

Plano de **PARTO**



EXPEDIENTE

Esse material foi organizado pela equipe do NUDEM* e NEIJ* da Defensoria Pública do Estado de São Paulo com a colaboração da Associação de Alunas/os e Egressas/os do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (A.O./USP) e do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde a partir de três referências principais:

- Guia criado pela Associação de Alunas/os e Egressas/os do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (A.O./USP) – 2016;
- Plano de parto sugerido pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância);
- Nova Caderneta da Gestante (2016) sobre a assistência ao pré-natal, parto e nascimento da Rede Cegonha, alinhada à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Última Atualização: 11/2018

Projeto gráfico:

EDEPE - Escola da Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Ilustrações adaptadas de vexels.com e freepik.com

* **NEIJ** - Núcleo Especializado de Infância e Juventude

* **NUDEM** - Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres



Meu nome: _____

Como quero ser chamada: _____

Número do cartão SUS (caso tenha): _____

Número do Sisprenatal (caso tenha): _____

Idade: _____ N° de gestações: _____ N° de partos: _____

Você já escolheu o nome da/do bebê?

Não () Sim () Qual? _____

Data provável de parto (DPP): ___ / ___ / _____

Local do parto (preferência): _____

Deseja visitar o local do parto antes?

Sim () Não ()

Eu desejo que esta pessoa **esteja comigo durante o trabalho de parto e parto** (nome/vínculo/contato)*

1. _____

2. _____

Sou acompanhada por esta equipe técnica - **entrar em contato na chegada à maternidade:** (nome/cargo/instituição/contato)*

1. _____

2. _____

3. _____

* Veja mais informações sobre a **Rede de Apoio e Cuidado** nas últimas páginas.

Assinatura: _____

O que é o

Plano de parto

É um documento **altamente recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por melhorar o nível do atendimento a mulheres e recém-nascidas/os** em todo o mundo. É considerado como **uma das práticas mais relevantes, devendo ser estimulada** e utilizada por todas as mulheres.



O **Ministério da Saúde do Brasil** e as **Secretarias de Saúde do Estado e do Município de São Paulo** criaram **Leis que garantem seu direito de escolha por uma maternidade segura, livre de intervenções desnecessárias e sem Violência Obstétrica***

Assim, esse documento busca garantir às mulheres a participação nas decisões que envolvam o nascimento de sua/seu filha/o. **Você poderá preencher a lista de cuidados a seguir, registrando o que considera importante durante seu trabalho de parto, parto e pós-parto, e como gostaria que sua/seu bebê fosse cuidada/o** logo após o nascimento.

É importante que você **converse sobre essa lista com profissionais de saúde** que a acompanham no pré-natal, que vão preencher junto com você cada opção, para que esclareçam todas as suas dúvidas.

Essa conversa é fundamental, mas **a decisão final é sua, a partir das possibilidades seguras que existirem naquele momento para você e para a/o bebê.**

*Violência que pode ocorrer na gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento.

É importante que você saiba que nem sempre seu Plano de Parto poderá ser seguido em sua totalidade, mas **você e sua/seu acompanhante devem ser esclarecidas/os quando isso não acontecer e outras possibilidades de conduta devem ser oferecidas!**

Se você for adolescente, tem o direito, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, de ser atendida com sigilo, privacidade, autonomia, e de receber informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Também pode ser atendida sozinha se preferir.

¹ LEGISLAÇÃO E REFERÊNCIAS:

Lei Federal nº 8.080/1990 - Dispõe sobre condições para a **promoção, proteção e recuperação da saúde**, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei Federal nº 11.108/2005 – Garante às parturientes **direito a acompanhante** durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto, no Sistema Único de Saúde, da rede própria ou conveniada.

Lei Federal nº 11.634/2007 - Garante à gestante o **direito de ser informada anteriormente**, pela equipe do pré-natal, **sobre qual é a Maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto.**

Lei Municipal nº 15.894/2013 - Institui o **Plano Municipal de São Paulo para a Humanização do Parto**, dispõe sobre a **administração de analgesia** em partos naturais, e dá outras providências.

Lei Estadual nº 15.759/2015 – **Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado** e dá outras providências.

Lei Municipal nº 16.602/2016 - Dispõe sobre a permissão da **presença de doula, sem prejuízo da presença de acompanhante**, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames de pré-natal, sempre que solicitado pela parturiente, nas maternidades, hospitais e demais equipamentos da rede de saúde da cidade de São Paulo.

Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal - Ministério da Saúde - 2017

Caderneta da Gestante – Ministério da Saúde – 4ª edição – 2018

Atenção no parto normal: um guia prático – Organização Mundial de Saúde/2013 (em tradução livre de Care in Normal Birth: a practical guide), que recomenda boas práticas para o parto normal.

Ministério da Saúde no Caderno Humaniza SUS/2014 - Vol. 4 – Humanização do Parto e do Nascimento sobre a autonomia da gestante durante esse processo, devendo ser respeitada e orientada quanto aos seus desejos pelas/os profissionais que a atenderem. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf

Recomendações da Organização Mundial de Saúde para os cuidados durante o parto, para uma experiência de parto positiva. Transformar a atenção a mulheres e recém-nascidos para melhorar sua saúde e bem estar – Organização Mundial de Saúde/2018.



Neste documento, construído junto com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, há um **destaque maior** sobre a **Rede de Apoio, Proteção e Cuidado das mulheres e de suas/ seus bebês.**

Assim, **essa versão do Plano de Parto traz mais espaço para você registrar os contatos de amigas/os, familiares e de profissionais da rede de assistência social e de saúde que a acompanham** e conhecem sua trajetória. Essas/es profissionais podem assinar e carimbar ao lado de seus nomes, **mostrando que você e sua/seu bebê já recebem acompanhamento e seguirão recebendo após o parto.**

Recomendamos que você também **assine este documento e o protocolo**, ou seja, **o entregue no local onde você pretende ter a/o bebê. É muito importante guardar com você uma cópia com a data, nome completo e assinatura de quem o recebeu.** A entrega tem que ser registrada em prontuário e a cópia deste Plano de Parto permanecer anexado a ele. Sempre que possível, entregue esse documento **antes do trabalho de parto**, dando assim conhecimento formal sobre sua situação e desejos relacionados ao parto, pós-parto e cuidados com a/o bebê. Você pode ir acompanhada de alguém de sua confiança (pode ser alguém da equipe que acompanha seu pré-natal).

No local onde será o seu parto **este documento deve ser lido junto com a/o profissional que fará seu atendimento**, que irá tirar suas dúvidas

“Para criar um bebê é necessário uma vila inteira!”

Provérbio africano

e buscar garantir que suas escolhas sejam respeitadas, **sempre que for possível.**

Esse documento também pode ser protocolado no Serviço Social do local onde você planeja o parto, para que a equipe já a conheça e se aproxime da sua **Rede de Apoio, Proteção e Cuidado**, conhecendo antes do parto quem já a acompanha.

Nessa ocasião, você também pode perguntar sobre **a visita ao local onde pretende que seja o parto**, para que apresentem o serviço a você, o que pode te deixar mais confiante e tranquila.

No momento do parto, caso você não consiga ir ao local que planejou, **o primeiro serviço de saúde que você procurar nesse momento deve lhe atender.** Em caso de transferência para outro serviço **o transporte deverá ser garantido de maneira segura.**

E mesmo que você não tenha comprovante de endereço ou inscrição no cadastro do Sistema Único de

Saúde (SUS), **you tem direito a acessar qualquer serviço de saúde pública***. Mas caso tenha, é importante separar antes e levar um documento seu com foto, caderneta da gestante e cartão SUS.

Caso você não tenha para onde ir após a alta é importante que a equipe da Rede que a acompanha combine com você, de preferência **antes do parto, onde você ficará com a/o bebê depois do nascimento.** Importante que consigam **a vaga em acolhimento conjunto para mãe e bebê, se esse for seu desejo**, e que os dados desse local estejam registrados ao final deste documento.

Caso seja necessário, você e/ou a/o profissional que a acompanha, podem procurar a Defensoria do seu território (endereços ao final) para atuarem na garantia dos seus direitos e da/o sua/seu bebê, tais como orientação jurídica, auxílio para conseguir documentos, para garantir vaga em Centros de Acolhida conjunto etc. Sempre que possível **é importante buscar esse atendimento bem antes do momento do parto, para dar tempo de articular a rede de apoio e tomar todas as providências necessárias.**

***Lei nº 13.714/18** determina que famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal **não precisam comprovar domicílio ou inscrição no cadastro no SUS para receberem atenção integral à saúde.**

A partir de Leis e das melhores evidências científicas, são oferecidas a seguir opções de escolha para você e sua/seu bebê. Você pode marcar as opções que deseja que sejam respeitadas.

Bom parto!



Durante o trabalho de parto eu desejo:

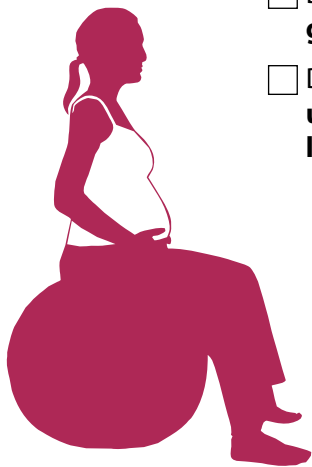
- Ter a presença de **acompanhante* e/ou doula*** de minha escolha.
- Ter **privacidade** e respeito à minha individualidade.
- Ingerir líquidos e comer** livremente.
- Caminhar e mudar de posição** quando quiser.
- Utilizar **métodos não farmacológicos para alívio da dor**, como: banho, uso da bola, massagens, exercícios, entre outros.
- Receber **medicação para alívio da dor**.
- Receber **anestesia**.
- Fazer **banho de imersão**.
- Receber **compressas** quentes/frias.
- Usar a **bola de parto**.
- Respirar profundamente, no ritmo das contrações, para facilitar a saída da/o bebê.
- Ser informada dos procedimentos** realizados em meu corpo.

* A pessoa que será sua acompanhante pode ser quem você quiser, homem ou mulher.

* Doula é uma mulher que presta apoio e auxílio a outras mulheres no momento do parto, e geralmente tem experiência nesse cuidado.

Durante o trabalho de parto eu desejo:

- Que o uso de **ocitocina** (“sorinho”) para a condução do trabalho de parto seja feito **somente se necessário e após meu consentimento informado**.
- Que não seja rompida a minha **bolsa das águas** (que protege a/o bebê) sem necessidade ou justificativa.
- Que não seja realizada a **raspagem** dos pelos pubianos.
- Que não seja realizada a **lavagem intestinal**.
- Que o exame de toque vaginal seja realizado **apenas quando necessário, com meu consentimento informado** e, de preferência, por somente uma/um profissional.
- Desejo usar **supositório de glicerina** no momento do parto.
- Desejo ouvir **música e um ambiente com pouca luminosidade**.





No momento do parto, eu gostaria:

- De estar em **ambiente calmo e com privacidade.**
- De **escolher posições que me deixem mais confortáveis** para parir.
- De **fazer força somente quando tiver vontade.**
- De **não utilizar apoios que prendam as minhas pernas.**
- De ter **opção de apoio** para os pés.
- Que tivesse **música durante o parto.**
- Que **não fosse feito o corte na vagina** ou períneo (episiotomia)*.
- De receber anestesia na hora de dar os pontos, **caso ocorra laceração (abertura espontânea do períneo).**
- Que o **ar condicionado fosse desligado** momentos antes do nascimento.
- Que, caso seja hospital-escola, **não houvesse mais de um ou dois estudantes, no máximo,** no momento do parto.

* Bebês podem nascer sem esse corte e na maioria das vezes não ocorre abertura espontânea (laceração). Mas quando acontece, a cicatrização costuma ser mais rápida e menos dolorosa do que quando se provoca o corte.



Após o parto eu desejo:

- Que sejam registrados por **fotos** os primeiros momentos de contato com a/o bebê.
- Que **quando minha/meu bebê nascer seja imediatamente colocada/o sobre o meu corpo**, em contato direto com a minha pele, antes mesmo de cortar o cordão umbilical.
- Que **esperem o cordão umbilical parar de pulsar antes de cortá-lo**, preferencialmente após a saída da placenta.
Que o **corte do cordão** seja feito, preferencialmente, por:
 - Mim mesma;
 - Pela/o acompanhante;
 - Pela/o profissional de saúde.
- Permanecer com minha/meu acompanhante.**
- Que minha/meu bebê permaneça comigo** já na saída da sala de parto e que assim permaneça até a alta hospitalar.
- Ingerir líquidos e comer** à vontade.
- Ter a possibilidade de **amamentar na primeira hora.**
- Ter **auxílio na amamentação.**
- Receber **visita?**
() Não () Sim. De quem?

_____.
- Ser **liberada para o quarto o mais rápido possível.**
- Que a/o profissional **aguarde a expulsão da placenta** espontaneamente.
- Que me **mostrem a placenta.**
- Que me orientem sobre os **métodos de planejamento familiar** para a minha situação e como faço para ter acesso à eles, evitando gravidez indesejada.



Caso uma **cesária** seja **necessária**, eu desejo:

- Que **me expliquem o motivo.**
- Que **esperem o início do trabalho de parto** antes de se resolver pela cesárea.
- Permanecer com a/o bebê no **contato pele a pele** enquanto estiver na sala de cirurgia recebendo os cuidados.
- Ter a **presença de acompanhante** antes, durante e após a cirurgia.
- Receber a **anestesia sem que eu durma.**
- Que **coloquem a/o bebê sobre meu peito com as minhas mãos livres** para segurá-la/lo.
- Poder amamentar e ter alojamento conjunto** o mais rápido possível.
- Ver o momento do nascimento** (rebaixando o protetor e/ou colocando um espelho).



Quanto aos cuidados com a/o bebê, eu gostaria:

- De **ser informada sobre e acompanhar minha/meu bebê durante cada um dos procedimentos** que precisarem ser feitos nela/e (vacinas, exames etc.).
- Que os **cuidados dados à/ao bebê sejam feitos somente se necessário** e enquanto ela/ele estiver no meu colo ou após a primeira hora de vida.
- De **amamentar** livremente, sem horários pré-estabelecidos.
- Que a/o bebê permaneça comigo durante todo o tempo** de internação.
- De ser **orientada sobre os cuidados com a/o bebê**.
- Que não seja oferecido à/ao bebê água com açúcar, leite artificial ou chupetas/bicos**, se eu tiver condições de amamentar.
- De **evitar o banho da/o bebê de 12 à 24hs após o parto** para que ela/e aproveite os benefícios do vérnix*.
- Que o **primeiro banho** seja dado por mim ou por minha/meu acompanhante.
- Caso ela/e seja **prematura/o, de ficar perto dela/e no hospital, como acompanhante, durante o máximo de tempo possível**.

* Espécie de creme natural que forma uma **camada protetora** na pele da/o recém-nascida/o e mantém sua hidratação, impedindo que perca calor e protegendo contra infecções após o nascimento. Segundo as **Diretrizes do Ministério da Saúde para os cuidados com a/o recém-nascida/o**, o vérnix deve ser retirado apenas depois do controle da temperatura da/o bebê, geralmente algumas horas depois do nascimento.



Caso tenha dúvidas, converse com a/o profissional de saúde que está fazendo seu pré-natal, que podem ser:

- **Obstetiz* - profissionais de saúde especializadas/os em parto e nascimento, com foco na participação e autonomia das mulheres sobre seus corpos.**
- **Enfermeira/o Generalista;**
- **Médica/o de Família;**
- **Médica/o Generalista;**
- **Médica/o Obstetra;**

* Para saber mais acesse:
<https://www.aosp.com.br/obstetizes>
(último acesso em 10/07/2018).

Local do parto de preferência

Nós da equipe da/o _____

_____,

localizada/o no endereço: _____

_____, nos telefones: _____

e pelo e-mail: _____, atestamos para os

devidos fins que _____

encontra-se em acompanhamento e atendimento por esta equipe.

Nome completo de um/a profissional representante da equipe.

Assinatura

São Paulo, ___ de _____ de 201__



Rede de apoio, proteção e cuidado

Essa rede é formada por um grupo de pessoas que você e sua/seu bebê podem contar e confiar quando precisarem!

Essas pessoas vão apoiar você e te dar suporte durante a gestação, parto e pós-parto. E quando a/o sua/seu bebê nascer vão compartilhar os cuidados, acompanhando vocês de maneira pontual ou fixa.

Essa rede pode ser composta por familiares, amigas/os e/ou profissionais de diferentes áreas e serviços, em especial da Saúde e da Assistência Social.

De acordo com o artigo 227* da nossa Constituição Federal atual, o dever de cuidar de um/a bebê não é só das mães: **o estado, a sociedade e a família têm o dever de garantir todos os direitos fundamentais às crianças.**

Assim, é importante que você coloque nomes e contatos de todas as pessoas que já te acompanham nessa gestação e que seguirão acompanhando você e sua/seu bebê depois do nascimento.

* Art. 227 da Constituição Federal/1988: "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".

Posto de saúde (UBS)

Nós da equipe da Unidade Básica de Saúde _____
_____, localizada
no endereço: _____
_____, nos telefones: _____
e pelo e-mail: _____, atestamos para
os devidos fins que _____
encontra-se em acompanhamento e atendimento por esta equipe.

Nome completo de um/a profissional representante da equipe.

Assinatura

São Paulo, ___ de _____ de 201__

Consultório na Rua

Nós da equipe do Consultório na Rua _____

localizada no endereço: _____

_____ ,

nos telefones: _____

e pelo e-mail: _____ , atestamos para os devi-

dos fins que _____

encontra-se em acompanhamento e atendimento por esta equipe.

Nome completo de um/a profissional representante da equipe.

Assinatura

São Paulo, ____ de _____ de 201__

Unidade da Defensoria Pública

Nós da equipe da Defensoria Pública da Unidade de _____,
localizada no endereço: _____,
nos telefones: _____ e pelo e-mail: _____,
atestamos para os devidos fins que _____
_____ encontra-se em acompanhamento
e atendimento por esta equipe.

Nome completo de um/a profissional representante da equipe.

Assinatura

São Paulo, ___ de _____ de 201__

Centro de Acolhida

Nós da equipe do Centro de Acolhida _____
_____, localizado
no endereço: _____
_____, nos telefones: _____
e pelo e-mail: _____, atestamos para
os devidos fins que _____
encontra-se em acompanhamento e atendimento por esta equipe.

Nome completo de um/a profissional representante da equipe.

Assinatura

São Paulo, ___ de _____ de 201__

(nome de mais algum serviço/equipamento que a esteja acompanhando)

Nós da equipe do/a _____
_____, localizada
no endereço: _____
_____, nos telefones: _____
e pelo e-mail: _____, atestamos para
os devidos fins que _____
encontra-se em acompanhamento e atendimento por esta equipe.

Nome completo de um/a profissional representante da equipe.

Assinatura

São Paulo, ___ de _____ de 201__

(nome de mais algum serviço/equipamento que a esteja acompanhando)

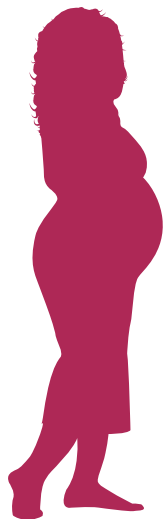
Nós da equipe do/a _____
_____, localizada
no endereço: _____
_____, nos telefones: _____
e pelo e-mail: _____, atestamos para
os devidos fins que _____
encontra-se em acompanhamento e atendimento por esta equipe.

Nome completo de um/a profissional representante da equipe.

Assinatura

São Paulo, ___ de _____ de 201__

Violência que pode acontecer no momento da **gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto**, e no atendimento ao abortamento. Pode ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas, desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem evidências científicas.



Exemplos:

- Obrigar a fazer lavagem intestinal e impedir de comer;
- Ameaçar, gritar, fazer piadas;
- Não dar informações, desconsiderar desejos, padrões e valores culturais das gestantes e parturientes e divulgar informações que possam insultar a mulher;
- Não permitir acompanhante que a gestante escolher;
- Não fornecer alívio da dor;
- Fazer vários exames de toque sem necessidade, por diversas pessoas e sem o consentimento da mulher;
- Separar a/o bebê da mãe logo após o nascimento sem necessidade urgente;
- Impedir de amamentar sem necessidade etc.

Caso você tenha sofrido Violência Obstétrica, é importante procurar ajuda e apoio. Denunciar o que aconteceu com você também é importante:

- Solicite **cópia do seu prontuário** no estabelecimento de saúde onde você foi atendida. **Esta documentação é sua**, podendo ser cobrado apenas o valor da cópia (caso você não tenha condições de pagar a cópia ou lhe seja negada a entrega dela, você pode comparecer à Defensoria Pública do Estado);
- Ligue no 180 (Violência contra a Mulher) ou 136 (Disque Saúde) de forma gratuita;
- Procure a Defensoria Pública (endereços ao final).

* Fontes: Blog da Saúde, do Ministério da Saúde <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica> (consultado em Agosto de 2018) e Folder sobre Violência Obstétrica da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

Telefones e sites úteis

SAMU: 192

Ouvidoria Geral do SUS: 136

Central de Atendimento à Mulher: 180

Corpo de Bombeiros: 193

Centros de Parto Humanizado na cidade de São Paulo:

Casa Ângela: (11) 5852.5332 e (11) 5851.2003

Casa de Parto Sapopemba: (11) 2702-5899 e (11) 2702-6043

Atendimento inicial da Defensoria Pública na capital:

0800 773 4340 (ligação gratuita), de segunda a sexta-feira, entre 7h e 19h.

Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres - Defensoria Pública de São Paulo: (11) 3101-0155 (email: nucleo.mulher@defensoria.sp.def.br)

www.saude.gov.br/mulher

www.saude.gov.br/redecegonha

www.saude.gov.br/bvsb

www.presidencia.gov.br/spmulheres

www.saude.gov.br/ouvidoria

www.redehumanizausus.net/

www.defensoria.sp.def.br

Atendimento da Defensoria Pública à população em situação de rua

(incluindo pessoas que se encontram em Centros de Acolhida)*

SÃO PAULO – CAPITAL:

Centro

Rua Boa Vista, 150 – térreo.

Distribuição de Senhas: de 2ª à 5ª, das 8h às 9h30.

Itaquera

Rua Sabbado D'angelo, 2040.

Distribuição de Senhas: de 2ª à 6ª, das 8h às 9h e das 11h às 13h.

São Miguel Paulista

Av. Afonso Lopes Baião, 1.976 (próx. Fórum de São Miguel).

Distribuição de Senhas: de 2ª à 6ª, das 8h às 9h e das 11h às 13h.

Santo Amaro

Rua Américo Brasiliense, 2.139 – Chácara Santo Antônio.

Atendimento: de 2ª à 6ª, das 7h às 11h.

REGIÃO METROPOLITANA

Carapicuíba

Avenida Celeste, 58. Tel.: (11) 4183-5415

Atendimento: de 2ª à 5ª, das 8h às 12h

Diadema

Rua das Turmalinas, 77 – Centro. Tel.: (11) 4043-0805

Distribuição de Senhas: de 2ª das 7h às 8h. De 3ª, 4ª e 5ª: das 7h às 9h.

Itaquaquecetuba

R. Vereador José Barbosa Araújo, 317. Tel.: (11) 4754-1100.

Distribuição de Senhas: de 2ª à 5ª, das 7h às 8h.

Mauá

R. General Osório, 412. Tel.: (11) 4513-1697

Distribuição de Senhas: de 2ª à 5ª, das 7h às 8h.

* **Para saber outros locais e horários de atendimento às pessoas em situação de rua você pode perguntar na unidade da Defensoria mais próxima.**

* Dúvidas sobre esse tema também podem ser encaminhadas ao e-mail **suporte.maternidades@defensoria.sp.def.br** (canal de apoio e orientação que não substitui a atuação direta da equipe da Unidade da Defensoria).



Esse período traz muitas mudanças e pode deixar algumas mulheres confusas quanto ao seu **desejo de permanecer ou não com a/o bebê** precisando de escuta, acolhimento e orientações, e algum tempo para refletir sobre sua decisão.

Assim, pode ser que você também queira conversar e tirar dúvidas sobre esse assunto e **é seu direito ser atendida de forma acolhedora e sem julgamentos**. A/o profissional que a atender não deve **forçar você a ficar ou não com a/o bebê, mas ajudá-la a pensar sobre seu desejo ou não de cuidar da criança após o nascimento**, e quais opções você possui.

A entrega é um direito seu e da/o bebê, não é crime, nem falta de sentimentos e cuidado pela criança. Você não é obrigada a ser mãe se não quiser!

A partir do que cada mulher traz podem ser pensados diferentes encaminhamentos.

Para mais informações você pode procurar a Vara de Infância e Juventude da sua cidade ou o atendimento da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

Existe um material sobre o tema disponível para livre impressão no site da Defensoria e exemplares podem ser solicitados pelo e-mail: nucleo.mulher@defensoria.sp.def.br.



**DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**



Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos
Direitos da Mulher



Núcleo Especializado da
Infância e Juventude

EDEPE Escola
da Defensoria Pública
do Estado de São Paulo



Associação de Alunas e
Egressas do Curso de Obstetrícia
da Universidade de São Paulo



**COLETIVO
FEMINISTA**
SEXUALIDADE
E SAÚDE