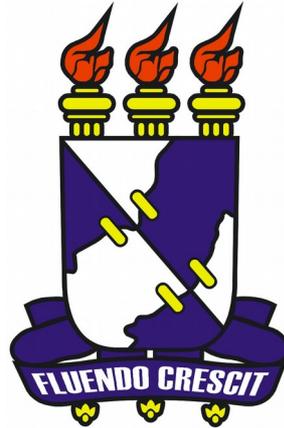


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



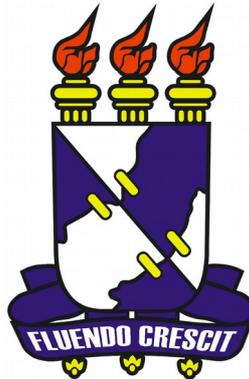
SAULO HENRIQUE LIMA DE MENEZES SILVA

**GESTAÇÃO EM SITUAÇÃO PRISIONAL: UM ESTUDO
DESCRITIVO DO PRÉ-NATAL EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PARA GESTANTES DE ALTO RISCO**

Aracaju/SE

2016

SAULO HENRIQUE LIMA DE MENEZES SILVA



**GESTAÇÃO EM SITUAÇÃO PRISIONAL: UM ESTUDO
DESCRITIVO DO PRÉ-NATAL EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PARA GESTANTES DE ALTO RISCO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof. Me. José Wilson Viana Júnior

Aracaju/SE

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**GESTAÇÃO EM SITUAÇÃO PRISIONAL: UM ESTUDO
DESCRITIVO DO PRÉ-NATAL EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PARA GESTANTES DE ALTO RISCO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aracaju, ____/____/____

Autor: Saulo Henrique Lima de Menezes Silva

SAULO HENRIQUE LIMA DE MENEZES SILVA

**GESTAÇÃO EM SITUAÇÃO PRISIONAL: UM ESTUDO
DESCRITIVO DO PRÉ-NATAL EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PARA GESTANTES DE ALTO RISCO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em ____ / ____ / ____

Orientador: Prof. Me. José Wilson Viana Júnior
Universidade Federal de Sergipe

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Agradeço a Deus por ter me dado essa oportunidade e à minha família pelo amor, força e incentivo.

À professora José Wilson Viana Júnior por ter me auxiliado no desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores, que ao longo do curso ensinaram e contribuíram na minha formação.

Aos colegas pela amizade e convívio durante esses anos, e a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização dessa conquista.

Gestação em situação prisional: um estudo descritivo do pré-natal em um centro de atenção para gestantes de alto risco.

Autor: Saulo Henrique Lima de Menezes Silva, graduando em Medicina, Universidade Federal de Sergipe.

Orientador: José Wilson Viana Júnior – Prof. Me. da disciplina de Obstetrícia I e do Internato em Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe.

RESUMO

Gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que a média da população considerada. O cárcere faz com que a gestante esteja vulnerável a doenças físicas, mentais e sujeita a falta de assistência ideal, aumentando a probabilidade de desfecho gestacional desfavorável. Os cuidados de saúde, e a assistência pré-natal adequada tem o objetivo de garantir o bom desfecho gestacional, principalmente àquelas pacientes de alto risco. **Objetivo:** descrever a qualidade do processo de assistência pré-natal recebida por gestantes encarceradas em um presídio feminino (PREFEM). **Procedimentos:** através da análise e descrição de prontuários de 29 gestantes aprisionadas, que realizaram pré-natal em um Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM), no período de 02/03/2010 à 20/11/2013. **Resultados:** foram avaliados parâmetros como data de início do pré-natal, quantidade de consultas, diagnóstico nutricional, realização de exames complementares, entre outros. De forma geral, observa-se que o pré-natal é realizado de forma deficiente, e que as diretrizes que regem os direitos à saúde no sistema prisional não são cumpridas. **Conclusão:** conclui-se que há a necessidade de ampliação nas ações de promoção de saúde voltadas à população em situação prisional.

Palavras-chave: Gestação; Alto risco gestacional; Pré-natal; Sistema prisional brasileiro; Cárcere.

ABSTRACT

High-risk pregnancy is one in which the life or health of the newborn is more likely to be achieved than the average population. Imprisonment causes the mother to be vulnerable to physical illness, mental illness, inadequate care, increasing the chance of a negative outcome. Health care, and adequate prenatal care aims to ensure good pregnancy outcome, especially those high-risk patients. Objectives: describe the process quality of prenatal care received by women incarcerated in a women's prison. Methods: through the analysis and description of medical records of 29 arrested pregnant women who underwent prenatal care in a center of attention to women's health (CAISM) in the period from 02/03/2010 to 20/11/2013. Results: were evaluated parameters as early prenatal care, number of visits, gestational history, nutritional diagnosis, complementary tests, among others. In general, it is observed that prenatal care is carried out properly, and that the health guidelines in the prison system are not met. Conclusion: it is concluded that there is a need to expand the health promotion actions to the population in the prison situation.

Key words: gestation; high-risk pregnancy; prenatal; brazilian prison system; prison.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	10
II. REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1. Gestação e Maternidade	13
2.2. Gestação de Alto Risco	14
2.2.1. Conceitos	14
2.2.2. Risco gestacional	15
2.3. Pré-natal	15
2.3.1. Consulta pré-concepcional	16
2.3.2. Diagnóstico de gravidez	17
2.3.3. Frequência de consultas	18
2.3.4. Consultas pré-natais	18
2.3.5. Pré-natal de alto risco	19
2.4. Sistema Carcerário no Brasil	20
2.4.1. Origem do sistema prisional	20
2.4.2. O sistema prisional brasileiro	21
2.4.3. Direitos humanos do preso	21
2.4.4. Saúde no sistema prisional brasileiro	22
2.4.5. Mulheres no sistema prisional brasileiro	23
2.5. Gestação, Pré-natal, e Puerpério no Cárcere	24
2.5.1. Gestação no cárcere	25
2.5.2. Pré-natal no cárcere	26
2.5.3. Puerpério no cárcere	28
III. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	30
3.1. Escopo e Política	30
3.2. Forma e Preparação de Manuscritos	32
3.2.1. Informações gerais	32
3.2.2. Preparo dos manuscritos	34
3.3. Itens para a Conferência do Manuscrito	40
IV. ARTIGO	42
4.1. Página de Rosto	41
4.2. Resumo	42
4.3. Introdução	45

4.4. Métodos	47
4.5. Resultados	48
4.6. Discussão	54
4.7. Conclusão	58
4.8. Referências Bibliográficas	59
4.9. Tabelas e legendas	61
V. REFERÊNCIAS	63
VI. APÊNDICE	68
6.1. Solicitação à Secretaria do Estado da Saúde	68
VII. ANEXOS	69
7.1. Autorização da Secretaria do Estado da Saúde	69
7.2. Aprovação da Instituição Proponente	70
7.3. Comprovante da Plataforma Brasil	71

I. INTRODUÇÃO

Uma das principais características que difere uma mulher presa para um homem preso, é a capacidade de gestar. A gestação é um dos períodos mais importantes da vida da mulher. É nele que ocorrem diversas transformações psicológicas, físicas, e sociais, fazendo com que a gestante tenha que se adaptar a esse processo e mantenha uma boa saúde durante essa fase, evitando assim intercorrências. Para isso, os cuidados de saúde, acompanhamento pré-natal, e realização de exames apresentam uma série de benefícios para a saúde da grávida e do bebê (FOCHI, SILVA, LOPES; 2014).

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”(CALDEYRO-BARCIA,1973). Mesmo sendo a gestação um fenômeno fisiológico e a maioria dos casos ocorrer sem intercorrências, há uma pequena parcela de gestantes que apresentam uma maior probabilidade de evolução ruim, e por isso necessitam de um acompanhamento diferenciado, sendo classificadas como “Gestantes de Alto Risco”, seja por serem portadoras de patologias prévias, por desenvolverem problemas durante a gestação, ou apresentarem alguma característica que possa causar agravos. Logo, deve-se haver a identificação precoce dos problemas que a gestante apresenta, procedimentos diagnósticos e terapêutica adequada, para que a tal paciente tenha uma assistência diferenciada da gestante comum (Ministério da Saúde, 2010).

Existem vários tipos de fatores que geram risco gestacional, e vários desses podem ser identificados mesmo antes da gravidez, e é o que deveria ser feito em toda gestação. Características individuais e condições sociodemográficas ruins, como condições ambientais desfavoráveis e hábitos de vida, são alguns desses fatores, e podem determinar um Alto Risco Gestacional. Em fatores ambientais com condições sociodemográficas desfavoráveis pode estar incluída a situação prisional. O cárcere faz com que a gestante esteja vulnerável a doenças físicas, mentais, e sujeita a falta de assistência adequada, que influenciará no desenvolvimento e desfecho gestacional (Ministério da Saúde, 2010).

O sistema carcerário brasileiro é problemático, principalmente no que diz respeito a quantidade de vagas. A superlotação impede que direitos básicos regidos por lei sejam aplicados à população prisional. Dados de 2014 revelam que a população carcerária total do Brasil é composta por 622.202 presos, e o sistema comporta apenas 371.884, ou seja, uma ocupação total de 157,2% do sistema prisional, mostrando um deficit importante de vagas. Mulheres aprisionadas representam 6,0% da população carcerária total, 37.332 presas em números absolutos. Em 2012 haviam 35.072 presas, ou seja, houve um aumento de 2.260 mulheres encarceradas em 2 anos. A questão se agrava quando percebemos que o aprisionamento feminino está cheio de peculiaridades, principalmente relacionadas à maternidade, visto que muitas têm filhos fora da prisão, enquanto outras podem se tornar gestantes que necessitam amamentar e cuidar do seu bebê. (BRAGA; ANGOTTI, 2014) (World Prison Briel. Disponível em:<<http://www.prisonstudies.org/country/brazil>>. Acesso dia 01 de Junho de 2016).

A Lei de Execução Penal (LEP) estabelece que a mulher em cárcere tenha o direito à saúde integral e a recursos adequados para assisti-la enquanto gestante. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº1, de 2 de Janeiro de 2014, teve o objetivo de ampliar as ações do SUS para a população privada de liberdade (PÍCOLLI *et al*, 2014).

De acordo com o PNAISP: “Art. 5º É objetivo geral da PNAISP garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS.” Essas ações devem ser ofertadas pelas equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou pelas Equipes de Saúde do Sistema Prisional (ESP), efetivando ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde junto a grupos marginalizados pelo cotidiano social, estando entre esses os presidiários, como rege a lei:

“Art. 9º As ações de saúde serão ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares, assim definidas:

I - a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das ESP, observada a pactuação estabelecida

; e

II - a oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde.” (BRASIL. Ministério da Saúde.”

Institui a PNAISP no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2014).

Mesmo sendo garantidos por lei, algumas pesquisas confirmam que os serviços de saúde prestados em unidades prisionais não funcionam como deveriam. Esse fato é demonstrado em um trabalho realizado no Conjunto Penal de uma cidade da Bahia em 2013, através de questionário e depoimentos de gestantes, mostrando que ainda há necessidade de efetivação dessas políticas públicas direcionadas a mulheres presas. Como conclusão, o trabalho cita: “Pode-se afirmar, a partir dessa pesquisa, que as vivências das mulheres aprisionadas desvelam a ineficiência e/ou inexistência de serviços em saúde prestados dentro do sistema penitenciário local.” (MOREIRA; SOUZA, 2014).

Em virtude da grande importância do tema, principalmente pelo aumento da população carcerária brasileira feminina nos últimos anos, pelos relatos do não cumprimento de leis que regulamentam a estadia das encarceradas, o objetivo deste estudo foi escrever a realização do pré-natal das gestantes privadas de liberdade e comparar com o que é descrito como ideal para uma gestante de alto risco, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.

II. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Gestação e Maternidade

A gravidez constitui o período da vida da mulher que dura em média nove meses, se inicia com a fecundação e implantação do óvulo no útero, e perdura até o nascimento. Uma gestação normal desenvolve-se em 280 dias, ou seja, 40 semanas, correspondendo assim a nove meses e dez dias no calendário. É uma fase onde há mudanças em diversos aspectos na vida da mulher. Essas alterações psicológicas, somáticas, biológicas e sociais desse período de gravídico repercutem tanto na constituição da maternidade, quanto no bom desenvolvimento fetal e saúde do recém-nascido (BUNDUKI; CABAR; NOMURA, 2012).

As alterações acontecem em diversos sistemas orgânicos do corpo, como o circulatório, endócrino, metabólico, tegumentar, respiratório, digestório, urinário, sistema nervoso central, entre outros. O organismo materno manifesta essas adaptações de forma precoce, e o diagnóstico clínico de gravidez pode ser dado pelo conhecimento dessas alterações (BUNDUKI; CABAR; NOMURA, 2012). Essas mudanças baseiam-se basicamente em quatro pontos: alterações hormonais, com aumento de todos os hormônios e o surgimento de outros, como a gonadotrofina coriônica e o lactogênio placentário; alterações enzimáticas; alterações pela presença do feto, mostrando aumento do volume e com uma demanda metabólica aumentada; e aumento uterino, demonstrando aumento do volume abdominal, estrias, alteração da coluna vertebral, etc (CARRARA; DUARTE, 1996).

Durante a gestação é importante destacar as mudanças psicológicas, que influenciam na maneira como a gestante reage à gravidez, e como isso repercutirá na formação da maternidade. Nessa fase, a constituição da maternidade está em pleno desenvolvimento (ZEOTI, 2011). Além disso, durante a gravidez há uma exacerbação da sensibilidade da mulher, tornando-a sensível a vários distúrbios emocionais, e a maneira como ela reagirá a essas mudanças influencia de forma relevante a relação com o bebê (RAPHAEL-LEFF, 2000; MALDONADO, 1997). O apego materno fetal começa a ser estabelecido durante a gestação, vai aumentando durante o seu transcorrer, e refletirá a relação afetiva futura. Além disso, na gravidez os índices de ansiedade e depressão mostram-se elevados, principalmente nas

gestantes de alto risco. Apesar disso, esses níveis de ansiedade e depressão não interferem no apego materno fetal e na formação da maternidade (ZOETI, 2011).

2.2. Gestação de Alto Risco

2.2.1. Conceitos

A palavra risco infere uma maior probabilidade de desfecho negativo. Logo, podem existir fatores que sejam considerados riscos, por causarem agravos físicos, psíquicos e sociais, na gestante e no feto. Além disso, há uma correlação entre o risco materno e fetal, ou seja, características que determinam risco gravídico materno refletem uma correspondente elevação do risco fetal, embora o risco fetal possa elevar-se sem alterar o risco materno (ALMEIDA *et al*, 1975). A gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que a média da população considerada (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) estima que hajam 585.000 mortes anuais relacionadas com gestação e parto (MAINE *et al*, 2007). Em 2001, ocorreram nas capitais brasileiras 75,4 mortes por causas maternas por 100.000 nascidos vivos (LOW; BATISTA; SOUZA, 2001). A OMS considera aceitável um número entre 6 e 20 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos (COSTA *et al*, 2002).

A grande maioria dos fatores de risco podem ser identificados durante a consulta médica, através da anamnese, exame clínico geral e ginecológico, que deve ser realizado de forma sistemática (CARVALHO *et al*; 2012). Apesar de não existir um *score* para determinar se uma gestante é de alto risco, existem fatores que podem sugerir uma gestação de alto risco, e devem ser buscados em todas as gestantes de forma periódica, visto que uma gravidez de curso normal pode virar de risco a qualquer momento, em virtude da grande quantidade de fatores que podem aparecer e determinar risco gravídico, seja antes, ou mesmo durante o transcorrer da gestação (Ministério da Saúde. 2010)

2.2.2. Risco gestacional

Existem basicamente três situações que podem caracterizar a gestante de alto risco, e cada uma engloba uma grande quantidade de condições. No primeiro cenário a grávida já possui uma patologia pregressa antes de engravidar, na segunda situação caracteriza a gestante desenvolve alguma patologia durante o período gestacional, e por último, pode haver o desenvolvimento de uma doença própria da gravidez, como eclâmpsia, pré eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta (DPP), síndrome hipertensiva gestacional (SHG), etc (DUARTE, 2015).

Dessa forma, a identificação dos riscos pode se dar através da busca por doenças maternas, idade materna, histórico obstétrico e ginecológico, história familiar, uso de substâncias, exposições ambientais, peso materno, imunizações, associadas ao exame clínico e avaliação complementar (CARVALHO *et al*, 2012).

Em relação aos aspectos psicológicos, já foi mostrado que a gravidez é um evento que envolve adaptações emocionais, e sentimentos como ansiedade e depressão podem se alterar, influenciando no curso gestacional, na formação da maternidade, e no apego materno fetal. Quando compara-se uma gravidez de baixo risco com uma de alto risco, uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto, São Paulo, no ano de 2011, mostrou não haver diferença nos níveis de apego materno entre as duas. Apesar disso, foi verificado que as gestantes de alto risco teriam níveis de ansiedade e depressão mais elevados em relação às gestantes de baixo risco (ZEOTI, 2011).

Segue em anexo um resumo dos principais riscos gestacionais.

2.3 Pré-natal:

Desde o ano de 1990, o Brasil tem registrado uma queda no número de óbitos maternos. A razão de mortalidade materna (RMM) era de 140 mortes por 100.000 nascidos vivos naquele ano. Já em 2007, foi observada uma redução importante na razão de mortalidade materna, que declinou para 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Essas mortes maternas podem ser classificadas em diretas e indiretas. No primeiro caso, resultam de intercorrências surgidas durante a gestação, parto ou puerpério. Já as mortes indiretas

decorrem de patologias prévias ou daquelas que surgiram e se agravaram pela própria gestação, como problemas respiratórios e circulatórios (Ministério da Saúde, 2012).

Através da assistência pré-natal adequada, pode-se reduzir o risco de problemas para a mãe e para a criança. Para isso, os pilares do pré-natal se baseiam na prevenção, identificação precoce, e tratamento das gestantes de risco. Além disso, as consultas devem ser iniciadas precocemente, periodicamente, com uma equipe capacitada. Observa-se a importância do pré-natal quando percebe-se que a população que possui a maior taxa de complicações perinatais são as gestantes com menor nível socioeconômico, sendo essas as que tem menor acesso ao pré-natal (CARVALHO *et al*, 2012).

2.3.1. Consulta pré concepcional

Idealmente, o pré-natal de toda gestante deve ser precedido de uma consulta preconcepcional, que tem por objetivo identificar e modificar os fatores de risco, através de medidas preventivas e terapêuticas, determinando o momento ideal para a realização da gestação (CARVALHO *et al*, 2012). Apesar disso, um estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), mostrou que a maioria das gestantes (18,6%) realizou a primeira consulta pré-natal entre 14 e 17 semanas de gestação. (SPINDOLA; PENNA; PROGIANT, 2005).

A investigação dos fatores de risco deve ser obtida através da anamnese, exame físico geral e exame ginecológico. Na anamnese devem ser obtidos dados sobre a história clínica pessoal e familiar, além da história obstétrica, que deve incluir informações sobre o número de gestações prévias, intervalo entre partos, abortamentos, intercorrências em gestações anteriores, etc. O exame físico deve incluir palpação mamária, exame especular com colpocitopatologia (CARVALHO *et al*, 2012).

Como conduta, deve ser solicitada avaliação laboratorial contendo tipagem sanguínea e sorologias (VDRL, HbsAg, HIV e toxoplasmose), que deve ser realizado no casal, exceto a toxoplasmose para o sexo masculino. Deve-se indagar quanto as imunizações, indicando a vacina contra rubéola e checando a vacina antitetânica. Orientações sobre consulta odontológica, suspensões de substâncias como álcool, tabaco e outras drogas, realização de

atividade física e dieta adequada, e suplementação com ácido fólico: 5mg por dia (BUNDUKI; CABAR; NOMURA, 2012).

A consulta pré concepcional é importante principalmente para controle daquelas pacientes que tem doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, epilepsia, infecções por doenças sexualmente transmissíveis, anemia, entre outras doenças. A futura gestante com diabetes mellitus deve realizar controle da glicemia, substituição do hipoglicemiante por insulina, acompanhamento nutricional, para evitar problemas durante a gestação, como macrosomia, malformações e abortamentos. A paciente hipertensa deve adequar as drogas, realizar acompanhamento dietético, avaliar função cardíaca e renal, para evitar intercorrências que podem surgir em virtude das adaptações fisiológicas que ocorrem durante a gestação. A paciente com epilepsia deve consultar um neurologista para que as drogas com menor potencial teratogênico sejam utilizadas, evitando descompensação neurológica materna ou malformações fetais pelo uso de anticonvulsivantes. Paciente portadores de HIV devem aguardar o momento ideal para a concepção, ou seja, quando a carga viral se tornar indetectável e os níveis de linfócitos T-CD4+ estiverem adequados. Além disso, o conhecimento sobre a doença prepara a equipe para condutas que previnam a transmissão vertical (Ministério da Saúde; 2005).

2.3.2. Diagnóstico de gravidez

As mulheres com atraso menstrual maior que 15 dias deve realizar o teste imunológico de gravidez (TIG), que tem uma alta taxa de confiabilidade. Os testes urinários têm poucos resultados falsos positivos, mas tem uma alta taxa de falsos negativos, o que pode retardar o início do pré-natal. A dosagem da gonadotrofina coriônica humana (BHCG) tornou-se um dos métodos mais utilizados para a detecção precoce da gravidez, e pode ser detectado entre oito a 11 dias após concepção (Ministério da Saúde; 2012).

Se o atraso menstrual for maior que 12 semanas, não é necessário realizar o TIG, e o diagnóstico pode ser dado pelo exame clínico. Os sinais de presunção de gravidez incluem atraso menstrual, náuseas, vômitos, tonturas, polaciúria, aumento do volume das mamas, hipersensibilidade dos mamilos, aparecimento dos tubérculos de Montgomery, aumento do volume abdominal, entre outros. Os sinais de probabilidade incluem amolecimento da cérvix

uterina e aumento das paredes vaginais. Já os sinais de certeza são a presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), percepção dos movimentos fetais, e a presença de saco gestacional observado pela ultrassonografia transvaginal (Ministério da Saúde; 2012).

Após confirmação, a gestante deve ser cadastrada no SISPrénatal, receber orientações em relação a sequência de consultas, receber a Caderneta da Gestante, calendário vacinal, e solicitação dos exames de rotina (Ministério da Saúde; 2012).

2.3.3. Frequência das consultas

As consultas pré-natal devem ser iniciadas ainda no primeiro trimestre, antes de 12º semana de gestação. Ao todo, o pré-natal correto contém número mínimo de seis consultas, que geralmente são alternadas entre o médico e o enfermeiro. Até a 28º semana de gestação as consultas devem ocorrer mensalmente, da 28º a 36º semana devem ser realizadas a cada 15 dias, e da 36º à 41º semana devem ocorrer semanalmente. Caso o parto não ocorra até a 41º consulta, deve-se encaminhar a gestante para avaliação fetal (Ministério da Saúde; 2012).

2.3.4. Consultas pré-natais

Na primeira consulta deve ser realizada uma anamnese detalhada, buscando informações sobre antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e obstétricos. Dados sobre a gestação vigente, como data da última menstruação (DUM), peso e altura prévia, hábitos, medicações em uso, medicações em uso e queixas atuais. Deve ser realizado exame físico geral e específico, através da realização do exame clínico das mamas, palpação obstétrica, altura uterina, ausculta do BCF, inspeção dos genitais, exame especular e toque vaginal de acordo com a necessidade (Ministério da Saúde; 2006).

Em relação aos exames complementares, devem ser solicitados na primeira consulta os seguintes exames: hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, coombs indireto se Rh negativo, glicemia de jejum, teste rápido para sífilis e HIV, Anti-HIV, VDRL, toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para hepatite B (HbsAg), sumário de urina e urocultura, parasitológico de fezes e ultrassonografia obstétrica. Demais exames podem ser necessário a depender da

indicação clínica, como exame citopatológico, eletroforese de hemoglobina, etc (Ministério da Saúde; 2012).

As condutas tomadas na consulta são: tratamento das queixas encontradas, prescrição de sulfato ferroso (40mg) e ácido fólico (5mg), orientação alimentar, solicitação de exames, e agendamento da consulta subsequente (Ministério da Saúde; 2012).

Além dos iniciais, outros exames devem ser solicitados durante o seguimento pré-natal. Para as gestantes que não forem imunes à toxoplasmose, deve ser solicitado sorologia a cada dois meses até as 36 semanas de gestação, além de receberem orientações higienodietéticas para prevenir a infecção. Entre 24 e 28 semanas de gestação deve ser solicitado o teste oral de tolerância a glicose de 75g (TTGO). No terceiro trimestre, as sorologias para sífilis e HIV devem ser repetidas, e caso a gestante tenha fatores de risco para hepatite, as sorologias para hepatite B e C também devem ser repetidas. A pesquisa para colonização vaginal e perianal por *Streptococcus Agalactiae* com swab deve ser solicitado entre 35 e 37 semanas (CARVALHO *et al*, 2012).

Ainda há controvérsias em relação a influência de ultrassonografias nos desfechos perinatais. São preconizados quatro exames de imagem para a paciente de baixo risco. A ultrassonografia obstétrica transvaginal deve ser realizada até 10 semanas; a ultrassonografia morfológica de 1º trimestre deve ser realizada entre 11 semanas e três dias e 13 semanas e 6 dias; a ultrassonografia morfológica do 2º trimestre deve ser feita entre 20 e 24 semanas; e por último a ultrassonografia obstétrica após 34 semanas (CARVALHO *et al*, 2012).

2.3.5. Pré-natal de alto risco

Gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

Como dito anteriormente, a gestação é um fenômeno fisiológico em que ocorrem adaptações orgânicas para manter o feto. Essas adaptações podem ocasionar e predispor a gestante que possui fatores de risco a problemas gestacionais e evolução desfavorável. Estas

são chamadas de gestantes de alto risco, que devem ser identificadas e receber atenção necessária de forma precoce. Logo, a avaliação do risco gestacional deve ser feita de forma permanente e periódica em todas as consultas do pré-natal (Ministério da Saúde; 2012).

O pré-natal de alto risco é realizado em 10% das gestantes que possuem fatores de risco gestacionais desfavoráveis, e nestas a chance de intercorrências como óbito materno e/ou fetal é maior. Os riscos que indicam a realização do pré-natal de alto risco em algumas gestantes foram mostrados no tópico sobre “Gestação de alto risco” (Ministério da Saúde; 2010).

Dessa forma, o papel da assistência pré-natal de alto risco é impedir que uma gestação tenha resultado negativo, através da diminuição dos riscos em que a mãe e o feto estão expostos (Ministério da Saúde; 2012).

No seguimento do pré-natal de alto risco, deve ser feita uma avaliação clínica detalhada, com valorização dos problemas, através da história clínica minuciosa e avaliação laboratorial completa. A avaliação obstétrica deve ser precisa, com determinação correta da idade gestacional (IG) para acompanhamento da evolução gestacional e análise dos parâmetros clínicos, como ganho ponderal, pressão arterial e crescimento uterino. Em relação ao parto, a via de parto e o momento ideal para realizá-lo ainda causa incertezas nos profissionais. Entretanto, a decisão deve ser tomada individualmente, e mesmo sendo uma gravidez de risco, a cesariana não é obrigatória. Assim, a indicação da via de parto deve ser feita pelo médico que estiver cuidando da gestante, no momento do parto (Ministério da Saúde; 2012).

2.4 Sistema Carcerário no Brasil

2.4.1 Origem do sistema prisional

Até o século XVIII, não existia a privação de liberdade, e as penas eram marcadas por crueldade e tortura. Logo, a privação de liberdade era utilizada apenas como custódia, enquanto a real punição não era executada. Então, somente a partir do século XVIII, o cárcere passou a fazer parte das punições do direito penal, e tomou o lugar das penas desumanas.

Começam a surgir os primeiros projetos penitenciários como conhecemos atualmente. Segundo o filósofo e historiador Michel Foucault, a mudança nas formas de punição acompanha as transformações políticas da época, isto é, a queda do antigo regime e ascensão da burguesia (SANTIS; ENGBRUCH; 2012).

No Brasil, até 1830, por ser ainda uma colônia de Portugal, não existia código penal, e ainda eram aplicadas pena de morte, penas corporais (açoite, mutilação, queimaduras), confisco de bens, humilhação pública, e ainda não existia cerceamento de liberdade. Em 1824, com a nova constituição no Brasil, ocorre a reforma no sistema punitivo, banem-se as penas desumanas, institui-se o cárcere. Apesar disso, a abolição das penas cruéis não deixou de existir, visto que ainda eram executadas nos escravos (SANTIS; ENGBRUCH; 2012).

2.4.2. O sistema prisional brasileiro

O sistema carcerário brasileiro mostra-se ainda bastante precário. Se elencássemos o principal problema, provavelmente seria a superlotação, que pode ser considerada a matriz das demais deficiências do sistema, como a má assistência à saúde, o não cumprimento das garantias legais, a ineficácia da ressocialização, entre outros. Dados do Departamento Penitenciário Brasileiro (DEPEN), mostra que o país necessitaria de 194.650 vagas para corrigir as deficiências atuais, já que existem 498.000 detentos e 303.850 vagas (MACHADO; SOUZA; SOUZA, 2013).

A Lei de Execução Penal (LEP) garante ao preso acesso à saúde, assistência social, educacional, jurídica, além de garantir a integridade física e moral do cidadão, ou seja, a única penalidade que o encarcerado deve sofrer durante o cumprimento de sua pena, é a restrição da liberdade. Apesar disso, os problemas do sistema prisional fazem com que ele seja submetido a outros tipos de punição (Lei 7.210, de 11 de Julho de 1984, Lei de Execução Penal).

2.4.3. Direitos humanos do preso

A LEP, através dos incisos de I a XV do Art. 41, apresenta os direitos dos infratores. A lei prevê que o cidadão encarcerado tenha somente a restrição da liberdade como pena, e qualquer outro tipo de punição adicional é ilegal (ASSIS, 2007).

Em relação à estrutura ideal das penitenciárias, a LEP, no seu artigo 88, preconiza que:

O condenado será alojado em cela individual que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório.

Parágrafo único – São requisitos básicos da unidade celular:

a) salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana;

b) área mínima de 6 m² (seis metros quadrados).

Sendo assim, essa superlotação viola efetivamente as normas e princípios constitucionais no que diz respeito aos detentos, e, conseqüentemente, além da pena que estes terão que cumprir, haverá ainda uma “sobrepêna”, uma vez que os mesmos sofrerão com esse desrespeito por todo o período em que ficarão encarcerados.

De acordo com a LEP, todos os presos deveriam ter, durante o período de reclusão, oportunidade de trabalho, educação, saúde, e alternativas de lazer (DAMÁZIO, 2010).

2.4.4. Saúde no sistema prisional brasileiro

A Portaria Interministerial Nº1, de 2 de Janeiro de 2014 institui a Política Nacional de Atenção a Saúde das pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no art.3º, inciso II, preconiza:

II - integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção;

Como dito anteriormente, a superlotação é provavelmente a gênese de grande parte dos problemas do sistema prisional brasileiro. O excesso de presos faz com que as penitenciárias se tornem ambientes insalubres, propícios a epidemias e disseminação de doenças. Associado a isso, condições como falta de higiene, sedentarismo, uso de drogas, terapêuticas inadequadas, fazem com que o preso tenha deficiência física e saúde fragilizada. As doenças mais frequentes nas cadeias são as respiratórias, doenças sexualmente

transmissíveis, hepatites, HIV, problemas dentários, distúrbios mentais, e deficiências físicas (ASSIS, 2007).

Em grande parte das prisões não há tratamento médico, e os presos dependem da disponibilidade da escolta policial para serem levados aos hospitais. Isso viola a LEP, que prevê no inciso VII do artigo 40, o direito a saúde do preso como obrigação do Estado (Lei 7.210, de 11 de Julho de 1984, Lei de Execução Penal, inciso VII, art.40).

O Censo penitenciário nacional, de 2007, mostrou que 20% de toda população carcerária é portadora do vírus HIV (Ministério da Justiça, 2007).

2.4.5. Mulheres no sistema prisional brasileiro

Dados de 2014 revelam que a população carcerária total do Brasil é composta por 622.202 presos, e o sistema comporta apenas 371.884, ou seja, uma ocupação total de 157,2% do sistema prisional, mostrando um deficit importante de vagas. Mulheres aprisionadas representam 6,0% da população carcerária total, 37.332 presas em números absolutos. Em 2012 haviam 35.072 presas, ou seja, houve um aumento de 2.260 mulheres encarceradas em 2 anos (Dados retirados do site: World Prison Brief. Disponível em: <<http://www.prisonstudies.org/country/brazil>>. Acesso dia 01 de Junho de 2016). A questão se agrava quando percebemos que o aprisionamento feminino está cheio de peculiaridades, principalmente relacionadas à maternidade, visto que muitos tem filhos fora da prisão, enquanto outras podem se tornar gestantes que necessitam amamentar e cuidar do seu bebê (BRAGA; ANGOTTI, 2014).

Percebe-se que grande parte das mulheres encarceradas tem relação importante com substâncias psicoativas e tráfico de drogas. Outros fatores como baixa escolaridade, nível socioeconômico, histórico de dependência e comércio de drogas ilícitas também estão associados. Geralmente o perfil da encarcerada é de uma mulher solteira, jovem, com dois filhos ou mais, baixo nível socioeconômico, com algum membro da família preso, e traficante de drogas (MELLO; 2008).

De acordo com a Censo Penitenciário de São Paulo, 54% das mulheres presas se declararam solteiras, enquanto 56% dos homens presos se declaram casados (Cfr. Censo Penitenciário de São Paulo). A maioria das mulheres encarceradas está na faixa etária entre 18 e 24 anos (26%). Além disso, segundo o DEPEN, 72% das mulheres está em sua primeira prisão, enquanto 44% dos homens relataram reincidência. Em relação ao grau de escolaridade, 65% são analfabetas ou tem ensino fundamental incompleto (Dados retirados do site do Departamento Penitenciário <www.depen.pr.gov.br> de novembro de 2006).

Em relação à saúde, o sistema prisional feminino apresenta os mesmos problemas do sistema prisional masculino. Entretanto, as peculiaridades físicas e emocionais femininas fazem com que a falência da saúde no sistema prisional feminino traga prejuízos adicionais à saúde da mulher quando comparado ao cárcere masculino, já que os aspectos emocionais, que atingem preferencialmente as mulheres encarceradas, associadas ao ambiente degradante, predispõe a mulher a doenças como depressão, melancolia e pânico. Além disso, na maioria das penitenciárias, quando existem equipes médicas, estão incompletas e com atendimento em tempo parcial. Esse problema ainda é agravado pela dificuldade de realização de atendimento fora das unidades prisionais, principalmente pela falta de escolta policial (Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional. (2007). Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil. Brasília, DF: Autor).

2.5. Gestação, Pré-natal, e Puerpério no Cárcere

A população penitenciária é classificada como SUS dependente, logo, deve ter o cuidado assegurado pelo Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, através da Portaria Interministerial de nº1777 de 09/09/2003. As diretrizes baseiam-se na prevenção, diagnóstico e assistência em presídios, com ênfase na qualificação dos serviços prestados pelos agentes penitenciários e profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2010).

As diretrizes determinadas pela lei nº 7210/1984, LEP, asseguram acompanhamento médico à mulher, no pré-natal e pós-parto, estendendo-se aos recém-nascidos (Lei 7.210, de 11 de Julho de 1984, Lei de Execução Penal).

Dados de 2014 revelam que a população carcerária total do Brasil é composta por 622.202 presos, e o sistema comporta apenas 371.884, ou seja, uma ocupação total de 157,2% do sistema prisional, mostrando um deficit importante de vagas. Mulheres aprisionadas representam 6,0% da população carcerária total, 37.332 presas em números absolutos. Em 2012 haviam 35.072 presas, ou seja, houve um aumento de 2.260 mulheres encarceradas em 2 anos (World Prison Briel. Disponível em: <<http://www.prisonstudies.org/country/brazil>>. Acesso dia 01 de Junho de 2016.)

2.5.1. Gestação no cárcere

A gestação é uma fase em que ocorrem diversas transformações na vida da mulher. Todas essas adaptações refletem no prognóstico gestacional. Logo, como a população carcerária é um grupo vulnerável que está exposta a diversas condições degradantes, o cuidado com a gestante deve ser tratado como prioridade, para que a grávida aprisionada mantenha um bom acompanhamento, e um desfecho gestacional positivo (FOCHI, SILVA, LOPES; 2014).

Vários fatores estão relacionados com uma boa evolução gestacional, como: assistência pré-natal, dieta adequada, ambiente calmo e confortável, acesso às consultas médicas, etc. Um estudo realizado no complexo penal feminino Dr. João Chaves, no Rio Grande do Norte, em 2011, mostrou através de relatos das gestantes o despreparo do sistema prisional para receber gestantes, como mostrado abaixo (GALVÃO; DAVIM, 2013).

[...] eu dormia no chão, num colchão, aí lá era muito imprensado, era eu e outra num colchão, eu não dormia só, com um barrigão, não dormia só. Quando tinha que ir ao banheiro, tinha que ter cuidado que era prá não bater nas outras, que não gostavam quando estavam dormindo [...]. (Lilac)

[...] o setor médico que tinha era a enfermeira [técnico de enfermagem], que você pede o remédio e só dá paracetamol, nada de ver como é que você tá. Era para ter, né, um sistema médico, não tem [...]. (Copo de Leite)

2.5.2. Pré-natal no cárcere

O “Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil”, publicado em 2007, mostra que o atendimento pré-natal para as gestantes encarceradas, na maioria das penitenciárias brasileiras, não é realizado. Geralmente não há equipes médicas, e o acesso aos serviços de saúde é deficiente. Faltam viaturas, agentes, e escolta para a realização de consultas, ou mesmo atendimentos emergenciais fora dos presídios (Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional. (2007). Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil. Brasília, DF: Autor).

A análise de uma pesquisa realizada pela Pastoral Carcerária, Conectas Direitos Humanos, e Instituto Sou da Paz, intitulada “Penitenciárias são feitas por homens e para homens”, mostra que um dos graves problemas em relação à violação das diretrizes normativas preconizada pela Lei de Execução Penal, é a falta de pré-natal adequado. As presas relatam mal acomodação nos hospitais, exame médico ruim, falta de atenção e cuidado, o que muitas vezes as força a recusa no atendimento médico (CONNECTAS, 2012).

De acordo com um estudo realizado em 2011, no Rio Grande do Norte, através de entrevistas com nove grávidas encarceradas, intitulada “Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário”, mostra que o perfil das participantes era de mulheres jovens, com faixa etária entre 19 e 25 anos, maioria solteira (66%), com baixo nível de escolaridade e baixo nível socioeconômico. A média de gestações foi de três, e 33,3% eram primigestas. A média de filhos vivos era de dois, e 33,3% afirmaram ter sofrido abortamento prévio. Na consulta pré-natal durante a gravidez, 77,8% relatou que não o fez, e das que realizaram consulta, a média era de duas. Através de relatos das gestantes, também pode-se evidenciar a ausência de assistência adequada (GALVÃO; DAVIM, 2011).

Outra pesquisa realizada no presídio feminino Irmã Irma Zorzi, em Mato Grosso do Sul, mostrou que a média de idade das gestantes encarceradas era de 27,6 anos, variando entre 18 e 38 anos. A maioria era de cor parda (67%), solteira (67%), com ensino fundamental incompleto (42%), e renda de até um salário mínimo (55%). O principal delito era o tráfico de drogas (58%). Em relação a atenção pré-natal, 17% o iniciaram antes de serem encarceradas, 67% começaram o acompanhamento no presídio, e duas nunca o haviam realizado. O início do pré-natal foi no 1º trimestre em somente 33% das gestantes (PÍCOLI *et al*, 2014).

[...] não fiz nenhum exame, não fiz o pré-natal, fui prá maternidade sem exames, né. E que eu perdi [o filho] aqui dentro. Descobriram lá no hospital que eu tava com muita anemia, tomei cinco bolsas de sangue lá, soro, não estavam encontrando minha veia, eu não tinha sangue, não tinha nada. Quase que morro lá no hospital, deram um choque pra mim retornar de novo, fui prá UTI, passei muito tempo mal mesmo. (Violeta)

Não fiz pré-natal porque não tem assistência. Eu pedia prá tomar um remédio se tivesse sentindo dor, aí eles davam, só isso, mas fazer pré-natal não, não fiz nenhum exame. (Íris)

Nem fiz pré-natal para saber como ela tava, prá mim foi muito ruim, bater ultra também eu não bati, nada disso eu fiz [...]. (Copo de Leite)

Em relação ao atendimento médico fora das unidades prisionais, o maior problema é a falta de escolta policial. Logo, consultas de emergência, consultas eletivas de pré-natal, são realizadas de forma ineficiente. A justificativa é de que há déficit de policiais, de agentes, de veículos e recursos para atender às demandas penitenciárias. Os diretores relataram que perdem em média 70% das consultas por ausência de escolta, e competição com requisições de escolta judicial (Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional. (2007). Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil. Brasília, DF: Autor. Uma pesquisa realizada no presídio feminino Irmã Irma Zorzi, em Mato Grosso do Sul, intitulada “Ausência de assistência a gestante em situação de cárcere”, ilustra a deficiência através do relato das gestantes (GALVÃO; DAVIM, 2013).

A falta de escolta foi a pior dificuldade enfrentada, porque quando precisava nunca tinha, como teve algumas presas aí que já perdeu e tudo o bebê. (Copo de Leite)

[...] estava difícil de carro, não tinha carro para levar, eu sempre pedia às agentes e elas sempre ocupadas, nunca se ligou de me levar. (Anêmona)

[...] sempre quando você pedia prá ir [consultar] nunca tinha carro para levar, a desculpa era o carro que nunca tinha. (Cravo)

*Fui fazer o pré-natal com sete meses porque estava difícil de carro [...].
(Anêmona)*

Uma pesquisa feita em uma unidade básica de saúde (UBS) que realizava o pré-natal de gestantes encarceradas mostrou a presença de comorbidades, uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, e alterações psicológicas como a depressão. Além disso, também foi relatada a dificuldade de transporte das grávidas, com ausência de horários fixos para as consultas, e serviço de escolta muitas vezes indisponível (FOCHI; SILVA; LOPES, 2014).

Em relação ao comportamento de risco para doenças sexualmente transmissíveis, Pícoli e cols. em 2014, mostrou 49,5% das gestantes em pré-natal nunca havia feito uso de preservativos durante as relações sexuais, e 33% relataram usá-los as vezes. Em relação aos antecedentes patológicos, 24% relataram infecções prévias por clamídia, sífilis ou HIV (PÍCOLI *et al*, 2014).

2.5.3. Puerpério no cárcere

Grande parte das mulheres perdem a guarda dos filhos após a gestação, muitas vezes sem audiência, e sem informação sobre o local para onde as crianças são encaminhadas. No Brasil a lei garante que um período mínimo de 6 meses de vida, já que o direito ao aleitamento materno exclusivo deve ser preservado até essa data. A maioria das penitenciárias não possui berçário adequado, e para que a amamentação seja mantida, a maioria das mães acabam sendo colocadas em locais inadequados. Na verdade, ainda não há um consenso sobre quanto tempo a mãe pode permanecer com a criança, mas caso isso seja inevitável, deve ocorrer de forma gradual (CONNECTAS, 2012).

Em um encontro realizado pelo Conselho Nacional de Justiça, em 2011, foi exposto um modelo de como essa separação deveria ocorrer entre mãe e filho, de forma gradual. Inicialmente, a criança deve permanecer durante os 6 meses na unidade em virtude da amamentação exclusiva e criação de vínculo; dos 6 meses até 1 ano deve começar a frequentar creche fora do ambiente prisional, tendo a oportunidade de conviver com outras crianças fora do ambiente prisional; e entre 1 ano e 1 ano e meio é entregue à família,

encontrando-se com a mãe somente aos finais de semana. Apesar disso, muitas gestantes encarceradas são réus primários e podem manter a amamentação até o final da pena, ou podem ter o resto da pena substituído por restrição de direitos, prisão domiciliar, entre outros (CONNECTAS, 2012).

Um estudo realizado com gestantes de um presídio feminino, em Santa Catarina, 2010, mostra que há dúvidas e desconhecimento em relação aos seus direitos enquanto gestantes e puérperas. Isso pode ser ilustrado por alguns relatos de gestantes, mostrados no trabalho:

Acho que é até um ano que fica... Amamentando ou não... Porque tem o dela (outra presa) que vai fazer um ano. E já teve outras crianças que ficaram. É até um ano sim. (E3)

Como eles deixam ficar, mas eles deixam porque né... Eles conseguiram isso aqui como juiz, mas o direito mesmo é seis meses. Eu acho que os seis meses né de amamentação? (E5)

Porque aquele tempo ficava até um ano né o R. parece que já tá com quase um ano. Parece que já vai embora. Agora parece que é com até seis meses, não sei. Aquela época era até um ano. Tinha criança com até dois anos, a G. 2 anos e sete meses. (E4)

III. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

3.1 Escopo e Política

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 0100 7203), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar contribuições originais sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais.

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo, só podendo ser reproduzido, total ou parcialmente, com a anuência dessas entidades.

Os manuscritos submetidos à revista são analisados por pareceristas e o sigilo sobre a autoria e a identidade dos revisores é garantido durante todo o processo de edição. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações solicitadas assim que possível, devendo justificar, na carta de encaminhamento, se for o caso, o motivo do não atendimento de alguma sugestão para modificação. Não havendo retorno do trabalho após três meses, presume-se que os autores não têm mais interesse na publicação. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

A revista publica contribuições nas seguintes categorias:

1. Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.

2. Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada. O número de referências pode ser igual ao dos trabalhos completos.
3. Técnicas e Equipamentos, para apresentação de inovações em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos, desde que não sejam, clara ou veladamente, propaganda de drogas ou outros produtos. Valem para essa categoria todas as normas aplicadas para trabalhos completos.
4. Artigos de Revisão, incluindo avaliação crítica e sistematizada da literatura, meta-análises ou revisões sistemáticas. A seleção dos temas e o convite aos autores têm como base planejamento estabelecido pela editoria. Contribuições espontâneas podem ser aceitas. Nesse caso, devem ser enviados inicialmente um resumo ou roteiro do texto, a lista de autores e as respectivas publicações sobre o tema. Se houver interesse da revista, será enviado convite para apresentação do texto definitivo. Todos os autores devem ter publicações em periódicos regulares, indexados sobre o tema da revisão. O número de autores é limitado a quatro, dependendo do tipo de texto e da metodologia empregada. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo, abstract e conclusões. Ver a seção "Preparo do manuscrito" para informações quanto ao texto principal, página de rosto, resumo e abstract;
5. Comentários Editoriais, solicitados pelo editor;
6. Resumos de Teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo. Devem conter, aproximadamente, 300 palavras e, para serem aceitos, devem seguir as normas da revista quanto à estruturação, à forma e ao conteúdo. Incluir título em português e inglês e, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. Não há revisão do texto dos Resumos de Teses. No arquivo enviado, informar: nome completo do autor e do orientador; membros da banca; data de apresentação e a identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada. Lembramos que a publicação do resumo não impede a posterior publicação do trabalho completo em qualquer periódico.

7. Cartas dos Leitores para o Editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente.

3.2. Forma e Preparação dos Manuscritos.

3.2.1. Informações gerais

A revista não aceita material editorial com objetivos comerciais.

1. Conflito de interesses: devem ser mencionadas as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou dos equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, as consultorias etc.
2. No texto, deve ser mencionada a submissão e a aprovação do estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa reconhecido pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).
3. Artigo que trate de pesquisa clínica com seres humanos deve incluir a declaração, na seção Métodos, de que os sujeitos do estudo assinaram o termo de consentimento livre e informado. Os autores devem informar, também, que a pesquisa foi conduzida de acordo com a Declaração de Helsinque revisada em 2008.
4. No caso de trabalhos envolvendo experimentação animal, os autores devem indicar na seção Métodos que foram seguidas as normas contidas no CIOMS (Council for International Organization of Medical Sciences) Ethical Code for Animal Experimentation (WHO Chronicle 1985; 39(2):51-6) e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA (www.cobea.org.br).
5. Todos os ensaios controlados aleatórios (randomized controlled trials) e clínicos (clinical trials) submetidos à publicação devem ter o registro em uma base de dados de ensaios clínicos. Essa é uma orientação da Plataforma Internacional para Registros de Ensaios Clínicos (ICTRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). As instruções para o

registro estão disponíveis no endereço eletrônico do ICMJE (http://www.icmje.org/clin_trialup.htm) e o registro pode ser feito na base de dados de ensaios clínicos da National Library of Medicine, disponível em <http://clinicaltrials.gov/ct/gui>.

6. O número de autores de trabalhos completos e relatos de casos é limitado a sete. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) devem ter os responsáveis especificados. Trabalhos e estudos multicêntricos podem ter número de autores compatível com o número de centros (cada situação será avaliada pela editoria e pelos revisores). Os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados devem ser especificados. Todos os autores devem ter conhecimento do texto enviado para a revista.
7. O conceito de coautoria é baseado na contribuição de cada um, para a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, para a redação ou revisão crítica do texto. A inclusão de nomes cuja contribuição não se enquadre nos critérios citados ou que tenham fornecido apenas suporte material não é justificável.
8. Os autores serão informados, por correspondência eletrônica, do recebimento dos trabalhos. Os trabalhos que estiverem de acordo com as Instruções aos Autores e se enquadram na política editorial da revista serão enviados para análise por revisores indicados pelo editor. Os originais em desacordo com os objetivos da revista ou com essas instruções são devolvidos aos autores para as adaptações necessárias antes da avaliação pelo Conselho Editorial ou recusados sem análise por revisores.
9. Junto dos arquivos originais, deve ser enviada uma carta de encaminhamento, na qual deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão e com a transferência de copyright para a revista.
10. Para manuscritos originais, não ultrapassar 25 páginas de texto digitado ou aproximadamente 30.000 caracteres. Limitar o número de tabelas e figuras ao necessário para apresentação dos resultados que são discutidos (como norma geral, limitar a cinco). Para manuscritos do tipo Relato de Caso, não ultrapassar 15 páginas de texto ou 18.000 caracteres (ver "Preparo do manuscrito", "Resultados").
11. O trabalho deve ser enviado pelo sistema de submissão online no portal SciELO. O endereço eletrônico de todos os autores deve ser fornecido. Desta forma, os coautores receberão informação sobre a submissão do trabalho e, assim, não será necessária a assinatura de todos na carta de encaminhamento. O endereço eletrônico para

correspondência com a revista é rbgo@fmrp.usp.br. O arquivo correspondente ao trabalho deve ser único e deve conter texto, referências, tabelas e figuras.

3.2.2. Preparo dos manuscritos

As normas que seguem foram baseadas no formato proposto pelo ICMJE e publicado no artigo "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", atualizado em Outubro de 2008 e disponível no endereço eletrônico: <http://www.icmje.org/>.

Apresentação do texto

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço 2 em todas as seções, da página de rosto às referências bibliográficas, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word® e a fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar ou usar negrito. Numerar todas as páginas, iniciando pela de rosto.
2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que mencionadas no texto. Iniciar cada seção em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou expressões-chave; abstract e keywords; texto; agradecimentos; referências; tabelas individuais e legendas das figuras.

Página de rosto

Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; endereços eletrônicos válidos de todos os autores (opcional, em substituição à carta de encaminhamento); nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido; afiliação institucional dos autores; informações sobre auxílios recebidos sob forma de bolsas de estudos, financiamento, fornecimento de drogas, reagentes ou equipamentos. Obrigatoriamente deve ser fornecido o endereço da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, o qual é publicado na página inicial do trabalho. Devem ser indicados nome, endereço, telefone/fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Essas informações pessoais são empregadas apenas para correspondência com a revista e somente são publicadas se houver pedido do(s) autor(es).

Resumo

O resumo do trabalho deve aparecer na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado, que deve ser dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões. Deve ter aproximadamente 300 palavras. O resumo deve conter as informações relevantes, permitindo que o leitor tenha uma ideia geral do trabalho. Deve incluir descrição resumida de todos os métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, e não apenas indicação de significância estatística. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no resumo.

Abaixo do texto do resumo indicar o número de registro e/ou identificação para os ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos (ver item 5 das "Informações Gerais").

Na mesma página do resumo, citar pelo menos três palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice anual da revista. Devem ser baseadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e está disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

O abstract deve ser versão fiel do texto do resumo estruturado (purpose, methods, results e conclusions). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou expressões-chave (keywords). O resumo e o abstract dos Relatos de Casos e dos Artigos de Revisão e de Atualização não devem ser estruturados e são limitados a 150 palavras.

Introdução

Repetir, na primeira página da introdução, o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos, apresentar um resumo dos casos já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Expor claramente os objetivos do trabalho.

Métodos

Iniciar essa seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou Grupo Experimental, inclusive dos Controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados (fabricante, cidade e país). Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada, indicar as referências, além da descrição resumida do método. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado. Os trabalhos que apresentam como objetivo a avaliação da eficácia ou a tolerabilidade de tratamentos ou drogas devem, necessariamente, incluir Grupo Controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos desse tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline - Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials (http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html). Ver também itens 4 e 5 das "Informações Gerais".

Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica, no texto, nas tabelas e nas figuras. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Não repetir no texto dessa seção todos os dados das tabelas e figuras, mas descrever e enfatizar os mais importantes, sem interpretação dos mesmos (ver também "Tabelas"). Nos Relatos de Casos, as seções "Métodos" e "Resultados" são substituídas pela "Descrição do caso", mantendo-se as demais.

Discussão

Devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionados nas seções "Introdução" e "Resultados". Evitar citação de tabelas e figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Comparar e relacionar suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças. Explicar as implicações dos achados, suas limitações e fazer as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. As informações sobre os casos já publicados podem ser tabuladas e exibidas nessa seção para comparações.

Agradecimentos

Dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou para aquelas que tenham provido apoio material.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numerar as referências bibliográficas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evitar número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Não empregar referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: "aceito e aguardando publicação" ou "in press", indicando-se periódico, volume e ano. Trabalhos aceitos por periódicos que estejam disponíveis online, mas sem indicação de fascículos e páginas, devem ser citados como "ahead of print". Outras publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões).

O número de referências bibliográficas deve ser aproximadamente 35. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

Para todas as referências, citar os autores até o sexto. Se houver mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al., conforme os seguintes modelos:

Formato impresso

- Artigos em revistas

 Ceccarelli F, Barberi S, Pontesilli A, Zancla S, Ranieri E. Ovarian carcinoma presenting with axillary lymph node metastasis: a case report. Eur J Gynaecol Oncol. 2011;32(2):237-9.

Jiang Y, Brassard P, Severini A, Goleski V, Santos M, Leamon A, et al. Type-specific prevalence of Human Papillomavirus infection among women in the Northwest Territories, Canada. *J Infect Public Health*. 2011;4(5-6):219-27.

- Artigos com título em inglês e texto em português ou outra língua

Utilizar o título em inglês, entre colchetes e no final da referência, indicar a língua na qual o artigo foi publicado.

Prado DS, Santos DL. [Contraception in users of the public and private sectors of health]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(7):143-9. Portuguese.

Taketani Y, Mizuno M. [Application of anti-progesterone agents for contraception]. *Rinsho Fujinka Sanka*. 1988;42(11):997-1000. Japanese.

- Livro

Baggish MS, Karram MM. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.

- Capítulos de livro

Picciano MF. Pregnancy and lactation. In: Ziegler EE, Filer LJ, editors. Present knowledge in nutrition. Washington (DC): ILSI Press; 1996. p. 384-95.

Formato eletrônico

Apenas para informações estatísticas oficiais e citação de referências de periódicos não impressos. Para estatísticas oficiais, indicar a entidade responsável, o endereço eletrônico, o nome do arquivo ou entrada. Incluir o número de tela, data e hora do acesso. Termos como "serial", "periódico", "homepage" e "monography", por exemplo, não são mais utilizados. Todos os documentos devem ser indicados apenas como [Internet]. Para documentos eletrônicos com o identificador DOI (Digital Object Identifier), este deve ser mencionado no final da referência, além das informações que seguem:

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos desde 1994. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado 2007 Fev 7]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>.

- Monograph on the Internet or e-book

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available at: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Tabelas

Apresentar as tabelas em páginas separadas, com espaço duplo e preferencialmente fonte Arial 8. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas devem ter título e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deve conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das tabelas e figuras, mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de tabelas, comandos de justificação, tabulações decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (tab) e não o espaçador para separar as colunas e, para nova linha, a tecla enter. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras devem ser apresentadas em páginas separadas e numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ter qualidade gráfica adequada e apresentar título e legenda. Para evitar problemas que comprometam o padrão da revista, o processo de digitalização de imagens (scan) deve obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas, usar 300 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco), usar 300 dpi/RGB ou grayscale. Em todos os casos, os arquivos devem ter extensão .tif e/ou .jpg. Também são aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .eps, .psd para ilustrações em curva (gráficos, desenhos e esquemas). São aceitas, no máximo, cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas, devem vir

acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas

Digitar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações). Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura, e na ordem em que foram citadas no trabalho.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e as siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

3.3. Itens para a Conferência do Manuscrito

Antes de enviar o manuscrito, conferir se as Instruções aos Autores foram seguidas e verificar o atendimento dos itens listados a seguir:

1. carta de encaminhamento assinada por todos os autores (escaneada e anexada como documento suplementar ou enviada pelo correio) ou informação dos endereços eletrônicos válidos de todos os autores na página de rosto;
2. citação da aprovação do projeto do trabalho por Comissão de Ética em Pesquisa, assinatura do termo de consentimento livre e informado (na seção "Métodos") e informação sobre o atendimento das exigências para pesquisa em animais;
3. número ou código do registro do estudo, se necessário, na página de rosto (item 5 das "Informações Gerais");
4. conflito de interesses: informar se há ou não. Se houver, explicar sem omissão de informações relevantes;
5. página de rosto com todas as informações solicitadas;
6. resumo e abstract estruturados e compatíveis com o texto do trabalho;
7. três ou mais palavras-chave relacionadas ao texto e respectivas keywords baseadas no Decs;

8. verificar se todas as tabelas e figuras estão corretamente citadas no texto e numeradas, e se as legendas permitem o entendimento das mesmas;
9. referências bibliográficas: numeradas na ordem de aparecimento e corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.

IV. ARTIGO

4.1. Página de Rosto

Gestação em situação prisional: um estudo descritivo do pré-natal em um centro de atenção para gestantes de alto risco.

Pregnancy in prison situation: a descriptive study of prenatal in a center for high-risk pregnant woman.

José Wilson Viana Júnior, Saulo Henrique Lima de Menezes Silva.

Trabalho realizado no Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM), localizado na Avenida Presidente Tancredo Neves, Capucho – Aracaju, SE. CEP: 49080-900.

José Wilson Viana Júnior, Professor da disciplina de Obstetrícia do Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista S/N - Bairro Sanatório – 49060-100, Aracaju – Sergipe.

Saulo Henrique Lima de Menezes Silva, graduando do 6º ano do curso de Medicina do Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista S/N – Bairro Sanatório – 49060-100, Aracaju – Sergipe.

Esse estudo foi desenvolvido sem auxílio de bolsa de estudo ou de financiamento.

Correspondência para:

Dr. José Wilson Viana Júnior Departamento de Medicina,
Universidade Federal de Sergipe Rua Cláudio Batista S/N – Bairro
Sanatório – 49060-100
Aracaju – SE – Brasil

Email: wilsonviana2@yahoo.com.br

Telefone: (79) 2105-1811 Fax: (79) 2105-1808

4.2. Resumo

Gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que a média da população considerada. O cárcere faz com que a gestante esteja vulnerável a doenças físicas, mentais e sujeita a falta de assistência ideal, aumentando a probabilidade de desfecho gestacional desfavorável. Os cuidados de saúde, e a assistência pré-natal adequada tem o objetivo de garantir o bom desfecho gestacional, principalmente àquelas pacientes de alto risco.

Objetivo: descrever a qualidade do processo de assistência pré-natal recebida por gestantes encarceradas em um presídio feminino (PREFEM).

Procedimentos: através da análise e descrição de prontuários de 29 gestantes aprisionadas, que realizaram pré-natal em um Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM), no período de 02/03/2010 à 20/11/2013.

Resultados: foram avaliados parâmetros como data de início do pré-natal, quantidade de consultas, diagnóstico nutricional, realização de exames complementares, entre outros. De forma geral, observa-se que o pré-natal é realizado de forma deficiente, e que as diretrizes que regem os direitos à saúde no sistema prisional não são cumpridas.

Conclusão: conclui-se que há a necessidade de ampliação nas ações de promoção de saúde voltadas à população em situação prisional.

Palavras-chave: Gestação; Alto risco gestacional; Pré-natal; Sistema prisional brasileiro; Cárcere.

4.2. Abstract

High-risk pregnancy is one in which the life or health of the newborn is more likely to be achieved than the average population. Imprisonment causes the mother to be vulnerable to physical illness, mental illness, inadequate care, increasing the chance of a negative outcome. Health care, and adequate prenatal care aims to ensure good pregnancy outcome, especially those high-risk patients.

Objectives: describe the process quality of prenatal care received by women incarcerated in a women's prison.

Methods: through the analysis and description of medical records of 29 arrested pregnant women who underwent prenatal care in a center of attention to women's health (CAISM) in the period from 02/03/2010 to 20/11/2013.

Results: were evaluated parameters as early prenatal care, number of visits, gestational history, nutritional diagnosis, complementary tests, among others. In general, it is observed that prenatal care is carried out properly, and that the health guidelines in the prison system are not met.

Conclusion: it is concluded that there is a need to expand the health promotion actions to the population in the prison situation.

Key words: gestation; high-risk pregnancy; prenatal; brazilian prison system; prison.

4.3 Introdução

Gestação em situação prisional: um estudo descritivo do pré-natal em um centro de atenção para gestantes de alto risco./ Pregnancy in prison situation: a descriptive study of prenatal in a center for high-risk pregnant woman.

Uma das principais características que difere uma mulher presa para um homem preso, é a capacidade de gestar. A gestação é um dos períodos mais importantes da vida da mulher. É nele que ocorrem diversas transformações psicológicas, físicas, e sociais, fazendo com que a gestante tenha que se adaptar a esse processo e mantenha uma boa saúde durante essa fase, evitando assim intercorrências. Para isso, os cuidados de saúde, acompanhamento pré-natal, e realização de exames apresentam uma série de benefícios para a saúde da grávida e do bebê (1).

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”(2). Mesmo sendo a gestação um fenômeno fisiológico e a maioria dos casos ocorrer sem intercorrências, há uma pequena parcela de gestantes que apresentam uma maior probabilidade de evolução ruim, e por isso necessitam de um acompanhamento diferenciado, sendo classificadas como “Gestantes de Alto Risco”, seja por serem portadoras de patologias prévias, por desenvolverem problemas durante a gestação, ou apresentarem alguma característica que possa causar agravos. Logo, deve-se haver a identificação precoce dos problemas que a gestante apresenta, procedimentos diagnósticos e terapêutica adequada, para que a tal paciente tenha uma assistência diferenciada da gestante comum (3).

Existem vários tipos de fatores que geram risco gestacional, e vários desses podem ser identificados mesmo antes da gravidez, e é o que deveria ser feito em toda gestação. Características individuais e condições sociodemográficas ruins, como condições ambientais desfavoráveis e hábitos de vida, são alguns desses fatores, e podem determinar um Alto Risco Gestacional. Em fatores ambientais com condições sociodemográficas desfavoráveis pode estar incluída a situação prisional. O cárcere faz com que a gestante esteja vulnerável a doenças físicas, mentais, e sujeita a falta de assistência adequada, que influenciará no desenvolvimento e desfecho gestacional (3).

O sistema carcerário brasileiro é problemático, principalmente no que diz respeito a quantidade de vagas. A superlotação impede que direitos básicos regidos por lei sejam aplicados à população prisional. Dados de 2014 revelam que a população carcerária total do Brasil é composta por 622.202 presos, e o sistema comporta apenas 371.884, ou seja, uma ocupação total de 157,2% do sistema prisional, mostrando um déficit importante de vagas. Mulheres aprisionadas representam 6,0% da população carcerária total, 37.332 presas em números absolutos. Em 2012 haviam 35.072 presas, ou seja, houve um aumento de 2.260 mulheres encarceradas em 2 anos. A questão se agrava quando percebemos que o aprisionamento feminino está cheio de peculiaridades, principalmente relacionadas à maternidade, visto que muitas têm filhos fora da prisão, enquanto outras podem se tornar gestantes que necessitam amamentar e cuidar do seu bebê (4,5).

A Lei de Execução Penal (LEP) estabelece que a mulher em cárcere tenha o direito à saúde integral e a recursos adequados para assisti-la enquanto gestante. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº1, de 2 de Janeiro de 2014, teve o objetivo de ampliar as ações do SUS para a população privada de liberdade (6).

De acordo com o PNAISP: “Art. 5º É objetivo geral da PNAISP garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS.” Essas ações devem ser ofertadas pelas equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou pelas Equipes de Saúde do Sistema Prisional (ESP), efetivando ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde junto a grupos marginalizados pelo cotidiano social, estando entre esses os presidiários, como rege a lei:

“Art. 9º As ações de saúde serão ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares, assim definidas:

I - a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das ESP, observada a pactuação estabelecida

; e

II - a oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde.” (BRASIL. Ministério da Saúde.”

Institui a PNAISP no âmbito do Sistema Único de Saúde (7).

Mesmo sendo garantidos por lei, algumas pesquisas confirmam que os serviços de saúde prestados em unidades prisionais não funcionam como deveriam. Esse fato é demonstrado em um trabalho realizado no Conjunto Penal de uma cidade da Bahia em 2013, através de questionário e depoimentos de gestantes, mostrando que ainda há necessidade de efetivação dessas políticas públicas direcionadas a mulheres presas. Como conclusão, o trabalho cita: “Pode-se afirmar, a partir dessa pesquisa, que as vivências das mulheres aprisionadas desvelam a ineficiência e/ou inexistência de serviços em saúde prestados dentro do sistema penitenciário local.” (8).

Em virtude da grande importância do tema, principalmente pelo aumento da população carcerária brasileira feminina nos últimos anos, pelos relatos do não cumprimento de leis que regulamentam a estadia das encarceradas, o objetivo deste estudo foi escrever a realização do pré-natal das gestantes privadas de liberdade e comparar com o que é descrito como ideal para uma gestante de alto risco, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.

4.4. Métodos:

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, e transversal, feito mediante auditoria de prontuários pré-natais de gestantes. A população é composta por grávidas que estavam aprisionadas no PREFEM durante o período gestacional e realizaram o pré-natal no CAISM, entre 02/03/2010 à 20/11/2013. Ao todo foram contabilizados 29 prontuários. O material coletado a partir da análise foi tabulado em planilhas eletrônicas do programa Excel, e posteriormente analisado estatisticamente pelo programa IBM SPSS 20.0.

De forma geral, foram avaliados nos prontuários itens como faixa etária das gestantes, quantidade de consultas realizadas, início do pré-natal, histórico gestacional, diagnóstico nutricional, conhecimento sobre idade gestacional, uso de substâncias, antecedentes patológicos, uso de medicações, calendário vacinal e realização de exames complementares.

De acordo com a resolução 466/12 do CONEP, todas as pesquisas têm riscos, mesmo que mínimos. Nesse estudo, o risco mínimo poderia ser sobre a quebra de sigilo, que foram minimizados por pacto de confiabilidade das informações. Não houve constrangimento pois

não foi realizada entrevista direta, apenas revisão de prontuários. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe (SES), pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS-SE), e inserido na Plataforma Brasil com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 59604816.0.0000.5546

4.5. Resultados

Ao todo foram contabilizadas 29 gestantes que realizaram pré-natal do período de 02/03/2010 à 20/11/2013, no CAISM. Em relação à idade, foi verificado que a idade média das gestantes era de 26 anos. A gestante de menor idade possuía 19 anos, e a de maior idade, 41 anos. Além disso, 17,2% das gestantes se enquadram no diagnóstico de maternidade tardia, ou seja, tem idade maior ou igual a 35 anos. Nenhuma das grávidas do estudo tinha menos de 18 anos.

Em relação a quantidade de consultas pré-natal durante o período de cárcere, foi verificado que a média de consultas realizadas foi de menos de duas consultas por gestante (1,89 consultas/gestante), e que o número máximo de consultas que uma grávida conseguiu realizar, foi de cinco. Quase metade de todas as gestantes (48,2%) realizaram somente uma consulta durante todo o período em que esteve encarcerada. Os demais dados são demonstrados na Tabela1. Verificou-se também que somente em 15 grávidas havia o registro da idade gestacional na primeira consulta. Dessas, 46,6% haviam realizado a primeira consulta pré-natal no 2º trimestre de gestação, e 53,3% no 3º trimestre.

Número de consultas realizadas no cárcere	
% das gestantes	Nº de consultas
48,20%	1
27,50%	2
13,50%	3
6,80%	4
3,40%	5

Tabela 1

1º consulta pré-natal	
% das gestantes	Tempo
-	1º trimestre
46,60%	2º trimestre
53,40%	3º trimestre

Tabela 2

Nos prontuários havia o registro do histórico gestacional em 25 das 29 gestantes. Durante a análise foi visto que a média das gestações prévias foi de 2,84, ou seja, cada gestante tinha em média quase 3 gestações prévias. Foi verificado também que 20% das gestantes eram primigestas. A taxa de abortamentos prévios foi de 36%, ou seja, 9 gestantes já haviam tido episódio anterior de abortamento. Como retificado anteriormente, as porcentagens foram calculadas de acordo com o total de 25 prontuários, onde haviam os registros de histórico obstétrico.

Foi avaliado também o diagnóstico nutricional da gestante. O cálculo foi baseado na relação entre o índice de massa corpórea (IMC) e a IG, de acordo com o gráfico de acompanhamento nutricional disponibilizado na Caderneta da Gestante, do Ministério da Saúde, edição 2014, mostrado na figura 1. Ao todo, 24 das 29 gestantes receberam diagnóstico, e foram obtidos os seguintes resultados: 29% das gestantes foram classificadas como Baixo Peso; 29% das gestantes foram classificadas como Peso Adequado para a idade gestacional; 25% das gestantes estava com Sobrepeso para a idade gestacional; e 16,5% das gestantes foram diagnosticadas com Obesidade. A Tabela 3 apresenta estes resultados.

Acompanhamento nutricional das gestantes		
Diagnóstico	% Gestantes	Nº de gestantes
Baixo peso	29,00%	7
Peso adequado	29,00%	7
Sobrepeso	25,50%	6
Obesidade	16,50%	4

Tabela 3

Gráfico de acompanhamento nutricional

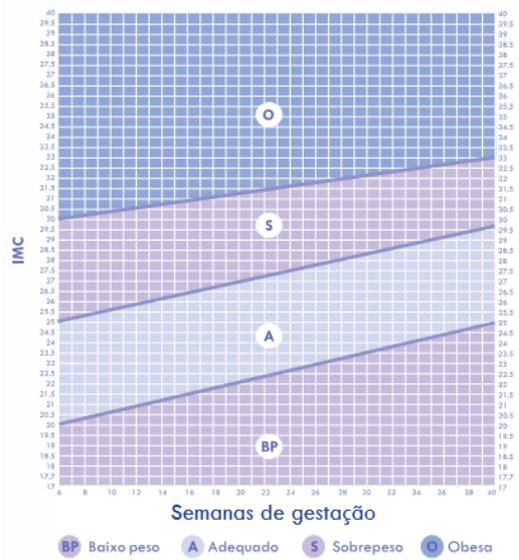


Figura 1

Em relação ao conhecimento sobre a idade gestacional, foi verificado que 65,5% das gestantes não sabiam informar a DUM, ou seja, somente 10 das 29 gestantes tinham conhecimento sobre esse dado. Já em relação a realização de ultrassonografias obstétricas (USG), foi verificado que em 58,6% das gestantes havia o registro da realização de alguma USG, e em 41,4% não havia nenhum registro. Além disso, somente em 10,3% das grávidas havia o registro da realização de mais de um exame de ultrassom durante o pré-natal no CAISM.

Foi analisado também o momento de realização das USG, e notado que em 68,7% das gestantes havia o registro de realização da primeira ecografia somente no terceiro trimestre; em 25% das gestantes o primeiro exame aparece somente no segundo trimestre; e em somente 6,25% das pacientes havia o registro no primeiro trimestre. Esses dados estão expostos na Tabela 4, abaixo.

Realização de Ultrassonografias	
Pelo menos uma USG	58,60%
Sem registros de USG	41,40%
Mais de 1 USG	10,30%
Realização da 1º USG	
Tempo	% de gestantes
3º trimestre	68,75%
2º trimestre	25,00%
1º trimestre	6,25%

Sobre hábitos e vícios, foi verificado o registro sobre o uso de substâncias lícitas e ilícitas que pudessem ser prejudiciais ao feto. Apesar disso, não havia a informação especificada sobre o uso de substâncias em 16 dos 29 prontuários (55,17%). Havia o registro do não uso de substâncias em três prontuários (10,34%). Já em relação às gestantes que fazia uso de alguma substância, sete relataram fazer uso de drogas ilícitas, como maconha, cocaína ou crack (24,13%); e seis relataram fazer uso regular de tabaco (20,68%).

Registro sobre uso de substâncias		
Variável	Porcentagem	Nº absoluto
Sem informação	55,17%	16
Uso de substâncias	31,00%	9
Substâncias ilícitas	24,13%	7
Tabagismo	20,68%	6
Negou uso	10,34%	3

Tabela 5

Avaliando-se os antecedentes patológicos, foi visto que em três gestantes haviam antecedentes de violência que necessitaram de intervenção médica. Uma delas havia relatado nefrectomia por ter sido vítima de violência por arma branca, e outras duas, cirurgia prévia devido a ferimento por arma de fogo.

Em relação ao uso de medicações durante a gestação, foram buscadas principalmente informações sobre o sulfato ferroso e ácido fólico. Analisando os prontuários foi visto que existiam registros sobre o uso de medicações em 18 das 29 gestantes. Dessas 18 gestantes, 12 haviam relatado que estavam fazendo uso do sulfato ferroso (66,6%), e seis (33,3%) negaram fazer uso de qualquer medicação durante a gestação, mesmo sendo prescrito durante a consulta pré-natal. Em relação ao ácido fólico, havia somente o registro do uso em uma gestante. Duas gestantes com diabetes pré-gestacional também estavam fazendo uso de insulina NPH e regular.

Sobre o registro da vacinação das gestantes, foi verificado que no prontuário haviam informações principalmente sobre a vacina antitetânica (VAT) e H1N1. Em 15 dos 29 prontuários constava a informação sobre ambos. Em relação a VAT, foi visto que 10 das 15 gestantes estavam atualizadas e cinco com a vacina não atualizada, ou seja, haviam tomado a

última dose há mais de 5 anos, e foram recomendadas a receber a dose de reforço. Em relação a situação vacinal para H1N1, foi visto que 12 das 15 gestantes não havia realizado a imunização contra Influenza, e somente duas haviam sido vacinadas. A Tabela 6 resume a situação vacinal.

Situação vacinal		
Variáveis	VAT	H1N1
Total registros	51,72%	51,72%
Atualizada	66,60%	20,00%
Não atualizada	33,33%	80,00%

Tabela 6

Antes da realização da consulta médica, a gestante realiza uma pré-consulta onde são aferidos pressão arterial, estatura e peso. Logo, as 29 gestantes tinham os registros da pressão arterial. Através da avaliação desses registros verificou-se que somente uma das gestantes apresentou níveis pressóricos de 150x90mmHg. Em todas as demais consultas os níveis pressóricos estavam normais, sem critérios para diagnóstico de SHG.

Avaliando-se os registros, só foi possível contabilizar resultados de hemograma em 11 dos 29 prontuários. A partir dos resultados, constatou-se que sete gestantes estavam com níveis de hemoglobina (Hb) normais, ou seja, maiores ou iguais a 11 g/dl; três gestantes foram diagnosticadas com anemia leve (Hb 10-10,9 g/dl); e uma gestante foi diagnosticada com anemia moderada (Hb 8-9,9 g/dl). Os resultados são ilustrados pela Tabela 7.

Registros hemograma		
Variáveis	Nº gestantes	Porcentagem
Total registros	11	37,93%
Sem anemia	7	63,63%
Anemia leve	3	27,27%
Anemia moderada	1	9,00%
Anemia grave	-	-

Tabela 7

Avaliando-se os valores de glicemia registrados nos prontuários, foram contabilizados registros em somente nove das 29 gestantes. Dessas, uma teve rastreamento bioquímico positivo, com glicemia de 87 mg/dl. Outra paciente, com diagnóstico prévio de diabetes tipo

2, apresentou glicemia de 420 mg/dl. Não havia resultados sobre resultados de exames de TTGO em nenhum prontuário.

Sobre a realização de sorologias, foi verificado registro nos prontuários de 15 das 29 gestantes. Somente uma das pacientes realizou todos os exames sorológicos recomendados pela Secretaria do Estado da Saúde, através do Programa de Proteção à Gestante (PROTEGE), que são HIV, VDRL, Toxoplasmose, Citomegalovírus, Rubéola. Dessas 15 gestantes, foi verificado que em 13 havia a realização da sorologia para HIV, e somente um estava fora da normalidade, com resultado Indeterminado. Essa fato ocorreu com uma gestante de 31 semanas, e não há anotações sobre a repetição do exame, visto que essa era a última consulta registrada. Em relação à sífilis, 13 gestantes possuíam sorologias para VDRL, e todas tiveram resultado não reagente. Em relação a toxoplasmose, em 12 gestantes haviam registros sobre a realização do exame, e quatro delas foram classificadas como não imunes. Sobre o citomegalovírus (CMV) e a rubéola, havia o registro no prontuário de 11 gestantes, e todas elas eram imunes a ambos. Sobre as hepatites, somente em cinco gestantes havia o registro sobre a realização de HbsAg, e em quatro havia o registro sobre o Anti-HCV. Nenhum dos resultados apresentou alteração. Os resultados são mostrados na Tabela 8.

Registro da realização de sorologias		
Exame sorológico	Nº de gestantes com registro	Alterações
HIV	15	1 Indeterminado
VDRL	13	-
Toxoplasmose	12	4 Não imunes
Citomegalovírus	11	-
Rubéola	11	-
HbsAg	5	-
Anti-HCV	4	-

Tabela 8.

Avaliando-se os prontuários, somente nove das 29 gestantes tinha registros sobre o sumário de urina, e somente seis havia resultados de urocultura. Das nove pacientes que tinham anotações sobre leucocitúria, seis tinham mais de 10 piócitos por campo. Em relação aos exames de urocultura, um apresentava alteração, com mais de 100.000 colônias por ml. Nas gestantes que receberam tratamento, foi optado pelo uso de cefalexina. Além dessas alterações, uma das gestantes com diabetes pré-gestacional apresentou grande quantidade de corpos cetônicos ao sumário de urina.

Em relação ao exame protoparasitológico de fezes (PPF), dos 29 prontuários, foram encontrados registros em somente oito. Desses, haviam alterações em cinco, visto que dois apresentavam helmintos (ancilóstomo), e outro apresentava nematódeo (*trichuris trichiura*). Dois exames apresentavam vermes comensais (*endolimax nana*). Em muitos prontuários de gestantes que iniciaram pré-natal tardiamente havia a solicitação de PPF, apesar haverem registros em somente oito.

O exame de colpocitologia oncótica (CO) deve ser realizado periodicamente nas mulheres de acordo com a necessidade. Das 29 gestantes, havia o registro no prontuário de 10 sobre a realização de CO, e todas elas haviam realizado o exame há mais de um ano. Além, somente em duas gestantes houve o registro da realização de CO durante a gestação, ambos sem alterações.

4.6. Discussão

O excesso de presos faz com que as penitenciárias se tornem ambientes insalubres, propícios a epidemias e disseminação de doenças. Associado a isso, condições como falta de higiene, sedentarismo, uso de drogas, fazem com que o encarcerado tenha uma saúde fragilizada (9).

A grávida em ambiente prisional deve ter a saúde priorizada, visto que uma boa evolução gestacional depende de assistência pré-natal, dieta adequada, acesso às consultas médicas, etc (10). O “Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil”, publicado em 2007, mostra que o atendimento pré-natal para as gestantes encarceradas na maioria das penitenciárias brasileiras não é realizado. Geralmente não há equipes médicas, e o acesso aos serviços de saúde é deficiente. Faltam viaturas, agentes, e escolta para a realização de consultas, ou mesmo atendimentos emergenciais fora dos presídios (11).

A análise de uma pesquisa realizada pela Pastoral Carcerária, Conectas Direitos Humanos, e Instituto Sou da Paz, intitulada “Penitenciárias são feitas por homens e para homens”, mostra que um dos graves problemas em relação à violação das diretrizes normativas preconizada pela Lei de Execução Penal, é a falta de pré-natal adequado (12). O

presente estudo teve o objetivo de descrever a assistência pré-natal recebida por gestantes encarceradas no PREFEM, que foram atendidas no CAISM.

Ao analisarmos a idade das gestantes do PREFEM, foi verificado que a média era de 26 anos, sendo que a gestante de menor idade possuía 18 anos, e a de maior idade 41. Esses dados assemelham-se com outros estudos sobre o tema. Uma pesquisa feita em um presídio do Mato Grosso do Sul mostrou que a média de idade das grávidas era de 27,6 nos (6).

Mello, em 2008, mostrou que o perfil da encarcerada, é de uma mulher solteira, jovem, com dois filhos ou mais, baixo nível socioeconômico, e traficante de drogas (13). No presente estudo foi observado que a média de gestações prévias era de 2,84, o que corrobora com os dados apresentados por Mello 2008 em relação à quantidade de filhos das gestantes. Outros dados sobre estado civil, nível socioeconômico, e antecedentes criminais não constavam nos prontuários.

Em relação à quantidade de consultas pré-natal, foi verificado que a média foi de 1,89, ou seja, menos de duas por gestante. Além disso, o número máximo de consultas que uma paciente conseguiu realizar foi de cinco. De acordo com o Ministério da Saúde, ao todo o pré-natal ideal deve conter no mínimo seis consultas, que geralmente são alternadas entre o médico e o enfermeiro. Até a 28ª semana de gestação, devem ocorrer mensalmente, da 28ª a 36ª semana devem ser realizadas a cada 15 dias, e da 36ª à 41ª semana devem ocorrer semanalmente (14).

Em relação ao início da realização do pré-natal, o Ministério da Saúde recomenda que as consultas devem ser iniciadas ainda no primeiro trimestre, antes de 12ª semana de gestação (14). Os dados do presente estudo mostram que nenhuma das grávidas iniciou o pré-natal no 1º trimestre, 46,6% realizaram a primeira consulta no 2º trimestre, e 53,4% no 3º trimestre. Importante ressaltar que esses números podem não representar a quantidade de consultas realizadas durante toda a gestação, nem a data correta de início do pré-natal, visto que algumas gestantes podem ter realizado consultas antes de terem sido presas.

As consultas das gestantes eram realizadas no CAISM, ou seja, fora do ambiente prisional. Como mostrado no parágrafo anterior, a quantidade era inadequada. Quando

conversado com médicos do serviço, foi relatado que havia uma limitação importante na assiduidade nas consultas, que era devido principalmente à indisponibilidade da escolta. Durante a análise dos prontuários foi verificado que algumas gestantes não compareciam ao atendimento agendado. O “Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil”, mostra que em relação ao atendimento médico fora das unidades prisionais, o maior problema é a falta de escolta policial. Logo, consultas de emergência ou eletivas de pré-natal são realizadas de forma ineficiente. A justificativa é de que há déficit de policiais, de agentes, de veículos e recursos para atender às demandas penitenciárias. Os diretores relataram que perdem em média 70% das consultas por ausência de escolta, e competição com requisições de escolta judicial (11).

Em relação ao acompanhamento nutricional das gestantes do estudo, foi utilizado o gráfico de acompanhamento nutricional da caderneta da gestante, do Ministério da Saúde, 2014, e visto que 29% das pacientes receberam o diagnóstico de baixo peso, 25,5% de sobrepeso, e 16,5% de obesidade. A incidência de complicações na gestação é agravado com extremos de ganho de peso. Ganho de peso inadequado está associado a restrição de crescimento fetal e parto prematuro, e ganhos maiores do que o normal relacionam-se com macrosomia e aumento da taxa de cesáreas. Essas gestantes devem ser encaminhadas ao acompanhamento nutricional especializado (15).

Outro dado importante, é em relação ao conhecimento sobre a datação da gravidez. Nas gestações de risco as avaliações obstétricas devem ser precisas, com a determinação correta da idade gestacional, para acompanhamento da evolução gravídica e análise dos parâmetros clínicos como ganho ponderal e crescimento uterino (14). A datação acurada é importante também para determinar o início da monitorização fetal. Deve ser feita pela idade gestacional menstrual, e confirmada pela USG do primeiro trimestre (15). No presente estudo foi verificado que 65,5% das gestantes não sabiam informar a DUM, e em 41,4% não havia o registro de nenhuma USG obstétrica. Além disso, foi visto que em somente 6,25% das pacientes havia o registro da realização da primeira ecografia no 1º trimestre.

Em relação ao uso de substâncias, foi visto que não havia informação especificada em 55,17% dos prontuários. Entretanto, sobre aqueles que tinham registro, 31% das gestantes afirmavam fazer uso de substâncias, sendo que 24,13% faziam uso de maconha, cocaína ou

crack, e 20,68% relataram uso regular de tabaco. De acordo com a literatura, o tabagismo tem sido associado a abortamento, prematuridade, restrição de crescimento fetal, descolamento prematuro de placenta, rotura prematura de membrana, entre outros problemas. Drogas ilícitas podem causar alterações de sociabilidade da gestante, e a cocaína especificamente, malformações fetais e cardíacas e urinárias (15). O envolvimento das grávidas encarceradas com drogas não é incomum. Pícoli *e cols.*, em 2014, mostrou que 58% das grávidas em penitenciárias tinham o tráfico de drogas como principal delito (6).

A suplementação com ferro e folato parece prevenir instalação de baixos níveis de Hb no parto e puerpério. É recomendado suplementação com 40 mg/dia de ferro elementar (200 mg sulfato ferroso). O folato tem efeito protetor contra defeitos do tubo neural, e deve ser usado pelo menos dois meses antes e nos dois primeiros meses de gestação (14). Apesar da importância, 33,3% das gestantes negaram o uso de qualquer medicação durante a gestação. Havia o registro sobre suplementação em 18 das 29 gestantes, e dessas 66,6% utilizavam sulfato ferroso. Somente em uma paciente foi verificado registro sobre uso de ácido fólico. Esses dados mostram a irregularidade no uso dessas medicações básicas pelas gestantes encarceradas.

Em relação à situação vacinal, foi verificado que entre as gestantes que possuíam informação no prontuário, 66,60% estavam com a VAT atualizada. Não havia registros sobre vacina da hepatite, e em somente 20% das pacientes havia informação sobre a influenza. Nos prontuários em que a situação vacinal estava irregular, havia a recomendação sobre a atualização dessas vacinas nas consultas.

Sobre os exames complementares pré-natais, pode ser notado que a maioria deles não estava registrado em prontuário. Como não tivemos acesso às cadernetas das gestantes, não há como saber efetivamente se o exame não havia sido realizado, ou se não estava anotado em prontuário. Ao todo, somente 37,93% das pacientes tinham registros sobre hemograma, 31% com resultados de glicemia, 51,74% com exames sorológicos, 37,93% com sumários de urina, e 27,5% com PPF. Quando conversado com os médicos do serviço, foi visto que um dos principais fatores limitantes para a realização dos exames, era a indisponibilidade de escolta. Esse fato pode ser ilustrado pela ausência do registro de TTGO em todas as gestantes. Segundo eles, os agentes penitenciários referiam que não poderiam aguardar o tempo de

realização, que dura em média 2 horas, por isso o exame não era realizado. Já em relação às sorologias, aquelas que deveriam ser realizadas no mínimo duas vezes, como HIV e VDRL, não foram feitas ou não foram anotadas em prontuário.

Em virtude de todos os problemas discutidos, nota-se que é preciso haver o real cumprimento da legislação em relação aos direitos das gestantes encarceradas. Isso deve ser feito através da ampliação de ações para a população prisional. No caso da população em estudo, a facilitação do acesso à saúde, através da assiduidade nas consultas, disponibilidade de escolta, realização dos exames requisitados, acesso às medicações, melhores condições de acomodação e alimentação são essenciais para um bom desfecho gestacional.

4.7. Conclusão

Em virtude dos problemas evidenciados e discutidos no trabalho, foi observado que o pré-natal das gestantes encarceradas é realizado de forma deficiente. Características como assiduidade nas consultas e realização de exames complementares são essenciais e devem ser priorizados, principalmente em uma população susceptível aos agravos, como são as grávidas de alto risco. As diretrizes orientadoras dos direitos das mulheres no sistema prisional não são executadas. Logo, há a necessidade de cumprimento da legislação através da ampliação das ações de promoção de saúde voltadas à população em situação de cárcere, para que o pré-natal seja realizado conforme as recomendações das diretrizes para gestação de alto risco, objetivando-se uma menor probabilidade de desfecho gestacional desfavorável para o binômio materno-fetal.

4.8. Referências Bibliográficas

1. Fochi MCS; Silva ARC; Lopes MHBM. Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situação prisional. Rev Rene. 2014 mar-abr; 15(2):371-7
2. Caldeyro-Barcia, R. Frecuencia cardiaca y equilibrio acido base del feto. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1973. (Publicación científica del CLAP, n. 519).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Gestação de alto risco: Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 11p.
4. Braga AGM; Angotti B. Encarceramento de mulheres e exercício da maternidade no Brasil atual: algumas reflexões e propostas. In: 38º Encontro Anual da ANPOCS, 2014, Caxambu. Anais do 38º Encontro anual da ANPOCS, 2014.
5. World Prison Brief. Disponível em: <<http://www.prisonstudies.org/country/brazil>>. Acesso dia 01 de Junho de 2016.
6. Picolli RP; Santos JPS; Arazawa CY; Medeiros ICP; Leite MF; Furtado N; Freitas PHGV; Reis E. Gestação e puerpério no cárcere: Estudo descritivo de atenção à saúde. Revista Baiana de Saúde Pública. v.38, n.1, p.67-82 jan./mar. 2014.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderneta da Gestante. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
8. Moreira MA; Souza HS. Vivência de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário. O Mundo da Saúde, São Paulo – 2014;38(2):219-227.
9. Assis RD. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. Revista CEJ, Brasília, Ano XI, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007.

10. Galvão MCR.; Davim RMB.; Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário. *Revista Cogitare Enferm.* 2013 Jul/Set; 18(3):452-9.
11. Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil. Grupo de Estudos e Trabalho Mulheres Encarceradas/ Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional (CEJIL)/ Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM)/Programa para a América Latina da International Women's Health Coalition. [S.l], [s.n], fev. 2007.
12. CONECTAS. Pastoral Carcerária. Instituto Sou Da Paz. Penitenciárias São Feitas Por Homens E Para Homens. Brasil. Online, 2012. Disponível em: http://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2012/09/relatorio-mulherese-presas_versaofinal1.pdf Acesso em: 20 de julho de 2016.
13. Mello DC. Quem são as mulheres encarceradas? 2008. 122f. Dissertação (Mestre). Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 51p.
15. Carvalho MHB; Francisco RPV; Brizot ML, Rolnik DL. Consulta preconcepcional. In Zugaib Obstetrícia/[editor Marcelo Zugaib].-2ed.-Barueri, SP: Manole, 2012. 195p.

4.9. Tabelas e Legendas

Tabela 1. Número de consultas realizadas pelas gestantes durante o período em que estiveram encarceradas.

Número de consultas realizadas no cárcere	
% das gestantes	Nº de consultas
48,20%	1
27,50%	2
13,50%	3
6,80%	4
3,40%	5

Tabela 1

Tabela 2. Período gestacional de realização da primeira consulta pré-natal.

1º consulta pré-natal	
% das gestantes	Tempo
-	1º trimestre
46,60%	2º trimestre
53,40%	3º trimestre

Tabela 2

Tabela 3. Diagnóstico nutricional das gestantes.

Acompanhamento nutricional das gestantes		
Diagnóstico	% Gestantes	Nº de gestantes
Baixo peso	29,00%	7
Peso adequado	29,00%	7
Sobrepeso	25,50%	6
Obesidade	16,50%	4

Tabela 3

Tabela 4. Quantidade de exames ultrassonográficos realizados e data de realização do primeiro exame.

Realização de Ultrassonografias	
Pelo menos uma USG	58,60%
Sem registros de USG	41,40%
Mais de 1 USG	10,30%
Realização da 1º USG	
Tempo	% de gestantes
3º trimestre	68,75%
2º trimestre	25,00%
1º trimestre	6,25%

Tabela 4

Tabela 5. Relação sobre o uso de substâncias pelas gestantes.

Registro sobre uso de substâncias		
Variável	Porcentagem	Nº absoluto
Sem informação	55,17%	16
Uso de substâncias	31,00%	9
Substâncias ilícitas	24,13%	7
Tabagismo	20,68%	6
Negou uso	10,34%	3

Tabela 5

Tabela 6. Situação vacinal das gestantes.

Situação vacinal		
Variáveis	VAT	H1N1
Total registros	51,72%	51,72%
Atualizada	66,60%	20,00%
Não atualizada	33,33%	80,00%

Tabela 6

Tabela 7. Relação de total de registros de hemogramas e alterações encontradas.

Registros hemograma		
Variáveis	Nº gestantes	Porcentagem
Total registros	11	37,93%
Sem anemia	7	63,63%
Anemia leve	3	27,27%
Anemia moderada	1	9,00%
Anemia grave	-	-

Tabela 7

Tabela 8. Relação da quantidade de registros de sorologias e alterações encontradas.

Registro da realização de sorologias		
Exame sorológico	Nº de gestantes com registro	Alterações
HIV	15	1 Indeterminado
VDRL	13	-
Toxoplasmose	12	4 Não imunes
Citomegalovírus	11	-
Rubéola	11	-
HbsAg	5	-
Anti-HCV	4	-

Tabela 8.

V. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. A. M. et al. — Identificação e avaliação dos fatores clínicos da gestação de alto risco. **Rev. Saúde pública**, S. Paulo, 9:417-25, 1975. ASSIS R. D.; A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XI, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007

ASSIS R. D.; A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XI, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007

BUNDUKI V, CABAR FB, NOMURA RMY; Desenvolvimento Fetal. IN **Zugaib Obstetrícia/[editor Marcelo Zugaib].-2ed.-Barueri, SP: Manole, 2012**

BRAGA A G M; ANGOTTI B. Encarceramento de mulheres e exercício da maternidade no Brasil atual: algumas reflexões e propostas. In: **38º Encontro Anual da ANPOCS, 2014, Caxambu. Anais do 38º Encontro anual da ANPOCS., 2014.** Disponível em: http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=9241&Itemid=456

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderneta da Gestante** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BUNDUKI V, CABAR FB, NOMURA RMY; Desenvolvimento Fetal. IN **Zugaib Obstetrícia/[editor Marcelo Zugaib].-2ed.-Barueri, SP: Manole, 2012**

CALDEYRO-BARCIA, R. Frecuencia cardiaca y equilibrio acido base del feto. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1973. (Publicación científica del CLAP, n. 519).

CARRARA HH A & DUARTE G. **Semiologia obstétrica**. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 88-103, jan./mar. 1996.

CARVALHO MHB, FRANCISCO RPV, BRIZOT ML, ROLNIK DL. Consulta preconcepcional. In **Zugaib Obstetrícia/[editor Marcelo Zugaib].-2ed.-Barueri, SP: Manole, 2012**

CONNECTAS. Pastoral Carcerária. Instituto Sou Da Paz. Penitenciárias São Feitas Por Homens E Para Homens. Brasil. Online, 2012

COSTA AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na cidade do Recife. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2002; 24: 455-61. [http:// dx.doi.org/10.1590/S0100-72032002000700005](http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032002000700005)

DAMÁZIO, D. S.; O Sistema Prisional no Brasil: Problemas e desafios para o Serviço Social.2010. 91 f. **Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)** - Departamento de Serviço Social -Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis,2010. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Geografia283197.pdf>> Acesso em 10/08/2016.

DUARTE G. Comissão interna para prevenção de acidentes. **FMRP-USP – boletim informativo nº 12** – 2015

FOCHI M C S; SILVA A R C; LOPES M H B M. Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situação prisional. **Rev Rene**. 2014 mar-abr; 15(2):371-7

GALVÃO M. C. R.; DAVIM R. M. B.; Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário. **Revista Cogitare Enferm**. 2013 Jul/Set; 18(3):452-9

LOW S, BATISTA MF, SOUZA AI. Assistência Pré-natal no Estado de Pernambuco. Recife: Bagaço; 2001.

MACHADO A. E. B.; SOUZA A. P. R.; SOUZA M. C.; Sistema penitenciário brasileiro – Origem, atualidade e exemplos funcionais. **Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito**, v. 10, n. 10, 2013 DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1094/rcd.v10n10p201-212>

MAINE D, AKALIN MZ, WARD VM, KAMARA A. The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs. **New York: Center for Population and Family Health**; 1997. 4 p. Disponível em: <http://www.amddprogram.org/v1/resources/DesignEvalMM-EN.pdf>

MALDONADO, M. T. P. (1997). Psicologia da gravidez, parto e puerpério. São Paulo: Saraiva

MELLO, D. C. Quem são as mulheres encarceradas? 2008. 122f. **Dissertação (Mestre)**. Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MOREIRA MA; SOUZA HS. Vivência de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário. **O Mundo da Saúde**, São Paulo – 2014;38(2):219-227

PÍCOLLI RP; SANTOS JPS; ARAZAWA CY; MEDEIROS ICP; LEITE MF; FURTADO N; FREITAS PHGV; REIS E. Gestação e puerpério no cárcere: Estudo descritivo de atenção à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.38, n.1, p.67-82 jan./mar. 2014

RAPHAEL-LEFF, J. Gravidez: a história interior. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 212p.

RAMOS, L.de S. Direito à amamentação e convivência familiar: possibilidade de afeto e resignificação do cárcere. Disponível em:

<http://www.cfemea.org.br/pdf/artigo_creches_presidios_femininos.pdf>

Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil. Grupo de Estudos e Trabalho Mulheres Encarceradas/ Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional (CEJIL)/ Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM)/Programa para a América Latina da International Women's Health Coalition. [S.l], [s.n], fev. 2007.

SANTIS BM; ENGBRUCH W. A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo. **Revista Liberdade**, n.11, p. 143-160, set.\dez. 2012.

SANTOS DTA, CAMPOS CSM, DUARTE ML. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2014;9(30):13-22. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)687](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)687)

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANT, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 381-388, 2006.

World Prison Brief. Disponível em:<<http://www.prisonstudies.org/country/brazil>>. Acesso dia 01 de Junho de 2016

ZOETI, FS. Apego materno-fetal e indicadores emocionais em gestantes de baixo e alto risco: um estudo comparativo. Ribeirão Preto, 2011.

VI. APÊNDICE

6.1. Solicitação à Secretaria do Estado da Saúde.

CARTA DE APROVAÇÃO DE TRABALHO

Ao Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM),

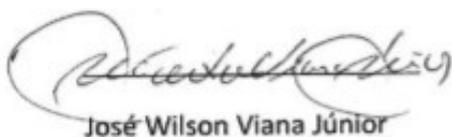
Somos uma equipe de pesquisadores do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe e estamos realizando uma investigação científica sobre o seguinte tema: Gestação em situação prisional - Um estudo descritivo do Pré-natal em um Centro de Atenção para gestantes de Alto Risco. O objetivo deste estudo é descrever e avaliar a assistência Pré-natal recebida por gestantes encarceradas através dos dados de prontuário de 29 gestantes do Presídio Feminino (PREFEM), que foram atendidas no período de 02/03/2010 à 20/11/2013.

Para realização desta pesquisa, necessitamos coletar alguns dados por meio da análise de prontuários, que terão as informações organizadas em um banco de dados, e descritas no trabalho. Como a prezada instituição possui o perfil de público que estamos estudando, gostaríamos de contar com a sua colaboração e aprovação do presente estudo. O tempo previsto para a coleta dos dados é de 01 mês e a coleta será realizada somente por um pesquisador.

Esclarecemos que todas as respostas fornecidas serão recebidas e tratadas de forma confidencial.

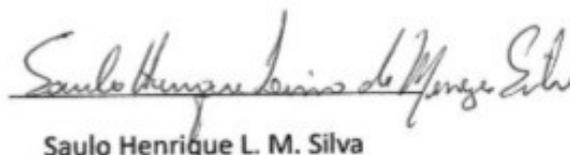
Pela atenção e participação, antecipamos nossos agradecimentos e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que forem necessários, através do telefone (79) 99917-7330/ 3241-3219 ou pelo e-mail: saulohlms@gmail.com

Atenciosamente,



José Wilson Viana Júnior

Professor da disciplina de Obstetria



Saulo Henrique L. M. Silva

Doutorando em Medicina HU-UFS.

VII. ANEXOS

7.1. Autorização da Secretaria de Estado da Saúde.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizamos o acesso, *in loco*, ao Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM para fins de desenvolvimento da Pesquisa intitulada "Gestação em situação prisional: Um estudo descritivo do Pré – natal em um Centro de Atenção para gestantes de Alto Risco, a ser realizada pelo doutorando Saulo Henrique Lima de Menezes Silva sob a orientação do Prof. Me. Wilson Viana Júnior, da Universidade Federal de Sergipe - UFS.

Todavia, ressalta-se que o estudo acima será desenvolvido na Secretaria Estadual de Saúde – SES, desde que atenda aos requisitos éticos exigidos pela Resolução CNS nº446/2012 de 12 de dezembro de 2012 e, em atenção à Resolução CFM 1931/2009. E, caso haja a participação de outras pessoas no momento de consulta ao banco de dados, solicitamos ser comunicado mediante Carta de Confiabilidade a ser anexada a este processo.

Ressaltamos que para a inserção no campo, o doutorando deverá apresentar esta Carta de Anuência junto ao parecer de aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Outrossim, solicitamos a apresentação dos resultados da pesquisa a esta instituição a fim de apresentar as contribuições para o SUS e fortalecer a integração ensino- serviço e comunidade.

Aracaju (SE), 04 de agosto de 2016.

Atenciosamente,

Francisco Marcel Freire Resende

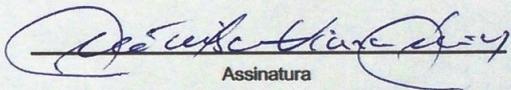
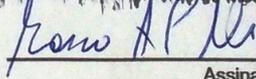
Superintendente Executivo da Secretaria de Estado da Saúde

7.2. Aprovação da Instituição Proponente.



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Gestação em situação prisional: um estudo descritivo do pré-natal em um Centro de Atenção para gestantes de Alto Risco.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 29			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: José Wilson Viana Júnior			
6. CPF: 412.243.535-87		7. Endereço (Rua, n.º): Alameda A, cond. Palma de Mallorca e Ibiza, Edf. Ibiza GRAGERU nº 111, apartamento 704 ARACAJU SERGIPE 49025000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (79) 3231-0891	10. Outro Telefone:	11. Email: wilsonviana2@yahoo.com.br
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>04</u> / <u>09</u> / <u>2016</u></p> <p style="text-align: right;"> Assinatura</p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE		13. CNPJ:	14. Unidade/Órgão: Universidade Federal de Sergipe
15. Telefone: (79) 3212-4900		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>MARCO ANTONIO PARO LUVES</u> CPF: <u>931660605-46</u></p> <p>Cargo/Função: <u>CHEFE DO PME</u></p> <p>Data: <u>05</u> / <u>09</u> / <u>2016</u></p> <p style="text-align: right;">Prof. Dr. Marco Antônio Prado Nunes Chefe do Departamento de Medicina CCBSIUF3  Assinatura</p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.		<p>Prof. Dr. Marco Antônio Prado Nunes Chefe do Departamento de Medicina CCBSIUF3</p> <p>Prof. Dr. Marco Antônio Prado Nunes Chefe do Departamento de Medicina CCBSAIFE</p>	

7.3 Comprovante da Plataforma Brasil.



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestação em situação prisional: um estudo descritivo do pré-natal em um Centro de Atenção para gestantes de Alto Risco.

Pesquisador: José Wilson Viana Júnior

Versão: 1

CAAE: 59604816.0.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 090546/2016

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Gestação em situação prisional: um estudo descritivo do pré-natal em um Centro de Atenção para gestantes de Alto Risco, que tem como pesquisador responsável José Wilson Viana Júnior, foi recebido para análise ética no CEP Hospital Universitário de Aracaju/ Universidade Federal de Sergipe/ HU-UFS em 06/09/2016 às 11:54.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/n°

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE *Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br