



Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situação prisional

Prenatal care in a primary healthcare center for imprisoned pregnant women

Prenatal en unidad básica de salud a embarazadas en situación carcelaria

Maria do Carmo Silva Fochi¹, Agnês Raquel Camisão da Silva¹, Maria Helena Baena de Moraes Lopes¹

Objetivou-se descrever a assistência pré-natal realizada em uma unidade básica de saúde do interior do estado de São Paulo, Brasil, e ofertada à população carcerária feminina. Trata-se de um relato de experiência. Os dados e informações relatadas referem-se ao período de junho de 2010 a junho de 2012. São descritos a construção do processo de trabalho pela equipe local, a dinâmica do atendimento, os recursos humanos envolvidos e consultas realizadas. A assistência pré-natal oferecida às gestantes permitiu conhecer o universo pluralizado da mulher presidiária e suas necessidades decorrentes da condição de ser gestante em ambiente prisional. Assim, considera-se importante o atendimento digno à saúde da população carcerária, direito humano e constitucional, para evitar agravos físicos, emocionais e sociais, que na gestante, pode se estender à sua prole.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Cuidado Pré-Natal; Saúde da Mulher; Gestantes; Prisões.

This experience report aimed to describe the prenatal care undertaken in a primary care center in the non-metropolitan area of the State of São Paulo, Brazil, offered to the female prison population. The data and related information refer to the period June 2010 – June 2012. The article describes the construction of the work process by the local team, the dynamics of providing the attendance, the human resources involved and the consultations undertaken. The prenatal care provided to the pregnant women made it possible to investigate the pluralized universe of imprisoned women and their needs resulting from the condition of being pregnant in the prison environment. Thus, decent attendance to the prison population's health - a human and constitutional right - is considered important, so as to avoid physical, emotional and social problems, which in the pregnant woman may be passed on to her child.

Descriptors: Primary Health Care; Prenatal Care; Women's Health; Pregnant Women; Prisons.

El objetivo fue relatar la atención prenatal realizada en unidad básica de salud del interior de São Paulo, Brasil, a población carcelaria femenina. Se trata de un relato de experiencia. Datos e informaciones referidas al período de junio de 2010 a junio de 2012. Son descritas la construcción del proceso de trabajo por parte del equipo local, la dinámica de atención, los recursos humanos involucrados y las consultas realizadas. La atención prenatal ofrecida a las embarazadas permitió conocer el universo pluralizado de la mujer presidiaria y sus necesidades derivadas de su condición de embarazada en ámbito carcelario. Así, se considera la importancia de atención digna de salud a la población carcelaria, derecho humano y constitucional, para evitar padecimientos físicos, emocionales y sociales que, en la embarazada, pueden extenderse a su prole.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Atención Prenatal; Salud de la Mujer; Mujeres Embarazadas; Prisiones.

¹Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

Autor correspondente: Maria do Carmo Silva Fochi
Alameda Pitangueira, 82, Lagoa Bonita, Engenheiro Coelho, SP, Brasil CEP: 13165000. E-mail: mcfochi@gmail.com

Introdução

A gravidez é um período de muitas transformações físicas, psicológicas e sociais para a mulher, exigindo dela adaptações, cujos fatores sociais e culturais determinarão a resposta de cada uma, na vivência do processo de gestar⁽¹⁾. Considerando-se a população carcerária como um grupo vulnerável, o cuidado com a saúde materna e infantil nestas circunstâncias deveria ser priorizado. A mulher aprisionada pode estar exposta a doenças físicas e mentais e, quando grávida, pode estar sujeita a falta de assistência adequada que influenciarão no desenvolvimento e resultado da gestação. As diversas mudanças ocorridas na gravidez, cujas respostas dependem de fatores como as relações familiares, meio socioeconômico, religião e outros, tornam necessário que se ofereça uma atenção pré-natal qualificada e humanizada, que integre a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante⁽²⁾. Na gestante em condição de prisão, sentimentos de medo, insegurança e angústia podem estar exacerbados e neste contexto, a assistência pré-natal deve oferecer cuidados e condutas que favoreçam a mulher grávida e seu conceito⁽³⁾.

O ambiente prisional, devido a heterogeneidade dos confinados, oferece riscos de natureza física e psíquica, acrescido, sobretudo, da transmissão de doenças infecciosas. Cresce a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras doenças, como tuberculose, aumentando também as taxas de morbimortalidade relacionadas ao HIV, o que se atribui à precariedade das condições físicas nas cadeias e presídios, ao déficit de vagas e à absoluta insalubridade nas unidades de aprisionamento⁽⁴⁾.

Observa-se no ambiente prisional alta prevalência de transtornos mentais e comorbidades, superando as taxas da população em geral. Um estudo brasileiro mostra que presas estão mais propensas a apresentar doenças mentais, necessitando de tratamento mental e uso de medicação psicotrópica. A prisão é conhecida por propiciar

implicações psicológicas na mulher, contribuindo para comportamentos autodestrutivos em prisões femininas. Este cenário aponta para a necessidade de atenção multidisciplinar, no acompanhamento à saúde da mulher em situação prisional⁽⁵⁾.

O cárcere deveria ter um caráter transformador no indivíduo, através do isolamento social, do trabalho e técnicas corretivas, no entanto essas medidas tem sido ineficazes e, para a população feminina, muitas vezes, tem-se replicado no cárcere a história de violência experimentada ao longo da vida⁽⁶⁾.

No entanto, devido à escassez de recursos, os governos alegam como fator impeditivo da efetivação do direito à saúde o Princípio da Reserva do Possível, utilizado para a população em geral assim como para o indivíduo em situação prisional, impondo limites para a efetivação dos direitos fundamentais. Devido a nenhum direito ser absoluto, é discutido apenas o direito sanitário. São muitas, e crescentes, as tensões que operam no campo da saúde sob o olhar da relação saúde e direito, despertando a busca pela saúde e vida digna⁽⁷⁾.

Contudo, a saúde é considerada um direito fundamental que deve ser disponibilizada equitativamente a todo cidadão, a fim de que tenhamos uma sociedade saudável⁽⁸⁻⁷⁾. A Constituição Brasileira de 1988, nos termos do seu artigo 196, considera que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas. Devido a estas considerações, o Sistema Único de Saúde (SUS) está fundamentado pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade⁽⁹⁾.

Já a atenção básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, regulamentada pelo Plano Nacional da Atenção Básica (PNAB)⁽¹⁰⁾.

A população carcerária se insere como SUS dependente, e tem garantido o cuidado pelo

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, através da Portaria Interministerial de nº1777 de 09/09/2003, em uma parceria do Ministério da Saúde com o Ministério da Justiça. O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário estabelece diretrizes relacionadas à prevenção e assistência à pessoa privada de sua liberdade, reforçando a prevenção, diagnóstico e assistência em ambientes prisionais, com ênfase na qualificação dos serviços prestados à população penitenciária, em especial pelos profissionais das equipes de saúde e pelos agentes penitenciários⁽¹¹⁾.

Em junho de 2012, de acordo com o DEPEN-Departamento Penitenciário Nacional, a população carcerária, estava estimada em 549.577 detentos no Brasil e destes 190.818 no estado de São Paulo (SP), demonstrando que este detém 30% da população carcerária nacional, sendo 12.346 mulheres⁽¹²⁾. Portanto, a população feminina em situação prisional tem contingente elevado que requer assistência específica às suas necessidades, principalmente quando vivenciam a gravidez.

Frente a essas considerações, o presente artigo tem como objetivo relatar a assistência pré-natal realizada em uma unidade básica de saúde, do interior do estado de SP, que possui em seu território uma penitenciária feminina, com cerca de 1.200 mulheres, para a qual oferece assistência à saúde, com foco no acompanhamento pré-natal bem como, assistência ginecológica em casos graves, conforme avaliação de risco e priorização pela equipe de saúde da penitenciária, compartilhando assim os recursos locais.

Método

Trata-se do relato de experiência de uma unidade básica de saúde do interior do estado de São Paulo que, além de suas atividades rotineiras, atende uma população carcerária de cerca de 1.200 mulheres e realiza aproximadamente 20 consultas pré-natais por mês. Os dados e informações referem-se ao

período de junho de 2010 a junho de 2012.

A UBS em questão tem uma população adscrita em torno de 45.000 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em seu levantamento realizado em 2010. A unidade está organizada com quatro equipes de referência, uma equipe de saúde mental e outra de saúde bucal⁽¹³⁾.

O município trabalha com um modelo ampliado da Estratégia de Saúde da Família, que inseriu em suas equipes profissionais especialistas como o pediatra, o ginecologista e dentista, além de inovações organizacionais, a fim de modificar o modelo médico-centrado tradicional. Este modelo, denominado Método Paidéia, busca o aperfeiçoamento de pessoas e instituições, tem como pressuposto a democracia organizacional e seu objetivo é o aumento da capacidade de análise e intervenção dos coletivos⁽¹⁴⁾.

A equipe responsável pela área do presídio é composta por um médico clínico; um enfermeiro; um dentista; dois auxiliares de enfermagem; dois agentes de saúde; uma terapeuta ocupacional, que faz parte da equipe de saúde mental; um médico ginecologista e um pediatra. Além da equipe responsável pelo território, outros profissionais estão envolvidos na construção do processo de trabalho, a saber: uma psicóloga, um enfermeiro com funções administrativas, o colegiado gestor, o conselho local de saúde e a gestão local. Esses profissionais atendem cerca de 11.000 pessoas, e oferecem além do acompanhamento na unidade, visitas domiciliares e atividades de promoção à saúde no território.

A equipe de referência para o presídio abarcou a assistência às mulheres, partilhando os recursos médicos, odontológicos e de enfermagem, que foram gradualmente sistematizados nesta equipe, assim como com os demais profissionais e núcleos envolvidos no processo.

O presente relato baseou-se na experiência vivenciada por uma das autoras que atua como coordenadora da UBS, mas também participou de alguns atendimentos pré-natais às gestantes em situação prisional por ser enfermeira obstetra, além

de dialogar com o serviço penitenciário na construção das propostas assistenciais, de acordo com as necessidades elencadas pela penitenciária. Outras fontes de informação foram os livros de registro de atendimento a esta população específica que contém dados tais como: data do atendimento, registro apenas das iniciais dos pacientes, número do prontuário local, vacinação e uso de tabaco. Não foram utilizados dados de prontuário, nem realizadas entrevistas com as pacientes ou profissionais da UBS. Além disso, nenhum dado que permita identificar as gestantes ou os profissionais envolvidos é relatado neste artigo.

Vale acrescentar que o presente relato de experiência irá integrar uma dissertação de mestrado sobre a vivência de mulheres grávidas em situação prisional que teve aprovação pelo Comitê de Ética da Secretaria de Administração Penitenciária – São Paulo - SP sob protocolo nº 049/2011.

Resultados

O atendimento reorganizou-se de forma a contribuir com os cuidados às mulheres encarceradas, com agenda de consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, além de outras atividades assistenciais. Quando necessário, eram realizados encaminhamentos para os níveis secundário e terciário de atendimento.

O acompanhamento às presidiárias foi sistematizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e demais trabalhadores da Unidade Básica de Saúde (UBS) da seguinte forma: nas agendas locais foram reservados dias e horários fixos de atendimento. A penitenciária definia, segundo critérios internos, quais gestantes seriam atendidas nas datas agendadas. Desta forma, nem as detentas e nem a equipe da UBS conheciam o dia e a hora das consultas, por questões de segurança e disponibilidade de escolta e de transporte.

O atendimento do dia era organizado com a consulta médica e de enfermagem. Os atendimentos odontológicos foram realizados conforme demanda da penitenciária e não necessariamente ocorreram na

mesma data da consulta pré-natal.

O profissional enfermeiro foi o responsável pela primeira consulta da gestante na unidade, onde realizou a abertura do prontuário local, registro no Sistema de Informação em Saúde (SIS) Pré-Natal e solicitação de exames laboratoriais, conforme protocolos da UBS. Ocasionalmente, realizou consulta pré-natal, em gestantes com até 32 semanas, alternando com o médico ginecologista. O enfermeiro foi o responsável pela aproximação da equipe de referência com o presídio e organização de agendas de atendimento. Em algumas situações pontuais, esteve na unidade prisional, em campanhas de vacinação, e atividades de promoção à saúde.

As gestantes foram atendidas em consulta pré-natal, em sala de atendimento ginecológico, sempre escoltadas. De acordo com os protocolos municipais vigentes realizaram-se exames laboratoriais e de imagem em serviços especializados. As presas aguardaram o atendimento acompanhadas por escolta policial e agentes penitenciários, nos espaços comuns da unidade de saúde, sem mudanças expressivas na sua dinâmica.

Foram realizados de dois a quatro atendimentos ao dia, com agendamento duas vezes por semana e atendidas cerca de 20 gestantes por mês. Esse quantitativo não se alterou em períodos de férias ou feriados, pois houve reorganização de agendas para garantia do atendimento. Problemas como transporte e escolta das detentas impediram a realização de alguns atendimentos que, dentro do possível, foram reagendados.

Foram acompanhadas todas as gestantes enviadas pela equipe da penitenciária feminina, independentemente da idade gestacional, assim como mulheres para atendimento ginecológico encaminhado como prioritário. Algumas gestantes receberam atendimento odontológico. Em caso de trabalho de parto e/ou intercorrências, as mulheres foram imediatamente encaminhadas para o serviço hospitalar.

No período, observou-se a presença de

comorbidades, drogadição, infecções sexuais transmissíveis (IST) e sintomas depressivos. Destacaram-se também queixas alimentares, com repercussão no ganho de peso da gestante. Vale destacar ainda, o alto índice de tabagistas, inclusive entre as que estavam grávidas. As gestantes receberam acompanhamento dos problemas de saúde além do atendimento pré-natal, com exceção do acompanhamento em saúde mental, pois o psiquiatra se desvinculou do serviço à época.

No decorrer do período, foi necessário reorganizar o processo de trabalho, de acordo com as dificuldades que surgiram. Os horários para o transporte não eram fixos; o serviço de escolta em determinadas situações não estava disponível; houve necessidade de adequação da agenda dos profissionais de acordo com a agenda da penitenciária, bem como de agendamento de outros serviços no mesmo dia das consultas, como exames de imagem, vacinação e atendimento odontológico, a fim de otimizar os atendimentos. O acompanhamento oferecido buscou ser integral, e incluiu o nível secundário e terciário de saúde através dos encaminhamentos para o serviço de especialidades e hospitalar, quando necessário.

Durante este período, em reuniões rotineiras da UBS, como Núcleo de Saúde Coletiva, Reuniões de Enfermagem, Rodas da Equipe de Saúde Mental e Discussões na Equipe de Referência, os profissionais relataram despreparo para lidar com esta demanda específica e atender adequadamente às necessidades e expectativas das gestantes em situação prisional. Esta reflexão se deu pelo reconhecimento dos riscos para a saúde física e mental dentro do ambiente prisional, a escassez de recursos mínimos para atender às necessidades básicas de saúde, que vão de condições estruturais, alimentação e violência até ao acesso aos cuidados de saúde.

Discussão

Estudos demonstram que a precariedade das condições físicas oferecidas nas cadeias e presídios,

o déficit de vagas, a absoluta insalubridade nas unidades de aprisionamento, contribuem para o adoecimento da população carcerária⁽¹⁵⁾. O ciclo que envolve a gestação, o parto e o puerpério, causa transformações sistêmicas e psicológicas na mulher, é um momento único em que todas as alterações ocorrerão a partir de fatores individuais, culturais, de relacionamento e outros. Portanto, as reclusas grávidas necessitam de atenção diferenciada, devido às condições desfavoráveis enfrentadas no cárcere, e suas circunstâncias especiais. A prestação de cuidados às gestantes em situação de prisão, principalmente pelo profissional de enfermagem, deve reconhecer fatores socioculturais e aqueles intrínsecos a esta condição, que é diferente de qualquer outra, para poder prestar um cuidado efetivo⁽³⁾.

Nossa experiência tem proximidade com estudos norte americanos, no que se refere à impossibilidade de prestação de assistência apropriada, conforme as práticas e padrões estabelecidos, nas penitenciárias, a exemplo da orientação nutricional para uma gravidez saudável e descanso adequado, sendo necessário um grande esforço para atendimento das necessidades de saúde dessa população. Essa realidade pode colocar em risco o resultado da gestação, considerando que não há oferta do mínimo necessário para garantir a segurança do binômio⁽¹⁶⁾.

Assistir às detentas na UBS em foco possibilitou compreender sobre necessidades de cuidado, que ultrapassaram nosso conhecimento e prática. A partir do contato clínico com as usuárias, tornou-se possível partilhar de um mundo, outrora desconhecido, e que nos descreveu quão intensas são as necessidades que compreendem sua saúde física e mental. Evidenciou-se também a necessidade de buscar formação específica para atender mais efetivamente a esta demanda.

As presidiárias assistidas apresentaram uso de substâncias psicoativas, doenças crônicas e IST, além de sintomas depressivos, isto é, necessidades diversas de cuidado, para a recuperação e manutenção do corpo e mente saudáveis. Não está dado se a condição de encarceramento produz ou se amplia agravos à saúde

da gestante, mas é clara a necessidade de assisti-las integralmente, contribuindo para o reestabelecimento de sua saúde e possivelmente para sua reabilitação social.

Países norte americanos, preocupados com a assistência à saúde dos dependentes químicos, por exemplo, oferecem programas para gerenciamento e tratamento de gestantes usuárias de substâncias psicoativas, incluindo gestantes em situação de prisão, como o MOMS Plus (programa de saúde pública para gestantes usuárias de drogas), este programa se propõe a tratar o uso de substâncias, diminuir reincidências, alcançar melhores resultados na gravidez, motivando o acompanhamento pré-natal⁽¹⁷⁾. Talvez programas semelhantes pudessem ser implantados em nosso país.

O ambiente prisional não é familiar para o profissional de saúde porque ele não recebe treinamento para atuar neste local em sua formação profissional. Mas não podemos nos furtar a assistir esta população sujeita a agravos de saúde e que, embora se encontrem em condição de cárcere, mantêm contato constante com o mundo externo, seja através das visitas que recebem de amigos e familiares ou por meio dos funcionários que atuam no sistema prisional, o que também é um fator a ser considerado quando se pensa em doenças transmissíveis. Estes fatos apontam para um grave problema de saúde pública, pois a falta de acompanhamento de saúde no sistema carcerário produz aumento e agravamento de doenças, com as quais estamos expostos no nosso cotidiano⁽⁵⁻¹⁵⁾.

É preciso que haja ampliação na efetividade das ações de promoção, prevenção e recuperação voltadas à população em situação prisional, ajudando a mudar o atual padrão de morbidade e mortalidade. Compreender as reais demandas desta população poderá sensibilizar os profissionais de saúde e fomentar políticas públicas capazes de atendê-las e dessa forma, estaremos nos preparando para enfrentar os novos desafios que se colocam na agenda da saúde pública do país e dos profissionais de saúde a todo tempo.

Como são muitas as limitações neste campo de trabalho, fazem-se necessários planos intersetoriais, interdisciplinares e organizados em rede, para atendimento desta demanda. Desse modo, vale ressaltar que, é longo o caminho a ser percorrido, para que a assistência prestada seja eficaz e garanta saúde à população e, principalmente, a estes grupos com necessidades específicas e próprias do contexto em que vivem, no caso, a situação prisional.

Considerações Finais

Essa vivência nos leva a depositar responsabilidades e expectativas na participação do governo e da gestão em todos os seus níveis para a construção de propostas, nas quais se criem novas alternativas e haja ampliação dos recursos existentes, a fim de reduzir barreiras de acesso e tratamento de saúde aos cidadãos.

A exposição de apenados, principalmente mulheres, ao adoecimento, precisa ser interrompida, através de propostas que atendam a diminuição da violência e atenção às necessidades básicas.

Considera-se essencial que se tenha condições de estender a oferta de serviços de maneira integral às populações mais vulneráveis, de acordo com as diretrizes do SUS. É preciso compreender que permitir o acesso, não é suficiente para atender às demandas desta população, pois além da escassez de recursos, e das dificuldades específicas da condição de aprisionamento, as identificações das necessidades e dos aspectos de vulnerabilidade ocorrem sob a ótica do profissional que assiste aos detentos e, portanto, pode-se não atender às demandas percebidas pelos usuários, o que amplia as lacunas assistenciais ao indivíduo privado de liberdade.

O aumento considerável de mulheres aprisionadas, muitas delas carregando no ventre conceitos, deve suscitar em nós profissionais de saúde, em especial enfermeiros, reflexões para buscar soluções por meio da educação permanente e de pesquisas envolvendo esta população. Talvez

se possam encontrar respostas que apontem para diminuição de agravos, reinserção social e novas histórias de vida.

Espera-se que este relato possa despertar nas equipes de saúde confiança e desejo de experienciar essa desafiadora oportunidade de cuidar, assim como a busca de saberes, através da pesquisa para a qualificação da assistência às pessoas em condição de prisão. É preciso, ainda, dar voz a esta população, ampliando seu direito à saúde!

Colaborações

Fochi MCS contribuiu para a concepção, redação, análise crítica e aprovação final da versão a ser publicada. Silva ARC e Lopes MHBM contribuíram para a análise crítica, redação e aprovação final a ser publicada.

Referências

1. Araújo NM, Salim NR, Gualda DMR, Silva LCFP. Body and sexuality during pregnancy. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3):552-8.
2. Santos AL, Radovanovic CAT, Marcon SS. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. *Rev Rene*. 2010; 11(n.esp):61-71.
3. Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo A. Prenatal care protocol: actions and the easy and difficult aspects dealt by Family Health Strategy nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5):1041-7.
4. Nicolau OIA, Ribeiro GS, Lessa ARP, Monte SA, Ferreira NCR, Pinheiro BKA. A picture of the socioeconomic and sexual reality of women prisoners. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3):386-92.
5. Canazaro D, Argimon LII. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(7):1323-33.
6. Scherer PAZ, Scherer AE, Nascimento DA, Ragozo DF. Perfil sociodemográfico e história penal da população encarcerada de uma penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo. *SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog* [periódico na Internet]. 2011 [citado 2013 jul 12]; 7(2): 55-62. Disponível em: http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/SMAD_v7_n2_a_02.pdf
7. Merhy E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saúde Soc*. 2012; 21(2):267-79.
8. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS - doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Ministério da Saúde (BR). Legislação da saúde no sistema penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Ministério da Justiça (BR). Sistema Prisional InfoPen [Internet]. [citado 2013 jun 23]. Disponível em: www.mj.gov.br/DEPEN
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico: resultados finais [Internet]. 2012 [citado 2013 jul 11]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350950>
14. Campos SWG, Ferrer LA, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, Dantas DV, et al. Avaliação de Estratégias Inovadoras na Organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1):43-50.
15. Gois SM, Santos Júnior HPO, Silveira MFA, Gaudêncio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(5):1235-46.
16. Fersz GG, Clarke JG. Health care of pregnant women in U.S. state prisons. *J Health Care Poor Underserved*. 2012; 23(2):557-69.
17. Lorenzen D, Bracy K. MONS Plus: A public health program for substance using pregnant inmates in an urban jail. *J Correct Health Care*. 2011; 17(3):233-40.