



PARECER Nº

, DE 2020

Da COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E CULTURA sobre o Projeto de Lei nº 1.342, de 2020, que altera a Lei nº 6.569, de 5 de maio de 2020, que institui a Política de Assistência Integral à Mulher – PAIM e dá outras providências.

AUTORA: Deputada Arlete Sampaio

RELATOR: Deputado Prof. Reginaldo Veras

I – RELATÓRIO

Submete-se ao exame desta Comissão o Projeto de Lei nº 1.342, de 2020, de autoria da Deputada Arlete Sampaio, que altera o parágrafo único do art. 2º da Lei nº 6.569, de 5 de maio de 2020. Essa Lei institui a Política de Assistência Integral à Mulher – PAIM, que se constitui de serviços voltados à saúde da mulher.

O Projeto, em seu art. 1º, busca acrescentar ao referido dispositivo da Lei os seguintes dispositivos: (iv) garantir cuidados básicos a situações relacionadas com a menstruação, disponibilizando insumos de higiene e absorventes higiênicos em unidades básicas de saúde e escolas do ensino fundamental e médio da rede pública do Distrito Federal para pessoas em situação de vulnerabilidade econômica e social; (v) realizar atividades educativas e distribuição de material educativo nas escolas, a partir do ensino fundamental II, que promovam o entendimento consciente e sem preconceitos acerca do processo menstrual; (vi) promover a capacitação de mulheres e adolescentes acerca de seus direitos sexuais e reprodutivos; (vii) desenvolver mecanismos de educação permanente para profissionais de saúde sobre a atenção integral à saúde da mulher; (viii) garantir o acesso de mulheres e adolescentes em situação de rua aos serviços de saúde; e (ix) desenvolver a atenção especial para a mulher no climatério, incluindo oferta de terapêuticas hormonais e não hormonais e de apoio psicossocial.

O art. 2º da proposição, voltado a ampliar o escopo das ações da referida Política, acrescenta as seguintes alíneas ao inciso I do parágrafo único do art. 2º da Lei: e) a doenças psicossomáticas e transtornos mentais relacionados à saúde da mulher; e f) à saúde menstrual das adolescentes.

Seguem as tradicionais cláusulas de vigência e de revogação genérica, respectivamente.

Na Justificação, a autora argumenta que o objetivo da proposição é incluir na Lei nº 6.569, de 5 de maio de 2020, que trata da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, direitos fundamentais que não foram contemplados pela norma.

A autora destaca a importância de garantir o atendimento às mulheres com doenças psicossomáticas e aos transtornos mentais nas diversas fases da vida, fundamental para o desenvolvimento saudável e equilíbrio psicológico das mulheres. Ressalta também a necessidade da atenção especial à saúde menstrual das adolescentes e do enfrentamento de problemas, como a dificuldade de acesso ao absorvente e a produtos básicos de higiene a mulheres em vulnerabilidade econômica e social, bem como do tabu que envolve o tema, levando adolescentes a abandonarem a escola quando começa o período menstrual.

Ademais, a autora registra a obrigação de garantir o acesso aos serviços de saúde às mulheres e adolescentes em situação de rua, na defesa de uma política pública voltada a esse segmento, com busca ativa e referenciamento para unidades básicas de saúde; para isso, é fundamental a capacitação dos profissionais de saúde para atendimento dessa população, com o objetivo de quebrar as barreiras que dificultam o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde.

Por último, destaca a relevância da capacitação de mulheres e adolescentes sobre os diferentes ciclos de vida – fase menstrual, gravidez, pós-parto e climatério –, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, com vista à redução da morbimortalidade das mulheres e à construção de uma vida saudável. Da mesma forma, considera fundamental a sensibilização e a capacitação dos profissionais de saúde para viabilização de atendimento humanizado às mulheres nos serviços de saúde.

Conclui que a medida proposta contribui para o fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como para ampliar o acesso de mulheres e adolescentes aos serviços de saúde.

Lido em 4 de agosto de 2020, o Projeto foi encaminhado a esta Comissão de Educação, Saúde e Cultura – CESC para análise de mérito e à Comissão de Constituição e Justiça – CCJ para análise de admissibilidade.

Durante o prazo regimental não foram apresentadas emendas.

É o relatório.

II – VOTO DO RELATOR

Conforme o art. 69, inciso I, a, do Regimento Interno da Câmara Legislativa do Distrito Federal, cabe à Comissão de Educação, Saúde e Cultura emitir parecer sobre o mérito das proposições que tratem de saúde pública. É o caso do Projeto de Lei em análise, que trata da política de saúde da mulher.

A análise de mérito dos projetos por esta Comissão deve apoiar-se nos atributos indispensáveis a uma lei: necessidade, viabilidade e oportunidade. E, também, nos benefícios que a implementação da medida trará à população, além de avaliar se a proposta é a melhor alternativa que se apresenta para solucionar o problema detectado.

Esta Casa aprovou a Lei nº 6.569, de 5 de maio de 2020, que institui a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher. A proposição pretende incluir na referida lei dispositivos que tratam de questões não contempladas. Dessa forma, é importante, preliminarmente, contextualizar no escopo deste parecer, a legislação federal e distrital, bem como as políticas de saúde em vigor que tratam desse tema, no âmbito do SUS. Posteriormente, voltaremos à Lei distrital e às propostas de mudança contidas na proposição sob análise.

Como destacado pela autora, o SUS tem como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação social. Nesse sentido, destacaremos a Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, conhecida como Lei Orgânica da Saúde – LOS. A Lei estabelece o seguinte:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS),

são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

.....

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

.....

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

.....

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

.....(grifo nosso)

A LOS detalha os princípios do SUS estabelecidos pela Constituição Federal, com destaque para a universalidade, a integralidade e a equidade das ações. Por outro lado, a Lei Orgânica do Distrito Federal traz alguns dispositivos que interessam à análise da proposição em questão, conforme o seguinte:

Art. 207. Compete ao Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, além de outras atribuições estabelecidas em lei:

I – identificar, intervir, controlar e avaliar os fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva;

.....

VII – formular política de recursos humanos na área de saúde, garantidas as condições adequadas de trabalho a seus profissionais;

.....

XV – prestar assistência integral à saúde da mulher, em todas as fases biológicas, bem como nos casos de aborto previsto em lei e de violência sexual, assegurado o atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, mediante programas específicos;

.....

XVIII – garantir o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio de equipe multidisciplinar;

.....

XXIV – prestar assistência farmacêutica e garantir o acesso da população aos medicamentos necessários à recuperação de sua saúde;

.....

Art. 211. É dever do Poder Público promover e restaurar a saúde psíquica do indivíduo, baseado no rigoroso respeito aos direitos humanos e à cidadania, mediante serviços de saúde preventivos, curativos e extra-hospitalares. (grifo

Das citações, podemos concluir que a atenção à saúde da mulher está plenamente inserida no sistema de saúde e deve ser orientada, como todas as ações, por essas diretrizes.

Entretanto, nem sempre a saúde da mulher adotou abrangência integral. Nas primeiras décadas do século XX, quando foi incorporada à política nacional de saúde, a abordagem era limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Era o tempo dos programas materno-infantis, elaborados entre as décadas de 1930 e 1970, que adotavam uma visão restrita sobre a mulher, com base nos aspectos biológicos e no seu papel social de mãe e dona de casa, responsável pela criação e educação dos filhos e demais familiares.

As mulheres, organizadas, passaram a reivindicar 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 todas os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, assim como as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridas.

Em 1984, o Ministério da Saúde – MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, que marcou uma ruptura conceitual com os princípios norteadores até então da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades nesse 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, em um período em que o movimento sanitário concebia o arcabouço conceitual que embasaria o SUS.

O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis – 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 teve grande influência na implementação do PAISM. Assim, na década de 1990, a nova política de saúde, o processo de municipalização e, principalmente, a reorganização da atenção básica, por meio da estratégia Saúde da Família, viabilizaram a ampliação do acesso às ações de saúde da mulher no SUS, tanto na atenção básica como na referência especializada, como, por exemplo, ações de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e de mama.

Entretanto, restavam ainda várias lacunas, como: a atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas; e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas.

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde identificou ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, às mulheres com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, bem como a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que ampliou o enfoque das políticas da área. A nova Política traz como princípios essenciais a humanização e a qualidade da assistência. Humanizar e qualificar a atenção em saúde, segundo o documento, é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica o estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam se apresentar de forma muito distinta, conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. A humanização e a qualidade da atenção são indissociáveis. A qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos. E humanização é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável.

O documento destaca alguns elementos para atingir a humanização e a qualidade da atenção à saúde da mulher, os quais, por guardar relação com os objetivos da proposição em tela, trazemos para o escopo deste parecer, quais sejam: 1) acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência; 2) garantia da estrutura e organização da

rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contrarreferência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada; 3) captação precoce e busca ativa das usuárias; 4) disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária; 5) capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade; 6) disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; 7) acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários; 8) disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados; 9) estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela; 10) implementação de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária; e 11) análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias.

As diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher contemplam o seguinte: 1) assegurar a promoção da saúde, o atendimento das necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes e a garantia do direito à saúde; 2) atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, de orientação homossexual, com deficiência, presidiárias, em situações de risco, entre outras); 3) nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher; 4) garantir o conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade); 5) assegurar o atendimento à mulher a partir de percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições como sujeito capaz e responsável por suas escolhas; 6) nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais, enfoque a ser incorporado também aos processos de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para humanização das práticas em saúde; 7) estimular e apoiar a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, na elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher; 8) executar as ações de saúde de forma articulada com outros setores governamentais e entidades não governamentais, condição básica para atingir a melhoria das condições de vida saúde das mulheres.

Os objetivos gerais da Política são: 1) promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos serviços de saúde; 2) contribuir para a redução da morbimortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem qualquer discriminação; 3) ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.

Entre os objetivos específicos da Política, destacamos: 1) ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST; 2) implementar a assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde; 3) promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes; 4) promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; 5) reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina; 6) implantar atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero; 7) implementar a atenção à saúde da mulher no climatério.

A área técnica responsável pela Atenção Básica do MS disponibiliza, entre os protocolos que orientam a atuação das equipes nesses serviços, o Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Reprodutiva, publicado em 2010. Nessa norma técnica, estão incluídas orientações para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde sexual e à saúde reprodutiva nos diversos segmentos, entre os quais adolescentes e jovens, idosos, negros, indígenas, pessoas com deficiência, profissionais do sexo e pessoas em situação de prisão. É abordada também a atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual.

Entre as normas técnicas do MS voltada às ações na área da saúde da mulher, encontram-se também os Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, publicado em 2016. Entre os tópicos abordados, destacamos: atenção aos problemas/queixas mais comuns em saúde das mulheres; Atenção às mulheres no climatério; e atenção às mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar. No capítulo relativo ao climatério, estão contempladas orientações para abordagem integral e não farmacológica das queixas nesse período, bem como abordagem farmacológica com terapias não hormonal e hormonal.

Como alguns dispositivos da proposição sob análise tratam de ações de saúde nas escolas – garantir cuidados básicos a situações relacionadas com a menstruação, disponibilizando insumos de higiene e absorvente higiênicos, e realizar atividades como palestras, cursos e distribuição de material educativo nas escolas, que promovam o entendimento consciente e sem preconceitos acerca do processo menstrual – é importante abordar como isso se dá no âmbito do SUS. Nesse sentido, é preciso registrar que, desde o início do século XX, ganhou força a chamada higiene escolar. O país vivenciava uma crítica situação de saúde pública, com episódios epidêmicos recorrentes de varíola, cólera, peste bubônica e febre amarela, e a saúde escolar – ou higiene escolar, como então usualmente era denominada –, se desenvolveu na interseção de três doutrinas: a da polícia médica, a do sanitarismo e a da puericultura. A polícia médica se deu pela inspetoria das condições de saúde dos envolvidos com o ensino; o sanitarismo, pela prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino e a puericultura, pela difusão de regras de viver para professores e alunos.

Até o início dos anos 2000, após aprovação da Constituição Federal de 1988, muitas foram as iniciativas e abordagens que focalizavam o espaço escolar e, em especial, os estudantes, a partir de perspectiva sanitária. Em sua maioria, tais experiências tiveram como centro a transmissão de cuidados de higiene e primeiros socorros, bem como a garantia de assistência médica e odontológica. Assim, centraram-se na apropriação dos corpos dos estudantes, que, sob o paradigma biológico, deveriam ser saudáveis. Em outra frente, a abordagem dos estudantes era realizada sob o marco de uma psicologia “medicalizada”, a qual deveria solucionar os “desvios” e/ou “déficits” relacionados ao comportamento/disciplina e/ou a capacidade de aprender e/ou atentar. Por um ou outro caminho, a saúde entrava na escola para produzir uma maneira de conduzir-se, de “levar a vida”, baseada no ordenamento dos corpos a partir da medicalização biológica e/ou psíquica dos fracassos do processo ensino-aprendizagem.

Esse modelo começa a ser questionado no processo de redemocratização e construção do SUS. Atualmente, encontra-se em vigor o Programa Saúde na Escola – PSE, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, que redefine as regras e os critérios para adesão ao PSE por estados, Distrito Federal e municípios, bem como dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. A Portaria define os objetivos do PSE, conforme o seguinte:

Art. 2º São objetivos do PSE:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e a suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

A implementação do PSE se dá a partir da adesão do Distrito Federal ou municípios aos objetivos e diretrizes do Programa e definição das equipes de atenção básica que participarão; nesse caso, cabe ao MS repassar os valores referentes aos incentivos financeiros para realização das atividades. As equipes de saúde atuarão nas escolas de sua área de abrangência. A Portaria prevê as seguintes ações no âmbito do PSE:

Art. 10. O estado, o Distrito Federal e o município que aderir ao Programa Saúde na Escola deverá realizar no período do ciclo as seguintes ações:

I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;

II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;

III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;

IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;

V. Prevenção das violências e dos acidentes;

VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;

VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;

VIII. Verificação e atualização da situação vacinal;

IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;

X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;

XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e

XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

Para orientar essas ações, a área técnica da atenção básica do MS editou o Caderno de Atenção Básica – Saúde na Escola, do qual constam também as atribuições dos profissionais das equipes de atenção básica (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF).

No Distrito Federal, encontra-se implantada a política de atenção à saúde da mulher e à saúde do adolescente. Identificamos na página da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF protocolos para organização da atenção primária à saúde – APS: Protocolo de Acesso à APS/DF; Atenção à Saúde da Mulher no Pré-Natal, Puerpério e cuidados ao Recém-Nascido; Condutas para o rastreamento do câncer de colo de útero na Atenção Primária à Saúde; Detecção precoce do câncer de mama. Há também o protocolo Saúde dos Adolescentes no Distrito Federal. Nesse último, identificamos tópico relativo à saúde sexual e reprodutiva, no qual estão contempladas, entre outras, as seguintes ações:

- Atividades de educação em saúde na sala de espera, em grupos, oficinas ou outras atividades realizadas nas UBS e outros espaços comunitários;

- Fornecimento de preservativos masculinos e femininos;

- Fornecimento de contracepção de emergência, quando necessária;

- Estímulo ao uso da Caderneta de Saúde da Adolescente para controle dos ciclos menstruais;

- Promoção da sexualidade saudável, com associação da relação afetiva e sexual, planejamento da primeira relação sexual e das consecutivas e outros temas relacionados;

- Solicitação de exames laboratoriais e de testagem das doenças sexualmente transmissíveis;

- Prescrição de métodos contraceptivos de acordo com a escolha informada;

- Abordagem do projeto de vida como estímulo ao planejamento sexual e reprodutivo;

.....

O DF aderiu ao PSE em 2009, conforme matéria colhida na página da SES/DF na Internet, em uma parceria entre a SES/DF e a Secretaria de Estado de Educação do DF – SEE/DF. O objetivo do programa é contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. O público beneficiário do PSE, segundo a matéria, são os estudantes da educação básica, os alunos da Educação de Jovens e Adultos – EJA, a comunidade escolar, bem como os gestores e os profissionais de Educação e Saúde.

O DF aprovou algumas leis que tratam da questão da mulher, entre as quais destacamos a Lei nº 331, de 8 de outubro de 1992, que dispõe sobre a obrigatoriedade de oferta, na rede pública de saúde do Distrito Federal, de serviços para atendimento integral à saúde da mulher e assistência para planejamento familiar. A Lei dispõe o seguinte:

Art. 1º O sistema público de saúde do Distrito Federal disporá, obrigatoriamente, de serviços especialmente dirigidos ao atendimento integral à saúde da mulher e à assistência para o planejamento familiar de maneira regionalizada e hierarquizada.

Art. 2º Os serviços referidos no art. 1º objetivarão, especificamente:

I – assegurar à mulher a assistência integral à saúde, em ações de caráter preventivo e curativo, relacionadas à gestação, parto e pós-parto; assistência clínico-ginecológica, com ênfase nas doenças sexualmente transmissíveis; doenças profissionais; prevenção e controle do câncer ginecológico e mamário; assistência ao climatério e planejamento familiar nos componentes de assistência à infertilidade e contracepção;

II – prover meios educacionais, científicos e assistenciais, que assegurem à mulher, ou ao casal, o direito à autorregulação da fertilidade, assegurando-lhes a informação sobre todos os métodos contraceptivos e utilização daquele de sua livre escolha, respeitada a indicação médica e a normatização do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Distrito Federal;

..... (grifo nosso)

Assim, verificamos sobreposição da Lei nº 331/1992 e da Lei nº 6.569/2020, que a proposição pretende alterar. Do ponto de vista da boa técnica legislativa, a segunda deveria ter sido aprovada como alteração da primeira.

Após essa contextualização da legislação e das políticas de saúde em vigor relacionadas à saúde da mulher, voltamos à análise da proposição em tela. Da exposição, além de uma abordagem de gênero, identificamos a evolução temporal dos conceitos e ações que compõem a atenção integral à saúde da mulher: de uma concepção da mulher como mãe e dona de casa, passou-se para uma visão que abrange todos os ciclos de vida e as diferentes inserções na vida laboral e social.

A Lei nº 6.569/2020, que institui a Política de Assistência Integral à Mulher, entretanto, não incorporou alguns avanços dessa política já em vigor no SUS, como a atenção ao climatério (incluída na Lei distrital nº 331/1992) e aos problemas de saúde mental, a abordagem relativa aos direitos sexuais e reprodutivos, bem como a capacitação de profissionais de saúde para atuarem na área. O Projeto sob análise pretende preencher essas lacunas, inclusive com propostas ainda não contempladas formalmente na política de saúde da mulher, como a disponibilização de absorventes higiênicos para mulheres adultas e adolescentes em situação de vulnerabilidade econômica e social.

As propostas contidas no PL em tela encontram-se em consonância com os princípios e diretrizes que norteiam o SUS e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e contribuem para garantir, no escopo da Lei, a integralidade da atenção. Entretanto, consideramos necessário apresentar um Substitutivo para realizar algumas adequações da proposição às normas da boa técnica legislativa. Além disso, a própria denominação da Política estabelecida pela Lei merece reparos, pois o termo adotado “assistência” é menos abrangente que “atenção”, por não incluir as ideias de promoção e prevenção. Além disso, a denominação omitiu o termo “saúde” que precisa ser incluído, uma vez que a Lei trata tão somente da política de saúde.

Feitas essas considerações, manifestamo-nos, no mérito, pela aprovação do Projeto de Lei nº 1.342, de 2020, na forma do Substitutivo anexo, no âmbito desta Comissão de Educação, Saúde e Cultura.

DEPUTADO PROF. REGINALDO VERAS

Relator



Documento assinado eletronicamente por **REGINALDO VERAS COELHO - Matr. 00137**, **Deputado(a) Distrital**, em 28/10/2020, às 17:36, conforme Art. 22, do Ato do Vice-Presidente nº 08, de 2019, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 214, de 14 de outubro de 2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:

http://sei.cl.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0

Código Verificador: **0243992** Código CRC: **4D62CF2E**.

Praça Municipal, Quadra 2, Lote 5, 3º Andar, Gab 12– CEP 70094-902– Brasília-DF– Telefone: (61)3348-8122
www.cl.df.gov.br - dep.professorreginaldoveras@cl.df.gov.br

00001-00028302/2020-76

0243992v3