ventilação e iluminação (natural/artificial), conforto acústico e conservação de energia;
- Estética: cores, texturas, volumetria, dinâmica espacial;
- Materiais e técnicas construtivas.

RESULTADOS ESPERADOS

Módulo 1- Saúde

Descrever a taxa de natalidade das mulheres presas no Brasil;

Descrever as características sociais e demográficas das mulheres que dão a luz em instituições prisionais no Brasil;

Estimar a prevalência da prematuridade e do baixo peso ao nascer dos recém-nascidos filhos de mulheres que dão a luz em instituições prisionais no Brasil;

Estimar a incidência de complicações médicas imediatas ao parto para o recém-nascido, tais como uso de UTI neonatal, problemas respiratórios e outras morbidades;

Avaliar o perfil de risco para complicações médicas imediatas e mediatas para as puérperas e recém-nascidos;

Comparar todos os desfechos desse estudo com os desfechos das puérperas do “Projeto Nascer no Brasil - Inquérito nacional sobre parto e nascimento” usuárias do SUS;

Disponer de uma base de dados para estimar a associação entre eventos adversos em recém-nascidos e mulheres segundo a condição de estar presa ou em liberdade, controlando por variáveis intervenientes;

Avaliar o perfil motor, cognitivo e social e estimar a prevalência de atrasos motores, cognitivos e sociais dos recém-nascidos filhos de mulheres que dão a luz em instituições prisionais no Brasil;

Módulo 2 - Psicosocial

Melhoria das condições de vida e saúde das mulheres e dos seus filhos que nascem durante o encarceramento.

Fornecimento de subsídios para orientar decisões e práticas envolvendo a permanência e o destino das crianças nas prisões.

Módulo 3 - Direitos

Fornecer subsídios que permitam avaliar as práticas referentes a mães encarceradas e seus filhos vivendo nas prisões em relação às recomendações nacionais e internacionais. Complilar as leis em vigor nos diferentes estados referentes a mães encarceradas e seus filhos e sua aplicação

Descrever como, na prática, os diferentes atores interferem para a tomada de decisão sobre o futuro da criança.

Módulo 4 - Arquitetura

Esperamos que as informações coletadas possibilitem comparar os resultados de projetos representativos de diferentes tipologias, momentos históricos e contextos regionais, e sobretudo, definir e mensurar requisitos e critérios da eficácia de projetos de espaços de vivência, creches e berçários em ambientes prisionais, criando metodologia adequada, indicadores de avaliação da

qualidade, e elaboração de diretrizes para projetos arquitetônicos de ambiente de vivência de mães e filhos que contemple os resultados deste estudo.

Todos os módulos

Produzir artigos científicos, orientar estudantes de Iniciação Científica e alunos de Mestrado e Doutorado com os dados desse estudo;

Promover intercâmbio de conhecimentos entre Instituições de Ensino e Pesquisa do país com o Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretarias Estaduais de Justiça com vistas a formular conjuntamente estratégias para promoção do bem estar das mães e crianças que vivem em presídios, bem como para a redução das iniquidades na atenção à gestação, parto e nascimento nesse grupo social.

IMPACTOS PREVISTOS NO PROJETO

Impacto Científico:

Colaborar na formação de pesquisadores oferecendo suporte para o desenvolvimento das teses e dissertações;

Despertar vocações científicas nos estudantes de graduação através do programa de Iniciação Científica;

Publicação de artigos em revistas conceituadas, fortalecendo o desenvolvimento científico nacional e colaborando com a melhoria do desempenho do país neste setor;

Fortalecer a Pós-graduação brasileira no campo da Saúde Coletiva, contribuindo para uma melhoria continuada dos cursos;

Fortalecimento dos grupos de pesquisa do CNPq.

Impacto Tecnológico:

Fornecer subsídios para a implantação de um programa de melhoria da atenção às gestantes e puérperas detidas e aos seus recém-nascidos.

Impacto Econômico:

Com o maior conhecimento dos riscos, fatores associados e resultados alcançados por diferentes modelos de atenção à gestação e parto nas prisões brasileiras, sugerir o modelo mais eficiente que também reduza custos para o país.

Impacto Social:

Espera-se que os resultados deste estudo possam trazer argumentos convincentes para o Ministério da Saúde e da Justiça, gestores estaduais das prisões e entidades profissionais no estabelecimento um pacto com vistas à promoção do acolhimento mãe-filho nesse grupo social tão excluído como o de mães detentas, visando o aumento da democracia, dos direitos civis e melhores dias para os cidadãos brasileiros.

ASPETOS ETICOS

Este estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Todos os entrevistados assinarão termos de consentimento livre e esclarecido: um modelo específico será destinado às mães, outro aos profissionais e o último aos gestores hospitalares, para consulta aos prontuários. Antes da entrevista, a pesquisa será explicada detalhadamente e aqueles que concordarem em participar assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexos 4, 5, 6).

Em virtude das características dos instrumentos que se prestam para uma avaliação preliminar da Depressão Pós-parto (DPP) e do Estresse Pós-traumático (TEPT) após o parto, é importante ressaltar que as pacientes que apresentarem critérios positivos em uma ou ambas as escalas serão orientadas a procurar ajuda especializada, quando então o diagnóstico poderá ser confirmado e eventuais procedimentos terapêuticos implementados.

A pontuação em cada instrumento (EPDS e IES) será totalizada pelo pesquisador ao completar o questionário e antes de enviar para o banco dados. Caso o valor EPDS for superior a 13 ou o IES for superior a 19, o pesquisador fará contato com a coordenação local da pesquisa para que um psicólogo ou psiquiatra da unidade prisional entre em contato com a mulher, buscando maiores informações sobre a condição e, no caso de ser necessário, aconselhar o tratamento.

EXECUÇÃO GERENCIAL DO PROJETO

A equipe de execução gerencial do projeto é coordenada por Maria do Carmo Leal, Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz, líder do grupo de pesquisa "Epidemiologia e Avaliação dos Serviços da Saúde Materno Infantil" do CNPq. Compõem a coordenação nacional o Dr Bernard Larouzé (INSERM-FRANCE/ENSP/IOCRUZ), Dra Alexandra

Roma Sanchez, Msc Vilma Diuana de Castro (Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro), Dr Mauro Santos (Faculdade de Arquitetura e Urbanisbo - UFRJ) e Dra Nadia Cristina Valentini (Escola Superior de Educação Física - UFRGS).

EQUIPE TÉCNICA

A equipe técnica será composta pelos coordenadores e pelos pesquisadores Dra Márcia Lázaro de Carvalho e Msc Ana Paula Esteves Pereira (ENSP-FIOCRUZ).

A equipe de coleta de dados será composta por supervisores e entrevistadores. Os supervisores serão responsáveis por: distribuir e receber diariamente os questionários e equipamentos dos entrevistadores; organizar o deslocamento da equipe de campo para os municípios; monitorar o desempenho dos entrevistadores e da qualidade dos dados coletados; revisar os questionários; reaplicar os questionários em uma sub-amostra.

Os entrevistadores serão responsáveis por: aplicar os questionários e fazer a revisão dos mesmos diariamente, antes da entrega ao supervisor, para identificar incoerências e/ou incompletudes de informação. Todos os entrevistadores deverão ser estudantes universitários ou profissionais das áreas de saúde ou humanas.

MECANISMOS DE TRANSFERÊNCIA DE RESULTADOS

Os resultados do estudo serão disponibilizados para as comunidades científicas, de gestores do Sistema Penal e de Saúde, de profissionais da justiça e da saúde, e para a população em geral.

A divulgação científica será feita através de participação em congressos, desenvolvimento de teses e dissertações de alunos e publicação de artigos científicos. Os resultados deverão estar disponíveis não apenas na forma impressa, mas principalmente em meio eletrônico, na pagina da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, bem como os sítios eletrônicos o Ministério da Saúde e da Justiça. Em todos os meios de divulgação será expressamente citado o apoio das entidades/órgão apoiador, Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Saúde Penitenciária

A coordenação do estudo pretende ainda solicitar apoio ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Justiça para realizar um seminário nacional, com a participação das coordenacões estaduais da área de saúde dos presídios.

Pretende-se também enviar uma carta de agradecimento às mães, sujeitos dessa investigação, relatando, em linguagem apropriada, os principais resultados encontrados na pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011 May 28;377(9780):1863-76.
2. Walmsley R. *Prison Population List*, 8th edition. London: Home Office, 2009. 2009.
3. Walmsley R. *World Female Imprisonment List*. 1st edition. London: Home Office, 2006. 2006.
4. InfoPen. 2011.
5. Canazaro D, Lima A, II. [Characteristics, depressive symptoms, and associated factors in incarcerated women in the State of Rio Grande do Sul, Brazil]. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010 Jul;26(7):1323-33.
6. BRASIL. Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil. 2007.
7. SÃO PAULO. Secretaria de Administração Penitenciária. Censo penitenciário. www.sap.sp.br. São Paulo, 2002. 2002.
8. United Nations. *United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules)*. 2010.
9. Knight M, Plugge E. Risk factors for adverse perinatal outcomes in imprisoned pregnant women: a systematic review. *BMC Public Health*. [Review]. 2005;5:111.
10. Halpern R, Giugliani ER, Victora CG, Barros FC, Horta BL. [Risk factors for suspicion of developmental delays at 12 months of age]. *J Pediatr (Rio J)*. 2000 Nov-Dec;76(6):421-8.
11. Mancini MC, Megale L, Brandão MB, Melo APP. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2004;4(1):25-34.
12. Santos DCC, Tolocka RE, Carvalho J. Desempenho motor grosso e sua associação com fatores neonatais, familiares e de exposição à creche em crianças até três anos de idade. *Rev Bras Fisioter São Carlos* 2009(2):173-9.
13. Gama Camargos A, Lacerda TTB. O desenvolvimento motor na perspectiva dos sistemas dinâmicos. *Temas desenvolvimento*. 2005;14(82):23-9.
14. Magalhães ML, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho FH, Almeida FML, Mattar R, et al. Gestaçao na adolescência precoce e tardia: Há diferença nos riscos obstétricos? . *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28:446-52.
15. Elton PJ. Outcome of pregnancy among prisoners. *J Obstet Gynaecol*. 1985;5:241-4.
16. Martin SL, Kim H, Kupper LL, Meyer RE, Hays M. Is incarceration during pregnancy associated with infant birthweight? *Am J Public Health*. [Comparative Study
Research Support, Non-U.S. Gov't
Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 1997 Sep;87(9):1526-31.
17. Martin SL, Rieger RH, Kupper LL, Meyer RE, Qaqish BF. The effect of incarceration during pregnancy on birth outcomes. *Public Health Rep*. [Comparative Study
Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 1997 Jul-Aug;112(4):340-6.
18. Bell JF, Zimmerman FJ, Cawthon ML, Huebner CE, Ward DH, Schroeder CA. Jail incarceration and birth outcomes. *J Urban Health*. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2004 Dec;81(4):630-44.
19. Howard DL, Strobino D, Sherman SG, Crum RM. Maternal incarceration during pregnancy and infant birthweight. *Matern Child Health J*. 2011 May;15(4):478-86.
20. Low JA, Galbraith RS. Pregnancy characteristics of intrauterine growth retardation. *Obstet Gynecol*. 1974 Jul;44(1):122-6.
21. Knight M, Plugge E. The outcomes of pregnancy among imprisoned women: a systematic review. *Bjog*. [Meta-Analysis
Review]. 2005 Nov;112(11):1467-74.
22. Mancini MC, Teixeira S, de Araujo LG, Paixao ML, Magalhaes Lde C, Coelho ZA, et al. [Study of motor function development at 8 and 12 months of age in preterm and at term children]. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002 Dec;60(4):974-80.

23. Datar A, Jacknowitz A. Birth weight effects on children's mental, motor, and physical development: evidence from twins data. *Matern Child Health J.* 2009 Nov;13(6):780-94.
24. Wocadlo C, Rieger I. Phonology, rapid naming and academic achievement in very preterm children at eight years of age. *Early Hum Dev.* 2007 Jun;83(6):367-77.
25. Son SH, Morrison FJ. The nature and impact of changes in home learning environment on development of language and academic skills in preschool children. *Dev Psychol.* 2010 Sep;46(5):1103-18.
26. Iltus S. Significance of home environments as proxy indicators for early childhood care and education. . Background paper for EFA Global Monitoring Report 2007. 2006.
27. Diamond A, Hopson J. *Magic trees of the mind: how to nurture your child's intelligence, creativity and health emotions from birth through adolescence.* : New York: Dutton; 1998.
28. Fischer KW, Rose SP. Growth cycles of brain and mind. . *Educ Leadership.* 1998;56:56-60.
29. Boyce P, Condon J. Traumatic childbirth and the role of debriefing. In: B. Raphael & J.P. Wilson (Eds), *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence* (pp. 272–280). New York: Cambridge University Press. 2000.
30. Raphael B, Sprague T. Mental health and prevention for families. *Family Matters*, 44, 26–29. 1996.
31. Raphael-Leff J. *Psychological Processes of Childbearing.* London: Chapman & Hall. 1991.
32. Beck CT. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nurs Res.* 2004 Jan-Feb;53(1):28-35.
33. Dennett S. Talking about the birth with a midwife. *British Journal of Midwifery*,11(1):24–7. 2002.
34. Leal MC, Gama SGN, Ratto KM, Cunha CB. Use of the modified Kotelchuck index in the evaluation of prenatal care and its relationship to maternal characteristics and birth weight in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2004;20 Suppl1:63-72.
35. Nass N, Schoeps R, Ulbrich-Hofmann R, Simm A, Hohndorf L, Schmelzer C, et al. Screening for nutritive peptides that modify cholesterol 7 α -hydroxylase expression. *J Agric Food Chem.* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2008 Jul 9;56(13):4987-94.
36. DATASUS. (<http://www.datasus.gov.br>, acessado em 14/04/2012). 2009.
37. Coimbra LC, Silva AA, Mochel EG, Alves MT, Ribeiro VS, Aragao VM, et al. [Factors associated with inadequacy of prenatal care utilization]. *Revista de saude publica.* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2003 Aug;37(4):456-62.
38. Puccini RF, Pedroso GC, da Silva EM, de Araujo NS, da Silva NN. [Prenatal and childbirth care equity in an area in Greater Metropolitan Sao Paulo, 1996]. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica.* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2003 Jan-Feb;19(1):35-45.
39. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. [The Brazilian Ministry of Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care: preliminary results]. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica.* 2004 Sep-Oct;20(5):1281-9.
40. Almeida SD, Barros MB. [Equity and access to health care for pregnant women in Campinas (SP), Brazil]. *Rev Panam Salud Publica.* [Comparative Study
Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2005 Jan;17(1):15-25.
41. Coimbra LC, Figueiredo FP, Silva AA, Barbieri MA, Bettiol H, Caldas AJ, et al. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. *Braz J Med Biol Res.* [Comparative Study
Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2007 Sep;40(9):1195-202.
42. Silveira MF, Barros AJ, Santos IS, Matijasevich A, Victora CG. [Socioeconomic differentials in performing urinalysis during prenatal care]. *Revista de Saude Pública.* 2008 Jun;42(3):389-95.
43. Ribeiro ER, Guimaraes AM, Bettiol H, Lima DD, Almeida ML, de Souza L, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth.* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009;9:31.
44. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. [Prenatal care in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 1993]. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica.* [Comparative Study]. 1998 Jul-Sep;14(3):487-92.

45. Costa JS, Victora CG, Barros FC, Halpern R, Horta BL, Manzolli P. [Maternal and child care in two population-based cohorts from southern Brazil: trends and differences]. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. 1996;12 Suppl 1:59-66.
46. Lima MC, Eickmann SH, Lima AC, Guerra MQ, Lira PI, Huttly SR, et al. Determinants of mental and motor development at 12 months in a low income population: a cohort study in northeast Brazil. *Acta Paediatr*. 2004 Jul;93(7):969-75.
47. Zajonz R, Müller AB, Valentini NC. A influencia de fatores ambientais no desempenho motor e social de crianças da periferia de Porto Alegre. . *Revista de Educação Física/UEM*. 2008;19(2):159-71.
48. Almeida CS, Valentini NC, Lemos CXG. A influência de um programa de intervenção motora no desenvolvimento de bebês em creches de baixa renda. *Temas sobre Desenvolvimento*. 2005;14(83-84):40-8.
49. Santos DCC, Tolocka RE, Carvalho J, Heringer LRC, Almeida CM, Miquelote AF. Gross motor performance and its association with neonatal and familial factors and day care exposure among children up to three years old. . *Rev Bras Fisioter*. 2009;13:173-9.
50. Eickmann SH, Lira PIC, Lima MC. Desenvolvimento mental e motor aos 24 meses de crianças nascidas a termo com baixo peso. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60(3):748-54.
51. Menage J. Post traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric or gynaecological procedures. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*;11:221-8. 1993.
52. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*. 2000 Jun;27(2):104-11.
53. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003 Mar;30(1):36-46.
54. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1997 Oct;76(9):856-61.
55. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Predisposing psychological factors for posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1998 Mar;77(3):351-2.
56. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1998 Sep;19(3):135-44.
57. DATASUS. TABNET. Acessado em 14-04-2012. 2009.
58. Piper MC, Darrah J. Motor assessment of the developing infant: Philadelphia WB: Saunders Company; 1994.
59. Pinto EB, Vilanova LCP, Vieira RM. O desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida - padronização de uma escala para avaliação e acompanhamento: São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
60. BRASIL. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Grupo de Trabalho Interministerial - Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino – 2008. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2008.196p. 2008.
61. Armelin BDF, Mello DC, Gauer GJC. Filhos do cárcere: estudo sobre as mães que vivem com seus filhos em regime fechado. *Revista de Graduação*. 2010;3(2).
62. RESOLUÇÃO_CNPCP. RESOLUÇÃO CNPCP Nº 3, DE 15 DE JULHO DE 2009, art. . 2009.
63. Stella C. Filhos de mulheres presas: soluções e impasses para seus desenvolvimentos. São Paulo: LCTE Editora, 2006. 117p. 2006.
64. Guimarães APD. A Primeira Infância no Ambiente Prisional em Minas Gerais. Disponível em <http://www1.pucminas.br/imagedb/documento/doc_dsc_nome_arqui20071019101027.pdf>. Acesso em: 05-05-2012. 2007.
65. ECA. ECA, art. 9º: “o poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas à medidas privativas de liberdade”. 1990.

66. Coyle A. A human right approach to prison management. Handbook for prison staff. International Center for Prison Studies, London, 2° Edition. 2000.
67. UNODC. UNODC handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. 2008.
68. Van den Bergh BJ, Alex Gatherer A, Møller L. Santé des femmes en prison: pour plus d'égalité et de justice sociale. Bulletin of the World Health Organization;87:406-406. . 2009.
69. WHO. WHO. Declaration on women's health in prison: correcting gender inequity in prison health. Copenhagen & Vienna: World Health Organization Regional Office for Europe & United Nations Office on Drugs and Crime. 2009.
70. WHO. WHO. Politique de l'OMS en matière de genre: Organisation mondiale de la Santé [pdf]: <><http://www.who.int/gender/documents/frpolicy.pdf>. 2002.
71. Abbott AL, Bartlett DJ, Fanning JEK, Kramer J. Infant motor development and aspects of the home environment. . *Pediatr Phys Ther*. 2000;12(62-67).
72. Adolph KE. The growing body in action: What infant locomotion tells us about perceptually guided action. In: Klatzky R, Behrmann M, MacWhinney B, editors. *Embodiment, ego-space, and action*: Mahwah, NJ: Erlbaum; 2008. p. 275-321.
73. Gibson EJ. *Perceiving the affordances: a portrait of two psychologists*: Erlbaum: Mahwah; 2002.
74. Stoffregen TA. Affordances and events. *Ecol Psychol*. 2000;12:1-28.
75. Rocha NACF, Tudella E. Theories explaining the acquisition of motor abilities in the baby. *Temas Desenvolv*. 2003;66:5-11.
76. Hirose N. An ecological approach to embodiment and cognition. *Cogn Syst Res*. 2002;3:289-99.
77. Heineman KR, Boss AF, Hadders-Algra M. The infant motor profile: a standardized and qualitative method to assess motor behavior in infancy. *Dev Med Child Neurol*. 2008;50:275-82.
78. Haydari A, Askari P, Nezhad MZ. Relationship between affordances in the home environment and motor development in children ages 18-42 months. *J Soc Sci*. 2009;5:319-28.
79. Temple VA, Naylor P, Rhodes RE, Higgins JW. Physical activity of children in family child care. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2009; 34:794-8.
80. Hsieh YH, Hwang AW, Liao HF, Chen PC, Hsieh WS, Chu PY. Psychometric properties of a Chinese version of the home environment measure for motor development. *Disabil Rehabil*. 2011;1(1-10).
81. Santos M, Sanchez A, Franca P, Larouzé B. *Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões*. Departamento Penitenciário Nacional, Ministério da Justiça do Brasil, Brasília. 2012.

Bibliografia Extra do Modulo Psicosociologico

Rita,R.P.S.Mães e crianças atrás das grades: em questão o princípio da dignidade humana. Universidade de Brasília.

Santos, R.C.S. Maternidade no cárcere: reflexões sobre o sistema penitenciário feminino / Raquel Costa de Souza Santos. – 2011. 121 f. Orientador: Nívia Valença Barros.Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2011.

Gomes,A.B.F.,Uziel,A.P., Lomba, D.E.N. Singularidades da maternidade no sistema prisional. Fazendo Gênero 9, Diásporas, Diversidades, Deslocamentos 23 a 26 de agosto de 2010.