CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
FL. 20
SERVIDOR 6038
MAT.

CÂMARA MUNICIPAL DE
SALVADOR

COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER

ESTUDO TÉCNICO

Projeto de Lei nº 279/2013

Autor: J. Carlos Filho

Ementa: Fica obrigatória a realização de palestras e o fornecimento de ampla quantidade de informações sobre os riscos vinculados ao sobrepeso e a obesidade durante a gravidez às gestantes atendidas pelo programa de pré-natal oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Salvador.

O presente Projeto de Lei visa obrigar a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador a realizar palestras, bem como disponibilizar o máximo de informações acerca dos perigos à saúde que a obesidade pode trazer à mulher gestante.

O autor justifica explicando que a obesidade, nas últimas décadas, se tornou uma epidemia, gerando um grande problema para a saúde pública. A obesidade durante a gravidez aumenta consideravelmente as chances de se desenvolver problemas de saúde, se tornando um fator de risco. O autor reforça a necessidade de meios mais eficientes de controle de peso na gestação.

O parecer da Comissão de Constituição e Justiça ressaltou que, sob o aspecto legal, não há vício de iniciativa nem fere o Regimento Interno ou qualquer dispositivo constitucional, sendo favorável à aprovação do citado Projeto.

CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
FL. 21
Gerado
SERVIDOR
6033
MAT.

O parecer da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Seguridade Social, diante da importância do tema e considerando a necessidade de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, especialmente a gestante, louvou a iniciativa do autor, reassaltando sua pertinência para a conscientização da sociedade.

Contudo, o referido parecer sugeriu **supressão do artigo 3º deste Projeto de Lei**, ressaltando que estabelecer a obrigatoriedade da participação das mulheres nas palestras contrapõe-se à liberdade de ir e vir de qualquer cidadão, reforçando que as palestras devem ser disponibilizadas, ficando a escolha pela participação a cargo da gestante.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais.

Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as

CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
FL. 22
SERVIDOR
0038
MAT.

desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos.

As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e consequentemente na qualidade de vida da população. Posteriormente, a literatura vem demonstrar que determinados comportamentos, tanto dos homens quanto das mulheres, baseados nos padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte. Com base naqueles argumentos, foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher. As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e

CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
Fl. 23
Servidor
6038
MAT.

recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes. O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas.

Visando ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que "amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios". Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos

CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
FL. 24
SERVIDOR
MAT.

de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais. A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da população. Porém, essa proposta não abrange todo o conjunto de ações previstas nos documentos que norteiam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que passa a contemplar, a partir de 2003, a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilisados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher. O nível federal de administração também apresentou, na última década, dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM, observando-se mudanças a partir de 1998, quando a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo.

O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, elaborado por Correa e Piola, indica que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). Segundo os autores, embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher. Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual. Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência,

CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
FL. 25
SERVIDOR
6038
MAT.

negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.

Segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) aproximadamente 13% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam a pesquisa não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal. Dessas, 9% eram residentes nas regiões urbanas e 32% no meio rural. A menor cobertura de pré- natal foi encontrada no Nordeste (75%) e a maior no Estado do Rio de Janeiro (96%). Essa pesquisa demonstra que o acesso à assistência pré-natal é um problema significativo para a população rural, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Desde a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial (AIH), registra-se uma tendência de aumento do número de consultas de pré-natal, especialmente a partir de 1997. Em 1995, foram registradas 1,2 consultas de pré-natal para cada parto realizado no SUS. Em dezembro de 2002, essa razão era de 4,4 consultas de pré-natal para cada parto.

É importante destacar que as mulheres que têm um elevado índice de massa corporal (IMC) antes da gravidez ou nos primeiros estágios da gestação têm um risco muito maior de morte fetal, de o bebê nascer natimorto ou morte infantil do que as mulheres com um IMC normal, de acordo com nova pesquisa publicada na revista JAMA. Os pesquisadores descobriram que mesmo pequenos aumentos de IMC materno foram ligados a um maior risco de morte fetal, natimorto, morte neonatal, morte perinatal e mortalidade infantil. O IMC maternal acima de 40 foi associado ao maior risco. As mulheres nesta categoria tinham duas a três vezes mais chances de apresentar esses resultados, em comparação com as mulheres com um IMC de 20.

Além disso, até mesmo aumentos modestos no IMC materno foram associados com um risco aumentado de morte fetal, natimorto, morte neonatal, morte perinatal e mortalidade infantil. Eles afirmam que os médicos devem levar em consideração orientações de gestão de peso para as mulheres que planejam a gravidez, de forma a reduzir o número de mortes fetais.

CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
Fl. 26
Assinado
SERVIDOR
6038
MAT.

As mulheres com sobrepeso e obesas correm um risco maior para os seguintes problemas durante a gravidez:

- **Hipertensão gestacional.** Esta é a pressão alta que se desenvolve durante a segunda metade da gestação.
- **Pré-eclâmpsia.** Esta é uma condição potencialmente grave que consiste em pressão sanguínea elevada e proteína na urina. Inchaço pode também ocorrer. Ela normalmente se inicia após a 20ª semana de gravidez. É uma condição potencialmente perigosa para a mãe e pra o bebê. Em alguns casos, o bebê pode ter que nascer antes do previsto. Se não for tratada, a pré-eclâmpsia pode levar a uma situação ainda mais grave, chamada eclâmpsia.
- **Diabetes gestacional.** Isso ocorre quando o corpo tem dificuldade para controlar seus níveis de glicose no sangue durante a gravidez. Este tipo de diabetes geralmente desaparece depois que o bebê nasce. Mas as mulheres com diabetes gestacional têm um maior risco de desenvolver diabetes mais tarde na vida.
- **Cesariana (cesárea).** Cesáreas são necessárias mais frequentemente em mulheres obesas. As mulheres com um alto IMC têm ainda mais chances de precisar de uma cesárea. As mulheres obesas podem precisar de um tempo mais longo e mais difícil de recuperação de uma cesariana do que as mulheres de peso saudável.
- **Aborto ou natimorto.** Isto é quando um bebê morre no útero. Um aborto acontece antes de 20 semanas de gestação. A morte fetal ocorre após 20 semanas.

Bebês nascidos de mães obesas ou com excesso de peso correm um maior risco de:

- defeitos congênitos, especialmente defeitos do tubo neural
- nascimento prematuro
- morte neonatal (morte durante os primeiros 28 dias de vida)
- grande peso ao nascer
- obesidade ou excesso de peso na infância

Dessa forma, fica bastante evidenciado como o sobrepeso e a obesidade podem ser prejudiciais, tanto para a saúde da mãe quanto para a do bebê.

Sala das Comissões, 14 de maio de 2015

Iris Gouvêa Dourado
Analista Legislativo
Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher
Matrícula nº 6038