

PARECER TÉCNICO MULTIDISCIPLINAR

São Paulo, 15 de junho de 2021

I – IDENTIFICAÇÃO AUTORAS

Autoras: Anna Carolina Lanas Soares Cabral¹; Pamella Costa de Assis²; Mariana Luiza Zsigovics Alfino³; Zoraide Caobianco Modenutte⁴.

Interessada: Defensora Pública Coordenadora do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM), Paula Sant'Anna Machado de Souza.

Assunto: Parecer Técnico sobre o direito à acompanhante para as mulheres em situação de cárcere.

II – DESCRIÇÃO DA DEMANDA

A Defensora Pública Paula Sant'Anna Machado de Souza, Coordenadora do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, solicitou Parecer Técnico do Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM) deste órgão, em conjunto com a Agente de Defensoria do CAM do Núcleo do Especializado de Situação Carcerária – NESC e uma profissional pesquisadora na área e no tema abordados pelo presente parecer.

¹ Psicóloga (CRP 06/72004), Agente de Defensoria do Núcleo Especializado de Proteção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM).

² Assistente Social (CRESS/SP 44485), Agente de Defensoria do Núcleo Especializado de Proteção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM).

³ Psicóloga (CRP 06/167922) e doula, ex-estagiária do Núcleo Especializado de Proteção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM).

⁴ Assistente Social (CRESS/SP 36955), Agente de Defensoria do Núcleo Especializado de Situação Carcerária – NESC.

III – PROCEDIMENTO

Estudos de documentos, diretrizes e normas técnicas de instituições de referência nacional, legislações, deliberações e atos normativos vigentes no país referentes ao assunto, bem como produções científicas de especialistas nas temáticas tratadas neste parecer;

Discussão técnica com profissionais qualificadas/os e especializadas/os no tema;

Análise interdisciplinar e multidisciplinar da questão proposta;

Elaboração de documento técnico embasado e fundamentado em evidências científicas.

INTRODUÇÃO

Conforme dados apresentados pelo Relatório Temático sobre Mulheres Privadas de Liberdade do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), em junho de 2017, no sistema prisional brasileiro, o número de mulheres presas era de 36.612, sendo que só no estado de São Paulo estavam 12.183 destas mulheres.

Ainda segundo o Relatório Temático sobre Mulheres Privadas de Liberdade, verifica-se que o perfil das mulheres privadas de liberdade é de jovens entre 18 e 29 anos, 63,55% pertencem a população negra, 44,42% têm ensino fundamental incompleto e a maioria possui de um a três filhos. Dessas mulheres 59,98% foram presas por tráfico de drogas e o tempo de pena fica em torno de 4 a 15 anos. Entre estas, 342 mulheres são gestantes e 196 mulheres são lactantes. Apenas 59,6% das mulheres gestantes estão em unidades com celas adequadas, segundo o estudo citado. Ainda, no estado de São Paulo, onde as prisões alocam 41,81% das gestantes do país e 42,85% das mães lactantes de toda a população carcerária, apenas 46,9% das mulheres gestantes estão em unidades com celas adequadas.

Não é desconhecido que o sistema penal atinge principalmente pessoas pobres e negras e que o número de homens presos é muito maior que o de mulheres, mas é relevante salientar o aumento gradativo no número de mulheres presas desde a década de 80, haja vista que no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen Mulheres, ao observar a

evolução da taxa de aprisionamento⁵ de mulheres no Brasil, entre os anos de 2000 e 2016, nota-se que houve um aumento de 455%.

Compreende-se que este fato se deve a fatores sociais, como o aumento de mulheres responsáveis pelo sustento da família, aliados a fatores econômicos como o subemprego, desemprego e baixos salários (MOKI, 2005), estes últimos agravados pela pandemia do novo coronavírus, a partir de 2020.

De uns tempos para cá, inúmeros estudos têm se dedicado a essa temática sobre o encarceramento de mulheres e suas especificidades a fim de dar visibilidade ao tema e provocar a discussão acerca da garantia de seus direitos durante o processo criminal e quando privadas de liberdade.

Assim, tais estudos trazem à tona além do classismo e racismo, também o machismo do sistema penal, pois além de serem punidas pela prática do ato classificado como crime, também sofrem as consequências de ter transgredido o “modelo feminino” pré-estabelecido culturalmente, de *boa* mãe, filha e esposa. (ALMEIDA, 2001 apud MOKI, 2005). A partir da compreensão de que “as mulheres são julgadas com maior rigor que os homens” (GRANJA, 2015a; WALKLATE, 2004), o que se reflete em muitos descuidados com as mulheres presas gestantes, quando olhamos para as mulheres gestantes que vão ter suas/seus bebês no sistema prisional podemos observar essa dupla punição, pois para além da punição legal, há outra determinante que seria sua “falha com a sociedade”, pela falta da reprodução de papéis esperados socialmente: “o papel tradicionalmente designado à mulher é a maternidade, cujas exigências e performances são representadas como irreconciliáveis com a vida no crime” (BRAGA, 2015, p. 527).

A mulher presa transita entre os papéis de mãe e criminosa, papéis estes que ocupam posições diametralmente opostas na representação do feminino: o primeiro pautado pela maternidade como vocação natural, exclusiva e sacralizada da mulher; e o segundo marcado pelo crime como um desvio das expectativas sociais e morais que recaem sobre quem nasce sob o sexo feminino (BRAGA, 2015, p.527).

Esse estigma que invariavelmente recai sobre a mulher presa pode se refletir de várias formas tanto em sua vida intramuros, com o esgarçamento dos laços afetivos e falta de respaldo da família, como após o cumprimento da pena, ao buscar reassumir seus antigos papéis e espaços na vida, quer seja de mãe, filha, companheira, provedora etc.

⁵ Com base no número de mulheres presas para cada grupo de 100 mil mulheres.

No que diz respeito ao espaço físico das instituições prisionais, constata-se mais um tipo de violência de gênero, afinal são poucas as unidades construídas especificamente para mulheres, em geral cumprem suas penas em antigas prisões masculinas, sem nenhum tipo de adequação. São em sua maioria projetadas para a população masculina (74,85%), enquanto 18,18% são chamadas de mistas e 6,97% construídas para as mulheres presas (INFOPEN, 2019). No caso das mulheres gestantes, a questão do planejamento de espaços físicos é ainda mais grave já que não há nenhum espaço adequado para desenvolvimento e cuidados com a gestação, permanecendo, assim, nos pavilhões comuns às outras mulheres não gestantes.

Quanto aos produtos de higiene fornecidos pelo Estado, são restritos e limitados, da mesma forma que ocorre para os homens presos, até mesmo os mais básicos como papel higiênico e absorventes, implicando em gastos para familiares ou improvisações por parte das mulheres.

O desrespeito à fisiologia feminina também se faz presente na precariedade do atendimento médico ginecológico, do planejamento familiar, na gestação e na maternagem.

A Política Nacional de Proteção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP (2014) prevê a existência de equipes médicas nas unidades prisionais, porém geralmente são incompletas e insuficientes. Os atendimentos médicos especializados, assim como os emergenciais e exames mais complexos, são feitos externamente e dependem de disponibilidade de escolta policial. Quanto aos exames de diagnóstico e rotina para controle e prevenção de doenças, a regra é que alguns podem ser colhidos na própria unidade e enviados para análise na Rede de Atenção à Saúde da região, sendo que existe uma limitação de quantidade para tal; outros procedimentos/exames também são realizados durante mutirões de saúde eventuais.

Cabe destacar também que nos estabelecimentos prisionais há falta de água potável, alimentação de má qualidade, chuveiros sem aquecimento e racionamento de água, conforme constatado em inspeções realizadas pelo Núcleo Especializado de Situação Carcerária no estado de São Paulo, tudo isso aliado à superlotação torna o ambiente prisional insalubre e propício a proliferação de doenças como pneumonia, tuberculose, escabiose, dentre outras.

Todos esses fatores fazem das prisões locais de sofrimento físico e psíquico que comprometem a saúde de qualquer pessoa, podendo atingir mais incisivamente aquelas que estiverem mais fragilizadas e suscetíveis, como nos casos das gestantes.

A maioria das mulheres gestantes já estavam grávidas quando foram presas e delas, dois terços relataram não gostariam de estarem grávidas. Quando presas, as mulheres apresentam uma série de sentimentos ambíguos, “de um lado a alegria de não estarem mais sozinhas, de outro, a angústia pelo risco de complicações da gravidez decorrentes da violência na prisão, pelas incertezas quanto ao processo de parto e preocupações sobre o destino do filho que nascerá na prisão” (Leal et al, 2016, p. 2068).

Nesse sentido, vale citar que segundo a definição de saúde contida na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946): “A saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”.

Concordando com a tese de Braga e Angotti, na pesquisa “Dar à Luz na Sombra - Condições atuais e possibilidades futuras para o exercício da maternidade por mulheres em situação de prisão” (2015a), observamos “que em razão das recorrentes violações de direitos que a privação de liberdade representa, aliada às mudanças impostas pela gestação, toda gravidez vivida na prisão deveria ser considerada uma gravidez de risco” (p. 21), não à toa que tem se observado uma ampliação das legislações de proteção à maternidade no cárcere⁶ com o objetivo, primeiramente, de soltura dessas mulheres e, em segundo plano, de assegurar direitos como visitas, acompanhante no parto, amamentação, convivência da mãe com filhas/os, saúde, dentre outros.

Com destaque para a Lei nº 13.257 em 2016 (Marco Legal da Primeira Infância) que ampliou as possibilidades de prisão domiciliar, determinando que esta seja aplicada às mulheres presas provisoriamente quando gestantes, mães de crianças com até doze (12) anos,

⁶ **Lei nº 12.962/14**, que regula sobre o convívio entre mães e pais em situação de prisão e suas filhas e filhos. **Lei nº 11.942/09**, que assegura às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. **Lei nº 12.403/11**, que estendeu às gestantes e mães o direito à prisão domiciliar em substituição à prisão preventiva. **Resolução nº 3 do Conselho de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) de 15 de julho de 2009**, que disciplina a situação de filhas e filhos de mulheres encarceradas, estada, permanência e encaminhamento. **Diretrizes para Convivência Mãe-Filho/a no Sistema Prisional elaborado pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) em 2016**, que estabelece diretrizes para a promoção da convivência entre mães e filhos/as no sistema prisional. **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**, que promove o atendimento integral e humanizado à população privada de liberdade. **Política Nacional de Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas no Sistema Prisional (PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 210, DE 16 DE JANEIRO DE 2014)**, que tem por objetivo assegurar que os direitos das mulheres presas sejam cumpridos. **Regras de Bangkok**, documento produzido pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2010, que traça diretrizes para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras, e possui diversos dispositivos acerca da maternidade no cárcere. **Lei nº 13.434 de 2017**, que acrescenta parágrafo único ao art. 292 do Código de Processo Penal (CPP), para vedar o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato.

ou cujos filhos e filhas sejam portadores de deficiência. Também o HC Coletivo 143.641/ SP concedido pelo STF, em 2018, em que todas as mulheres presas grávidas e mães de crianças com até doze (12) anos ou maiores com alguma deficiência, podem ter a prisão preventiva substituída pela domiciliar (exceto em algumas situações previstas) e, em 2020, devido à pandemia COVID-19, a Recomendação nº 62 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que propõe a reavaliação das prisões provisórias para, dentre outras, mulheres gestantes, lactantes, mães ou responsáveis por crianças até doze (12) anos ou pessoa com deficiência.

No entanto, os dispositivos acima facultam aos juízes a substituição da pena privativa de liberdade pela prisão domiciliar ou não, desde que a negativa seja devidamente justificada e fundamentada. Infelizmente, na prática, o que se constata é que o encarceramento que deveria ser uma exceção, torna-se, a regra.

Desta forma, a situação das mulheres privadas de liberdade e de seus/suas filhos/as deve ser problematizada como uma questão de direitos humanos e sob uma interpretação ampla da normatização internacional e nacional sobre direitos reprodutivos, direitos da infância e saúde materno infantil, violência de gênero e seu entrecruzamento com raça/etnia e classe e em atenção às recomendações especiais destinadas à população em cárcere.

A MULHER, A MATERNIDADE E O CÁRCERE

Na antiguidade os partos ocorriam nas residências e as parturientes eram auxiliadas por mulheres mais velhas que possuíam conhecimento prático e habilidade para apoiá-las nesse momento. A medicina na época pouco sabia sobre o tema (VIEIRA, 2002).

Ao longo do século XIX muitos estudos foram desenvolvidos para assistir as mulheres durante o parto, surgiram as técnicas cirúrgicas, os anestésicos e medidas para prevenir infecções. Gradativamente as pessoas passaram a preferir os médicos às parteiras, por acreditarem ser mais seguro. Legitimaram-se, então, as práticas intervencionistas à fisiologia do parto, o que trouxe suporte científico, mas com perda considerável da humanização (VIEIRA, 2002). A mulher deixou de ser sujeito para se tornar objeto do processo, ficando a mercê das regras impostas pela instituição de saúde, distanciadas de suas referências afetivas e expostas a possíveis procedimentos médicos sem a devida explicação e consentimento, desrespeitando a sua singularidade.

Portanto o problema da violência institucional no parto ou violência obstétrica, levantado na atualidade é antigo e engloba práticas como agressões psicológicas, violência física, negligência das necessidades da parturiente e imposição de rotinas e cuidados, impedimento da presença de acompanhante da escolha da mulher, assim como o déficit de pessoal técnico, baixa qualificação da equipe, inadequação da estrutura física do hospital etc.

A partir da década de 80 percebe-se que começa um movimento inverso sobre a ideia da assistência ao parto e nascimento, com vistas à um atendimento integral, que acolha de forma mais ampla as mulheres, resgatando práticas que possibilitem que o nascimento da criança tenha um significado além do biológico, para a mulher e sua família (DODOU, 2014). Buscando assim o retorno do parto e do nascimento como um processo natural e não patológico como vinha se configurando.

Questões sobre a importância da presença de outras referências, para além de médicas/os, durante o parto, a não separação da/o recém-nascida/o das mães, o incentivo ao parto normal e humanizado, o fornecimento de informações claras sobre os diagnósticos a fim de subsidiar a escolha da mulher e da/o acompanhante, foram sendo estabelecidas, inclusive em documentos norteadores e orientadores para implementação nos Hospitais (CASTRO, 2003).

Nos serviços de saúde o acesso e as garantias desses direitos às mulheres negras e pobres é uma questão que também deve ser observada com atenção. Aponta-se para a desigualdade nos atendimentos a partir de diversos âmbitos, como socioeconômico, com relação à raça/etnia e gênero, “que se manifesta através de negligência no atendimento, insultos ou a dificuldade no fornecimento do serviço” afirma Roberto (2016)⁷. Há uma grande precariedade em relação a profissionais dos serviços de saúde em relação à formação sobre as questões étnico-culturais, o que acarreta “práticas, atitudes e comportamentos que perfazem em discriminação étnica no interior de uma entidade” afirma Roberto (2016), o que tem como nome Racismo Institucional.

Em relação à saúde das mulheres presas, que são em sua maioria negras e pobres, com ênfase em relação aos cuidados com sua maternidade, aponta-se para uma série de negligências com o pré-natal, parto e puerpério. A violência obstétrica, que ocorre com mais frequência e

⁷ Para acesso a reportagem na íntegra *Saúde e mulher negra: Quando a cor da pele determina o atendimento* (ROBERTO, 2016) ver: <https://www.geledes.org.br/saude-e-mulher-negra-quando-cor-da-pele-determina-o-atendimento/>. Acesso em: 03 jun. 2020.

de forma mais grave entre as mulheres negras, é entendida como “racismo obstétrico”, em vista da reprodução dos profissionais da saúde de estereótipos racistas.

Como fala Nabila Pereira, obstetriz, para a reportagem da Alma Preta Jornalista⁸: “O racismo obstétrico é a violência racial que as pessoas negras sofrem. Ele é reproduzido tanto a partir da negligência como em negar a presença de acompanhante, informações e medicamentos para o parto, por conta do mito do estereótipo de que a pessoa negra é mais resistente que a pessoa branca”.

Há a concepção racista de que “mulheres pretas têm quadris mais largos e, por isso, são parideiras por excelência” e que mulheres pretas e pardas “são fortes e mais resistentes à dor”, afirma Flaeschen (2020)⁹.

Segundo o importante estudo feito por Leal et al (2020), de nome “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil” fica evidente que há “piores indicadores de atenção pré-natal e parto nas mulheres de cor preta e parda, em comparação às brancas” (p. 5). Ainda, mostra-se que as mulheres negras têm menos cuidados das equipes de saúde em relação à atenção e adequação ao pré-natal, vinculação à maternidade e atenção ao parto, verificando também que as mulheres de cores mais escuras sofrem mais negligências. Ainda, observou-se que as mulheres pretas e pardas recebem “menos anestesia local quando submetidas à episiotomia” (LEAL et al, 2020, p. 5). O estudo aponta para as desigualdades no tratamento à saúde em relação aos benefícios e oportunidades às mulheres, a depender de sua raça/etnia.

A taxa de mortalidade materna entre as mulheres negras se expressa em números discrepantes. Segundo Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados), entre os anos de 2002 e 2004, no estado de São Paulo, o número de mortes foi de quase 2.200 mulheres que tinham entre 25 e 39 anos, sendo que 1.700 destas mulheres eram pretas ou pardas, afirma Roberto (2016).

Ainda, é de suma importância ressaltar que os distúrbios hipertensivos, pré-eclâmpsia e eclampsia afetam mais a população negra e são as maiores causas de mortalidade materna

⁸ Para acesso da reportagem na íntegra ver: https://br.noticias.yahoo.com/hospital-de-campinas-tem-rotina-de-praticas-racistas-contra-gestantes-negras-182219774.html?soc_src=community&soc_trk=wa&guccounter=1. Acesso em: 01 jun. 2021.

⁹ Para acesso da reportagem na íntegra *Mulheres negras sofrem mais violência obstétrica* (FLAESCHEN, 2020), é possível a partir da plataforma da ABRASCO. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/8m-mulheres-negras-sofrem-mais-violencia-obstetrica/45463/>. Acesso em: 03 jun. 2020.

pela falta do acompanhamento no pré-natal e pela expressão do racismo nas condutas da equipe médica, como afirma o Dossiê elaborado pela “Rede Parto do Princípio” para a CPMI da Violência Contra as Mulheres em 2012, intitulado “Violência Obstétrica – Parirás com dor”, ainda, mostra que “o racismo dos/as profissionais de saúde atrasa a decisão da mulher de buscar assistência, dificulta o acesso da mulher ao serviço de saúde, dificulta o acesso da mulher ao tratamento adequado” (p. 135).

O DIREITO À ACOMPANHANTE E O CÁRCERE

As mulheres grávidas no cárcere também possuem o direito de receber tratamento humanizado e ter, sem qualquer distinção ou discriminação, como determinam os Comitês das Nações Unidas, a preservação de sua dignidade em todos os momentos, particularmente durante o trabalho de parto, parto e pós parto, momentos cruciais e bastante delicados do ponto de vista da saúde integral; sendo garantido cuidados em saúde às mulheres e a seus/suas filhos/as.

Portanto, é também um direito da/o recém-nascido, no momento do seu nascimento, ser preservada/o de toda forma de violência, por meio de medidas adequadas nos âmbitos legislativos, administrativos, sociais e educacionais, em alinhamento e associação sempre aos direitos das mulheres e do exercício da maternidade.

Contudo, embora seja um direito das mulheres e ter a presença do/a acompanhante no pré-parto, parto e puerpério¹⁰, lamentavelmente, esse direito muitas vezes é desrespeitado, principalmente quando falamos no acompanhamento às mulheres presas, o que infringe a Lei Federal nº 11.108/2005, a RDC 36/2008 da ANVISA, as RNs 211 e 262 da ANS e a recomendação da Organização Mundial de Saúde, que desde 1985 tem recomendado o/a acompanhante no momento do parto. No Brasil, tal direito está preconizado ainda no Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990, art. 8º, § 6º, entre outros direitos importantíssimos relativos à gestação, parto e pós-parto nos demais parágrafos do referido artigo.

¹⁰ “Para fins de aplicação da Lei Federal 11.108/05 que garante o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato, o pós-parto imediato é considerado como os primeiros 10 dias após o parto, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.418/05.”

No importante estudo de Leal et al (2016), de nome “Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil” podemos ver que:

Durante o período gestacional, quase 40% das mulheres não receberam visita de familiares ou amigos e o início do trabalho de parto foi informado aos familiares para 10% das mulheres. **A presença de acompanhantes da escolha da mulher durante a internação para o parto foi de 3%** e 11% delas receberam visitas de familiares no hospital Para 73% das mães o principal motivo para a não visita de familiares no hospital foi a proibição do sistema prisional (dados não apresentados). A precariedade de comunicação entre o sistema prisional e a família das mães encarceradas é notória quando se observa que 89% das famílias não foram avisadas quanto ao início do trabalho de parto das mulheres. Na maternidade, o relato de familiares como acompanhantes só aconteceu em 3% dos casos (p. 2065) - grifos nossos.

Ainda, no importante Dossiê elaborado pela “Rede Parto do Princípio” para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, em 2012, citado acima, mostra-se que a presença de um/a acompanhante no parto apresentou diversos benefícios para mãe e para a/o bebê:

Dos benefícios proporcionados apenas pela presença de um acompanhante: diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimento de confiança, controle e comunicação, menor necessidade de medicação ou analgesia, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, menores escores de Apgar abaixo de 7, aumento dos índices de amamentação, melhor formação de vínculos mãe-bebê, maior satisfação da mulher, menos relatos de cansaço durante e após o parto. Caso o nascimento seja por uma cesárea, os benefícios da presença do acompanhante incluem: diminuição do sentimento de ansiedade, diminuição do sentimento de solidão, diminuição do sentimento de preocupação com o estado de saúde do bebê, maior sentimento de prazer, auxílio na primeira mamada, maior duração do aleitamento materno” (p. 64).

Vale citar que o dossiê citado acima também cita que o desconhecimento do direito e suas normativas legais ocasiona a atribuição da exclusividade do seu respeito ao setor privado como se um privilégio fosse, entre outras.

Os estudos de D’Orsi et al (2014) também apontam que a ausência do/a acompanhante no momento do parto aumenta a solidão e o desamparo das mulheres presas, em contrapartida mulheres que tiveram a presença de acompanhante relata uma melhor percepção sobre o atendimento recebido, maior respeito e privacidade no tratamento com a mulher, menor relato de violência, além de aumentar a chance de fazer perguntas e de ter maior participação nas decisões.

Desta feita, cabe-nos lembrar neste parecer o triste destaque conquistado pelo Estado brasileiro ao ser o primeiro país condenado por um caso sobre mortalidade materna evitável, decidido por um órgão internacional de direitos humanos, pelo Comitê CEDAW (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher), diante da ausência de assistência médica adequada que levou a morte de Alyne Pimentel, mulher negra, jovem, gestante da Baixada Fluminense/RJ, fato que não foi imediatamente apurado judicialmente.

Com isso, a contextualização supracitada sobre o cenário dos Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres no país, em especial no estado de São Paulo, embora em breves linhas já nos permite compreender que muitos são os desafios impostos às mulheres no acesso efetivo aos direitos relacionados à maternidade, à gestação e ao parto e pós-parto, entre eles o direito à acompanhante.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2002) instituído pelo Ministério da Saúde compreende a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal como a primeira condição para um adequado acompanhamento do parto e puerpério.

A humanização envolve, assim, o dever das unidades de saúde em receber a mulher, seus/suas familiares e a/o bebê com dignidade, sendo necessária atitudes institucionais e profissionais que propiciem um ambiente acolhedor e a criação de rotinas hospitalares que rompam com o “tradicional isolamento imposto à mulher”. Além disso, outro aspecto trazido pelo referido Programa, com relação a humanização é a “adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o/a recém nascido/a, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos”.

Como citado anteriormente, ao se expressar em abusos e desrespeito, a violência obstétrica também pode ocorrer com a/o bebê e ainda com familiares como se pode observar justamente na violação ao direito à acompanhante durante todo o processo e após o nascimento da criança.

Cabe ainda reforçar que a previsão legal é para que seja feita indicação de acompanhante pela própria parturiente (art. 19-J § 1º da Lei nº 11.108/2005), não podendo assim, ser indicado por terceiros, nem mesmo pelo Estado, como ocorre atualmente em penitenciárias paulistas quando se impõe à mulher presa a presença de agente penitenciária/o no momento dos procedimentos antecedentes ao parto e parto. Violação comprovada,

inclusive, à lei estadual nº 15.759/2015, art. 6º, inc I, pelas próprias penitenciárias em resposta à Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

Não podemos deixar de dizer, em que pese o contexto de extrema preocupação sanitária em que estamos todas/os mergulhadas/os, qual seja, a pandemia pelo novo Coronavírus, existem orientações de organismos de saúde internacionais e nacionais como a OMS e o Ministério de Saúde que mantêm a orientação sobre a/o acompanhante de escolha da gestante no momento do pré-parto, parto e pós-parto.

Deste modo, o direito à acompanhante, previsto em lei, deve ser observado como orientam as Notas Técnicas, sem qualquer discriminação:

- Nº 04-2020 - NOTA TÉCNICA GVIMS-GGTES-ANVISA sobre Orientações para serviços de saúde: Medidas de Prevenção e Controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados pela infecção do novo coronavírus (SARS – CoV-2);

- Nº 09/2020 - NOTA TÉCNICA COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/, de 09 de abril de 2020 que fornece recomendações para os/as profissionais de saúde que atuam no cuidado a gestantes e recém-nascidos (RN) no pré-parto, parto e puerpério, a par das evidências disponíveis até o momento e, em regra, recomenda que seja mantida a presença do/a acompanhante;

- Nº 03/2020 - NOTA TÉCNICA da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, que dispõe sobre o manejo da Assistência às Mulheres no Ciclo Gravídico Puerperal e para o Recém Nascido no que se refere à lactação, considerando a situação atual na Saúde Pública com relação à pandemia causada pelo novo Coronavírus SARS-Cov-2 (COVID-19), e determina a manutenção das recomendações considerando as Boas Práticas do Parto, Nascimento e Puerpério para as mulheres que não sejam casos suspeitos ou confirmados para o Covid-19, ou para aquelas consideradas curadas para o Covid-19, dentre elas, a observância do direito ao acompanhante previsto na Lei nº 12.895/2013, em casos de parturiente sem exposição e/ou assintomáticas ao SARS-CoV-2, desde que o/a acompanhante também não apresente sintomas.

E ainda sobre esse tema o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos lançou uma cartilha - “Mulheres na Covid-19”¹¹ para enfrentamento ao COVID-19 - para falar com as gestantes e lactantes e ressaltou que é direito das mulheres ter um/a acompanhante durante todo o trabalho de parto e internação hospitalar.

E por fim, lembramos da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2008 da ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal que reafirma o direito de acompanhante no parto e também estabelece parâmetros para o funcionamento desses serviços que prestam atendimento a partos e nascimentos e, ainda, que o descumprimento constitui infração de natureza sanitária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA PSICOLOGIA

É possível verificar, a partir dos estudos e evidências citados anteriormente, que as mulheres no sistema prisional estão em um momento de maior vulnerabilidade, por diversos motivos, entre eles, por não estarem no local adequado para o desenvolvimento da gestação, bem como de sua/seu bebê, bem como pela não garantia de cuidado integral a ambos, no sentido de espaço, de condições sanitárias e de higiene. Ademais, a maioria não tem ou está distanciada de suas referências afetivas e, ainda, não lhes é garantido acesso a um pré-natal adequado. Verificamos que a questão de discriminação racial é expressa fortemente, somada às questões de vulnerabilidade por serem mulheres em situação de cárcere. Em sua maioria são mulheres negras que, segundo os estudos apontados, sofrem mais violência obstétrica em decorrência da discriminação, o que vem sendo nomeado de racismo obstétrico.

Tais vulnerabilidades, vivenciadas de forma concomitante, afetam a saúde biopsicossocial das mulheres, inclusive a saúde mental e, por conseguinte, de suas/seus bebês, indicando fortemente a necessidade e a importância do cuidado integral à saúde dessas mulheres.

Destacamos que um dos cuidados básicos, e relativamente simples, é justamente a garantia do direito à acompanhante de confiança da mulher; direito este, reforçamos, já garantido pela lei federal 11.108/2005 **a todas** as mulheres, **sem qualquer restrição ou**

¹¹ Disponível em : https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/abril/cartilha-orienta-mulheres-durante-a-pandemia-do-coronavirus/mulherescovid19_Alterado_corrigido.pdf. Acesso em: 13 jun. 2021.

discriminação, sendo tão necessário em um contexto de maior vulnerabilidade, como é o do cárcere.

Já se passou mais de uma década da promulgação da lei, no entanto, injustamente, grande parte das mulheres em situação de cárcere, bem como suas/seus bebês, ainda não têm acesso a esse direito, nem tão pouco, por conseguinte, aos inúmeros benefícios que a presença de acompanhante de referência e apoio para a mulher traz em momento tão crucial da vida, como é o momento do parto e do nascimento. A presença de acompanhante compõe aspecto fundamental e necessário à rehumanização do parto e do nascimento, reconsiderando a mulher como sujeito e não objeto deste processo, respeitando sua singularidade.

Os benefícios da/o acompanhante de escolha da mulher no momento do parto são incontestáveis e estão mais do que provados há décadas. Tais benefícios dizem respeito, entre outras questões, à garantia de apoio, suporte e segurança tanto física quanto emocional e psicológica. O apoio físico se manifesta em situações concretas, ajudando a parturiente a se levantar durante o trabalho de parto, impedindo que caia e se machuque, atingindo também a/ao bebê, por exemplo; ajudando-a a se alimentar no pré e no pós parto, escutando em atenção às suas necessidades emocionais e físicas, exercendo também o importante papel de referência no contato, inclusive, com a equipe de saúde, que tantas vezes está extremamente atarefada, atendendo outras intercorrências que precisam de intervenções técnicas na área da saúde, bem como atendendo a muitas parturientes de uma só vez, em um mesmo local.

É inegável que o apoio e o suporte emocional, físico e psíquico oferecidos pela presença de acompanhante de escolha da mulher, impactam positivamente na evolução saudável do trabalho de parto, inclusive nos desenlaces delicados do momento do parto e, ainda, também no pós-parto imediato e posterior, impactando diretamente na saúde da mulher e da/o recém-nascido/a, bem como no seu desenvolvimento inicial de vida.

Estudos citados anteriormente reforçam que a ausência do/a acompanhante no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto aumenta, consideravelmente, a solidão e a sensação de desamparo das mulheres impactando em toda percepção dessa experiência e, por conseguinte, trazendo impactos em sua condição psíquica posterior.

Assim, a presença de acompanhante de escolha da mulher no parto é um fator, demonstrado pelos estudos apresentados neste parecer, inclusive, **preventivo para o desenvolvimento de agravos psíquicos como a depressão pós-parto e do estresse materno, demonstrando as implicações na saúde mental das mulheres e das/os bebês, preservando-**

os de sofrimentos psíquicos desnecessários e todas as suas consequências. Há de se considerar, portanto, a implicação nos cuidados com o neonato em casos de depressão materna pós-parto, por exemplo; tal situação demandará, posteriormente, novas intervenções de profissionais da saúde para o cuidado de ambos e até, em casos mais graves, novas internações, uso de medicamentos que podem impedir a amamentação, afastamento da/o recém-nascida/o, perda de peso e do seu desenvolvimento saudável, entre várias outras intercorrências negativas.

A experiência da presença de acompanhante - já adotada há décadas em muitas maternidades do SUS e fortemente recomendada há mais tempo ainda pela Organização Mundial de Saúde - vem comprovando, assim, o quanto cumprir esse direito básico contribui com a diminuição de agravos, inclusive psíquicos, à saúde da mulher e da/o bebê, seja durante o trabalho de parto, no momento do parto e no pós parto, conforme também já indicaram os documentos oficiais que embasaram a promulgação da referida lei federal, a partir do Projeto de Lei do Senado nº 195, de 2003¹².

Citamos, apenas à título de exemplo e sem esgotar o rol de benefícios, o impacto que a simples presença de acompanhante de escolha da mulher parturiente tem:

- diminuição do tempo de trabalho de parto e, por conseguinte, **do tempo de internação hospitalar**, e portanto a redução de agravos, tanto para a mãe e para a/o bebê, como o de serem acometidos por infecções hospitalares; bem como menor taxa de ocupação de leitos nas enfermarias, em centros cirúrgicos e nas salas de recuperação pós parto e pós cirurgias - impactando diretamente na qualidade do atendimento de todas as mulheres e bebês;

- diminuição **no número de intervenções instrumentais e cirúrgicas, como cesarianas desnecessárias e arriscadas** à vida da mulher e da crianças;

- sentimento de confiança, controle e comunicação das necessidades e intercorrências, auxiliando e muito o trabalho da equipe de saúde que a atende;

- menores taxas de dor, pânico e exaustão, implicando na menor **necessidade do uso de medicação, analgesia e anestésias** - intervenção necessária muitas vezes e importante de estar disponível, mas que também possui critérios para o uso devido a consequências, desdobramentos e riscos, sendo importante que seja usada em caso de necessidade, implicando

¹² Para saber mais sobre o Projeto de Lei, acessar:
<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3446569&ts=1594029556572&disposition=inline>.
Acesso em: 14 jun, 2021.

na disponibilização de mais insumos, aparelhos e profissionais para monitoramento e acompanhamento, como anestesistas;

- melhores índices de escores de Apgar¹³ de bebês recém-nascidas/os;
- fortalece a prática de aleitamento materno, com aumento dos índices de amamentação, alimento fundamental às/aos neonatos, especialmente nas primeiras horas e dias de vida;
- benefícios à formação de vínculos mãe-bebê com desdobramentos posteriores ao desenvolvimento das crianças;
- maior satisfação da mulher, menos relatos de cansaço durante e após o parto;
- favorece a recuperação puerperal, e diminui consideravelmente os agravos psíquicos, conforme mencionado;
- **redução das complicações no período pós-parto, tanto maternas quanto infantis** durante e após o parto; entre outros impactos negativos.

Caso o nascimento precise acontecer por cirurgia cesárea necessária, os benefícios da presença do acompanhante também são muitos evidentes e incluem, entre outros, conforme estudos anteriormente mencionados, desde a diminuição dos sentimentos de ansiedade, de solidão e de preocupação com o estado de saúde da/o bebê, a benefícios que se estendem por muito tempo, como o aleitamento materno, por exemplo, tão importante ao desenvolvimento físico e psíquico saudáveis, gerando benefícios ao longo de toda a vida, como aumento da capacidade do sistema imunológico, apenas para citar um.

Assim, considerando toda a concepção paradigmática dos benefícios da humanização do parto, incluindo o direito à acompanhante, o Ministério da Saúde, sabiamente, avaliando também à redução de custos para o sistema, desonerando o orçamento do setor saúde e, permitindo, dessa forma, **a alocação de recursos em áreas mais sensíveis e carentes da atenção à saúde**, instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no mês de junho de 2000, que tem por escopo a melhoria das condições na assistência à parturiente e à recém-nascidas/os, direito estendido a todas as mulheres do território nacional, mas infelizmente ainda não acesso de fato por todas.

Há evidências também de que a simples presença de um/a acompanhante já impacta na diminuição da possibilidade das mulheres sofrerem violência obstétrica, o que, por

¹³ “O índice de Apgar é um método de avaliação vital do recém-nascido, traduzindo a adaptação imediata do feto à vida extrauterina. É considerada uma adaptação normal o resultado igual ou superior a 7. O principal interesse deste critério é orientar quem assiste o parto sobre a eventual necessidade de executar manobras de reanimação”. Simão (2020). Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/10687> Acesso em: 15 jun 2021.

consequente, aumenta da sensação de bem-estar biopsicossocial, com diminuição das demandas a profissionais de hospitais ou maternidades; diminuição na necessidade de reinternações após a alta; diminuição na necessidade de comparecimento a consultas e acesso a equipamentos de saúde pelos agravos ocorridos no momento do parto, entre outros benefícios, de acordo também com o Parecer nº 002/2004 - da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal - CAS, elaborado pela Relatora, Senadora Patrícia Saboya Gomes:

(...) Em audiência pública realizada no âmbito da Comissão de Assuntos Sociais, em 10 de setembro de 2003, especialmente instalada para debater o projeto ora sob exame, **compareceram diversos especialistas na matéria e, à unanimidade, todos mostraram-se assentes em ressaltar os excelentes resultados obtidos com a adoção dessa prática**, como no caso do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (...)

A referida audiência pública aconteceu em 10 de setembro de 2003 e foi conduzida pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal para instruir a matéria ora analisada, a saber o Projeto de Lei que resultou na atual Lei 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante. Tal audiência pública contou com profissionais especialistas, referências nacionais no tema como a senhora Maria José Oliveira Araújo, então Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; a senhora Silvana Maria Ferreira, Enfermeira de Tocoginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e membro da Rede para Humanização do Parto e do Nascimento - REHUMA; o doutor Marcos Leite dos Santos, Obstetra do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina; a senhora Maria Isabel Régis, Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina e membro da Rede para Humanização do Parto e do Nascimento (REHUMA); e o doutor Carlos Eduardo Pinheiro, Professor do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina¹⁴.

As conclusões referendam o exposto em tantos estudos, de que a presença ativa e afetuosa de acompanhante no pós-parto, como apoio e sustentação à mulher, comporta benefícios que atingem a todas as pessoas envolvidas, sob diferentes perspectivas, em especial à mãe e à/ao bebê.

Pensando na saúde integral de trabalhadoras/es, os benefícios da presença de acompanhante podem se estender também às/os profissionais do sistema hospitalar e de saúde

¹⁴ Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/57844> . Acesso em: 14 jun. 2021.

como um todo, que conta com pessoas já tão sobrecarregados/as física e psiquicamente, trabalhando no limite de sua atuação, alguns/algumas à beira da exaustão, principalmente no contexto da pandemia. Pode-se considerar ainda benefícios às profissionais do sistema prisional que dependem, como vimos, de recursos humanos e materiais bastante escassos na busca por garantir, de fato, às mulheres e às/aos bebês atendimento em saúde, intra ou extra cárcere.

No entanto, para garantir efetivamente tal direito à mulher e à/ao bebê, é importante que seja realizado pré-natal adequado, bem como preenchimento do Plano de Parto¹⁵ junto com a gestante, e ainda, a comunicação antecipada à/ao acompanhante de escolha da mulher, nas semanas anteriores ao parto, indicando qual é a Data Provável do Parto (DPP) e o hospital ou maternidade de referência para aquela unidade prisional, que provavelmente deverá atender à mulher gestante à/ao bebê. Ademais, é necessário que nos momentos prévios ao deslocamento ao hospital ou maternidade, à/ao acompanhante de escolha da mulher seja comunicada/ou imediatamente, para que haja tempo hábil de exercer essa fundamental função.

Considerando, então, a comprovada e evidente melhoria das condições gerais da saúde biopsicossocial, em todos os seus diferentes aspectos, tanto em relação às mulheres quanto em relação às/aos bebês, cabe o questionamento: Por quais motivos o acesso a um direito tão relevante, em etapa do desenvolvimento humano tão crucial, como é o parto e nascimento, vem sendo sistematicamente negado às mulheres mães que estão em situação provisória de cárcere, bem como às/aos recém-nascidos/as, que estão sob responsabilidade do Estado?

CONSIDERAÇÕES FINAIS DO SERVIÇO SOCIAL

O Sistema Prisional é um ambiente hostil para a gestação, via de regra, ele não foi feito para receber mulheres gestantes e para atender as especificidades que esse período exige para mulheres e bebês. É diante dessa dura realidade que reforçamos a necessidade de atenção aos direitos garantidos às mulheres e bebês que se encontram em maior vulnerabilidade pelo contexto do cárcere.

¹⁵ Para mais informações, acessar Plano de Parto: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/Plano_Part0_A5.pdf. Acesso em: 05 jun. 2021.

Não obstante ao isolamento imposto pelo cárcere, somado ao abandono de muitas mulheres encarceradas pela família ou de outros vínculos de afeto, durante a gestação a necessidade do cuidado e amparo de pessoas de confiança são de extrema importância para todas as mulheres. Inclusive, a perda do envolvimento emocional dos familiares e afetos durante as etapas do parto agrava os sentimentos de insegurança, ansiedade, dor, medo e é prejudicial à formação do vínculo familiar. Diante disso, o parto é um momento crucial e deve gozar de toda a proteção e amparo do Estado para a sua realização de maneira humanizada, respeitosa e priorizando a autonomia das mulheres sobre esse momento singular de sua vida.

Ademais, a presença da/o acompanhante quer seja o pai, mãe, doula etc, não atrapalha a dinâmica do trabalho, mas ao contrário, como dito anteriormente. Estas/es podem contribuir oferecendo suporte emocional e afetivo, conforto físico, apoio informacional, auxiliar em algumas atividades e até e minimizar a necessidade do uso de sedativos e anestésicos, colaborando com a equipe médica que pode se voltar para afazeres mais técnicos necessários para o momento, além de ser um inibidor para possíveis situações de violações. Portanto deve-se ter atenção quanto às justificativas apresentadas para dificultar ou até impedir a entrada de acompanhantes nos partos de mulheres em situação de cárcere, é urgente, assim, a necessidade de se rever o entendimento e as atitudes das equipes de saúde das instituições de saúde.

Além do mais, falar sobre gestação, parto e pós-parto e na preservação de todos os direitos já garantidos às mulheres sobre tais temas, é ainda falar também sobre a proteção e defesa da infância, e não por outro motivo, o legislador garantiu também no Estatuto da Criança e do Adolescente direitos de suma relevância, como: acesso a todas as gestantes à nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral pelo SUS; acesso à assistência psicológica para gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, dada a importância da prevenção ou minoração das consequências do estado puerperal; garantia à gestante e a mulher e à mulher com filho/a na primeira infância sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do SUS para o acolhimento do/a filho/a, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança; e direito da gestante e parturiente a 01 (um/uma) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato, entre outros direitos previstos no art. 8º do ECA.

Ocorre que o desconhecimento e/ou o descumprimento do direito à acompanhante para as mulheres em situação de cárcere no pré-parto, parto e pós-parto imediato, entre outros que

também foram citados neste parecer, ainda é um dos principais motivos que viabiliza a garantia e violações, no geral, logo, o trabalho das demais instituições, como as que compõem o Sistema de Justiça, de esclarecimento e orientação é essencial para sua prevenção e combate de seu desrespeito.

Outrossim, é dever do Sistema de Justiça, não se omitir diante da sistemática violência institucional, incluindo a violência obstétrica, que submete as mulheres no estado de São Paulo, de modo ainda mais contundente as mulheres encarceradas, podendo-se afirmar, como supracitado, que alguns fatores determinantes que a desencadeiam englobam basicamente a violência de gênero, o racismo, o preconceito étnico-social e os interesses financeiros das instituições (cesárea x parto normal) e como consequência podem acarretar sequelas físicas, afetivas e emocionais que se manifestam de várias formas nas pessoas envolvidas.

É tão importante quanto o já afirmado, dizer que também durante a pandemia os direitos de gestantes e parturientes, bem como dos/as bebês, em especial o direito à acompanhante para todas as mulheres sem discriminação, devem ser garantidos conforme inúmeros documentos técnicos internacionais e nacionais cuidaram do tema, tendo em vista a importância de tais garantias para o nascimento e para que as mulheres possam exercer a maternidade com a dignidade que esse momento exige e deve ser respeitado.

Desse modo, conclui-se que a compreensão da saúde materna e infantil no sistema prisional brasileiro deve convergir não somente com o estudo de leis, tratados e jurisprudências, mas tão importante quanto observar práticas institucionais sobre o direito das mulheres e bebês nascidas/os no cárcere sob pena do Estado brasileiro estar a violar direitos humanos universais como o direito à vida e à saúde.

A partir das reflexões apresentadas neste parecer evidencia-se que se para as mulheres que vivem em liberdade, as dificuldades e violações apontadas ainda fazem parte do cotidiano, que dirá no cárcere, onde há espaço para legitimação das violências institucionais, justificadas com base em fatores de segurança intrínsecos do sistema prisional. Salienta-se, para concluir, que a perda temporária da liberdade não deve cercear outros direitos, como direito à saúde, à autonomia das mulheres, à dignidade e à acompanhante no momento do parto e pós-parto, das mulheres presas e seus/suas bebês, bem como também “não pode estar condicionada a critérios que supervalorizam aspectos de segurança pública” (SIMAS e VENTURA, 2018, p. 5).

É o que se tem a apresentar no momento.

Atenciosamente,

Anna Carolina Lanas Soares Cabral

Psicóloga (CRP 06/72004), Agente de Defensoria do Núcleo Especializado de
Proteção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM)

Mariana Luiza Zsigovics Alfino

Psicóloga (CRP 06/167922) e doula, ex-estagiária do Núcleo Especializado de
Proteção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM)

Pamella Costa de Assis

Assistente Social (CRESS/SP 44485), Agente de Defensoria do Núcleo Especializado
de Proteção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM).

Zoraide Caobianco Modenutte

Assistente Social (CRESS/SP 36955), Agente de Defensoria do Núcleo Especializado
de Situação Carcerária – NESC

REFERÊNCIAS

BRAGA, A. G. M. et al. Dar à luz na sombra: condições atuais e possibilidades futuras para o exercício da maternidade por mulheres em situação de prisão, Brasília, 2015a (Série Pensando o Direito, 51).

BRAGA, A. G. M.; ANGOTTI, B. From hyper-maternity to hypo-maternity in women's prisons in Brazil. SUR 22, v. 12, n. 22, p. 229-239, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL, Ministério da Justiça e Segurança Pública Departamento Penitenciário Nacional. Relatório Temático sobre mulheres privadas de liberdade - junho de 2017. Brasília, 2019. Disponível em: http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/copy_of_Infopenmulheresjunho2017.pdf. Acesso em 9 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Proteção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota Técnica nº 04/2020. Orientações para Serviços de Saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) – Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-technicas/nota-technica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 09/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS – Recomendações para o Trabalho de Parto, Parto e Puerpério durante a pandemia da COVID-19. Abr. 2020. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014382931-Nota-Tecnica_9.4.2020_parto.pdf. Acesso em: 11 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 3 de Junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/resolucao-no-36-de-3-de-junho-de-2008/> Acesso em: 15 jun. 2021.

CASTRO, J.C. Parto humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com assistência ao parto. Ribeirão Preto, 2003. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição (OMS/WHO) – 1946. USP. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho>. Acesso em 14 jun 2021.

DODOU, H. D. et al (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: Percepções de puérperas. Esc. Anna Nery Enferm. vol.18, n.2, p. 262-269.

D' Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM de, Gusman CR, Torres JA, Angulo-Tuesta A, Rattner D, Domingues RMSM. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S154-S168.

GRANJA, R. (2015). De mulheres, criminalidades e sistema de justiça. Rumos e problemas. In M. I. Cunha (Ed.), *Do crime e do castigo: temas e debates contemporâneos*. Lisboa: Mundos Sociais (no prelo).

LEAL, Maria do Carmo et al . A cor da dor : iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 33, supl. 1, e00078816, 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jun. 2020.

LEAL, Maria do Carmo; Vasques da Silva Ayres, Barbara; Esteves-Pereira, Ana Paula; Roma Sánchez, Alexandra; Larouzé, Bernard Nascir na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 21, núm. 7, julho, 2016, pp. 2061-2070 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 10 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Departamento Penitenciário Nacional. Diretrizes para a Convivência Mãe-Filho/a no Sistema Prisional. Renata Barreto Preturlan e Rosângela Peixoto Santa Rita. Brasília, 2016. Disponível em: <https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/01/formacao-diretrizes-convivencia-mae-filho-1.pdf>. Acesso em: 14 jun, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Humanização do Parto. Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2021.

MOKI, Michelle. Representações sociais do trabalho carcerário feminino. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós- Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres. Conversando sobre Violência Obstétrica. São Paulo, julho, 2018. Disponível em:

[https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha_VO_JUL_2018%20\(3\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha_VO_JUL_2018%20(3).pdf).

Acesso em: 14 jun. 2021.

PARTO DO PRINCÍPIO. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”. CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em:

<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.

Acesso em: 08 jun, 2017.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Nota Técnica Nº 03/2020, que dispõe sobre o manejo da Assistência às Mulheres no Ciclo Gravídico Puerperal e para o Recém Nascido no que se refere à lactação, considerando a situação atual na Saúde Pública com relação à pandemia causada pelo novo Coronavírus SARS-Cov-2 (COVID-19). Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota-tecnica-n-3-ses-sao-paulo.pdf>. Acesso em: 10 jun 2021.

SENADO FEDERAL. Parecer nº 002/2004 - Comissão de Assuntos Sociais - CAS - Relatora, Senadora Patrícia Saboya Gomes. Disponível em:

<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3446569&ts=1594029556572&disposition=inline>. Acesso em: 01 jun. 2021.

SIMÃO, Carolina Ramos. Índice de Apgar e comorbilidades no recém-nascido Estudo retrospectivo de 2 anos no CHUCB. 2020. Disponível em:

<https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/10687> Acesso em: 15 jun 2021.

SIMAS, Luciana e VENTURA, Miriam. Direito Humano à Maternidade para Mulheres Privadas de Liberdade. Revista Eletrônica OAB/RJ. 2018. Disponível em:

<https://revistaeletronica.oabRJ.org.br/wp-content/uploads/2018/03/DIREITO-HUMANO-A-MATERNIDADE-PARA-MULHERES-PRIVADAS-DE-LIBERDADE.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

VIEIRA, C.M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 84p.

WALKLATE, S. (2004). Gender, crime and criminal justice (2 ed.). United Kingdom: Willan Publishing.