

NASCIMENTO ATRÁS DAS GRADES: UMA PRÁTICA DE CUIDADO DIRECIONADA A GESTANTES, PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Talita Cristine Rosinski *
Carina Giovana Cordeiro **
Marisa Monticelli ***
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

RESUMO

Trata-se de um estudo convergente assistencial que teve como objetivo desenvolver uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade, orientada pela Teoria Geral de Enfermagem de Orem. Foi desenvolvida na Unidade Prisional Feminina de Santa Catarina entre agosto e outubro de 2005. O grupo participante consistiu-se de 12 mulheres gestantes e/ou puérperas e 6 recém-nascidos. O referencial teórico foi operacionalizado através do processo de enfermagem e a obtenção dos dados deu-se através de entrevista e observação, por meio de consultas e abordagens coletivas. Os resultados proporcionam uma melhor compreensão das relações de cuidado e autocuidado adotados por estas mulheres, assim como os valores da sociedade civil e do universo carcerário que se fundem dentro desta realidade.

Palavras-chave: Enfermagem. Autocuidado. Presídios.

INTRODUÇÃO

A idéia de desenvolver uma prática assistencial em um cenário prisional germinou na época em que desempenhávamos (as duas primeiras autoras) atividades de enfermagem em uma instituição maternidade da Grande Florianópolis, durante os primeiros anos do curso de graduação em enfermagem da UFSC, enquanto bolsistas de trabalho junto à instituição. Naquela vivência, tivemos a oportunidade de acompanhar e cuidar de mulheres oriundas de vários sistemas prisionais do Estado e, particularmente, do presídio da capital. Essas mulheres acorriam à maternidade sempre escoltadas, seja para a realização de atendimentos ambulatoriais (consultas, exames de ultrassonografia) ou para darem à luz a seus filhos, e logo após o período de hospitalização retornavam à penitenciária, sem suas dúvidas integralmente sanadas e com muitas demandas relacionadas

com o cuidado de si e do filho recém-nascido. Esta experiência também nos levou à constatação da existência de lacunas no que diz respeito à atenção à saúde reprodutiva deste grupo específico de mulheres, especialmente em cenários de pouca ou nenhuma rede profissional de apoio, como o da população carcerária feminina.

Assim, ao chegar o momento de decidirmos sobre o tema e a área de interesse para os estudos referentes à monografia de conclusão de curso, optamos por desenvolver um projeto assistencial com gestantes, puérperas e recém-nascidos em regime de privação de liberdade. A partir desta decisão demos início à revisão bibliográfica existente sobre presídios e atenção à saúde das mulheres e recém-nascidos. Na literatura consultada identificamos que, como garantia do atendimento das demandas específicas da população carcerária, o governo federal, através dos Ministérios da Saúde e da Justiça,

* Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membros do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR).

** Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC.

*** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC.

instituiu, pela Portaria Interministerial n.1777, de nove de setembro de 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que tem como objetivo prover a atenção integral à saúde da população penitenciária brasileira (BRASIL, 2004). Entretanto, a condição de saúde das mulheres privadas de liberdade ainda é pouco conhecida, particularmente no processo de nascimento, área quase não abordada pela Portaria e pelos demais estudos levantados. Esta situação é extremamente relevante, considerando-se que 10% das detentas desta instituição prisional vivenciam o processo reprodutivo.

Salientamos que, com base na Constituição Federal, a Lei n. 7.210, com o objetivo de regular a execução penal, apresenta os direitos e deveres das presidiárias, determinando que estas fiquem com seus bebês durante o período de amamentação (BRASIL, 1999). De acordo com Vicente (2003), há ainda outras leis isoladas estabelecendo que cada prisão feminina deve ser equipada com um berçário onde as mães possam ficar com seus filhos. Em suma, a vigência destas legislações reafirma alguns direitos dessa população específica e reafirma a necessidade de uma assistência diferenciada e, conseqüentemente, de uma rede de apoio qualificada para este cuidado.

Com base nesta premissa, para dar sustentação teórica ao processo de enfermagem junto a esta população de mulheres e recém-nascidos, optamos pela Teoria do Autocuidado (OREM, 2001), que, em síntese, considera autocuidado como a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Esta prática envolve requisitos de autocuidado universais (básicos para a manutenção da vida), desenvolvimentais (relativos a momentos específicos do ciclo vital) e de desvios de saúde (associados com alterações que ocorrem no curso do ciclo vital).

Esta teoria sustenta ainda a idéia de que os seres humanos apresentam *déficits* de autocuidado e que estes precisam ser suplantados para que seja alcançada e/ou mantida a saúde e o bem-estar (OKIYAMA;

MONTICELLI, 2005). É esta idéia, principalmente, que delimita quando há a necessidade da intervenção da enfermagem. Pode-se dizer que um *déficit* se apresenta quando a relação entre a demanda terapêutica de autocuidado é superior à capacidade do indivíduo de realizar ações em prol de seu autocuidado. Para auxiliar a enfermeira na provisão de recursos que ajudem os seres humanos a cuidar de si, a teoria propõe três sistemas de enfermagem: o “totalmente compensatório”, utilizado quando a enfermeira supre os cuidados na totalidade, durante o período em que o ser humano está incapaz de empenhar-se em suas ações de autocuidado; o “parcialmente compensatório”, utilizado quando a enfermeira e o ser cuidado engajam-se, juntos, nas ações de autocuidado; e o “suporte educativo”, em que o papel da enfermeira é capacitar e promover o ser humano a agente de autocuidado (OREM, 2001).

METODOLOGIA

O processo de cuidar em enfermagem foi desenvolvido na Unidade Prisional Feminina de Santa Catarina, entre agosto e outubro de 2005. Os sujeitos envolvidos foram 12 mulheres em período gestacional e/ou puerperal e 6 recém-nascidos.

Nossa atuação envolveu duas dimensões de cuidado. Uma delas focalizava a assistência individual a cada uma das mulheres e recém-nascidos. A abordagem, feita através de consultas de enfermagem, compunha-se de quatro fases: 1) a da coleta de dados, quando eram levantadas informações necessárias à identificação dos requisitos de autocuidado de caráter universal, desenvolvimental e de desvio de saúde; 2) a do estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem provenientes da relação entre a exigência de autocuidado e a habilidade das mulheres para se autocuidarem; 3) a do planejamento e implementação do cuidado propriamente dito, que englobava ações totalmente compensatórias, parcialmente compensatórias ou de suporte educativo; e 4) a da evolução, considerada o momento de validação do plano executado e das ações implementadas. Essa fase permitia determinar a resposta das gestantes/puerperas/recém-nascidos aos cuidados

da enfermagem. A outra dimensão focalizou a abordagem coletiva, utilizando-se como estratégia o desenvolvimento de oficinas educativas.

No total foram realizadas 18 consultas de enfermagem, sendo sete de pré-natal, seis de puerpério e cinco consultas neonatais. Sempre que houve solicitação para acompanhamento do parto, na instituição maternidade, cumprimos também com esta demanda. Quanto às abordagens coletivas, foram realizados 10 encontros com as mulheres, sendo debatidos cinco diferentes temas por elas requisitados.

Norteadas por condutas éticas, buscamos autorização para realizar esta prática junto à Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa do Cidadão – órgão responsável pela administração da instituição presidiária. Foi apresentado também o termo de consentimento livre e esclarecido às gestantes e puérperas, tendo sido obtido o aceite formal para a realização do processo de cuidar. O planejamento e a execução das atividades foram feitos em conjunto com as gestantes e puérperas, mantendo-se o direito de participação voluntária.

O PROCESSO DE CUIDAR EM CURSO

Antes de iniciar o projeto que daria base à prática assistencial realizamos várias visitas prévias à instituição penal. Nesses encontros conversamos com os profissionais da direção e administração, com a finalidade de conhecer os procedimentos pertinentes ao direito da assistência em saúde ali vigente, além de levantar as dificuldades mais comuns da instituição prisional no que diz respeito às necessidades para acesso externo das mulheres para translados à maternidade e às demais unidades de saúde, por exemplo. Também interagimos com as próprias detentas que estavam grávidas ou em fase puerperal, com o intuito de dialogar sobre os problemas mais relevantes apontados por elas, para que fossem debatidos e encaminhados durante a prática assistencial.

Por ocasião do início da prática propriamente dita, nossa primeira providência foi desenvolver algumas atividades interativas com as detentas, para conhecê-las e nos deixar

conhecer. Tínhamos sempre em mente que essas mulheres possuíam mundos de significados que poderiam ser diferentes dos nossos, e que:

uma boa forma de conhecer qualquer destes mundos [seria] submeter-se à companhia de seus participantes, de acordo com as pequenas conjunturas a que estão sujeitos (GOFFMAN, 2001, p. 8).

Com o passar dos dias, até o final da prática, outros exercícios de aproximação foram sendo desenvolvidos, com a mesma intenção. Durante o processo de cuidar, procurávamos ir até o “berçário” (nome dado à cela destinada às detentas gestantes ou puérperas e seus recém-nascidos), e não apenas aguardar suas vindas ao consultório ou à sala destinada especificamente às oficinas coletivas. Percebemos que, aos poucos, a interação e a confiança foram ganhando amálgama e fortalecimento.

Descrevendo as abordagens individuais

As consultas de enfermagem sempre ocorreram tomando-se por princípio que as mulheres, embora estivessem vivenciando um momento desenvolvimental similar, eram seres humanos com requisitos de autocuidado diferenciados e específicos. Entretanto, para descrever resumidamente a assistência em âmbito individual, optamos por relatar cada uma das quatro fases componentes da consulta de enfermagem, fazendo um apanhado geral dos aspectos mais representativos de cada uma das fases.

A coleta de dados realizada com cada uma das gestantes, puérperas ou recém-nascidos garantiu a identificação dos requisitos de autocuidado, sendo que as informações obtidas, inicialmente, a partir dos registros feitos pelos profissionais voluntários (quando era o caso) foram de grande valia para que pudéssemos estabelecer alguns critérios mais urgentes de encaminhamento, como o atendimento prioritário às gestantes com atraso nas consultas pré-natais ou àquelas gestantes e recém-nascidos com alguma intercorrência clínica emergente ou requisito de autocuidado específico. Quando pretendíamos realizar os atendimentos conversávamos, com as

mulheres, solicitando seu consentimento verbal; e, descrevendo o objetivo da consulta, discutíamos o melhor horário, a fim de que elas pudessem se preparar para tal. Durante a consulta procurávamos interagir, ressaltando que as informações ali obtidas não seriam levadas para fora do consultório. Percebíamos que esta atitude as deixava mais tranquilas e livres para expressar seus desejos e anseios. Iniciávamos a entrevista seguindo o roteiro proposto em instrumento pré-elaborado. Procurávamos identificar os diferentes requisitos de autocuidado tendo sempre presente a contextualização do ambiente prisional, pois sabíamos que todos os requisitos demandariam esforços concentrados no sentido de sermos criativas para o planejamento das ações terapêuticas. Após a entrevista realizávamos o exame físico obstétrico ou neonatal. Esta etapa de coleta de dados foi um processo constante e ininterrupto, pois mesmo quando não estávamos realizando uma “consulta em si” (dentro de quatro paredes), continuávamos colhendo informações que advinham dos nossos diálogos e observações corriqueiras, no dia-a-dia da instituição.

A etapa de diagnóstico de enfermagem envolveu a definição e estabelecimento de todos os *déficits* de competência para o autocuidado, após análise cuidadosa das informações coletadas. Procurávamos definir as demandas terapêuticas relacionando cada uma das exigências apresentadas pelas gestantes, puérperas e recém-nascidos com a habilidade que as mulheres demonstravam (ou não) para cuidar de si e de seus filhos. Exemplos de *déficits* de competência para o autocuidado que mais emergiram durante a prática assistencial estiveram relacionados ao consumo excessivo de tabaco, à necessidade de realização do exame para a detecção precoce de câncer cervicouterino e ao processo inadequado de amamentação do recém-nascido e da alimentação da própria gestante ou puérpera (universais); à inabilidade ou insegurança no manejo diário das necessidades neonatais, ao risco de desmame precoce e às demandas de higienização do períneo após episiorrafia, no caso das puérperas (desenvolvimentais) e ao risco para o

desenvolvimento de *doença hipertensiva específica da gestação*, ao risco para desenvolvimento de depressão pós-parto, à deiscência de sutura em região perineal, bem como ao atraso na imunização e triagem neonatal dos recém-nascidos (desvios de saúde). Acerca destes *déficits* procuramos sempre alternativas possíveis junto às mulheres e à direção da instituição prisional, de forma que pudessem ser sanados ou minimizados.

Na terceira etapa, referente ao plano de cuidados e implementação, projetamos a assistência sempre em comum acordo com as mulheres e, muitas vezes, contamos com a intermediação dos agentes prisionais e com a direção da instituição, principalmente quando o planejamento das ações envolvia o auxílio de outros profissionais extramuros. Tais planejamentos e execuções dos cuidados sempre estiveram permeados pelas metas e objetivos a serem alcançados, seguindo o traçado dos sistemas de enfermagem que melhor se adequava a um sistema de ajuda profissional. Durante o decorrer da prática foram utilizados os três sistemas propostos, em caráter individual ou simultâneo; no entanto, as principais ações por nós desenvolvidas se concentraram nos sistemas parcialmente compensatório e suporte educativo. Em tempo integral tivemos preocupação em adaptar os *déficits* de competência para o autocuidado das mulheres e dos recém-nascidos, para planos de cuidados de enfermagem que levassem em conta o *locus* em que estavam inseridas. Uma necessidade de movimentação dos membros inferiores, no caso de uma gestante, por exemplo, exigia a criação de métodos alternativos para o desenvolvimento de exercícios físicos, haja vista a inexistência de local adequado para a realização de caminhadas.

A exemplo das fases anteriores, durante o planejamento das ações e no decorrer do cuidado de enfermagem propriamente dito, algumas vezes desempenhávamos o processo utilizando os recursos internos da profissão e em outros momentos buscávamos interlocução com os demais profissionais e instituições de saúde. Um recorte pode dar uma idéia dessas atividades: após um levantamento preliminar

percebemos que a grande maioria das mulheres estava atrasada em seus acompanhamentos pré-natais, assim como os neonatos, que apresentavam um importante atraso no esquema de imunização e triagem neonatal. A partir daí procuramos dar andamento às demandas das mulheres, seja avaliando seus déficits de competência para o autocuidado e providenciando suporte ali mesmo na penitenciária, nas unidades locais de saúde, seja ainda encaminhando-as e acompanhando-as à maternidade (estivemos presentes durante o parto de cinco das detentas, em maternidades da capital). No que tange às necessidades neonatais, buscamos alternativas que dessem suporte aos déficits requisitados, o que envolvia desde procedimentos relacionados com as necessidades fisiológicas individualizadas dos bebês até tomadas de decisões no sentido de suprir demandas coletivas como, por exemplo, parceria com a unidade local de saúde (ULS) mais próxima à instituição prisional para realizar as imunizações e triagem neonatal. Neste sentido, tivemos a colaboração de duas técnicas de enfermagem e de uma enfermeira da ULS, que vieram ao presídio especialmente para a realização destes importantes procedimentos.

Na última fase do processo desenvolvemos a evolução de enfermagem, quando eram validados as metas e objetivos propostos, assim como os diagnósticos estabelecidos. Esta etapa nos permitiu ainda determinar as respostas da gestante/puérpera/recém-nascido às ações de enfermagem e sua capacidade/habilidade para desenvolver as atividades de cuidado após o apoio oferecido. Percebemos também que ocorreu nesse momento a retroalimentação do sistema de enfermagem. Assim como citado na coleta de dados, nossa proximidade com essas mulheres fez com que a evolução fosse realizada diariamente, o que, a nosso ver, foi extremamente positivo para o processo de cuidar, pois tivemos a oportunidade de precocemente adequar os objetivos e metas e aprimorar a assistência de enfermagem desenvolvida.

Acreditamos que os momentos individuais permitiram a estas mulheres expressarem

dúvidas e anseios pessoais que muitas vezes não eram expostos nas abordagens coletivas. Também procurávamos integrar as duas abordagens, trazendo para a consulta aspectos abordados nas interações coletivas, quando percebíamos que havia ainda aspectos a serem trabalhados sobre essas temáticas.

Relatando as abordagens coletivas

Inicialmente, reunimo-nos com as mulheres para definir os temas a serem abordados nas oficinas. Acreditamos que a participação delas durante a escolha dos temas foi primordial, pois, abordando assuntos de seu verdadeiro interesse, obtivemos a participação efetiva das gestantes e das puérperas na sua quase-totalidade, em todas as oficinas desenvolvidas. Respeitando-se estes critérios, foram abordados os seguintes temas: trabalho de parto e parto, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno, puerpério e planejamento familiar. Consideramos as atividades desenvolvidas junto ao grupo como um importante instrumento na busca do autocuidado. Os encontros aconteciam sob a seguinte organização: acolhimento, desenvolvimento e despedida.

Durante a etapa de acolhimento foram expostos os objetivos do trabalho em grupo e realizadas as respectivas apresentações, visando ao estreitamento dos laços de confiança entre as mulheres, os funcionários da instituição, as supervisoras e as acadêmicas. Na primeira etapa eram realizadas dinâmicas de recepção que não tinham relação direta com a temática abordada, para que este acolhimento acontecesse efetivamente, de modo a trazer descontração e relaxamento e estimular a participação das mulheres. O desenvolvimento de cada uma das oficinas se constituiu no cerne do encontro, tendo sido abordados os assuntos elencados pelas mulheres utilizando-se dinâmicas interativas - como jogos, vídeos e simulações de cuidado. Também foi o momento em que ocorreram os questionamentos e o planejamento do tema do próximo encontro. A despedida de cada oficina foi um momento para avaliação do encontro e programação para o próximo. Este

era um momento de descontração e confraternização.

A maioria dos encontros aconteceu na sala de aula do presídio, ou mesmo no próprio berçário. Quando organizávamos o espaço, procurávamos dispor as cadeiras em forma de semicírculo, pois dessa maneira acreditamos que rompemos com uma imagem condicionada de que aquele momento seria uma espécie de aula, em que o conhecimento seria transmitido verticalmente. Acreditamos que dessa maneira, mantendo uma maior proximidade física, estimulamos as mulheres a interagir e participar integralmente desses encontros coletivos, trocando experiências e saberes. Esta filosofia foi adotada em todas as oficinas. Procuramos também utilizar materiais de apoio e técnicas que facilitassem a explanação e não tornassem esses momentos cansativos, de modo que elas não perdessem o interesse nem se dispersassem com facilidade. A ordem da exposição das temáticas também se deu por solicitação das mulheres. O primeiro encontro, por exemplo, tratou do trabalho de parto e parto, pois grande parte delas estavam próximas ao termo. As demais temáticas abordadas também surgiram de acordo com as demandas terapêuticas de autocuidado vislumbradas no campo prático, e algumas vezes, devido à extensão dos conteúdos a serem explanados, exigiram um maior número de encontros para sua discussão plena.

Percebemos que as atividades em grupo foram fundamentais para o projeto de desenvolvermos assistência de enfermagem integral e complementar a este grupo de mulheres. Identificamos também que as abordagens coletivas foram poderoso instrumento para capacitá-las para o cuidado de si e dos seus filhos. A discussão das temáticas na coletividade proporcionou a troca de experiências entre estas mulheres e também a valorização de seus saberes. Os depoimentos a seguir demonstram alguns questionamentos/relatos das mulheres durante as oficinas.

Quando eu tava fazendo o meu pré-natal, eu falei pro médico que eu ia rasgar o meu cartão. É porque lá tava escrita bem assim: 'mãe só é mãe quando o bebê mama no peito' e eu não vou poder dar de mamar por causa da minha doença. Agora, não é

por isso que eu não sou mãe! Essas coisas quem faz esse material não pensa. Outra coisa que eu acho muito errado são esses desenhos de mamadeira cortada, com tarjas, porque de novo eles não pensam na gente que precisa. Parece que eu tô fazendo uma coisa muito ruim pro meu filho. Se eu pudesse eu ia dar de mamar, com certeza, mas eu não posso [...]. (gestante soropositiva, relatando sua experiência na oficina acerca do aleitamento materno).

Tá, no vídeo mostrou tudo que muda no corpo da mulher. E o cérebro? Eu vi uma vez que o cérebro da mulher encolhe cerca de 40% na gravidez. É verdade? (puérpera, após apresentação de vídeo acerca das mudanças corporais durante a gestação).

Vivenciamos também diversas situações em que detectamos quanto a reclusão limitava ou condicionava o engajamento das mulheres em suas ações de autocuidado, uma vez que dependiam das condições que o meio prisional lhes oferece:

“Eu tive cesárea e nem pude segurar minha filha porque estava algemada” (puérpera relatando sua experiência recente durante a oficina sobre parto).

Ah, bom. Mas vê se vocês não demoram muito pra trazer a pessoa, porque a minha filha já tá com seis meses e daí eu vou ter que mandar ela embora, né? Daí eu queria aprender a tirar o leite, porque eu posso tá mandando pra ela direto, porque eu já tava preocupada com como que ia ser, porque a minha filha ela precisa do leite do meu peito e assim eu vou poder mandar pra ela (mãe de Sol, uma menina de seis meses, prestes a sair do ambiente prisional, por força da Lei, solicitando informações sobre a retirada e armazenamento do leite humano).

Em todos os encontros foram fornecidos materiais educativos elaborados pelas acadêmicas, salientando as principais dúvidas existentes no grupo e procurando aproximar ao máximo as peculiaridades do processo de nascimento com as condições de que estas

mulheres dispõem para a realização de ações de autocuidado. Acreditamos que esta ação as auxiliou em busca da manutenção saudável do exercício de cuidar de si e dos filhos recém-nascidos. Além disso, o material continua disponível na instituição penal, permanecendo como guia permanente para consulta e esclarecimento de dúvidas para futuras gestantes, puérperas e recém-nascidos que estiverem em privação de liberdade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa intenção com este estudo foi desenvolver uma prática de cuidado direcionada a mulheres em regime de privação de liberdade que vivenciam o processo de nascimento, no sentido de ajudá-las a se reconhecer como agentes de autocuidado e do cuidado ao recém-nascido nos diferentes níveis de atenção. Neste aspecto, com esta experiência, tivemos a oportunidade de desenvolver uma prática de cuidado reflexiva junto a uma população que de certa forma está à margem do sistema oficial de saúde. Além disso, percebemos que a teoria do autocuidado, neste cenário, possibilita e guia todas as ações do processo de cuidar em enfermagem, evitando atitudes de julgamento ou qualquer grau de estigma, pois o processo aplicado à prática procurou valorizar as habilidades e capacidades que são e estão inerentes a todo ser humano, independentemente da situação e do papel que desempenhe na sociedade.

Ao fim da prática pudemos nos apropriar do papel de “enfermeiras”, nos reconhecendo como guias no processo do cuidar. Compreendemos que nossas ações consistiam principalmente em mostrar o caminho, pois em todas as situações o potencial para o desenvolvimento do cuidado estava presente nas mulheres. Percebemos também que a metodologia adotada facilitou não só a assistência prestada, mas também um melhor

entendimento da realidade destas mulheres e as particularidades deste contexto. A junção das atividades individuais e coletivas propiciou uma confluência de informações que nos permitiu compreender mais profundamente o processo de nascimento, interligando este ao processo de enfermagem.

Acreditamos que a maior contribuição de nosso estudo para a instituição prisional foi a presença de profissionais de saúde intramuros e a reaproximação com a unidade local de saúde (através da ação de imunização e triagem neonatal). Para a enfermagem, acreditamos que este estudo contribuiu como desmistificação da questão estudada, mudança de paradigmas e abertura de um novo campo de estudo e atuação profissional. Para o sistema público de saúde reflete igualdade de acesso das populações mais carentes aos serviços de saúde, respeitando os princípios do SUS de igualdade, universalidade e equidade. Para nós representou crescimento profissional e pessoal, além de expressiva ressignificação de valores e crenças acerca do sistema prisional e da atenção em saúde nesse cenário.

Hoje, refletimos ainda mais sobre a necessidade de reflexão social, interdisciplinar e multiprofissional, com vista à discussão de alternativas para cuidados deste grupo de população carcerária. Além dos profissionais de saúde, a elucidação da população civil acerca desta realidade também se configura como ponto crucial para a busca de melhorias na atenção em saúde deste grupo populacional, que muitas vezes se apresenta como o grupo dos “excluídos dos excluídos”, uma vez que se encontra isolado, distante e quase inexistente aos olhos das políticas sociais. Além destes aspectos, a aplicabilidade da legislação e de políticas públicas de saúde já existentes se configuraria como ação elementar. A partir do encaminhamento destas minúcias, acreditamos que esse grupo populacional poderá finalmente receber uma atenção em saúde digna e compatível com a vida social e democrática.

BIRTH BEHIND BARS: CARE PRACTICE DIRECTED TOWARDS PREGNANT WOMEN, MOTHERS OF NEWBORNS, AND NEWBORNS IN INCARCERATION**ABSTRACT**

This study is an experiment that attempted to develop a care practice directed towards pregnant women, mothers of newborns, and newborns in incarceration, as oriented by Orem's General Theory of Nursing. This process was developed at the Female Correctional Clinic of Santa Catarina between August and October of 2005. The participating group consisted of 12 pregnant women or mothers of newborns and 06 newborns. The theoretical reference was carried out through the nursing process and the data was collected through interviews and observation, through consultancy, and collective approaches. The results provide a better comprehension of the relationships of care and self-care adopted by these women, as well as the values of civil society and the correctional universe which are established in this reality.

Key words: Nursing. Self-care. Prisons.

EL NACIMIENTO ATRÁZ DE LAS REJAS: UNA PRÁCTICA DE CUIDADO DIRIGIDA PARA GESTANTES, PUÉRPERAS Y PARA RECIÉN NACIDOS PRIVADOS DE LIBERTAD**RESUMEN**

Se trata de una experiencia que tuvo como objetivo desenvolver una práctica de cuidado dirigido a embarazadas, puérperas y recién nacidos quienes estaban privados de libertad, fundamentado por la Teoría General de Enfermería de Orem. Fue desarrollada en la Unidad Carcelaria Femenina de Santa Catarina en el período de agosto a octubre del 2005. El grupo participante estuvo conformado por 12 mujeres gestantes y/o puérperas y 6 recién nacidos. El referencial teórico fue operacionalizado a través del proceso de enfermería y la recolección de los datos fue mediante los instrumentos de la entrevista y la observación, por medio de consultas y abordajes colectivos. Los resultados proporcionaron una mejor comprensión de las relaciones de cuidado y de auto-cuidado adoptadas por estas mujeres, así como, los valores de la sociedad civil y del universo penitenciario que se encuentran sometidos dentro de esta realidad.

Palabras Clave: Enfermería. Auto cuidado. Presidio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. **Portaria Interministerial n. 1777 de 9 de novembro de 2003**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

OKIYAMA, Mara Carla de Oliveira; MONTICELLI, Marisa. Promovendo o autocuidado de famílias "grávidas": uma aproximação entre a enfermeira e as famílias na fase de aquisição. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 89-94, jan./abr. 2005.

OREM, Dorothea Elizabeth. **Nursing: concepts of practice**. 6th ed. St Louis: Mosby, 2001.

VICENTE, Carolini de Campos. **Execução penal: o direito das presidiárias de permanecer com os filhos lactentes**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Departamento de Direito, Universidade do Vale do Itajaí, São José, 2003.

Endereço para correspondência: Marisa Monticelli. Rodovia Isid Dutra n° 2962, Sambaqui. CEP: 88.051-011. Florianópolis – SC. E-mail: marisa@nfr.ufsc.br

Recebido em: 20/03/2006

Aprovado em: 21/08/2006