



UNIVERSIDADE TIRADENTES – UNIT
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – ARTIGO
CIENTÍFICO

A PARTICIPAÇÃO DO ESTADO DURANTE E PÓS GESTAÇÃO DA
MULHER

KAREN VALESKA CHAGAS CUNHA
RITA DE CÁSSIA BARROS DE MENEZES

ARACAJU – SE
2020

KAREN VALESKA CHAGAS CUNHA

**A PARTICIPAÇÃO DO ESTADO DURANTE E PÓS GESTAÇÃO DA
MULHER**

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo –
apresentado ao Curso de Direito da
Universidade Tiradentes – UNIT, como
requisito parcial para obtenção do grau de
bacharel em Direito.

Aprovado em ____/____/____.

Banca Examinadora

Professor

Orientador Universidade Tiradentes

Professor Examinador

Universidade Tiradentes

Professor Examinador

Universidade Tiradentes

A PARTICIPAÇÃO DO ESTADO DURANTE E PÓS GESTAÇÃO DA MULHER

Karen Valeska Chagas Cunha¹

RESUMO: O presente trabalho versa mostrar a participação do Estado durante e pós gestação da mulher, apresentando os insuficientes programas fornecidos pelo Estado durante este período, tendo em vista a gestação acarretar várias preocupações para as novas mães sem uma vida digna para o filho. Contudo, pretende-se mostrar a situação crítica de mulheres gestantes, apresentando medidas protetivas oferecidas pelo Estado, conforme garantias estabelecidas em lei analisando se tais medidas são suficientes para proporcionar uma vida digna para elas e seus filhos, que também já tem expectativas de direito, e se tais programas são suficientes para oferecer uma possível redução da pobreza e manutenção dos vínculos familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Participação do Estado. Gestação. Proteção.

STATE PARTICIPATION DURING AND POSTING WOMEN'S PREGNANCY

ABSTRACT: The present work deals with showing the participation of the State during and after the woman's pregnancy, presenting the insufficient programs provided by the State during this period, in view of the pregnancy causing several concerns for new mothers without a dignified life for the child. However, it is intended to show the critical situation of pregnant women, presenting protective measures offered by the State, according to guarantees established by law, analyzing whether such measures are sufficient to provide a dignified life for them and their children, who also already have expectations of law, and whether such programs are sufficient to offer a possible reduction of poverty and maintenance of family ties.

¹ Acadêmica em Direito; karenchagas@gmail.com

KEYWORDS: State participation. Gestation. Protection.

1 INTRODUÇÃO

O presente tema aborda a participação do Estado e a sua omissão ou pequena participação durante o período pré e pós gestacional. Esta situação gera grande preocupação de toda a sociedade, pois, não se trata somente da mulher, pois, a gravidez não envolve só a mãe, mas também, o filho e por vezes, demais membros da família.

Tendo por premissa esta situação, pode-se notar a insignificante participação do Estado em relação aos cuidados com as mulheres gestantes, sobretudo, as de baixa renda, causando uma inquietação da sociedade, gerando diversos debates que visam buscar de novas propostas de melhoria para uma vida digna para todos envolvidos em tão precária situação.

Do ponto de vista legal, analisando o aborto, que é uma das ações do Estado, em relação à gestação, verifica-se a sua criminalização, visando proteger a vida, em regra, do nascituro, e a mãe somente em casos de doença, além disso, concluindo-se que a mãe não tem direito à escolha sobre a interrupção da gravidez e muito menos um apoio digno do Estado, pois no momento em que o Estado criminaliza o aborto deve dar um olhar mais amplo e protetivo visando garantir uma vida digna à mãe e a criança.

Deve-se esclarecer que, sem uma eficácia de 100% dos métodos contraceptivos, adotar medidas de proteção para as novas mães e seus filhos é de suma importância, desde o momento da gravidez, ainda que indesejada, como, por exemplo, um tratamento específico para a mãe, apresentando as possibilidades do bebê vir a ter uma vida digna ao seu lado ou de uma nova família, caso venha a ser adotado.

Deve-se discutir também que nas situações como a da gravidez indesejada, ainda que as mães acabem aceitando, muitas vezes se encontram em situações complexas, como desemprego, abandono pelos parceiros ou às vezes, sequer sabem quem é o pai da criança, outras vezes, a gestante ainda é menor de idade e a sua família não aceita a gravidez. São diversas situações em que o Estado deve estar pronto para oferecer à gestante e seu filho condições dignas e protetivas.

Quando se trata do nascituro o mesmo está amparado pela Constituição Federal, Código Civil e o Código Penal, como já citado anteriormente, mas em relação à proteção da gestante, não se encontra tão clara, tornando-se muito difícil a sua discussão.

Assim, a escolha do presente tema visa analisar soluções eficazes para acabar com o sofrimento das mães que desejam ter uma gravidez tranquila, porém se preocupam com a criação do filho e especialmente para aquelas que não desejam tal gravidez, vendo-se sem soluções eficazes, por parte do Estado, que acabam procurando medidas clandestinas para cessar o sofrimento, pois, o Estado protege a nova vida, porém é ineficaz para garantir ao filho e a mãe, uma vida digna e justa na sociedade.

O tema é de relevância devido à preocupação que a sociedade vem enfrentando frente à pequena ou quase omissa participação do Estado no período de gestação da mulher, sobretudo, a de baixa renda.

A realização da prática do aborto não é concebível em determinados casos, mas não é a única preocupação que o Estado deve ter, sendo necessária uma participação no período em que a mulher passa por grandes transformações e necessita de maiores cuidados do Estado.

O presente estudo faz uma análise do tema, utilizando como metodologia, a abordagem quantitativa, com o objetivo da pesquisa de forma descritiva. Por fim, as formas de procedimentos utilizadas são as bibliográficas e documentais.

2 O SURGIMENTO DA VIDA

2.1 Das questões controvertidas acerca da gestação e do nascimento

A pouca participação do Estado na gestação da mulher é um tema preocupante e até os dias atuais poucas medidas foram tomadas para ajudar essas mulheres nesse período de grande importância na sua vida e de todos aqueles que a cercam.

A partir do momento em que mulher descobre à gravidez surgem várias sensações e questionamentos. Para cada mulher a gestação é vivida de uma forma diferente, pois, cada uma carrega uma história e algumas delas não são das melhores. Muitas mulheres sonham em gerar seu filho no momento em que já adquiriram estabilidade financeira e já

outras sonham a partir do casamento, mas infelizmente algumas vezes não é dessa forma que acontecem os fatos, ocorrendo uma gravidez sem planejamento.

Esperada ou não, a notícia de uma gravidez é sempre um choque emocional para qualquer mulher. De uma hora para outra, ela descobre que não só o seu corpo, mas também sua rotina, seus planos e toda a sua vida vão mudar radicalmente. E é compreensível que esse conjunto de mudanças e novidades gere alguns medos (LAFRAIA, 2020).

Na descoberta da gravidez para aquelas que não estavam esperando esse momento é delicado, algumas pensam em primeiro instante em como iram criar esse filho, pois, as vezes essa nova mãe não se encontra em uma boa situação financeira, desempregada, sem apoio dos familiares, sofrendo rejeição do pai da criança e várias outras situações.

Nos primeiros dias da gestação os pensamentos são mais angustiantes e frequentes na mente na mulher, são tantas dúvidas, que algumas chegam a pensar em tirar a nova vida que está por vim e a sua própria vida também, sem conseguir encontrar uma solução. Algumas mulheres já decidem desde a confirmação da gravidez que não querem o filho, já outras no decorrer dos meses e ocorrer que muitas delas tomam medidas drásticas, realizando o aborto clandestino.

No momento em que a mulher decide realizar o aborto, muitas coisas já se passaram na sua mente e a única saída que elas encontram é essa, mesmo sendo um crime, mas para elas essa está sendo a menor preocupação. A maior preocupação para essas mães são: “como vão gerar essa vida desempregada, sem ajuda financeira?”, “como iram garantir uma vida digna para a criança?”, e outra preocupação é a possibilidade de entregar para adoção, porém, já vêm outros questionamentos, “será que o filho vai ser logo adotado ou vai crescer na fila de espera?”, “o que acontecerá após completar 18 anos?” ... são vários os questionamentos.

De acordo com Suely Souza de Almeida, o termo gênero, nesse sentido, seria para designar a construção social existente sobre os sexos, designando papéis e posições diferentes para o homem e para a mulher (ALMEIDA, 2007, p. 24).

2.2 A participação do Estado em programas para gestante e a criança

Diante das situações descritas, o Estado brasileiro fornece programas para as gestantes, sendo um deles a Rede Cegonha, criado em 2011, que é por meio desse que o SUS proporciona planejamento reprodutivo e assistência à gestante durante o pré-natal, parto, nascimento e período puerpério, com atenção integral à saúde da criança e com objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil (SOUZA, 2017).

Nesse programa, o governo oferece à mulher o teste rápido de gravidez, consultas de exames e acompanhamentos de acordo com a caderneta da gestante, detecção e prevenção de transmissão de doenças, como sífilis e HIV, preparação física, psicológica e emocional para o parto e o incentivo da participação do pai ou parceiro durante todo o processo. Contudo, não acaba com o nascimento da criança, tem seguimento nos cuidados com a mãe e o bebê até 42 dias após o parto, no período puerpério, chegando ao fim quando a criança completa 2 anos de idade.

Outra política pública oferecida pelo governo é o programa de Bolsa Família, que tem o objetivo de combater a fome e a segurança alimentar e nutricional, combater a pobreza e outras formas de privação das famílias, promover o acesso às redes de serviço público, em especial, a saúde, educação, segurança alimentar e assistência social. Esse programa paga mensalmente um devido valor a família de baixa renda, que também são compostos de dois outros programas: Variável Gestante e Variável Nutriz, criados também em 2011. Eles são pagos durante o período de gravidez e nos primeiros meses de amamentação, com o objetivo de reforçar a alimentação das mães e dos recém-nascidos e outras necessidades.

As famílias extremamente pobres são aquelas que têm renda mensal de até R\$ 89,00 por pessoa. As famílias pobres são aquelas que têm renda mensal entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 por pessoa. As famílias pobres participam do programa, desde que tenham em sua composição gestantes e crianças ou adolescentes entre 0 e 17 anos.

Para se candidatar ao programa, é necessário que a família esteja inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, com seus dados atualizados há menos de 2 anos, como endereço, telefonia de contato, etc. Caso atenda aos requisitos de renda e não esteja inscrito, é necessário procurar o responsável pelo Programa Bolsa Família na prefeitura de sua cidade para se inscrever no Cadastro Único.

O cadastramento é um pré-requisito, mas não implica na entrada imediata das famílias no Programa, nem no recebimento do benefício. Mensalmente, o MDS—Ministério do Desenvolvimento Social seleciona de forma automatizada as famílias que serão incluídas para receber o benefício.

O benefício Variável Gestante é pago durante os nove meses da gestação, no valor de R\$ 41,00. O benefício deve ser solicitado assim que a mulher iniciar o acompanhamento com a equipe de atenção básica da saúde do município, e se solicitado já com alguns meses de gestação, só irá receber o benefício a partir do momento da solicitação, em seguida os dados são registrados no Sistema de Bolsa Família na Saúde para que seja efetuado os pagamentos pelo Ministério do Desenvolvimento Social.

O benefício Variável Nutriz, é pago no valor de R\$ 41,00, a partir do nascimento da criança até os próximos 6 meses, tem o objetivo de garantir a alimentação da criança, que também pode ser solicitado no setor responsável pelo programa no município, com a apresentação da certidão de nascimento do bebê, contudo, a partir dessa inclusão o benefício será concedido a partir desde data até o bebê completar 6 meses de vida.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2013 mostram que a criação do complemento às mães grávidas não estimulou o crescimento das famílias. Nos últimos 10 anos, o número de filhos por família no Brasil caiu 10,7%. Entre os 20% mais pobres, a queda registrada no mesmo período foi 15,7%. A maior redução foi identificada entre os 20% mais pobres que vivem na região Nordeste: 26,4% (BELLO, 2017).

Além dos benefícios variáveis também é oferecido pelo governo, dentro do programa de Bolsa Família, destinados a criança e adolescentes entre 0 a 15 anos de idade, o valor de R\$ 41,00 e entre 16 a 17 anos de idade, o benefício variável Jovem, no valor de R\$ 48,00 por mês e cada família pode acumular até 2 benefícios, ou seja, R\$96,00.

2.3 A insuficiente participação do Estado no enfrentamento da gravidez indesejada

O Estado brasileiro ao se preocupar com a gravidez da mulher de baixa renda, criou programas, como a Rede Cegonha para o acompanhamento da vida da mãe e do bebê, criou o programa Bolsa Família, Variável Gestante, Variável Nutriz, fornecendo ajuda financeira, entre outros, criando assim um conjunto de ajudas físicas, psíquicas e financeiras.

Ocorre que os devidos programas são insuficientes para garantir tais objetivos, principalmente quando se trata no combate à fome e a pobreza, pois, diante do que é oferecido para a mãe em cada programa, verifica-se que não é uma quantia digna, tomando-se por base o benefício da Variável Gestante, que é pago a mãe durante os 9 meses da gestação o valor de R\$ 41,00.

Diante de módico valor oferecido pelo Governo, é inadmissível obter uma gestação com um custeio suficiente, pois, durante o período de 9 meses é necessário para a gestante, medicamentos, que algumas vezes são passados em urgência e nos postos de saúde, que não se encontram disponíveis para distribuição, tendo que a mãe aguardar até a chegada do medicamento, além disso, é necessário o acompanhamento com nutricionistas, fornecido pelo Estado, para uma boa alimentação, concluindo-se que é impossível, se garantir à mãe uma boa alimentação com o custeio de R\$ 41,00 mensalmente.

O benefício Variável Nutriz, que também é oferecido pelo Estado, tem o valor de R\$ 41,00 mensalmente, a partir do nascimento até os 6 meses do bebê, para custos de alimentação da criança. Ocorre que uma lata de leite custa em média de 12,90 nos mercados, sendo que um bebê de até 6 meses de vida consome em média de 700ml a 1000ml, dos 6 meses a 12 meses, consome 500ml a 600ml, dividido em 3 vezes e de 1 a 6 anos de idade um total de 600ml dividido em 3 vezes ao dia. Além da alimentação a criança tem gastos com medicamentos, roupas, lazer, ficando claro que a mãe não conseguirá manter essa criança com um valor tão baixo (ELMAN, 2015).

Em seguida, vem o benefício Variável entra 0 a 15 anos, também de R\$ 41,00, devendo-se levar em consideração, que nesta idade, o filho já tem outras necessidades com a educação, livros, aparelhos eletrônicos, comida, roupas, etc. Ocorre que os gastos são muitos maiores que esse valor fornecidos, a depender do tipo de um livro educacional, como exemplo, o livro Aprender Juntos, utilizado no 2º ano, sendo base nacional comum curricular, custa em média de R\$ 144,89, e obtendo o kit completo no valor de R\$ 453,51.

Contudo, podemos observar a participação do Estado na vida das gestantes, porém de forma insuficiente. Os programas fornecidos são de grande qualidade e de ajuda para essas mães, porém não conseguem combater a fome e a pobreza.

3 DAS CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS E LEGAIS DA PRÁTICA DO ABORTO

3.1 Da análise do aborto e das consequências físicas

A lei de feminicídio (Lei nº 13.104) entrou em vigor em 2015, alterando o Código Penal Brasileiro, a fim de incluir uma modalidade de homicídio qualificado: o feminicídio, que consiste no óbito de mulheres por possuir sexo feminino (GRECCO, 2015).

O aborto é um termo utilizado para designar a interrupção da gravidez antes do período perinatal, ou seja, quando ainda não há viabilidade do feto. Embora o termo aborto seja bastante utilizado, o nome adequado a esse processo é abortamento. O período perinatal corresponde ao período entre a 22ª semana de gestação, quando o feto apresenta a partir de 500 gramas, até a primeira semana de vida do bebê (SANTOS, 2020).

Quando o aborto ocorre até a 12ª semana de gestação, ele é denominado de aborto precoce, a partir da 12ª semana de gestação, é denominado de aborto tardio. Cerca de 80% dos abortos são precoces (SANTOS, 2020).

São diversas as práticas de forma de abortamento, sendo natural ou de forma provocada pela mãe ou por terceiros, sendo umas delas por meio de chás abortivos, remédios e por meio de procedimento cirúrgico clandestino, sendo este último, o foco e sendo este o que mais causam problemas físicos e mentais nas mulheres, sendo estes praticados por diversos motivos.

Afirmou Maria de Fátima Marinho de Souza, diretora do Departamento de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde:

A estimativa do Ministério da Saúde é de cerca de 1 milhão de abortos induzidos, portanto, uma carga extremamente alta que independe da classe social. O que depende da classe social é a gravidade e a morte. Quem mais morre por aborto no Brasil são mulheres negras, jovens, solteiras e com até o Ensino Fundamental. (SOUZA, 2018)

Ainda de acordo com o órgão, os procedimentos inseguros de interrupção voluntária da gravidez levam à hospitalização de mais de 250 mil mulheres por ano, cerca de 15 mil complicações e 5 mil internações de muita gravidade. O aborto inseguro causou a morte de 203 mulheres em 2016, o que representa uma morte a cada 2 dias. Nos últimos 10 anos, foram duas mil mortes maternas por esse motivo (SOUZA, 2018).

Nathalia Passarinho da BBC News Brasil em Londres, em 13 de junho 2018, relata a história de aborto clandestino vivido por Maria e o motivo de chegar a essa decisão. “A dor maior é a sentimental. É você se sentir sozinha”. É assim que Maria, de 24 anos, descreve como se sentiu ao fazer um aborto, sozinha, num quarto barato de hotel em São Paulo, aos 17 anos, “Eu estava num relacionamento muito abusivo. Eu não percebia isso na época. Quando ele terminou, eu descobri que estava grávida. Então eu fui atrás de conseguir o medicamento e tomar minhas decisões”, contou em entrevista à BBC Brasil. Com medo da reação da mãe e das amigas, ela decidiu fazer o procedimento em segredo. Pegou instruções sobre como tomar o remédio com uma enfermeira que conhecia (PASSARINHO, 2018).

O ex-namorado de Maria era o único presente no quarto de hotel, quando ela tomou os medicamentos. Mas, a jovem começou se sentir muito mal e desmaiou. Em vez de levá-la ao hospital, o rapaz desapareceu por medo de ser incriminado.

A jovem ainda relata que ao acordar ficou muito chateada com a situação, pois era a vida dela em jogo e sem saber bem o que fazer, a jovem voltou para casa após a madrugada de aborto e demorou a procurar um hospital. Hoje ela tem consciência de que poderia ter morrido e de que perdeu muito sangue durante o procedimento (PASSARINHO, 2018).

Maria foi uma das poucas jovens que não sofreu consequências físicas, como a morte ou a perda de algum órgão após o aborto, ficando com graves consequências psicológicas que lhe segue por longos anos, sendo necessário fazer acompanhamento com profissionais da saúde, que além de lidar com a prática do aborto, também é necessário lidar com os pensamentos que a levaram a fazer a prática.

Muitas mulheres desenvolvem depressão pós-parto, depois de aborto provocado, que acarretam várias alterações psicológicas, como sentimento de culpa, angústia e ansiedade e nas piores situações podem levar ao suicídio, ou mutilação do corpo, transtornos alimentares, alcoolismo, agressividade, isolamento, dentre outros, sendo assim, necessário tratamento.

Além das consequências psíquicas, vem as físicas, que são algumas delas: perfuração do útero, retenção de restos da placenta que pode causar uma infecção urinária, pode também ser contaminada pelo tétano, pela utilização dos objetos sem os devidos

cuidados, esterilidade e por fim, inflamações nas trompas e no útero que podem se espalhar por todo o corpo, que pode levar a morte da mulher (SEDICIAIS, 2020).

3.2 Da abordagem das consequências legais

O aborto, no Brasil é considerado crime contra a vida humana, que é tutelada e protegida pelo Código Penal e está previsto nos artigos 124 a 128, *in verbis*:

Art. 124 – Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque: Pena – detenção, de um a três anos.

Art. 125 – Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: Pena – reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 – Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena – reclusão, de um a quatro anos. Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Art. 127 – As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provoca-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128 – Não se pune o aborto praticado por médico: I – se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II – se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

No artigo 128, Código Penal deixa clara a permissão do aborto nas devidas situações descritas quando o feto nascerá com anomalias graves. Foi decidido em 2012 pelo Supremo Tribunal Federal pela ADPF 54, que descreve a interrupção da gravidez pelos fetos anencefálicos, com um “parto” antecipado para fim terapêutico. Nesses casos o governo brasileiro fornece gratuitamente o abortamento legal pelo Sistema Único de Saúde e essa permissão significa uma escusa absolutória da ilegalidade da prática do aborto.

A rede do SUS fornece uma grande ajuda às mulheres, para diminuir os abalos físicos e psíquicos que acarretam na gestação que apresentam complicações na gestação, pois, mesmo que legalizado, não deixar de ser uma forma de abortamento, que também acarretam várias sensações para essas mulheres.

Emerge-se na doutrina, uma grande dúvida sobre o momento em que há o produto da concepção, e quando morte deste produto é considerada aborto. Todavia, caminhando na esteira da doutrina civil, pode-se concluir que, o início da vida se dá com a fecundação

do óvulo, muito embora, considera-se aborto a morte do ovo (até três semanas de gestação), embrião (de três semanas a três meses) e feto (após três meses). Lembrando que, independentemente deste produto ser expelido ou não de sua mãe, o crime restará configurado. (LIMA, 2014).

A Constituição Federal de 1988 defende a preservação da vida humana, sem distinções, e o Código Civil brasileiro também, previsto do artigo 2º: “A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro. E além destes, o ECA também protege o embrião desde a concepção, o nascimento e desenvolvimento”.

Atualmente, ocorrem grandes debates entre grupos de movimentos pró-vida, prevalecendo a existência da vida desde a concepção e a criminalização do aborto e os pró-escolhas, sobre a partir da confirmação da gravidez, deve ou não a gestante interrompê-la. Para continuação da criminalização da prática do aborto é necessário um grande desenvolvimento do País.

Para que o País criminalize essa prática deve estar pronto para conseguir abarcar todas as mulheres em situação de vulnerabilidade em relação à gestação, oferecendo-lhes uma vida digna e para seus filhos, continuando com os tratamentos para as mães, um abrigo “lar” para a criança, sem superlotação e com alimentação devida e escolas com bons ensinamentos e possibilidades de empregos no futuro.

4 DOS ASPECTOS DA LEI

4.1 Da proteção da mãe

Os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, lhe assegurando uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância (PAES, 2018).

Além da Convenção, o Estado brasileiro, na lei nº 13. 257/2016, ampliou a rede de atenção a gestante modificando o artigo 8º do ECA: Art. 8º:

É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e

atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§ 1.º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária.

§ 2.º Os profissionais de saúde de referência a gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher.

§ 3.º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação.

§ 4.º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal.

§ 5.º A assistência referida no § 4.º deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade.

§ 6.º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.

§ 7.º A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança.

§ 8.º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos.

§ 9.º A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puerpera que não comparecer às consultas pós-parto.

§ 10. Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança.

O maior objetivo da lei é garantir a mulher uma gestação tranquila, com assistência do governo, na sua nutrição durante e depois desse período, garantir um bom trabalho de parto, assistência psicológica e em especial assistência para aquelas que desenvolvem distúrbios de ordem psicológica, que acabam rejeitando os seus filhos e assim, levando ao abandono. Caso a mãe esteja decidida a promover a entrega de seu filho para adoção, deve ser orientada a proceder na forma da lei.

Assim como estabelecido nas garantias em lei, o governo criou um programa específico, como já citado anteriormente, o programa da Rede Cegonha, que é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (CEGONHA, 2011).

O objetivo desse programa é promover a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e, além dela proteger à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança. Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade. E por último reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (CEGONHA, 2011).

4.2 Da proteção a violência obstétrica

Além das proteções estabelecidas em lei específicas a mulher gestante, ocorre outra situação que não pode passar despercebida, e que ocorre com grande frequência no país, que é a violência obstétrica, um assunto polêmico no Brasil, considerando que as pesquisas revelam que uma a cada quatro brasileiras já foi vítima de violência obstétrica (PAES, 2018).

Entende-se por violência obstétrica toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia. Esse conceito engloba todos os prestadores de serviço de saúde, não apenas os médicos (PAES, 2018).

Define-se, ainda, como violência obstétrica qualquer ato ou intervenção direcionada à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que recentemente deu à luz), ou ao seu bebê, praticado sem o seu consentimento explícito ou informado e em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos e preferências (PAES, 2018).

A violência obstétrica constitui uma grave violação à autonomia das mulheres, aos seus direitos humanos e aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Assim caracterizam a violência obstétrica atos como: violência exercida com gritos; os procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, e a falta de analgesia e negligência; recusa à admissão ao hospital (Lei 11.634/2007); impedimento de entrada de acompanhante (Lei 11.108/2005); violência psicológica (tratamento agressivo, discriminatório, grosseiro, zombeteiro, inclusive em razão de sua cor, etnia, raça, religião, estado civil, orientação sexual e número de filhos); impedimento de contato com o bebê; o impedimento ao aleitamento materno; a cesariana desnecessária e sem consentimento; realização de episiotomia de modo indiscriminado; o uso de ocitocina sem consentimento da mulher; a manobra de Kristeller (pressão sobre a barriga da gestante para empurrar o bebê); a proibição de a mulher se alimentar ou de se hidratar e obrigar a mulher a permanecer deitada (PICKLES, 2018).

A Pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2014, afirma que são as mulheres negras que mais sofrem violência obstétrica, pois são as que mais peregrinam na hora do parto, ficaram mais tempo em espera para serem atendidas, tem menos tempo de consulta, estão submetidas a procedimentos dolorosos sem analgesia, estão em maior risco de morte materna. Cerca de 60% das mulheres que morrem de morte materna são negras. É importante ressaltar que a morte materna é considerada uma morte prevenível e que em 90% dos casos poderia ser evitada se as mulheres tivessem atendimento adequado (GOES, 2016).

Sobre a morte materna, enquanto não for enfrentado o racismo institucional nos serviços de saúde, garantindo a equidade entre mulheres negras e brancas, o Brasil continuará a ter a alta taxa de mortalidade (63,9/100 mil nascidos vivos – 2013), neste sentido é importante destacar que o Brasil não alcançou a meta do Objetivo do Desenvolvimento do Milênio sobre saúde materna, que deveria chegar no máximo de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015, mas, se por acaso o Brasil fosse de mulheres brancas (35,6/100 mil nascidos vivos – 2013); (mulheres negras foram de 62,8/100 mil nascidos vivos) a meta teria sido alcançada (GOES, 2016).

Houve negligência no atendimento à adolescente, que ficou por mais de cinco horas no hospital, sem atendimento de médico, queixou-se de dor de cabeça, houve

insistência no parto normal, quando apresentou quadro de eclampsia, fizeram a cesárea tardiamente e Rafaela foi a óbito (GELEDES, 2016).

O Dossiê revela que a eclâmpsia, pré-eclâmpsia e os distúrbios hipertensivos afetam muito mais a população negra, sendo as maiores causas da mortalidade materna da população negra. Apesar disso, o médico não poupou seu diagnóstico com base em preconceito racial e socioeconômico. O racismo dos 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 (GELEDES, 2016).

“Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!”, fala atribuída ao anestesista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas (GELEDES, 2016).

Atualmente no País, infelizmente, ocorre casos frequentes como o de Rafaela Cristina, devido a negligência de profissionais e além dessa caso a violência obstétrica, ocorre por outros meios e outras pessoas, não apenas os profissionais da saúde, como citado logo acima, porém as leis brasileiras se encontram presentes, mas ainda não conseguiram combater tantos casos de morte, pois mesmo sem lei específica para a violência obstétrica, temos leis genéricas e algumas estaduais e direitos previstos na Constituição Federal.

4.3 Da proteção à criança

A Constituição Federal de 1988 estabelece no artigo 227: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Antes do artigo 227 da Constituição Federal entrar em vigor, era somente devido aos pais o dever de assegurar a criança e adolescente, seus direitos, conforme estabelecido no Código de Menores. Atualmente, além de se responsabilizar os pais ou os responsáveis pelo menor, também é dever do Estado o cuidado com a criança e adolescente, que pode ser demandado, caso não preste os devidos auxílios a eles.

Além da Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 4º, afirma que: “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é o conjunto de normas do ordenamento jurídico brasileiro que tem como objetivo a proteção integral da criança e do adolescente, aplicando medidas e expedindo encaminhamentos para o juiz. É o marco legal e regulatório dos direitos humanos de crianças e adolescentes.

Além das leis brasileiras específicas, temos também os direitos das crianças e dos adolescentes previstos na Convenção Americana sobre os Direitos Humanos (Pacto de San José, 1969), descrito do artigo 19, afirmando que: Toda criança tem direito às medidas de proteção que na sua condição de menor requer, por parte da família, da sociedade e do estado.

Dando seguimento, podemos encontrar essas garantias em princípios. Princípios podem ser conceituados como a verdade básica e imutável de uma ciência, funcionando como pilares fundamentais da construção de todo o estudo doutrinário (BARROSO, 2011, p. 23).

Em destaque podemos notar o princípio da Prioridade Absoluta, que garante os direitos da criança e do adolescente, sendo o Estado responsável por oferecer serviços adequados e de forma suficiente para prevenir e superar os casos de violência desses direitos e fortalecer também o vínculo da criança no seu ambiente familiar biológico. Esse princípio fica definido nos artigos já citado acima, sendo ele o 227 da Constituição Federal e o 4º da lei 8.069/90.

Ressalve-se que a “prioridade consiste no reconhecimento de que a criança e o adolescente são o futuro da sociedade e por isso, devem ser tratadas com absoluta preferência” (FULEM, DEZEM e MARTINS, 2013, p. 32).

Sendo assim, podemos exprimir do artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente, que além da descrição, temos: O direito à vida digna, a prestação de socorro, a nutrição, acesso a rede pública, atendimento digno, respeito, educação de boa qualidade, lazer, sendo abrangidos em todas as áreas, como acesso aos esportes, parques e demais ambientes infantis, execução de políticas sociais públicas e liberdade.

Devemos entender que a criança e o adolescente deverão estar em primeiro lugar na escala de preocupações dos governantes, devemos entender que, em primeiro, devem ser atendidas todas as necessidades das crianças e adolescentes, pois “o maior patrimônio de uma nação é seu povo, e o maior patrimônio do povo são suas crianças e jovens” (*apud* LIBERATI 2010, p. 18).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise ampla sobre a participação do governo na descoberta da gravidez inesperada, durante e pós gestação e sobre os questionamentos das mães, preocupações, durante a gestação, o nascimento, desenvolvimento e até a criança chegar a vida adulta, com base em alguns depoimentos de experiências de algumas mães. Além disso, analisou-se dados estatísticos do número de abortos praticados no Brasil.

As preocupações que acarretam essas novas mães são de grande importância e na maioria das vezes não são ouvidas. Ocorre que nos primeiros momentos da gestação são os mais delicados, sendo necessária, além do apoio da família, a participação do Estado para essas mulheres, com maior atenção para as mais carentes.

Ao fazer a pesquisa verificou-se que o Estado criou programas exemplares para ajudar as novas mães e os seus bebês, além da ajuda psicológica, financeira. Considerando que, os programas criados pelo governo foram de grande inteligência, porém, são aplicados de forma insuficientes em todo o Estado brasileiro. O governo ao criminalizar a prática do aborto, criando programas para ajudar essas novas famílias, os programas devem ser aplicados de forma eficazes para evitar mais ainda o número de aborto clandestino e miserabilidade dessas novas vidas.

A situação que algumas mulheres chegam, sem emprego, sem ajuda da família e com insuficiente participação do Estado, as levam a praticar o aborto clandestino, pois, algumas não tem o mínimo para manter uma criança. O estado que essas mulheres se encontram é tão crítico que não conseguem enxergar outras possibilidades, porém a prática do aborto por falta de apoio, questões financeiras, psicológicas e as demais, não são justificativas para cessarem a nova vida, mas no momento em isso ocorre o crime não é somente da mãe, e sim também do Estado brasileiro, que a partir da criminalização do aborto deveriam ajudar essas mães de forma eficaz.

Dada à importância do tema, é necessário movimentar a máquina estatal para uma ajuda maior, colocando verdadeiramente em prática os programas criados por eles, oferecendo mais acesso para essas mães, mais participação e opiniões e gostos das mesmas de como desejam levar a sua gravidez e o parto. Pode-se notar, logicamente, que mais mortes podem ser evitadas e mais vidas podem ser levadas uma melhor forma, sem miserabilidade.

Nesse sentido, a necessidade de colocar mais efetividade e rapidez nos programas governamentais, é de grande importância. A vida é o bem maior e deve ser preservado e protegido, como já é pela Constituição Federal brasileira e no Código Penal, com a criminalização do aborto, porém, o aborto clandestino ainda continua, por vários fatores não justificáveis. Para que os níveis dessas práticas sejam reduzidos é preciso um olhar maior para essas mães e as novas vidas, colocando assim, em prática o que já foi criado, de forma suficiente.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BIOLOGIA NET. **Reprodução Humana, Aborto**. Disponível em: <<https://www.biologianet.com/embriologia-reproducao-humana/aborto.htm>>. Acesso em 29abr2020.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Bolsa Família**. Disponível em: <<http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/paginas/default.aspx>>. Acesso: 30abr2020.

COFEN, **Conselho Federal de Enfermagem**. 2018.

DEZEM, Guilherme Madeira. **Estatuto da criança e do adolescente: difusos e coletivos** / Guilherme Madeira Dezem, Paulo Henrique Aranda Fuller, Flávio Martins Alves Nunes Júnior. 3. Ed. Ver., atual. E ampl. – São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

ELMAN, Ilana. **Nutricionista, Ciências/Nutrição**. Universidade de São Paulo.

GELEDES, Instituto da Mulher Negra, 2016.

INFORMATIVO. Fundação Perseu Abramo e Sesc. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. 2015.

LAFRAIA, Lorena. **Sempre família.** 2020. Disponível em: <<https://www.semprefamilia.com.br/defesa-da-vida/como-lidar-com-uma-gravidez-nao-planejada/>>. Acesso: 29abr2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cad. Saúde Pública [online]. 2014, vol. 30, suppl.1.

PORTAL ARQUIVOS. **Viva Mais SUS.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>>. Acesso: 30abr2020.

PASSARINHO, Nathalia. **BBC News Brasil.** 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44388608>>. Acesso: 28abr2020.

PICKLES, Camilla. **Obstetric Violence and Law,** British Academy Post-Doctoral Research Fellow.

PORTAL ÂMBITO JURÍDICO. 2014. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/elementos-estruturais-do-crime-de-aborto-e-suas-especificidades/>>. Acesso: 28abr2020.

REDE CEGONHA. **Ministério da Saúde.** 2011. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>>. Acesso: 30abr2020.

WIKIPÉDIA, 2017. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Estatuto_da_Crian%C3%A7a_e_do_Adolescente>. Acesso: 29abr2020.