



CONTINUIDADE DO CUIDADO ÀS GESTANTES PRIVADAS DE LIBERDADE: DESAFIOS NA ARTICULAÇÃO ENTRE O SISTEMA PRISIONAL E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Patrícia Racquel Pinheiro Santos Galvão¹, Janaína Luana Rodrigues da Silva Valentim²,
Tiago de Oliveira Barreto³, Ricardo Alessandro de Medeiros Valentim⁴



<https://doi.org/10.36557/2009-3578.2026v12n2p363-378>

Artigo recebido em 20 de Junho e publicado em 21 de Setembro de 2026

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

A gestação em contexto de privação de liberdade requer articulação entre os serviços de saúde do sistema prisional e os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, de modo a garantir assistência integral durante o ciclo gravídico-puerperal. O estudo analisa os desafios para a continuidade do cuidado às gestantes privadas de liberdade na articulação entre o sistema prisional e a Rede de Atenção à Saúde. Realizou-se revisão narrativa da literatura associada à análise documental de políticas, diretrizes e normativas nacionais. A pesquisa consultou publicações disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS e SciELO, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional de Políticas Penais, incluindo produções até agosto de 2026, de modo a agregar comprovações, dados oficiais e atualizações normativas relacionados à saúde prisional e à atenção materno-infantil. Os achados evidenciam que, apesar da inserção dos serviços de saúde prisional na rede do Sistema Único de Saúde, persistem fragilidades relacionadas ao acesso oportuno à assistência, à comunicação entre os serviços, ao transporte, aos mecanismos de referência e contrarreferência e ao acompanhamento das usuárias após as transições assistenciais. O estudo conclui que a continuidade do cuidado exige, além da oferta de consultas e procedimentos, fluxos assistenciais formalizados, responsabilidades definidas e integração efetiva entre saúde prisional, regulação e rede materno-infantil.

Palavras-chave: continuidade do cuidado; gestantes privadas de liberdade; saúde prisional; Rede de Atenção à Saúde; saúde materno-infantil.



CONTINUITY OF CARE FOR PREGNANT WOMEN DEPRIVED OF LIBERTY: CHALLENGES IN THE ARTICULATION BETWEEN THE PRISON SYSTEM AND THE HEALTH CARE NETWORK

ABSTRACT

Pregnancy in contexts of deprivation of liberty requires articulation between health services within the prison system and the different points of the Health Care Network to ensure comprehensive care throughout the pregnancy-puerperal cycle. This study analyzes the challenges to continuity of care for pregnant women deprived of liberty in the articulation between the prison system and the Health Care Network. A narrative literature review was conducted in association with documentary analysis of national policies, guidelines, and regulations. The search included publications available in the Virtual Health Library, LILACS, and SciELO, as well as official documents from the Ministry of Health and the National Secretariat for Penal Policies, including materials available through August 2026, in order to incorporate evidence, official data, and regulatory updates related to prison health and maternal and child care. The findings show that, despite the inclusion of prison health services in the network of the Unified Health System, weaknesses persist regarding timely access to care, communication between services, transportation, referral and counter-referral mechanisms, and follow-up after transitions of care. The study concludes that continuity of care requires, in addition to consultations and procedures, formalized care pathways, clearly defined responsibilities, and effective integration among prison health services, regulation systems, and the maternal and child health network.

Keywords: continuity of care; pregnant women deprived of liberty; prison health; Health Care Network; maternal and child health.

Instituição afiliada - afiliações dos autores:

¹ **Patrícia Racquel Pinheiro Santos Galvão:** Programa de Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde (Mestrado Profissional/UFRN).

² **Janaína Luana Rodrigues da Silva Valentim:** Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte; Núcleo Avançado de Inovação Tecnológica (NAVI), Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil; Centro de Estudos Globais, Universidade Aberta (CEG-UAb), Lisboa; Programa de Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde.

³ **Tiago de Oliveira Barreto:** Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte; Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN/Macau); Núcleo Avançado de Inovação Tecnológica (NAVI), Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

⁴ **Ricardo Alexandro de Medeiros Valentim:** Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte; Departamento de Engenharia Biomédica, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Brasil; Centro de Estudos Globais, Universidade Aberta (CEG-UAb), Lisboa; Programa de Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde.

Autora correspondente: Janaina Luana Rodrigues da Silva Valentim - janaina.lrsv@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional foi instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de regulamentar a integração entre o Sistema Único de Saúde e o sistema prisional brasileiro. Essa política visa garantir às pessoas privadas de liberdade o acesso universal, integral e igualitário às ações e aos serviços de saúde, contemplando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, sem qualquer forma de discriminação ou preconceito (Silva et al., 2024).

Embora as mulheres tenham conquistado maior visibilidade nas políticas públicas brasileiras ao longo do século XX, ainda que inicialmente voltadas, sobretudo, à saúde reprodutiva, a vulnerabilidade feminina permanece significativa, especialmente entre mulheres em situação de cárcere (Campelo et al., 2024).

A relevância dessa discussão permanece atual e é evidenciada pelos dados mais recentes do sistema penitenciário brasileiro. Segundo informações oficiais do 19º ciclo do Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN), referentes ao período de julho a dezembro de 2025, o país registrava 33.488 mulheres em cumprimento de pena em celas físicas, entre as quais 219 eram gestantes ou parturientes e 94 lactantes. No Maranhão, foram contabilizadas 419 mulheres nessa condição. Embora representem uma parcela proporcionalmente menor em relação à população masculina privada de liberdade, essas mulheres apresentam necessidades específicas de atenção à saúde, especialmente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, ao acompanhamento da gestação, ao exercício da maternidade e aos cuidados relacionados à saúde da criança, o que reforça a necessidade de políticas e estratégias assistenciais sensíveis às particularidades dessa população (Brasil, 2026).

A gravidez acrescenta necessidades assistenciais que ultrapassam a capacidade de resolução exclusiva de uma equipe de saúde intramuros. Consultas de pré-natal, exames laboratoriais e de imagem, avaliação de risco gestacional, atendimento especializado, assistência às urgências obstétricas, parto e acompanhamento puerperal pressupõem circulação da usuária entre diferentes componentes da rede. Nesse sentido, a qualidade da assistência passa a depender não somente da existência de cada serviço, mas principalmente da capacidade de conexão entre eles.



A discussão ganha relevância adicional diante da atual organização da atenção materna e infantil no SUS. Em 2024, a Rede Cegonha foi transformada na Rede Alyne. A Portaria GM/MS nº 5.350/2024 estabelece que a rede deve possibilitar o provimento contínuo das ações de atenção à saúde materna e infantil por meio da articulação entre os diferentes pontos de atenção, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e a governança da rede. Assim, continuidade e integração passam a ocupar posição explícita na própria organização normativa da assistência materna e infantil (Brasil, 2024).

A gestante privada de liberdade insere-se, portanto, na interface entre dois arranjos assistenciais que precisam atuar de forma articulada: de um lado, a atenção à saúde ofertada no sistema prisional; de outro, a Rede de Atenção à Saúde responsável pelo acompanhamento da gestação, do parto e do puerpério. Quando esses componentes operam de forma fragmentada, sem comunicação efetiva, definição clara de responsabilidades ou estabelecimento de fluxos assistenciais, ampliam-se os riscos de descontinuidade do cuidado, com possíveis repercussões sobre o acesso oportuno aos serviços, o seguimento clínico e a integralidade da atenção materno-infantil.

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo analisar os desafios para a continuidade do cuidado às gestantes privadas de liberdade na articulação entre o sistema prisional e a Rede de Atenção à Saúde, discutindo fatores relacionados ao acesso, comunicação, referência e contrarreferência, regulação e transições entre os diferentes pontos assistenciais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura articulada à análise documental. Para conferir maior transparência e reprodutibilidade ao processo de busca, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão de fontes. Incluíram-se artigos originais, revisões e documentos oficiais em língua portuguesa ou inglesa que abordassem a atenção à saúde de gestantes e puérperas no sistema prisional e/ou a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Foram excluídos estudos duplicados, produções fora do recorte temporal/temático e materiais sem acesso ao texto integral. A busca inicial recuperou um total de 173 publicações; após a triagem por título e resumo, 49 estudos foram pré-selecionados e 34 artigos foram lidos na íntegra, resultando em uma amostra final de 38 trabalhos e documentos normativos analisados.



A busca bibliográfica foi realizada entre agosto e setembro de 2026, com consulta à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados, isoladamente e em combinação, descritores e termos relacionados a gestante, penitenciário, mulheres grávidas encarceradas, assistência materno- infantil, pessoas encarceradas e qualidade da assistência à saúde.

A análise documental contemplou atos normativos e informações oficiais do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Segurança Pública e Secretaria Nacional de Políticas Penais, com destaque para a PNAISP, a PNAME, a organização da Rede Alyne e os dados do SISDEPEN.

Por se tratar de revisão narrativa e análise de documentos de domínio público, não houve participação direta de seres humanos, dispensando submissão deste artigo ao Comitê de Ética em Pesquisa. Não foram produzidos dados empíricos sobre unidades prisionais específicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura permitiu organizar os achados em quatro eixos principais: (1) distância entre garantia normativa e efetivação do acesso; (2) fragilidades nas transições entre pré-natal, parto e puerpério; (3) insuficiências nos mecanismos de comunicação, referência e contrarreferência; e (4) necessidade de organização de fluxos assistenciais integrados.

Distância entre garantia normativa e efetivação do acesso

A primeira constatação decorrente da análise é que o Brasil dispõe de base normativa suficiente para reconhecer o direito das mulheres privadas de liberdade à atenção integral à saúde. PNAISP, PNAME e políticas materno-infantis estabelecem fundamentos para que essas mulheres tenham acesso aos serviços do SUS.

A saúde constitui direito de todos e dever do Estado e deve ser assegurada às pessoas privadas de liberdade segundo os mesmos princípios de universalidade, integralidade e equidade que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito prisional, esse direito adquiriu maior institucionalidade com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. A política ampliou a inserção da população prisional no SUS e estabeleceu que os serviços de saúde existentes nos



estabelecimentos penais devem atuar como pontos de atenção integrantes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), articulados aos serviços extramuros quando as necessidades ultrapassam sua capacidade de resolução (Brasil, 2014a).

No mesmo ano, a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), instituída pela Portaria Interministerial nº 210/2014, reforçou a necessidade de atenção às especificidades femininas e de atuação conjunta entre diferentes esferas governamentais para garantia dos direitos das mulheres encarceradas (Brasil, 2014b). A coexistência dessas políticas demonstra que a assistência à mulher privada de liberdade não deve ser compreendida como uma atribuição isolada da administração penitenciária, mas como uma responsabilidade compartilhada por diferentes setores e serviços públicos.

Campelo et al. (2024), ao investigarem o acesso ao cuidado entre mulheres encarceradas em uma penitenciária do Ceará, verificaram limitações no acesso à saúde mesmo diante da existência de legislação destinada à população privada de liberdade. O estudo incluiu mulheres com diferentes condições de saúde, entre elas gestantes e puérperas, e demonstrou que a existência formal de direitos não assegura, por si só, sua concretização na rotina assistencial.

A disponibilidade de atendimento dentro da unidade prisional não constitui, isoladamente, garantia de integralidade. O acesso integral depende da capacidade de encaminhar a gestante para outro ponto da rede quando indicado e, posteriormente, incorporar ao acompanhamento prisional as informações e condutas resultantes desse atendimento.

Fernandes et al. (2026) destacam que apesar do Brasil de um arcabouço legal relevante para a garantia dos direitos das pessoas privadas de liberdade, fundamentado em marcos como a PNAISP, as Regras de Bangkok, o Marco Legal da Primeira Infância e o reconhecimento do “Estado de Coisas Inconstitucional” do sistema prisional na ADPF 347, a realidade das unidades prisionais ainda é marcada por superlotação, insalubridade e violações de direitos fundamentais, evidenciando limitações na efetivação dessas garantias.

Com base nos estudos nacionais reunidos na revisão integrativa de Sales et al. (2021), observam-se importantes fragilidades na assistência prestada às gestantes privadas de liberdade no Brasil. Embora os estudos tenham sido desenvolvidos em diferentes contextos e regiões do país, seus resultados convergem ao demonstrar fragilidades na efetivação dos



direitos reprodutivos e assistenciais das mulheres privadas de liberdade, revelando uma distância entre as garantias previstas na legislação e a assistência efetivamente vivenciada por essa população.

Fragilidades nas transições entre pré-natal, parto e puerpério

Machado et al. (2025) identificaram importantes fragilidades na assistência às mulheres privadas de liberdade durante o pré-natal, parto e puerpério. Entre os principais achados destacaram-se a deficiência na comunicação entre o sistema prisional e os familiares, a impossibilidade de escolha de um acompanhante durante o parto e relatos de violência psicológica praticada por agentes penitenciárias. As autoras também evidenciaram o desconhecimento das próprias mulheres acerca de seus direitos, demonstrando uma distância entre as garantias previstas na legislação e a assistência efetivamente vivenciada no cárcere. Esses resultados reforçam a necessidade de conciliar as exigências de segurança institucional com a garantia de uma assistência obstétrica digna, humanizada e fundamentada nos direitos das mulheres.

Fica claro que vários fatores contribuem para os transtornos psíquicos em mulheres privadas de liberdade durante no ciclo gávidico- puerperal, portanto deve existir uma dedicação rigorosa a fim de assegurar que estas mulheres tenha conhecimento dos serviços de saúde, e que é seu direito incontestável ter acesso a eles. Elas precisam ter a convicção de que, em vez da não utilização dos serviços, devem denunciar qualquer ato ilícito cometido contra elas. (Kotsaki, 2022)

Leal et al. (2016) descrevem que, em grande parte dos estados brasileiros, gestantes privadas de liberdade são transferidas, no terceiro trimestre, para unidades prisionais destinadas a mães com filhos, geralmente localizadas em capitais e regiões metropolitanas. Para o parto, são encaminhadas a hospitais públicos e, posteriormente, retornam à unidade prisional, onde permanecem com os filhos por período variável, mais frequentemente entre seis meses e um ano.

O estudo também evidencia fragilidades no suporte social e familiar durante a gestação e o parto. Quase 40% das mulheres não receberam visitas durante a gestação, apenas 10% tiveram seus familiares informados sobre o início do trabalho de parto, 3% contaram com acompanhante de sua escolha durante a internação e 11% receberam visitas no hospital. Entre as que não receberam visitas, 73% atribuíram essa ausência à proibição do



sistema prisional. Além disso, foram relatadas situações de violência ou maus-tratos por profissionais de saúde (16%) e por agentes penitenciários (14%), predominantemente de natureza verbal e psicológica. O uso de algemas durante a internação para o parto foi referido por 36% das mulheres, sendo que 8% relataram permanecer algemadas durante o próprio parto.

Os achados de Lima et al. (2023), embora produzidos fora do sistema prisional, demonstram como a contrarreferência pode permitir que as informações provenientes da maternidade sejam incorporadas pela atenção primária após a alta. Para a mulher privada de liberdade, essa necessidade pode ser ainda mais expressiva, pois o retorno ao estabelecimento penal implica não apenas mudança de serviço, mas mudança de ambiente institucional.

A literatura sobre assistência no cárcere apresenta maior concentração de estudos relacionados ao pré-natal e ao momento do parto, enquanto a articulação entre os serviços e o retorno após a alta aparecem de forma menos sistemática. Essa lacuna é relevante porque a continuidade pressupõe acompanhar a mulher antes e depois das transições..

Nesse sentido, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres privadas de liberdade ainda enfrentam importantes barreiras estruturais e institucionais, que comprometem sua saúde, dignidade e autonomia. Entre os principais desafios destacam-se a dificuldade de acesso à assistência ginecológica e obstétrica, a insegurança menstrual, a maior vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis, a separação entre mãe e filho e a exposição a diferentes formas de violência. Diante desse cenário, torna-se essencial fortalecer políticas públicas específicas, qualificar os profissionais de saúde e ampliar o acesso a uma assistência integral, contínua e humanizada, contribuindo para um cuidado mais equitativo no sistema prisional (Laguna et al., 2026).

Segundo Diuana et al. (2016), apesar da boa aceitação das informações sobre planejamento familiar e a oferta de métodos contraceptivos, sua continuidade foi comprometida por dificuldades relacionadas à segurança e à infraestrutura, como a ausência de espaços adequados e a insuficiência de agentes penitenciários para realização de escoltas. Diante desse cenário, os autores chamam atenção para a necessidade de evitar que discursos preventivos em saúde, especialmente aqueles relacionados à gravidez considerada “irresponsável” e à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, sejam utilizados para



legitimar práticas restritivas à sexualidade e à vida reprodutiva das mulheres privadas de liberdade. Nesse sentido, as ações de saúde devem favorecer a escuta e reconhecer essas mulheres como sujeitos capazes de participar das decisões sobre sua sexualidade e reprodução, possibilitando escolhas mais livres de constrangimentos.

Insuficiências nos mecanismos de comunicação, referência e contrarreferência

A ausência de mecanismos padronizados favorece a dependência de contatos informais entre profissionais, perda de informações e necessidade de reconstrução da história clínica a cada atendimento.

Lima et al. (2023) identificaram exatamente esse potencial na utilização da contrarreferência no contexto materno-infantil. O estudo demonstrou que a informação produzida em um ponto de atenção pode subsidiar a atuação do serviço seguinte, mas ressaltou a necessidade de instrumentos padronizados e de maior efetividade desse processo.

O deslocamento da unidade prisional para a maternidade configura uma transição crítica de cuidado. Revisão de escopo publicada por Oliveira et al. (2024), que sintetizou 15 estudos sobre assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres privadas de liberdade, identificou fragilidades nas práticas assistenciais e experiências adversas relacionadas, entre outros aspectos, ao transporte, às restrições físicas, à ausência de acompanhante, à privacidade e à interação com profissionais e agentes penitenciários.

Portanto, a linha assistencial da gestante privada de liberdade envolve diversas transições: unidade prisional para serviço de diagnóstico; atenção primária para pré-natal especializado; unidade prisional para maternidade; maternidade para unidade prisional; e, posteriormente, acompanhamento puerperal e do recém-nascido. Cada transição representa um ponto potencial de perda de informação ou interrupção do seguimento.

A continuidade do cuidado não deve ser confundida apenas com a repetição de consultas ou com a disponibilidade de vários serviços. Ela envolve a percepção de que diferentes intervenções fazem parte de um processo assistencial coerente e conectado ao longo do tempo.

Lima et al. (2023) abordam a continuidade do cuidado a partir de três dimensões complementares: informacional, relacional e gerencial. A continuidade informacional relaciona-se à utilização das informações produzidas anteriormente para subsidiar as decisões subsequentes; a relacional envolve os vínculos construídos entre usuários e profissionais; e a



gerencial refere-se à coordenação das ações e dos diferentes serviços necessários ao atendimento das necessidades da pessoa.

Esse referencial é particularmente útil para compreender a situação das gestantes privadas de liberdade. Na dimensão informacional, é necessário garantir que informações sobre idade gestacional, classificação de risco, exames realizados, medicamentos, intercorrências e condutas acompanhem a gestante nos diferentes pontos da rede e retornem à equipe responsável pelo seguimento.

Na dimensão relacional, o acompanhamento pela equipe de saúde prisional pode favorecer longitudinalidade e vínculo, desde que as mudanças de serviço não impliquem ruptura da responsabilização. A gestante encaminhada para uma maternidade ou ambulatório especializado continua necessitando de uma equipe que acompanhe sua trajetória e organize os cuidados subsequentes.

A dimensão gerencial envolve a existência de regras e mecanismos que viabilizem essa circulação entre os diferentes pontos da rede. Incluem-se nesse componente a definição dos serviços de referência, o acesso à regulação, a disponibilidade de transporte, a delimitação das responsabilidades profissionais, a comunicação interinstitucional, os critérios para encaminhamento, o planejamento do parto e a organização do retorno após a alta. A ausência ou fragilidade desses mecanismos não produz apenas descontinuidades assistenciais, mas também pode limitar o acesso das mulheres privadas de liberdade a direitos fundamentais relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

No contexto prisional, além de instrumentos clínicos estruturados, a comunicação necessita considerar as particularidades relacionadas à segurança e à confidencialidade. Informações assistenciais necessárias ao cuidado devem circular entre os profissionais responsáveis, enquanto dados que possam expor indevidamente a mulher precisam permanecer protegidos.

Fluxo assistencial integrado

Com base nas políticas vigentes e nos problemas identificados na literatura, um fluxo integrado para gestantes privadas de liberdade deve contemplar, minimamente, a identificação da gestação; início do pré-natal; classificação do risco gestacional; realização e acompanhamento de exames; acesso ao pré-natal especializado quando indicado; definição das referências para parto habitual e alto risco; resposta às urgências obstétricas; transporte



sanitário e articulação com a segurança; comunicação entre os serviços; alta hospitalar com contrarreferência; acompanhamento puerperal; e articulação com a atenção ao recém-nascido.

Figura 1 – Fluxo assistencial integrado para continuidade do cuidado à gestante privada de liberdade



Fonte: Elaboração dos próprios autores (2026).

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde é organizada a partir de diferentes componentes que atuam de forma articulada e interdependente. Entre eles,



destacam-se a Atenção Primária à Saúde, que exerce a função de centro de comunicação da rede; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança. Nesse arranjo, os primeiros componentes constituem os principais pontos de atenção da rede, enquanto os sistemas logísticos possibilitam a conexão e o fluxo entre esses diferentes serviços. Já a governança assume a responsabilidade de organizar e coordenar as relações estabelecidas entre os demais componentes. (Mendes, 2010).

Segundo Cabral et al. (2025), a assistência às gestantes e puérperas privadas de liberdade apresenta fragilidades que ultrapassam o acesso às consultas e exames, envolvendo também limitações no suporte físico e emocional oferecido durante o ciclo gravídico-puerperal. As participantes relataram sentimentos de abandono, medo e vulnerabilidade, especialmente diante da ausência de acompanhante durante o parto. O estudo também identificou insuficiência de orientações sobre sinais de risco, trabalho de parto e aleitamento materno, além de início tardio do pré-natal em parte das mulheres, relacionado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou ao desconhecimento da gestação. Esses achados evidenciam que a assistência pré-natal no contexto prisional não deve se restringir à realização de consultas e exames, mas contemplar educação em saúde, acompanhamento contínuo e fortalecimento da rede de apoio, de modo a proporcionar um cuidado mais integral e humanizado.

A organização de fluxos assistenciais pode ser fortalecida por estratégias de qualificação profissional voltadas à sua incorporação aos processos de trabalho. Nesse sentido, Valentim (2023) identificou que a educação mediada por tecnologia contribuiu para produzir processos de intervenção em saúde pública, dados mostram que 74% dos participantes avaliados consideraram que a formação aprimorou o acolhimento e o cuidado em saúde no sistema prisional. Esses achados sugerem a relevância da educação permanente como estratégia complementar à organização dos fluxos assistenciais.

O impacto da PNAISP envolve inevitavelmente a capacitação dos profissionais dentro do sistema prisional brasileiro, para que programas, projetos e ações possam de fato implicar na efetivação da promoção de saúde prisional (Valentim et al., 2026)

Essa proposição não significa criar uma rede paralela destinada às mulheres encarceradas. Ao contrário, significa integrar efetivamente essa população à rede existente, adaptando os processos de acesso às particularidades impostas pela privação de liberdade.



A atual Rede Alyne reforça essa perspectiva ao estabelecer que a atenção materna e infantil deve ocorrer mediante articulação entre pontos de atenção, sistemas de apoio, logística e governança. A saúde prisional precisa estar incorporada a essa organização territorial sempre que houver mulheres gestantes sob custódia do Estado (Brasil, 2024).

A construção de um fluxo não deve ter caráter meramente documental. Sua finalidade deve ser tornar visível a responsabilidade de cada ator e reduzir zonas de indefinição entre os serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados evidenciam fragilidades relacionadas ao pré-natal, acesso aos serviços, transporte, parto e garantia de direitos, enquanto a literatura sobre continuidade do cuidado ressalta a importância da comunicação, vínculo, coordenação e utilização de mecanismos efetivos de referência e contrarreferência.

A principal questão não consiste apenas em saber se cada serviço existe, mas se eles conseguem atuar como partes de uma mesma trajetória assistencial. Para as gestantes privadas de liberdade, essa articulação é particularmente sensível, pois o acesso aos diferentes pontos da rede depende simultaneamente de decisões sanitárias, administrativas, regulatórias e de segurança.

Nesse sentido, a organização de fluxos assistenciais previamente pactuados apresenta-se como estratégia relevante para aproximar a prática cotidiana dos princípios estabelecidos pela PNAISP, PNAMPE e pela atual Rede Alyne. Definição de referências, responsabilidades claras, comunicação estruturada, instrumentos de referência e contrarreferência e monitoramento das transições de cuidado podem contribuir para reduzir a fragmentação.

Conclui-se que garantir a continuidade do cuidado à gestante privada de liberdade significa assegurar que nenhuma mudança de serviço representa interrupção da assistência. Mais do que deslocar a mulher entre pontos da rede, é necessário fazer com que informação, responsabilidade clínica e planejamento assistencial também percorrem esse caminho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Justiça; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2014a.



BRASIL. Ministério da Justiça; Secretaria de Políticas para as Mulheres. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília, DF, 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Relatório de Informações Penais: 19º ciclo SISDEPEN – julho a dezembro de 2025. Brasília, DF: SENAPPEN, 2026.

CABRAL, Pamela Alves de Sousa; SANTOS, Gustavo Gonçalves dos; DIONIZIO, Leticia de Almeida. Experiências de gestantes e puérperas privadas de liberdade sobre o ciclo gravídico puerperal na prisão: estudo qualitativo. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador, v. 14, e5976, 2025. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2025.e5976>. Acesso em: 19 ago. 2026.

CAMPELO, I. L. B.; BEZERRA, A. D. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; MORAIS, A. P. P.; ALBUQUERQUE, G. A.; FERREIRA, R. G. L. A.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. Acesso e cuidado a saúde de mulheres privadas de liberdade na penitenciária cearense. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 29, p. e09172023, 17 jun. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.09172023>. Acesso em: 21 ago. 2026.

DIUANA, Vilma; VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; LAROUZÉ, Bernard; CORREA, Marilena. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2041-2050, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.21632015>. Acesso em: 10 set. 2026.

FERNANDES, Emily Araújo; VALENTIM, Janaína Luana Rodrigues da Silva; DIAS, Aline de Pinho; MEDEIROS, Bruna Rafaela Azevedo de. Atenção à saúde na vivência da gestação e puerpério no sistema prisional brasileiro: uma revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 12, n. 5, p. 1-22, 2026. DOI: 10.51891/rease.v12i5.26180. Acesso em: 10 set. 2026.

KOTSAKI, Konstantina. Transtornos psíquicos em mulheres grávidas encarceradas durante e após a gravidez. *J Gynecol Women's Health*, v. 23, n. 4, 556116, 2022. DOI: <https://doi.org/10.19080/JGWH.2022.23.556116>. Acesso em: 13 set. 2026.

LAGUNA, Gabriela Garcia de Carvalho et al. Entre barras e barreiras: revisão sobre saúde sexual e reprodutiva de mulheres presas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 21, n. 48, e4298, 2026. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc21\(48\)4598](https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)4598). Acesso em: 21 ago. 2026.

LIMA, Letícia Siniski de et al. Contrarreferência: estratégia para continuidade do cuidado na saúde da mulher e recém-nato. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 25, 73154, 2023. DOI: 10.5216/ree.v25.73154. Acesso em: 21 ago. 2026.



MACHADO, Cinthia de Fátima; SOUZA, Renan Mendonça de; SCRAMIM, Emanuely; ZANOTELLI, Letícia; ROSSETTO, Maira. Assistência ao pré-natal, parto e puerpério de mulheres privadas de liberdade no oeste catarinense. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 17, e14111, 2025. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v17.14111>. Acesso em: 21 ago. 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Acesso em: 10 set. 2026.

OLIVEIRA, Tatyane Maria Pereira de; SANTOS, Joel Araújo dos; AQUINO, Priscila de Souza; JORGE, Herla Maria Furtado. Assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres privadas de liberdade: revisão de escopo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 58, e20240035, 2024. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0035pt. Acesso em: 22 ago. 2026.

SALES, Ana Carolina et al. Cuidado em saúde das mulheres grávidas privadas de liberdade: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 35, e36114, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.36114>. Acesso em: 23 ago. 2026.

SILVA, L. S. da; VITÓRIA, L. O. da S.; COSTA, M. R. R.; CAVALCANTE, J. M.; BELMIRO, J. C. R.; RODRIGUES, M. de S. D.; EVANGELISTA, C. B.; OLIVEIRA, R. de C. C. de. IMPLICAÇÕES ASSISTÊNCIAIS SOBRE O PRÉ-NATAL NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO. *Saúde Coletiva* (Barueri), [S.l.], v. 14, n. 90, p. 13393–13404, 21 jun. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2024v14i90p13393-13404>. Acesso em: 23 ago. 2026.

VALENTIM, Janaína Luana Rodrigues da Silva. *Um olhar além do concreto: formação humana mediada por tecnologia para a saúde no sistema prisional*. 2023. Tese (Doutoramento em Estudos Contemporâneos) – Instituto de Investigação Interdisciplinar, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2023. Acesso em: 3 set. 2026.

VALENTIM, J. L. R. da S. et al. Massive education in prison health in Brazil: a look beyond the walls. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 21, n. 10, p. 1350, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21101350>. Acesso em: 13 set. 2026.