DOCUMENTO ORIENTADOR

# 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DAS MULHERES

## SAÚDE DAS MULHERES: DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE COM EQUIDADE

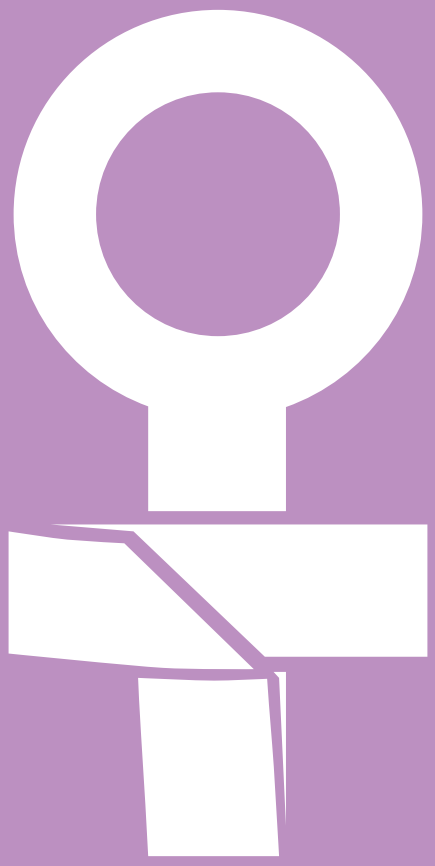
2ª CNSMu

Conselho Nacional de Saúde

SUS

*"Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida."*

*Simone de Beauvoir*



# APRESENTAÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, deliberou pela realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu), em 2016, com o tema **Saúde das Mulheres: desafios para a integralidade com equidade**.

Caminhamos bastante desde a "Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher", que aconteceu em 1986, como parte da agenda de mobilizações temáticas da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) e, após 30 anos, o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) retoma as discussões nesta 2ª CNSMu, para pensar os desafios atuais da **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.** (BRASIL, 1987)

Esta Conferência jogará papel destacado para ampliar a mobilização e o engajamento das mulheres, dos movimentos sociais de mulheres e de parceiras (os) com a agenda de resistência e de lutas contra qualquer retrocesso, na cultura e na política, pela igualdade de gênero. Será importante também na luta contra o congelamento de recursos públicos por 20 anos e contra a mercantilização/privatização do SUS, que ferem a Constituição da República Federativa do Brasil (CF 1988) e a democracia, criando um cenário de ruptura institucional da agenda de construção solidária do acesso das mulheres à saúde integral equânime, como direito de cidadania.

Há um processo histórico de construção da força das mulheres, que foi tecido com lutas cotidianas locais, regionais, nacional e em escala mundial. Diante dessa realidade, as mulheres foram à luta e ousaram reivindicar, ocupar espaços e conquistar direitos civis, econômicos, políticos e sociais em um mundo culturalmente pertencente aos homens, que sempre tiveram, naturalmente, a garantia desses direitos. E, assim, as mulheres conquistaram o direito ao voto, no mundo do trabalho lutam por igualdade de oportunidades, e na saúde lutam pelos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Nada aconteceu por acaso. Desde a organização de pautas de reivindicações, passando pelas estratégias de lutas até as conquistas, tudo só foi possível com a capacidade de mobilizar e arregimentar forças sociais no enfrentamento de uma disputa cruel e desigual na sociedade.

Nessa caminhada de lutas contra todas as formas de opressão, por organização e por avanços na sua inserção social e política na sociedade, o século XX é um marco, que teve no movimento feminista um elemento propulsor do reconhecimento dos direitos da mulher e da possibilidade da erradicação da opressão, ao visualizar que homens e mulheres devem compartilhar, por igual, as responsabilidades atualmente realizadas pelas mulheres, tanto no espaço público - mercado de trabalho, economia e política - como no espaço privado - cuidados dos filhos e dos afazeres domésticos - (RAGO, 2001; SARTI, 2004).

Podemos esperançar[1], pois a luta das mulheres contra a discriminação, a violência e o preconceito ganha visibilidade na sociedade como resultado de mobilizações, estudos que produzem evidências cientificas e participação efetiva das mulheres nos sindicatos, entidades, escolas, universidades, associações, parlamentos, nos atos públicos, nas marchas de rua, etc. Entretanto, mesmo com todas as transformações ocorridas na condição feminina, ainda temos muitos desafios, pois muitas mulheres ainda não decidem sobre suas vidas, não estão constituídas como mulheres de direitos e são lançadas à exclusão social por um modelo social e econômico preconceituoso, patriarcal, injusto e desumano que aprofunda desigualdades sociais no contexto da consolidação do Estado Mínimo[2] imposto pela agenda neoliberal, hegemônica em escala mundial, que revela a imperiosa necessidade de uma nova construção social para as lutas das mulheres.

[1] Segundo Paulo Freire "é preciso ter esperança. Mas tem de ser esperança do verbo esperançar". Esperança do verbo esperar não é esperança, é espera.
[2] Redução do papel social do Estado, com diminuição do financiamento das políticas sociais, em favor do capital financeiro.

As mulheres brasileiras têm participado nas últimas décadas das conferências mundiais de forma organizada, como aconteceu com a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, promovida na cidade de Huairou, China pela ONU (BEIJING, 1995), com o tema do chamado ciclo social que tratou da igualdade e da paz, com o debate sobre a pobreza, educação, saúde, violência e direitos humanos. Este debate desvela como as relações de gênero estruturam o conjunto das relações sociais, com impacto na ordem econômica e, assim, condiciona formas do viver e/ou sobreviver da mulher em sociedade, o que torna mais fácil à(s) mulher(res) como grupo social compreender o sistema a que pertence(m) e questioná-lo em função dos seus objetivos e propostas de crescimento e desenvolvimento. (BENEVENTO; SANTANA, 2014)

As mulheres no Brasil representam hoje 51,4% da população, isto é, são 103,5 milhões e destas 37,3% são responsáveis pelo sustento das famílias, vivem mais do que os homens, porém adoecem com mais frequência, segundo dados do IBGE/2011, que revelam a crescente participação das mulheres nos indicadores da economia e no sustento de famílias. No entanto, mais que isso, a inserção delas no mundo do trabalho é importante para seu crescimento pessoal, emocional, intelectual, social, político e cidadão. Mas, neste campo, os desafios são estratosféricos, pois o trabalho é fortemente organizado a partir da divisão sexual do trabalho, dada pela construção sociocultural do que é ser homem e do que é ser mulher, que estrutura e hierarquiza o mundo do trabalho, com atividades para mulheres e outras para homens, como se fosse um processo "naturalizado"[3] que, certamente, não subsistirá ao crescimento da organização e da luta das mulheres.

Esta Conferência será o espaço político de debate de ideias, de enraizamento de valores e práticas para o desenvolvimento da capacidade de formulação que propicie o crescimento da força das mulheres para se livrarem do jugo patriarcal, do machismo, do sexismo e da misoginia e que contribua para o avanço do controle social no SUS, para a garantia da atenção integral à saúde das mulheres, sem qualquer forma de preconceito e discriminação.

Como resultado, espera-se ampliar a representação dos sujeitos participantes; melhorar a organização e o formato das etapas deliberativas; reduzir e qualificar o número de deliberações; e, estrategicamente, aprovar prioridades, dentre as diretrizes e ações, pela garantia de recursos constitucionais e das metas traçadas no Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual do período 2016-2019. O CNS almeja que a mobilização e construção, a começar pela realidade local nas etapas da conferência, revele crescimento da participação social do campo da saúde no Brasil para barrar o retrocesso e garantir o SUS 100% público e universal, patrimônio do povo brasileiro. É preciso reunir todas as forças para impedir a desconstitucionalização do SUS!

O presente documento pretende contribuir com o debate dos temas da 2ª CNSMu, sem prejuízo de outros que sejam apensados a este. Aqui estão consolidadas as produções e posicionamentos do CNS sobre os Eixos Temáticos da 2ª CNSMu. O documento disponibiliza, em cada Eixo Temático, questões que podem ativar debates nas conferências livres, rodas de conversa, fóruns, grupos de discussão e nas etapas deliberativas municipais, regionais, estaduais, do Distrito Federal e nacional.

Leia, reflita, debata, critique! Traga sua voz e suas propostas para a 2ª CNSMu.

***Pleno do Conselho Nacional de Saúde***

[3] "Que nunca se diga: isso é natural para que nada passe por imutável" (Bertold Brecht)

# Eixo I

## O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres

"TODOS PELA SAÚDE
SAÚDE NÃO É MER
CONSELHEIRO DO PARA
CONTRA TERCEIRIZAÇÃO DO
MARCHA EM DEFESA
DA SEGURIDADE E DA D
O SUS NÃO É
MERCADORIA
O SUS é Nos
NINGUÉM TIRA da
DIREITO GARA
COMPRA! NÃ
EM DEFESA DO
SUAS, NENHUM
DIREITO A MENOS.
Fenas/ Cut

## Eixo I - O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres

Falar do papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus impactos na vida e na saúde das mulheres na atualidade é um exercício de análise das complexas relações de disputa de poder entre as forças econômicas, sociais e políticas do âmbito do Estado, do Mercado e da Sociedade Civil.

O Estado da República Federativa do Brasil é atravessado por disputas de interesses travadas entre setores do mercado e da sociedade civil, com impactos na construção em cada momento, principalmente, por se tratar de uma economia periférica aos países do centro do capitalismo no mundo.

O poder se estrutura de acordo com o cenário do momento: se é de crescimento econômico, configura-se "situação de bonança" ou, se é de queda, a "situação é de turbulência". Essas crises são cíclicas no capitalismo e, em caso de ameaça a sobrevivência do sistema, não existe possibilidade de pacto nacional entre as forças sociais e as do mercado sobre agenda única para enfrentá-las, principalmente porque são antagônicas e envolvem poderosos interesses internacionais.

É uma disputa de projetos: os movimentos sociais defendem manter investimentos como forma de superar a crise, respeitando-se a prioridade da agenda das políticas de inclusão social, enquanto setores alinhados ao mercado radicalizam na proposta de corte em todo e qualquer investimento, principalmente em áreas sociais, e mais, congelam gastos de despesas constitucionais no âmbito da seguridade social (saúde, assistência e previdência social), com foco em rigoroso processo de ajuste fiscal, com o objetivo de pagar os juros da dívida pública, favorecendo o sistema financeiro, recaindo sobre as(os) trabalhadoras(es) o ônus do referido ajuste. Isto expressa, sem dúvida, uma clara opção pelo Estado Mínimo, em detrimento de um Estado que contemple as políticas sociais.

O Brasil viveu um de seus períodos mais duros, iniciado com o golpe militar de 1964, instalando um Estado autoritário de corte ditatorial, que teve duração até a abertura democrática, em 1985. Em 1968, o regime militar recrudesceu com o Ato Institucional no 5 (AI 5). Este ato, sobrepondo-se à CF de 1967 e às Constituições Estaduais, suspendeu garantias constitucionais, e sua primeira medida foi o fechamento do Congresso Nacional.

Na atual conjuntura, outro ciclo se instala a partir de 2015 e, desta vez, a tomada do poder ocorreu via golpe jurídico-midiático-parlamentar, de abril a agosto de 2016, cujas forças, constituídas com poder ideológico, econômico e político, usaram armas da própria democracia para conter o processo de democratização da sociedade brasileira e, mais, afrontaram a Constituição e o Estado Social, rompendo com o princípio universal da Democracia Representativa - o voto, que é a expressão da soberania do povo. (BOBBIO, 1988)

Mas, temos fortalezas. Vamos revisitar a experiência dos anos setenta, com expressiva participação das mulheres (movimento feminista) no amplo movimento social pela redemocratização do país, que foi fundamental para impulsionar a abertura política iniciada com a revogação do AI-5 e para fortalecer massivas e enraizadoras mobilizações sociais: 1) pelas Diretas Já (1984) início da chamada 'Nova República'; 2) pela reforma do sistema de saúde (8ª CNS, 1986); e 3) por uma Assembleia Nacional Constituinte que resultou na nova Constituição Brasileira (CF, 1988) e 4) o Sistema Único de Saúde (SUS) equânime, integral, universal e com participação social.

Foi no marco da 8ª CNS, que aconteceu a "Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher", em outubro de 1986, com a participação de 900 pessoas de todos os estados e territórios da Federação, sendo 549 delegadas (os). Acontecia em clima de redemocratização do país e grandes mobilizações sociais na luta por direitos e cidadania (BRASIL, 1987). A 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres acontece em um cenário diferente, de ruptura institucional e de ameaças ao Estado Democrático, aos Direitos Sociais, Trabalhistas e de Proteção Social.

É um contexto de afronta à democracia representativa, ao poder constitucional soberano do povo brasileiro e às cláusulas pétreas relativas à saúde, seu financiamento e organização, por medida provisória que tipifica um quadro de ruptura institucional, aprofundado com a instalação de um processo desconstituinte, sem Assembleia Nacional Constituinte, que desestrutura os pilares de sustentação da Saúde Pública e que foi perpetrado de forma articulada pelos três poderes da República.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), que tem, como princípio básico para a organização de sua agenda, a defesa da democracia representativa e direta, investe na ampliação da mobilização e da participação social em defesa do SUS e dos direitos sociais.

A Participação Social na Saúde expressa, especialmente, nas Conferências Nacionais de Saúde e nos Conselhos de Saúde (municipais, estaduais, Distrito Federal e nacional), que são a instância e autoridade máximas na "formulação e controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, avaliação no âmbito da saúde pública e dos subsistemas privados do Brasil" (CF 1988), como prescreve a Constituição, tem se posicionado com coerência e organizado ações coletivas e lutas, em relação às seguintes prioridades:

*1. Defesa da PEC 01/2015 , na regulamentação da vinculação de receita da CF 1988;*

*2. Ação direta de inconstitucionalidade (ADIN) da Emenda Constitucional n° 95 junto ao STF, continuidade da luta contra a PEC 241/55-2016 que foi aprovada na Câmara Federal e Senado que institui o Novo Regime Fiscal (EC-95/2016) com teto para realização de despesas primárias até 2036 e torna sem efeito vinculações constitucionais orçamentárias de receita para as áreas da saúde e educação a partir de 2018, e que representa retrocesso na aplicação de recursos por 20 anos, no SUS.*

*3. Revogação do Art. 142 da Lei nº 13.016/2015, que permite a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde.*

*4. Combate sem tréguas ao PL nº 1.330/2014, que permite a terceirização sem limites, inclusive, de atividades fins.*

*5. Fiscalização do Subsistema de Saúde Suplementar:*

*5.1. Posição contrária à PEC 451/2014 porque esta fere o princípio constitucional do direito universal à saúde.*

*5.2. Apoio à Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar os Planos de Saúde.*

*5.3. Posição contrária a discussão e elaboração de projeto de Plano de Saúde Acessível estabelecido pela Portaria nº 1.482/2016 e solicita a imediata revogação desta Portaria. Esta Resolução permanece sem homologação (Resolução CNS nº 534/2016).*

*5.4. Aperfeiçoamento do sistema de comunicação entre prestadoras (es), usuárias (os) e operadoras de planos; inserção dos contatos das operadoras e da ANS nos cartões beneficiários, com dias e horários de atendimento; disponibilização de adesivos informativos, em locais visíveis dos prestadores dos serviços de saúde; orienta às operadoras a disponibilizarem cartilhas com instruções de como agir em casos de problemas com atendimento (Recomendação CNS nº 10 /2016).*

Retirar direitos fundamentais significa negar acesso a serviços públicos de saúde, gerando adoecimento e mortes em pleno século XXI, com a sociedade do conhecimento e de grandes avanços técnico-científicos. Esta realidade coloca, para a 2ª CNSMu, a defesa intransigente do SUS público e universal na resistência ao desmonte institucional da saúde pública e o fortalecimento da participação social.[4]

[4] Projeto de lei de iniciativa popular fruto da mobilização "Saúde +10", com cerca de dois milhões de assinaturas.

Destaca-se, ainda, na agenda do Estado Nacional Brasileiro, as questões ambientais, econômicas e sociais que são alicerçantes e estruturantes da qualidade de vida e da saúde de mulheres e homens, mas que dependem de investimentos elevados por parte do Estado que, agora, estão fora da agenda nesta conjuntura de congelamento de recursos da saúde. Entre outras, destacam-se as seguintes questões prioritárias ao debate da saúde das mulheres nas etapas das Conferências Municipais, Estaduais, Distrito Federal e Nacional: as desigualdades sociais, gênero, raça/etnia, orientação sexual, identidade de gênero, geração e as políticas de desenvolvimento saudável, de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

A compreensão da sociobiodiversidade, em cada contexto, deve ser transversal às políticas de saúde, cuja organização e realização de ações não estão dissociadas das questões ambientais, econômicas e sociais. A Conferência Rio +20 afirma "a convicção de que é importante concentrar a ação sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, tanto para os pobres e os vulneráveis como para toda a população, para criar sociedades inclusivas, justas, produtivas e saudáveis".

A conquista de direitos individuais e sociais está refém da agenda da economia, com amparo legal depois que o Congresso Nacional aprovou as disposições transitórias de 20 anos pela EC 95/2016, em franco conflito com dispositivos da CF de 1988.

**Neste contexto, propõe-se como questões ativadoras do debate:**

1. Qual o impacto dos grandes empreendimentos, barragens, agronegócio, indústria, etc., ou seja, o modelo de desenvolvimento econômico atual na saúde das mulheres?
2. Qual a situação da água potável e do saneamento básico na sua região e qual o impacto na saúde das mulheres? E os agrotóxicos, qual o impacto?
3. Como atacar na raiz o problema das arboviroses, especialmente, em face ao diagnóstico e tratamento das doenças transmitidas pelo Aedes aegypti? Quais os principais impactos na saúde das mulheres?
4. Como resgatar o financiamento da saúde considerando de um lado a vinculação de receitas da CF 1988 e de outro o estabelecimento de teto como disposição transitória pela Emenda Constitucional 95?
5. E a reforma do Estado? Qual a principal ameaça às políticas sociais e como superá-la? Como a saúde das mulheres pode ser afetada?

# Eixo II

## O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres

DIGITAL

## Eixo II - O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres

No atual contexto da globalização da economia, as reestruturações produtivas, sob a égide da flexibilização, direcionam mudanças no mercado e na organização do trabalho, sem considerar impactos das desigualdades de gênero, assim como as condições de trabalho e a saúde sofrem variações segundo o sexo e a mão de obra. A flexibilização tem como alvo a redução do custo da mão de obra, com promessa de geração de emprego e renda para instituir uma reforma trabalhista que impõe institucionalizar o negociado sobre o legislado.

Estas reestruturações precarizam as relações de trabalho e afetam a saúde e a vida das(os) trabalhadoras(es). Flexibilização significa contratação de mão-de-obra em tempo parcial, trabalho informal, ampliação das jornadas de trabalho, desemprego, entre outras retiradas de direitos. Seus efeitos são mais perniciosos quando analisados sob o recorte de raça/etnia, geração e gênero. Dados estatísticos em diferentes setores do trabalho mostram que as mulheres são as principais vítimas do trabalho precarizado.

A mulher secundariza sua identidade profissional e se coloca no mundo do trabalho com base na sua posição na família. Mulheres dedicam duas vezes mais tempo que os homens às atividades domésticas, trabalham cinco horas a mais que eles, por semana, e estão inseridas em trabalhos precários e invisíveis ou profissões vinculadas socialmente ao cuidado. As mulheres enfrentam barreiras para o acesso e permanência no mercado de trabalho, recebem salários inferiores aos dos homens, se deparam com entraves à sua qualificação e progressão profissional, sofrem com a ausência de creches e escolas em período integral para deixar filhos e filhas. Os empregos tipicamente femininos são percebidos como os que necessitam de menos habilidades, menos valorizados no mundo do trabalho e, na maioria das vezes, com menor remuneração.

As atividades econômicas relacionadas ao meio ambiente impactam diretamente na saúde e as empresas precisam garantir práticas, normas e condutas sustentáveis que respeitem os direitos humanos. E o Estado deve se responsabilizar por uma legislação que garanta a proteção das trabalhadoras e dos trabalhadores. As mulheres do campo, das florestas e das águas correspondem a 14 milhões de mulheres, e na sua maioria, vivem e trabalham em condições precárias, agravadas pela distância das áreas urbanas e dos serviços públicos. Além disso, estão expostas a acidentes e agravos à saúde relacionados aos processos de trabalho no campo e, particularmente, ao adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos, mercúrio e exposição contínua aos raios ultravioletas, além de situações geradas pelos grandes empreendimentos de hidroelétricas/barragens, ocasionando desestruturação social e familiar.

E, para agravar ainda mais as já precárias condições de vida e saúde das mulheres trabalhadoras, chega ao Congresso Nacional, a Reforma da Previdência (PEC no287/16) que, se aprovada, igualará a idade de homens e mulheres em 65 anos para acesso à aposentadoria, sem levar em conta a inserção das mulheres no mundo do trabalho mais cedo que os homens e nem a dupla-tripla jornada de trabalho, a qual está submetida.

Na busca pela melhoria da qualidade de vida e de saúde, é importante que as políticas públicas atuem de forma intersetorial, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, reconhecendo e valorizando os saberes e as práticas tradicionais de saúde dessas populações.

A participação das mulheres com idade ativa (16 anos ou mais) no mercado de trabalho cresceu de 50% (2000) para 55% (2010), enquanto a participação dos homens caiu de 80% para 76% (IBGE/SPM/MD). O crescimento da participação é maior para aquelas com mais de 30 anos, assim como a participação das que vivem nas cidades (56%) é superior às que vivem no meio rural (46%). A formalidade cresceu no mercado de trabalho brasileiro. Para as mulheres, o nível de formalização passou de 51% para 58% e o dos

homens de 50% para 59%. É provável que o emprego doméstico explique parte desse movimento menos intenso de formalização entre as mulheres, pois as trabalhadoras domésticas correspondiam a 15% das mulheres que trabalhavam (em 2000 eram 19%). O registro em carteira de trabalho cresceu de 37% para 47% da força de trabalho masculina e para a feminina foi 33% a 40%. As mulheres estudam mais e têm maior nível de instrução, mas possuem formação em áreas que pagam menores salários e ocupam postos de trabalho com menor remuneração, sendo recorrente o pagamento de salários menores para mulheres que ocupam funções idênticas às dos homens.

Em 2010, o rendimento médio das mulheres corresponde a 68% da remuneração masculina. O rendimento médio das negras e pardas representa 35% do rendimento médio do homem branco. O rendimento médio das mulheres rurais é inferior ao salário mínimo.

O último relatório do Fórum Econômico Mundial (FEM) aponta a desigualdade de gênero no que diz respeito à remuneração no mundo. O Brasil ocupa a 129ª posição no ranking mundial, entre 144 países pesquisados, e isso levará um século para ser corrigido. (FEM, 2016)

Os dados do IBGE (2011) apontam diversas formas de declaração da ocupação de trabalhadoras (es) domésticas(os), destacando-se com maior frequência: empregada doméstica, faxineira, diarista, babá, cozinheira, lavadeira, passadeira, arrumadeira, cuidadora de idoso e doente. O emprego doméstico ainda é o nicho feminino por excelência.

Vale destacar que, desde 1941, avanços graduais para o reconhecimento do trabalho doméstico culminaram com EC 72/2013, que já assegura direitos reconhecidos, de um modo geral, na CLT. Em 2/6/2015, a publicação da Lei Complementar no 150 garante a sua aplicação a todos os contratos de trabalho doméstico.

Em 2014, 14% das mulheres ocupadas eram trabalhadoras domésticas, num total de 5,9 milhões. Esse segmento permanece sendo a principal ocupação das mulheres negras: 17,7% delas eram trabalhadoras domésticas. No caso das mulheres brancas, há algumas décadas, o emprego doméstico já deixou de ser a principal atividade econômica, ocupando 10% delas, atrás do comércio e da indústria.

As mulheres adoecem com mais frequência, em face das precárias condições de inserção no mercado de trabalho e das formas recentes de intensificação do trabalho impostas pelas novas tecnologias e processos produtivos. Porém, estas doenças são tratadas como doença de mulheres, sem nexo causal epidemiológico com o trabalho. Embora as mulheres tenham uma incidência menor de acidentes, afastamentos, aposentadorias e mortes relacionadas ao trabalho, quando comparadas aos homens, a maioria das mulheres sofrem sintomas e doenças causadas pelas condições de trabalho que se tornam crônicas, acompanhando-as até o fim da vida.

Muitas trabalhadoras nos distintos ambientes de atividades laborais, dentre muitos sinais, sintomas e disfunções, apresentam varizes, inchaço nas pernas, cansaço, fadiga, hérnia de disco, abortamento espontâneo, parto prematuro, bebê de baixo peso ao nascer, em função do grande esforço físico que realizam. Aquelas que trabalham em ambientes com muitos ruídos e com produtos químicos, como o agrotóxico, com frequência apresentam perda auditiva, estresse, esterilidade, distúrbios hormonais, dermatose, asma ocupacional, alergia, câncer, angústia, depressão, insônia, medo de perder o emprego, aumento da tensão pré-menstrual, displasia mamária, distúrbios digestivos, sensação de incapacidade. As mulheres também apresentam LER (Lesão por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), síndrome de Burnout, suicídios no trabalho, distúrbios psicossociais, envelhecimento prematuro, síndrome do esgotamento profissional, conflitos éticos, alcoolismo, entre outros agravos, que implicam no adoecimento e consequente incapacidade para a vida e para o trabalho.

As mulheres adoecem, também, em função da violência de gênero. A violência contra mulheres de todas as idades é grave violação dos direitos humanos. Seu impacto varia entre consequências físicas,

sexuais e mentais para mulheres e meninas, incluindo a morte. A violência afeta negativamente as mulheres, impedindo-as de participar plenamente na sociedade e se configura como um dos motivos de falta da mulher ao trabalho.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS/2013) estima-se que 35% das mulheres em todo o mundo já tenham sofrido qualquer violência física e/ou sexual praticada por parceiro íntimo, ou violência sexual por um não parceiro, em algum momento de suas vidas. No Brasil, segundo dados do governo federal, a cada cinco minutos uma mulher é agredida, a cada 11 minutos uma mulher sofre estupro e a cada duas horas uma mulher é assassinada.

Em meio a tanta violência, as mulheres podem sofrer vários tipos de incapacidade – passageira ou não – para o trabalho, perda de salários, isolamento, falta de participação nas atividades regulares e limitada capacidade de cuidar de si próprias, dos filhos e de outros membros da família. Os custos indiretos imediatos da violência incluem a queda na produtividade, falta das mulheres ao trabalho, redução de salário e, em último caso, a perda de emprego. Nesse contexto, vários estudos apontam que os custos sociais e econômicos da violência contra as mulheres são enormes e têm efeito cascata em toda a sociedade.

Além, disso, as mulheres adoecem em função do assédio moral e sexual nas relações de trabalho, que ocorrem regularmente, tanto na iniciativa privada quanto nas instituições públicas. A prática desse crime, efetivamente, fortalece a discriminação no trabalho, a degradação das relações de trabalho e a exclusão social, que marca a exposição das trabalhadoras às situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas, durante a jornada de trabalho e relativas ao exercício de suas funções, levando à desestabilização das trabalhadoras e implicando no comprometimento de sua saúde mental.

Outro aspecto a ser considerado, e que afeta a saúde e vida das mulheres, é o aumento de sua inserção nos postos de trabalho desprotegidos e desvalorizados; por não conseguirem se inserir no mercado de trabalho formal, buscam a sobrevivência na informalidade, mesmo diante da completa falta de direitos trabalhistas. Por serem as principais vítimas da precarização do trabalho no setor informal, da ausência da carteira assinada, do trabalho temporário e das doenças ocupacionais devido ao trabalho repetitivo, estão expostas aos mesmos riscos e agravos à sua saúde.

Essa desproteção social das mulheres significa violação dos direitos humanos, uma vez que rompe com qualquer noção de solidariedade social. Sem proteção social, as mulheres que adoecerem e não puderem trabalhar, não receberão qualquer tipo de auxílio-doença por parte do Estado. Se der à luz, não terá licença maternidade remunerada; se ficar inválida, não receberá pensão por invalidez; e, se morrer, não deixará pensão para os filhos menores.

O processo de adoecimento das mulheres suscita atenção e implementação de políticas específicas. Dentre elas, estão as políticas de saúde das (os) trabalhadoras (es), envolvendo vigilância, promoção, assistência, recuperação da saúde, reabilitação profissional, normatização e fiscalização, e estão comprometidas no âmbito do SUS, Previdência Social e Ministério do Trabalho e Emprego – MTE.

Na atualidade, as medidas adotadas pelo governo impactam na organização desses serviços, que terão orçamentos reduzidos, incidindo na diminuição das ações de vigilância, na compra de equipamentos para atenção à saúde, na redução de recursos humanos, na capacitação das (os) servidoras (es), nas pesquisas, entre outros, refletindo de forma negativa na vida da população em situação de maior vulnerabilidade. Assim, a redução das ações sanitárias no meio ambiente, e de saúde das (os) trabalhadoras (es), não criará os efeitos desejados para proteger a saúde da população e das (os) trabalhadoras (res), o que implicará no aumento das estatísticas de adoecimento e morte.

Dados do Ministério de Saúde indicam que as mulheres são as principais usuárias do SUS. Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhas(os), amigos e, além disso, muitas trabalham

como cuidadoras. As políticas públicas devem considerar as condições de vida e de trabalho associadas às dimensões de geração, raça, etnia, orientação sexual e identidade de gênero, visando o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos decorrentes dos processos de trabalho e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

**Neste contexto, propõe-se como questões ativadoras do debate:**

1. Refletir sobre a condição de inserção das mulheres no mundo do trabalho e suas implicações na condição de vida e de saúde.

2. Que ações possibilitam a promoção da saúde das mulheres no campo e na cidade, considerando as dimensões de raça e etnia, orientação sexual, identidade de gênero e geração?

3. Como os serviços de saúde podem contribuir para reduzir o adoecimento relacionado ao trabalho, que afeta a vida e a saúde das mulheres?

4. Que políticas públicas podem ser criadas e implementadas, que garantam às mulheres melhores condições de vida e de trabalho?

5. Como as situações de violência de gênero, assédio sexual, assédio moral e discriminações relacionadas à raça/etnia, geração, credo, orientação sexual e identidade de gênero afetam a vida e a saúde das mulheres e de que forma podem ser enfrentadas no ambiente de trabalho?

# Eixo III

## Vulnerabilidades nos ciclos de vida das mulheres na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres

CONSELHEIRO DO
CONTRA TERCEIRIZAÇÃO
A COR DA RESISTÊNCIA É NEGRA
NÃO SOU TUA NEGA!
PELO FIM DA VIOLÊNCIA
SIMBÓLICA PRODUZIDA
PELA
MÍDIA

## Eixo III - Vulnerabilidades nos ciclos de vida das mulheres na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres

A abordagem de gênero é fundamental para pensarmos as diferentes vulnerabilidades as quais as mulheres estão sujeitas nesse cenário social, cultural, econômico e político. Partindo desse lugar da desigualdade de gênero, faz-se necessário aportar vulnerabilidades sociais e culturais como classe social, raça, etnia, geração, orientação sexual, identidade de gênero, deficiências, acrescidas de outras como processos de saúde/adoecimento como HIV/AIDS, hanseníase, transtornos mentais, violência de gênero, condições de vida, mulheres do campo, da floresta e das águas, mulheres das cidades, mulheres em situação de rua, encarceradas, em situação de conflitos de terra, de fronteira, de guerra, entre outras.

A formação patriarcal da sociedade brasileira gera uma série de desigualdades nas decisões de poder entre homens e mulheres. Levando em consideração as especificidades de raça/etnia, classe, orientação sexual, identidade de gênero, geração, oportunizando desigualdades que se tornam consequências e incidem diretamente sobre a saúde das mulheres, são necessárias ações específicas para esse segmento no SUS, reconhecendo que as mulheres são as principais usuárias do SUS, de acordo com o Plano Nacional de Políticas para Mulheres 2013-2015, (BRASIL, 2013)

A universalidade, como um dos princípios do SUS, significa que todas (os) cidadãs (os) têm o direito de usufruir do sistema de saúde, de forma a considerar e contemplar as realidades locais e as especificidades. Porém é preciso reconhecer que algumas populações permanecem sem ter acesso, devido às diferentes vulnerabilidades as quais estão submetidas, por isso é fundamental, para garantir a universalidade, reconhecer as iniquidades e buscar superá-las com ações e estratégias que promovam a equidade.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres necessita considerar a diversidade das mulheres na sociedade brasileira e suas diferentes condições de saúde, reconhecendo as segmentações étnicas e raciais, geracionais, mulheres em situação de rua, orientação sexual e identidade de gênero, moradoras das periferias e meio rural, assim como os povos e comunidades tradicionais.

A PNAISM fundamenta-se nos princípios e doutrinas do SUS (integralidade, universalidade e equidade), dando ênfase, no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, no combate à violência doméstica e sexual, na prevenção e tratamento das doenças infecto contagiosas (HIV, HTLV, Hepatites Virais, etc.) e das doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão, câncer, etc.), visto que as mulheres vivem mais, portanto estando mais sujeitas a esses adoecimentos.

As condições de violência de gênero, em especial a violência doméstica e sexual, o risco para a infecção pelo HIV e outras IST, a gravidez não planejada ou indesejada, os transtornos mentais, o uso abusivo de álcool e outras drogas, incidem de forma significativa nos indicadores de saúde das mulheres, muitas vezes, levando-as às ruas (18% da população em situação de rua é feminina). No meio rural, elas representam 48%. Em seus diferentes modos de vida relacionados predominantemente com a terra, temos uma diversidade entre as que habitam as florestas e/ou são extrativistas, mulheres das águas, pescadoras, marisqueiras, ou camponesas, sejam elas agricultoras familiares, trabalhadoras rurais assentadas ou acampadas e as trabalhadoras assalariadas e temporárias que residem ou não no campo. Dentre esses grupos, podem-se destacar as populações ribeirinhas, aquelas atingidas por barragens, e outras comunidades tradicionais, como quilombolas, indígenas e ciganas. É preciso considerar as dinâmicas geracionais, principalmente aquelas voltadas às jovens e idosas, na sua saúde integral e com respeito a estes ciclos de vida. Há ainda as dinâmicas raciais que incidem de forma significativa nos indicadores de saúde, servindo como agravantes e condicionantes de saúde.

Em todas essas vulnerabilidades sociais e culturais temos, ainda, as mulheres com deficiência, muitas vezes invisíveis à sociedade e mesmo ao SUS. Embora haja uma política de enfrentamento à femini-

zação de AIDS, a epidemia de HIV/AIDS ainda tem o foco prioritário em populações mais vulneráveis, a partir da referência biológica do risco, ficando em segundo plano a dimensão de determinantes sociais e culturais, como as desigualdades de gênero no processo de infecção pelo HIV.

A orientação sexual e identidade de gênero, em função da construção heteronormativa e binária da sociedade, têm múltiplas representações identificando nas lésbicas, mulheres bissexuais, travestis e transexuais (mulheres LBT), dificuldades que reiteram cotidianamente as vulnerabilidades para essa população, devido à dificuldade de diálogo entre os profissionais de saúde para atender e compreender as necessidades dessas mulheres e seus modos de vida.

Historicamente, a população negra apresenta indicadores sociais piores quando comparados aos da população branca. As mulheres negras são vítimas recorrentes do racismo e do sexismo na sociedade, o que leva à dificuldade no acesso aos serviços de saúde do SUS. Estes cenários necessitam de intervenção, diagnóstico e acolhimento no SUS, pois segundo a pesquisa da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), diminuiu a violência entre mulheres brancas em 9,8% e aumentou em 54,2% a morte entre meninas e mulheres negras (WAISELFISZ, 2015). Entre estas violências estão os estupros, que também atingem, em sua maioria, as mulheres negras, em função da simbologia e coisificação dos corpos das mulheres negras, agravando-se também a situação de violência obstétrica.

O perfil de causas prioritárias de mortalidade materna praticamente não mudou na última década: hipertensão, infecção puerperal, aborto e hemorragia continuam como principais causas. As mulheres negras são as principais vítimas. De acordo com dados notificados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas. (MS/SVS). A mortalidade materna ganha contornos ainda mais graves quando percebe-se que cerca de 90% dos óbitos poderiam ser evitados, muitos deles por ações dos serviços de saúde. O número mínimo de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde é de 6 (seis). A proporção de mulheres que declararam realizar seis ou mais consultas de pré-natal foi maior na população branca (85,8%), seguida da amarela (80,7%), parda (71,8%), preta (71,2%) e indígena (39,7%) em 2012.

É nesse cenário que acontece o contexto da Síndrome Congênita do Zika Vírus, evidenciando as vulnerabilidades do sistema de saúde, apresentando as dificuldades de acessar as populações rurais, sobretudo aquelas que necessitam armazenar água, na maioria povos e comunidades tradicionais, sobretudo aquelas que dependem da água para seu sustento, populações periféricas dos centros urbanos, impactando de forma significativa sobre as mulheres negras, assim como as situações de intolerância religiosa. Portanto, precisamos debater sobre essas iniquidades e desigualdades sociais que acabam por vulnerabilizar as mulheres negras, indígenas, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, jovens e idosas, do campo e da cidade de forma diferenciada e que exigem ações e estratégias específicas.

Frente a essas iniquidades, as Políticas de Promoção de Equidade vigentes no SUS como: Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, incluindo o Processo Transexualizador (Portaria GM/MS nº 2.803/2013); Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e as ações de saúde do Plano da Política Nacional da População em Situação de Rua são normativas que deram visibilidade às vulnerabilidades dessas populações e reconheceram todos os segmentos como sujeitos de direitos, em especial, colocando a equidade como imprescindível para garantir os princípios da integralidade e da universalidade no SUS. É fundamental reconhecer em cada uma dessas políticas a abordagem de gênero e geração, dando visibilidades às diversidades femininas e aos ciclos de vida.

É necessário, ouvir as mulheres, suas demandas e identificar, através dessa investigação, o direcionamento das políticas de saúde voltadas às mulheres. O respeito aos processos de participação popular como as conferências (saúde, políticas para as mulheres, igualdade racial, direitos humanos, LGBT etc.), devem permear a interseccionalidade das políticas públicas para mulheres, e vislumbrar redução de indicadores desfavoráveis para a multiplicidade das mulheres.

Sobretudo, observar nas definições da 4ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres que abarcam as dimensões de raça/etnia, orientação sexual e identidade de gênero, mulheres em situação de rua, assim como as mulheres com deficiências, no que tange à saúde e aos caminhos para a saúde pública brasileira.

A implementação das demandas das conferências de saúde necessita especial atenção, visto que a 15ª Conferência Nacional de Saúde teve maior participação de mulheres. É necessário, no entanto, que a implementação dessas políticas de promoção de equidade em saúde tenha o compromisso das (os) gestoras (es) das secretarias estaduais e municipais do SUS, bem como das (os) profissionais de saúde, das (os) prefeitas (os), governadoras (es) e outras (os) dirigentes além do setor saúde, e a articulação com políticas intersetoriais que promovam melhorias nas condições de vida e saúde, como a educação, trabalho, moradia, saneamento e ambiente.

Sobretudo é preciso realizar um diagnóstico que tenha por base evidências científicas em saúde, que considere as dinâmicas de classe social, de gênero, raça/etnia, orientação sexual e identidade de gênero, as condições de moradia (urbana e rural), os povos e comunidades tradicionais, reiterando os terreiros enquanto espaço acolhedor pelo saberes ancestrais e cuidado com a população, bem como benzedeiras e rezadeiras.

Na elaboração das propostas, é importante fazer o recorte do atendimento considerando essas situações de maior vulnerabilidade (negras, ciganas, encarceradas, deficientes físicas, lésbicas, bissexuais, transexuais, em situação de violência, mulheres do campo, floresta, águas).

**Neste contexto, propõe-se como questões ativadoras do debate:**

1. Refletir sobre: Quem são essas mulheres? Como vivem e como se relacionam? Quais suas vulnerabilidades individuais e sociais?

2. Que estratégias e ações podem possibilitar a superação dessas vulnerabilidades e como articular no SUS à sua promoção e garantia?

3. E as mulheres que sofrem violências? Como enfrentar o racismo institucional? Como enfrentar a lesbofobia, a bifobia e a transfobia? Como enfrentar a violência doméstica e sexual?

4. Como garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos considerando a autonomia das mulheres e sua diversidade?

5. O que falta, na sua região, para o efetivo cumprimento da legislação vigente da Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência, da Rede Cegonha, do atendimento em 60 dias dos casos de câncer?

# Eixo IV

## Políticas Públicas para Mulheres e Participação Social

cional de Saúde das Populações
mpo, Floresta e Águas
CONFERÊNCIA N
EVA BLAY
15ª
CONFERÊNCIA NACIONAL DE
SAÚDE
CONFERÊNCIA NAC

## Eixo IV – Políticas Públicas para Mulheres e Participação Social

A 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu) acontece em um momento especial de luta democrática e de resistência, e ainda sob os ecos do processo de mobilização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, fazendo valer a trajetória de conquistas das mulheres para o avanço da democracia participativa, reafirmando o SUS como impulsionador de direitos e cidadania, de acesso às ações de saúde, educação, seguridade social, essencialmente constituído por valores promotores de relações mais humanizadas, com mais vínculo e afeto.

Contudo, em meio a esse cenário de desafios inerentes ao processo de organização de uma conferência, a vivência nos mostra hoje um cenário de deslegitimação do legislado constitucional com a EC 95 do teto dos gastos públicos, que tente a aprofundar a atual política econômica recessiva, o desemprego, a queda de renda e o sucateamento das políticas sociais, dentre outras, que só agrega valor e peso para a limitação do crescimento/desenvolvimento do país, da inclusão social e da maximização das desigualdades sociais e regionais. (SANTOS; FUNCIA, 2016)

E a 2ª CNSMu pode ser uma oportunidade para a construção de políticas que expressem as necessidades das mulheres, além de reafirmar os princípios orientadores do SUS e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, fazendo valer: a autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida; a busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos; o respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação; o caráter laico do Estado; a universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado; a participação ativa das mulheres na vida social, econômica e política do país; e a transversalidade e abordagem de gênero em todas as políticas públicas. O enfrentamento das desigualdades de gênero em todos os aspectos e ciclos de vida é a busca permanente pela igualdade no cotidiano cidadão. (BRASIL, 2013)

Portanto, o debate sobre as políticas públicas e, em especial, as de saúde, deve considerar a questão de gênero, a intersetorialidade e a equidade no SUS como conquistas e direitos das mulheres, e servirão de guias, dentro do presente eixo, que se enriquecerá com as contribuições das conferências no âmbito municipal, estadual e nacional.

O surgimento do feminismo como ator político na esfera pública, nos meados das décadas de 70 e 80; a redemocratização e a agenda de políticas públicas para as mulheres, na década de 80 e 90; a internacionalização das agendas – globalização econômica, universalização dos direitos humanos, conferências das Nações Unidas; e as políticas na atualidade são aspectos importantes que devem permear toda análise e avaliação no processo da 2ª CNSMu. (BRASIL, 2004)

Ao refletirmos sobre o percurso histórico das lutas, conquistas e desafios vivenciados pelos movimentos de mulheres em meio as diversidades visíveis e invisíveis nos distintos espaços de participação social e de controle, é imprescindível memorarmos as contribuições da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (2004), firmando o debate sobre igualdade de gênero e igualdade étnica e racial, pois apesar dos avanços e dos pressupostos constitucionais de 1988, que afirma igualdade de todos perante a lei, ainda há distanciamento entre os escritos formais/legais e as diversas instâncias da vida e da percepção social, dos poderes públicos e as instâncias de governo. (BRASIL, 2004)

E a luta continua com legados importantes e que serviram de alicerce para os desenhos que se configuram no cotidiano de cada cidadão e cidadã brasileira. Nesse contexto, a 2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, resultou na elaboração do II Plano Nacional de Políticas para Mulheres – PNPM e a 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres resultou no Plano Nacional de Políticas para Mulheres 2013-2015, com maior inserção e valorização das temáticas de gênero em diversas frentes do governo, além de sinalizar linhas de ações que extrapolam as fronteiras do território nacional. O PNPM 2013-2015

orienta a implementação de linhas de ações já pactuadas/negociadas por meio de objetivos e metas que devem ser debatidos e (re)significados em consonância com as necessidades das mulheres.

A 4ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres aconteceu no mesmo momento em que a primeira mulher Presidenta do Brasil sofreu ataques a sua condição de dirigente máxima da nação brasileira, em 13 de maio de 2016. Essa ruptura democrática que o país vive também traz reflexões sobre a condição feminina em espaços de poder e na construção e consolidação de políticas públicas voltadas para as mulheres. Para tanto, imperativo se faz questionar e refletir sobre como fazer valer as políticas públicas para as mulheres a partir da pluralidade e complexidade da democracia e da participação social.

As políticas públicas são o resultado de disputas de ideias, conceitos, interesses diversos, de posição entre Governo e Sociedade Civil, envolvendo diferentes atores sociais, institucionais e políticos. O que amplia, legitima e faz a mediação do processo de disputa é a democracia participativa. É importante ressaltar que a participação para a efetivação de políticas para as mulheres antecede a Carta Magna e o SUS. A luta das mulheres por cidadania e direitos passa pelo reconhecimento do seu lugar de cidadã na sociedade, do respeito à sua condição feminina, a legitimação de seu direito social e civil.

As mulheres são protagonistas de suas próprias vidas e nos seus distintos cenários, territórios, comunidades e mundos que somam esforços e agregam valor na construção de um Brasil mais solidário, mais igual, com mais equidade, mais cidadania e democracia participativa.

O processo de democratização é chave para garantir governabilidade política e social, direitos, acessos, políticas públicas e participação social que legitima processos, de ações e de agendas temáticas de políticas públicas. São várias as formas de participação social, que vão desde as institucionalizadas no âmbito da administração pública, como os conselhos e as conferências, até as organizadas de forma legítima e livre por grupos, entidades e movimentos sociais.

Vários são os espaços e ferramentas de manifestações das pessoas e das populações. As ouvidorias, as audiências públicas, os plebiscitos, os referendos populares, mobilizações por projetos de lei de iniciativa popular estão entre diversos e distintos movimentos coletivos que configuram um leque de possibilidades e se multiplicam no fortalecimento do protagonismo das mulheres, visando a garantia dos direitos civis, sociais e políticos.

A regulação das relações entre Estado e Sociedade é fundamental para a democracia participativa. Neste caminho o Governo Federal instituiu por meio do Decreto nº 8.243 de 23 de maio de 2014 a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS) definindo espaços de escuta e participação da população e dos movimentos sociais. Na contra mão do movimento de fortalecimento e consolidação da Democracia no Brasil o Congresso Nacional aprova o projeto PDC 1.491/2014, que cancela o Decreto, em outubro do referido ano.

Nesta conjuntura de retrocessos no campo social, jurídico, político e ético é fundamental resgatar esta iniciativa tão necessária ao fortalecimento da democracia brasileira e ao desenvolvimento econômico-social do País. Portanto, cabe a 2ª CNSMu o debate da questão e das proposições para barrar qualquer retrocesso nas relações entre Estado e Sociedade Civil.

Participação e controle social na saúde significam a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na formulação, na execução, no monitoramento e avaliação das políticas e programas de saúde, conforme estabelece a Lei n.º 8.142/1990. Existem atualmente 5.570 conselhos municipais, 26 estaduais e 1 distrital de saúde, compostos por trabalhadoras (es) da saúde, usuárias (os), gestoras (es) e prestadoras (es) de serviços de saúde.

Entretanto, a conjuntura requer o resgate desses espaços como instrumentos vivos de gestão participativa, capazes de cumprir com suas atribuições legais e políticas, fortalecendo sua autonomia deliberativa,

estrutura e representação perante o Estado e a sociedade.

As conferências de saúde são espaços importantes de avaliação, formulação e proposição no campo da política de saúde. No entanto, para que se tornem ainda mais representativas, é preciso incluir novos atores/atrizes sociais, ainda que não estejam organizados formalmente. Urge que a aprovação de diretrizes e propostas pelo órgão de participação social seja amplamente comunicada à sociedade e conquiste espaço como formador de opinião e formulador de agenda em defesa do SUS junto a toda a sociedade e aos tomadores de decisão.

**Neste contexto, propõe-se como questões ativadoras do debate:**

1. Que ações intersetoriais podem ser desenvolvidas para garantir os direitos das mulheres à saúde, educação e seguridade social, com observância aos ciclos de vida, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, raça, etnia, cultura?

2. Como garantir o acesso e acessibilidade das mulheres à integralidade da atenção à saúde e seguridade social e em defesa do SUS, público, integral, equânime e universal, com observância às necessidades das mulheres em seus distintos territórios?

3. Como fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais que garantam os direitos das mulheres (trabalhadoras, desempregadas...) por meio da atuação do controle social, em especial dos conselhos de saúde em seu município/estado/Distrito Federal e dos movimentos sociais?

4. Que estratégias podem ser desenvolvidas para promover a inclusão, nos espaços dos conselhos de saúde, de representações femininas que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, considerando as diversidades como geração, orientação sexual, identidade de gênero, raça/etnia, campo floresta, águas e cidades, deficiências, mulheres em situação de rua, entre outras?

5. Como fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã?

6. Que estratégias e ferramentas de mobilização social e política podem ser utilizadas para o fortalecimento da participação da mulher nos distintos territórios?

# BIBLIOGRAFIA


AGUIAR, T. T. *Trabalhadoras lesionadas demitidas numa empresa global de capital nacional: trabalho, flexibilidade e gênero sob a "nova condição operária".* Revista da ABET, v. 15, n.1, Jan/Jun, 2016.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; MARINHO, L. F. B. *Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: desafios para um novo agir*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Apr/Jun, 1995, p.281-290.

ANDERSON, S. C. *Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro.* Cadernos Pagu. Campinas, n. 16, 2001.

BEIJING. *Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher.* Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres, Pequim, 1995. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf. Acesso em: 20 de dez. 2016.

BENEVENTO, C. T; SANTANA, V. C. *O conceito de gênero e suas representações sociais.* Revista Digital Bueno Aires, ano 17, nº 176, Enero, 2013.

BOBBIO, Norberto. *Estado, Governo e Sociedade: para uma teoria geral da política*. Tradução Marco Aurélio Nogueira. Paz e Terra. Rio de Janeiro. 1988.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013). *Mulheres são maioria da população e ocupam mais espaço no mercado de trabalho*. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/mulheres-sao-maioria-da-populacao-e-ocupam-mais-espaco-no-mercado-de-trabalho. Acesso em: 20 de dez. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final.* Brasília, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf Acesso em: 20 de dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. *Relatório Final.* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNSD_mulher_parte_I.pdf. Acesso em: 15 de dez. de 2016.

BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.* Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 510p. Disponível em: http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/526716/CF88_EC95_livro.pdf. Acesso em: 20 de dez. de 2016.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres – ANAIS. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. 164 p. Disponível em: http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/anais.pdf. Acesso em: 12 de dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do MS, 2009. 82 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 12 dez. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral da Presidência da República. Democracia participativa: nova relação do estado com a sociedade. 2ed. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República, 2011. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Documento orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. 2015. 31 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html. Acesso em: 20 de nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Saúde da população em situação de rua: um direito humano.* Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 537. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_16.htm. Acesso em: 16 de dez. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 538. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_16.htm. Acesso em: 16 de dez. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria CNS nº 1.016. Disponível em http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao. Acesso em: 16 de dez. de 2016.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea. *Mulheres e trabalho: breve análise do período 2004-2014.* Nota Técnica do IPEA, Nº24, Março 2016. Organizadores: Luana Simões Pinheiro, Antonio Teixeira Lima Junior, Natália de

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Algumas das principais características dos Trabalhadores Domésticos vis a vis a População Ocupada.* Pesquisa Mensal de Emprego (PME): 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/princ_carac_trab_dom.pdf. Acesso em 11 de jul. de 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf. Acesso em: 15 de dez. de 2016.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea. Mudanças recentes na pobreza brasileira. Comunicados do Ipea, n. 111. Ipea: Brasília, 2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/110915_comunicadoipea111.pdf. Acesso em: 15 de dez. 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Assédio moral e sexual no trabalho.* Brasília: MTE, ASCOM, 2009, p.42. Disponível em: http://www.eletronorte.gov.br/opencms/export/sites/eletronorte/ouvidoria/assedioMoral.pdf. Acesso em: 10 de dez. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Documento orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde.* Brasília. 2015. 31 p. Acesso em: 20/11/ 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html. Acesso em: 12 de dez. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.* Brasília: Editora do MS, 2009. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 12 de dez. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.* Brasília: Editora do MS, 2009. 82 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 12 de dez. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Painel de Indicadores do SUS, v. 7, n. 10. Disponível em: http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/13/painel10-130516.pdf. Acesso em: 12 de dez. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, *Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua: um direito humano.* Brasília, 2014, p.38. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 10 de dez. de 2016.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Mulheres do Campo e da Floresta Diretrizes e Ações Nacionais*. Brasília: SPM, PR, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres – ANAIS*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. 164 p. Disponível em: http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/anais.pdf. Acesso em: 12 de dez. de 2016.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral da Presidência da República. *Democracia participativa: nova relação do estado com a sociedade*. 2ed. Brasília, 2011.

BRASIL. *Conselho Nacional de Saúde. Conselho é contra a PEC 55/2016. Entenda os motivos.* Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/11nov18_Conselho_contra_PEC55_2016_Entenda_motivos.html. Acesso em: 12 de dez. de 2016.

BRASIL. Instituto de Segurança Pública. Dossiê Mulher 2015. Organização: Andréia Soares Pinto, Orlinda Cláudia R. de Moraes, Joana Monteiro. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2015 (Série estudos, 2), p.98.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Seminário Nacional de Saúde das Mulheres. *Histórias e lutas inscritas em nossos corpos e expressas em nossa saúde: nenhum direito a menos.* Brasília, 2016.

DATA POPULAR. Instituto Patrícia Galvão. *Percepção da sociedade violência e assassinatos de mulheres.* Disponível em: file:///D:/Documents/Mulheres%20no%20trablho/livro_pesquisa_violencia.pdf. Acesso em: 14 de nov. de 2016.

DATA POPULAR. Instituto Patrícia Galvão. *SOS Corpo. Creche como demanda das mulheres por políticas públicas.* Disponível em: http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2012/10/Creches_-_Divulgacao.pdf. Publicado em 10/2012. Acesso em: 12 de mai. de 2016.

GUIMARÃES, José Ribeiro Soares (org.). *Perfil do Trabalho Decente no Brasil: um olhar sobre as Unidades da Federação durante a segunda metade da década de 2000.* Brasília: OIT, 2012, p. 416. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/indicadorestdnovo_880.pdf. Acesso em: 30 de jun. de 2016.

LUCIO, C.G. *Mulher, Mercado de trabalho e desigualdade*. Disponível em http://www.vermelho.org.br/noticia/253522-8. Acesso em: 12 de dez. de 2016.

MEDEIROS, P. F; GUARESCHS, N. M. F. *Políticas Públicas de Saúde da Mulher: a integralidade em questão.* Estudos Feministas, Florianópolis, jan/abr, 2009, p. 296.

OLIVEIRA, F. e SILVA, R. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=27317. Acesso em: 16 de dez. de 2016.

PASTORE, E; ROSA, L.D.A. *As relações de gênero entre os trabalhadores da área de saúde.* Disponível em: www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST25/Pastore-Rosa-Homem_25.pdf. Acesso em: 16 de dez. de 2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. *Mulher recebe menos em todos os países.* Disponível em: http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=1998, Publicado em 6/2/2009. Acesso em: 11 de jul. de 2016.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. *Reforma Sanitária e a criação do SUS: metas sobre contextos e autores.* História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan/mar 2014, p.15-35.

RAGO, Margareth. A mulher brasileira nos espaços público e privado. Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil, 2004.

RAGO, Margareth. Feminizar é preciso: por uma cultura filó-gina. São Paulo em Perspectiva: *Revista da Fundação Seade*, São Paulo, v. 15 n. 3, jul.-set. 2001, p. 58- 66.

SARTI, C. A. *O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma anos 1970: revisitando uma trajetória.* Florianópolis, maio-agosto/2004, p. 264.

SANTOS, Ronald Ferreira dos; FUNCIA, Francisco. O SUS terá recursos reduzidos nos próximos 20 anos! Brasília: CNS. 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/11nov18_Conselho_contra_PEC55_2016_Entenda_motivos.html. Acesso em: 12 de dez. de 2016.

SANTOS, Ronald Ferreira dos; FUNCIA, Francisco. O SUS terá recursos reduzidos nos próximos 20 anos! Brasília: CNS. Disponível em: conselho.saude.gov.br/.../11nov18_Nota_CNS_respostaaogoverno_pec_241.pdf. 2016. Acesso em: 12 de dez. de 2016.

SOUTO, K.M.B. *A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero.* SER Social. Brasília, v. 10, n.22, jan/jun. 2008, p. 161-182.

WEISELFISZ, J. J. *Mortes Matadas por Arma de Fogo: Mapa da Violência 2015.*
Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Disponível em**:** *www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf.* Acesso em: 12 de dez. de 2016.

# GLOSSÁRIO DE SIGLAS

**2ª CNSMu** – 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres
**8ª CNS** – 8ª Conferência Nacional de saúde
**ADIN** – Ação Direta de Inconstitucionalidade
**AI5** – Ato Institucional no 5
**ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar
**CF** – Constituição da República Federativa do Brasil
**CISMU** – Comissão Intersetorial de Saúde das Mulheres
**CNS** – Conselho Nacional de Saúde
**EC** – Emenda Constitucional
**FEM** – Fórum Econômico Mundial
**FLACSO** – Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais
**GM/MS** – Gabinete do Ministro da Saúde
**HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
**HTLV** – Vírus T- Linfotrópico Humano
**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
**IST** – Infecção Sexualmente Transmissível
**LGBT** – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
**MD** – Ministério do Desenvolvimento
**Mulheres LBT** – Lésbicas, Mulheres Bissexuais, Travestis e Mulheres Transexuais
**ONU** – Organização das Nações Unidas
**PEC** – Proposta de Emenda à Constituição
**PIB** – Produto Interno Bruto
**PL** – Projeto de Lei
**SAS** – Secretaria de Atenção à Saúde
**SPM** – Secretaria Especial de Políticas para Mulheres
**SUS** – Sistema Único de Saúde
**SVS** – Secretaria de Vigilância em Saúde
**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

# FICHA TÉCNICA

**Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde**

Presidente: Ronald Ferreira dos Santos – Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)
• André Luiz de Oliveira - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)
• Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro - Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA)
• Edmundo Dzuaiwi Omoré - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB)
• Francisca Rêgo Oliveira Araújo - Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO)
• Geordeci Menezes de Souza - Central Única dos Trabalhadores (CUT)
• Jurandi Frutuoso Silva - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)
• Neilton Araújo dos Santos - Ministério da Saúde (MS)

**Comissão Executiva**

• Carmen Lucia Luiz – União Brasileira de Mulheres (UBM)
• Haroldo Jorge de Carvalho Pontes – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
• Maria Esther de Albuquerque Vilela – Coordenadoria Geral de Saúde das Mulheres (DAPES/SAS/MS)
• Neide Rodrigues dos Santos – Secretaria Executiva (CNS)
• Ronald Ferreira dos Santos – Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)

**Comissão Organizadora**

Coordenador Geral: Ronald Ferreira dos Santos – Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)
Coordenadora Geral Adjunta: Carmen Lucia Luiz – União Brasileira de Mulheres (UBM)
• Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro - Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA)
• Francisca Rêgo Oliveira Araújo - Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO)
• Francisca Valda da Silva – Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn
• Haroldo Jorge de Carvalho Pontes – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
• Heliana Hemetério - Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT)
• Jupiara Gonçalves de Castro – Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA)
• Lenise Aparecida Martins Garcia – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)
• Madalena Margarida da Silva - Central Única dos Trabalhadores (CUT)
• Marema de Deus Patrício - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)
• Maria Esther de Albuquerque Vilela – Coordenação Geral de Saúde das Mulheres (DAPES/SAS/MS)
• Maria Lúcia Santos Pereira da Silva – Movimento Nacional de População de Rua (MNPR)
• Maria Soraya Pinheiro Amorim - Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)
• Maria Zenó Soares da Silva - Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes (FENAFAL)
• Sônia Aparecida Pinheiro Pereira – Rede Nacional Lai Lai Apejo
• Sônia Maria Zerino da Silva - Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST)
• Stella Matta Machado – Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM)
• Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca – Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)
• Suely de Oliveira – Núcleo de Estudos em Gênero e Masculinidades da Universidade Federal do Pernambuco (GEMA/UFPE)

**Comissão de Comunicação e Mobilização**

Coordenadora: Maria Soraya Pinheiro Amorim - Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)
• Marema de Deus Patrício - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)
• Maria Zenó Soares da Silva - Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes (FENAFAL)
• Sônia Aparecida Pinheiro Pereira – Rede Nacional Lai Lai Apejo
• Sônia Maria Zerino da Silva - Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST)

**Comissão de Formulação e Relatoria**

Coordenadora: Francisca Valda da Silva – Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn
• Elaine Maria Silva das Neves – Central Única dos Trabalhadores (CUT)
• Francisca Rêgo Oliveira Araújo - Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO)
• Heliana Hemetério - Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT)
• Katia Maria Barreto Souto – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS)

• Lenise Aparecida Martins Garcia – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)
• Madalena Margarida da Silva - Central Única dos Trabalhadores (CUT)
• Maria Esther de Albuquerque Vilela – Coordenação Geral de Saúde das Mulheres (DAPES/SAS/MS)
• Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca – Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)
• Suely de Oliveira – Núcleo de Estudos em Gênero e Masculinidades da Universidade Federal do Pernambuco (GEMA/UFPE)

**Comissão Intersetorial de Saúde das Mulheres (CISMU/CNS)**

Coordenadora: Carmen Lucia Luiz – União Brasileira de Mulheres (UBM)
Coordenadora Adjunta: Alessandra Ribeiro de Sousa - Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)

**Titulares**

• Ana Clébea Nogueira Pinto de Medeiros - Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA)
• Ângela Amanakwa Kaxuyana - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB)
• Heliana Hemetério - Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – (ABGLT)
• Iraci do Carmo de França - Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)
• Jercilene Ferreira – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)
• Madalena Margarida da Silva – Central Única dos Trabalhadores (CUT)
• Maria Gerlívia de Melo Maia Angelim - Ministério da Saúde (MS)
• Maria Lúcia Santos Pereira da Silva - Movimento Nacional de População de Rua (MNPR)
• Sílvia Andrea Viera Aloia - Articulação Nacional de Luta contra AIDS (ANAIDS)
• Stella Matta Machado – Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM)

**Suplentes**

• Carolina Sátiro Macêdo - Conselho Federal de Psicologia (CFP)
• Francinaide Miguel - Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos (SINDNAPI/FS)
• Lenise Aparecida Martins Garcia - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)
• Lucimary Santos Pinto - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS)
• Maria Soraya Pinheiro Amorim - Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)
• Maura Augusta Soares de Oliveira - Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)
• Patrícia dos Santos Massanaro - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM)
• Sônia Aparecida Pinheiro Pereira (REDE LAI LAI APEJO)
• Sônia Maria Zerino da Silva - Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST
• Sonilda Florinália da Silva Pereira - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG

**Assessoria Técnica**

• Eline Jonas – Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE/CNS)
• Katia Cristina Gonsalves – Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE/CNS)
• Mariana Karilena Moura - Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE/CNS)
• Neuza Viana Castanha – Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE/CNS)

# ANEXOS

1. Portaria no 1.016, de 11 de maio de 2016, que convoca a 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher:

O Ministro de Estado da Saúde, Substituto, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de avaliar e discutir a Política Nacional de Saúde Integral das Mulheres, resolve:

Art. 1º Fica convocada a 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher, a se realizar no período de 8 a 10 de março de 2017, em Brasília, Distrito Federal, com o tema: "Saúde da Mulher: Desafios para Integralidade com Equidade".

Art. 2º A 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher será coordenada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde e presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, em sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde.

Art. 3º As etapas preparatórias da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher serão realizadas no período de julho de 2016 a fevereiro de 2017.

Art. 4º O Regimento e a Comissão Organizadora da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher serão aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde e homologados mediante Portaria do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 5º As despesas com a organização e realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher correrão por conta de recursos orçamentários consignados ao Ministério da Saúde.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Agenor Álvares da Silva

2. Resolução no 537, de 19 de setembro de 2016.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 18 e 19 de agosto de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006, resolve:

Aprovar o Regimento da 2a Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.

**Capítulo I - Da natureza e finalidade**

Art. 1o. - A 2a Conferência Nacional de Saúde das Mulheres – 2a CNSMu, convocada pela Portaria no 1.016/GM/MS, de 11 de maio de 2016, tem como objetivo propor diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

**Capítulo II**

SEÇÃO I - Da realização

Art. 2o. - A 2a CNSMu terá abrangência nacional, mediante a realização das Etapas Preparatórias; Municipais e/ou Macrorregionais; Estaduais/Distrito Federal; Nacional, assim como Conferências Livres, conforme abaixo:

I - Etapa Nacional - de 1º a 4 de agosto de 2017;

II - As etapas preparatórias às Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrito Federal e Nacional como: Conferências Livres, Plenárias, Oficinas e outras poderão ser realizadas de agosto de 2016 até o início das referidas etapas;

III - As etapas Municipais e/ou Macrorregionais Estaduais/Distrito Federal serão definidas posteriormente através de Resolução do CNS;

IV - O cronograma geral da 2a CNSMu será aprovado por meio de Resolução do Conselho Nacional de Saúde.

§1º. Compõe a etapa preparatória da 2a CNSMu:

a) 15ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças - 15ª EXPOEPI;

b) 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária – 7º SIMBRAVISA;

c) VII Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador – CISTT;

d) 20ª Plenária Nacional de Saúde e Movimentos Sociais.

§2º. Considera-se Macrorregião, para fins desta Conferência, aquelas definidas no Plano Diretor de Regionalização de Saúde ou conforme determinação do Conselho Estadual/Distrito Federal de Saúde.

§3º. A Etapa Estadual/Distrito Federal será precedida de Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e a Etapa Nacional será precedida de Conferências Estaduais.

§4º. Os Conselhos Estaduais/Distrito Federal de Saúde deverão informar à Comissão Organizadora Nacional o cronograma de realização das Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrito Federal.

§5º. O não cumprimento dos prazos e ou realização das etapas previstas neste artigo, por algum Município, Macrorregião, Estado e Distrito Federal, não constituirá impedimento para a realização da Etapa Nacional.

SEÇÃO II - Da etapa Municipal e/ou Macrorregional

Art. 3º. - A Etapa Municipal e/ou Macrorregional terá por objetivo analisar as prioridades constantes no Documento Orientador e elaborar propostas para o fortalecimento dos programas e ações de Implementação da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde das Mulheres.

Parágrafo único. A comissão de organização e ou Conselho de Saúde responsável pela realização da etapa emitirá Relatório da Etapa Municipal e/ou Macrorregional, juntamente com a lista dos Delegados eleitos para a Etapa Estadual/Distrito Federal, considerando-se os prazos previstos no Regimento da Conferência Estadual.

Art. 4º. - O Conselho Estadual/Distrito Federal de Saúde coordenará as Conferências Macrorregionais de Saúde das Mulheres, devendo convocar os Conselhos Municipais de Saúde da Macrorregião para compor a organização. §1o Havendo Conferência Municipal de Saúde das Mulheres, caberá ao respectivo Conselho Municipal de Saúde a sua coordenação. §2o No caso do Distrito Federal, a realização das Conferências Municipais e/ou Macrorregionais deverá obedecer a sua estrutura de organização jurídico-administrativa. §3o Nas Conferências Municipais e/ou Macrorregionais serão eleitas, de forma paritária, as delegadas e os delegados que participarão da Conferência Estaduais/Distrito Federal, conforme a Resolução do CNS no 453/2012.

SEÇÃO III - Da etapa estadual

Art. 5º. - A Etapa Estadual/Distrito Federal terá por objetivo analisar as prioridades constantes no Documento Orientador e nos Relatórios das Conferências Municipais e/ou Macrorregionais, elaborar propostas para Estados e União, e encaminhar à Comissão Organizadora Nacional o respectivo Relatório Final.

Parágrafo único. Deverá constar no Relatório Final da etapa Estadual/Distrito Federal o quantitativo de participantes de todas as atividades realizadas referente à Etapa Municipal e/ou Macrorregional e das Conferências Livres.

Art. 6º. - Os Conselhos Estaduais/Distrito Federal de Saúde definirão o número de delegados (as) por Município e/ou Macrorregionais que participarão da Etapa Estadual/Distrito Federal, observando-se a paridade prevista na Resolução no 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 7º. - Na Etapa Estadual/Distrito Federal só poderão participar as (os) delegadas (os) eleitas (os) nas Conferências Municipais e/ou Macrorregionais, as (os) delegadas (os) eleitas (os) pelo Conselho Estadual de Saúde/Conselho de Saúde do Distrito Federal e convidadas (os), obedecendo à paridade prevista na Resolução no 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

§1º. As (os) delegadas (os) eleitas (os) pelo Conselho Estadual de Saúde/Conselho de Saúde do Distrito Federal são: I - conselheiras (os) estaduais titulares, ou suplentes, no caso de substituição do titular; II - representantes de entidades/instituições.

§2º. O número de conselheiras (os) estaduais, somado ao número de representantes de entidades/instituições, não poderá ultrapassar o percentual de 20% (vinte por cento) do total dos delegadas(os) eleitas(os) nas Conferências Municipais e/ou Macrorregionais.

§3º. As (os) delegadas(os) previstos no inciso I e II do §1o serão apresentadas (os) e homologadas (os) pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde/Conselho de Saúde do Distrito Federal. Art.8o As inscrições das(os) delegadas(os) da Etapa Estadual eleitas (os) para participarem da 2a CNSMu serão realizadas pelas comissões organizadoras das Conferências Estaduais/Distrito Federal.

SEÇÃO IV - Da etapa nacional

Art. 9º. - A Etapa Nacional terá por objetivo analisar o consolidado das propostas aprovadas nas Conferências Estaduais/Distrito Federal para o fortalecimento dos programas e ações de Saúde das Mulheres.

Art. 10. - Na Etapa Nacional participarão somente as(os) Delegadas(os) eleitas(os) nas Conferências Estaduais (Distrito Federal), as (os) Delegadas (os) eleitas (os) pelo Conselho Nacional de Saúde, obedecendo a paridade prevista na Resolução no 453/2012 do CNS, e convidadas (os).

§1º. As (os) delegadas(os) eleitas (os) pelo Conselho Nacional de Saúde são:

I - conselheiras(os) nacionais titulares, ou suplentes, no caso de substituição do titular;

II - conselheiras(os) nacionais suplentes, um por composição; e

III - representantes de entidades/instituições.

§2º. O número de Conselheiras (os) nacionais, somado ao número de representantes de entidades/instituições, não poderá ultrapassar o percentual de 20% (vinte por cento) do total das (os) delegadas (os) eleitas (os) nas Etapas Estaduais.

§3º. As (os) delegadas (os) previstos no inciso I e II do §1o serão apresentadas (os) e homologadas(os) no Pleno do CNS.

§4º. As (os) delegadas (os) referidas (os) no inciso III do §1º deverão ser eleitas (os) pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde, mediante proposta formulada pela Comissão Executiva, em âmbito nacional, da 2a CNSMu.

Art. 11. - A 2 a CNSMu será realizada em Brasília -DF. Parágrafo único. A Programação da 2 a CNSMu será proposta pela Comissão Organizadora, aprovada pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde e anexada ao Regulamento.

SEÇÃO V - Das conferências livres

Art. 12. - As Conferências Livres poderão ser organizadas pelos segmentos de usuárias (os), trabalhadoras (es) e gestoras (es)/ prestadoras (es), como também, pela representação social a que pertencem (Ex.: juventude, mulheres negras, pescadoras, catadoras de materiais recicláveis, empregadas domésticas, enfermeiras, lésbicas, indígenas, mulheres com deficiências, mulheres vivendo com HIV/AIDS, dentre outras), podendo ser constituídas no âmbito Municipais, Intermunicipais, Regionais, Macrorregionais, Estaduais, Distrital e/ou Nacional, com o objetivo de debater um ou mais eixos temáticos.

Parágrafo único: As conferências livres não elegem delegadas (os). Seu principal objetivo é apresentar sugestões pelo(s) eixo(s) temático(s) debatido(s) à Comissão Organizadora da Etapa correspondente.

**Capítulo III - Do temário**

Art. 13. - O tema central da Conferência, que orientará as discussões nas distintas etapas da sua realização, será "Saúde das Mulheres: Desafios para a Integralidade com Equidade", a ser desenvolvido um eixo principal e em eixos temáticos.

§1º. O eixo principal da 2o CNSMu será "Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres".

§2º. Os eixos temáticos da 2a CNSMu serão:

I - O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres;

II - O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres.

III - Vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres. e

IV - Políticas públicas para as mulheres e a participação social.

§3º. O Documento Orientador da 2a CNSMu, de caráter propositivo, será elaborado por representantes da Comissão Organizadora, da Comissão Executiva e da Comissão de Formulação e Relatoria, com base no eixo principal e eixos temáticos da 2a CNSMu e deverá considerar as deliberações da 15ª. Conferência Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Saúde.

§4º. O eixo principal e os eixos temáticos poderão sofrer ajustes, respeitando o debate acumulado pelo Conselho Nacional de Saúde.

**Capítulo IV - Do funcionamento**

Art. 14. - A 2a CNSMu será presidida pelo Ministro de Estado de Saúde, com Coordenação Geral da Presidência do Conselho Nacional de Saúde e Coordenação Geral Adjunta da Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher.

Art. 15. - O funcionamento da Etapa Nacional da 2a CNSMu se dará através da realização de Oficinas, constituição de Grupos de Trabalho e de uma Plenária Final.

Parágrafo único. Após a realização da Etapa Nacional, por um período de 1 (um) ano, o sistema de conselhos de saúde desenvolverá atividades de monitoramento e devolutivas das deliberações da 2a CNSMu.

Art. 16. - Os relatórios das Conferências Estaduais/Distrito Federal deverão ser apresentados à Comissão Organizadora Nacional da 2 a CNSMu, até 10 dias do término da referida Etapa.

§1º. Os Relatórios das Etapas Estaduais/Distrito Federal deverão conter, no máximo, 12 (doze) propostas prioritárias de abrangência Nacional, desde que contemplados todos os eixos, a serem apresentadas em papel tamanho A4, fonte tipo Arial, tamanho 12 e espaço duplo.

§2º. Caberá à Comissão de Formulação e Relatoria elaborar o Relatório Consolidado das Etapas Estaduais/Distrito Federal, a ser publicado e distribuído para subsidiar a Etapa Nacional da 2a CNSMu.

§3º. A Comissão de Formulação e Relatoria da 2a CNSMu consolidará as propostas dos Relatórios Estaduais/Distrital, considerando as que se relacionam com o tema central, em um total de doze propostas.

**Capítulo V - Das comissões**

Art. 17. - A 2a CNSMu será conduzida pelas seguintes comissões:

a) Comissão Executiva;

b) Comissão Organizadora;

c) Comissão de Comunicação e Mobilização; e

d) Comissão de Formulação e Relatoria.

§1º. A Comissão Executiva terá os seguintes representantes:

I - Coordenador - Presidente do Conselho Nacional de Saúde;

II – Secretária(o) Executiva(o) do Conselho Nacional de Saúde;

III – Coordenadora(or) Geral Adjunta(o): Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher;

IV - 1 (um) membro do Ministério da Saúde;

V - 1 (um) membro do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS;

VI - 1 (um) membro do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS;

§2º. A Comissão Organizadora da 2a CNSMu será composta por 16 (dezesseis) membros podendo ou não ser Conselheira(o), conforme descrito abaixo:

I - 01 (um) representante do Ministério da Saúde;

II - 01 (um) representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS;

III - 01 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS;

IV - 01 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS;

V - 06 (seis) representantes da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher - CISMU;

VI - 02 (dois) representantes da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde; e

VII - 04 (quatro) conselheiros aprovados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, sendo 2 (dois) usuários e 2 (dois) trabalhadores.

§3º. A Comissão Organizadora apresentará ao Pleno do CNS proposta de composição para as Comissões de Comunicação e Mobilização e a Comissão de Formulação e Relatoria.

**Capítulo VI - Das atribuições das comissões**

Art. 18. - À Comissão Executiva compete:

I - implementar as deliberações da Comissão Organizadora;

II - subsidiar e apoiar a realização das atividades das demais Comissões;

III - garantir as condições da infraestrutura necessárias para a realização da 2a CNSMu;

IV - propor e viabilizar a execução do orçamento e providenciar as suplementações orçamentárias;

V- Prestar contas à Comissão Organizadora dos recursos destinados à realização da Conferência, considerando-se os gastos das comissões nacionais na participação das etapas preparatórias, Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/ Distrito Federal;

VI - Propor as condições de acessibilidade e de infraestrutura necessárias para a realização da 2a CNSMu, referentes ao local, ao credenciamento, equipamentos e instalações audiovisuais, de reprografia, comunicação (telefone, internet, fax, entre outros), hospedagem, transporte, alimentação e outras;

VII - providenciar e acompanhar a celebração de contratos e convênios necessários à realização da 2a CNSMu; e

VIII - propor a lista dos convidados e Delegadas (os) referidos no §1o do artigo 10, obedecendo a paridade prevista na Resolução no 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único. A Comissão Executiva deverá participar de todas as reuniões da Comissão Organizadora.

Art. 19. - À Comissão Organizadora da 2a CNSMu compete:

I - promover, coordenar e supervisionar a realização da 2a CNSMu, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros, e apresentando as propostas para deliberação do Conselho Nacional de Saúde;

II - elaborar e propor:

a) o Regulamento da 2a CNSMu;

b) Apreciar a prestação de contas realizada pela Comissão Executiva; e

c) resolver as questões julgadas pertinentes não previstas nos itens anteriores. III - acompanhar a disponibilidade da organização, da infraestrutura e do orçamento da Etapa Nacional; e

IV - estimular, monitorar e apoiar a realização das Etapas Preparatórias, Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrito Federal de Saúde das Mulheres.

Art. 20. - À Comissão de Formulação e Relatoria compete:

I - elaborar e propor o método para consolidação dos Relatórios das Etapas Estaduais/Distrito Federal e da Plenária Final da Etapa Nacional;

II - consolidar os Relatórios da Etapa Estadual/Distrito Federal;

III - propor nomes para compor a equipe de relatores da Plenária Final;

IV - elaborar o Relatório Final da 2a CNSMu;

V- propor metodologia para a etapa final da 2a CNSMu;

VI - propor, encaminhar e coordenar a publicação do Documento Orientador e de textos de apoio para a 2a CNSMu; e

VII - estimular e acompanhar o encaminhamento, em tempo hábil, dos Relatórios das Conferências Estaduais à Comissão de Formulação e Relatoria da 2a CNSMu.

Parágrafo único A Comissão de Formulação e Relatoria trabalhará articulada com a Comissão de Comunicação e Mobilização e com a Assessoria de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde a na produção dos textos para a 2a CNSMu.

Art. 21 - À Comissão de Comunicação e Mobilização compete:

I - definir instrumentos e mecanismos de divulgação da 2a CNSMu, incluindo imprensa, internet e outras mídias;

II - promover a divulgação do Regimento e do Regulamento da 2a CNSMu;

III - orientar as atividades de comunicação social da 2a CNSMu;

IV - apresentar relatórios periódicos das ações de comunicação e divulgação, incluindo recursos na mídia;

V - divulgar a produção de materiais, da programação e o Relatório Final da 2a CNSMu;

VI - mobilizar e estimular a participação de todos os segmentos/setores pertinentes nas etapas das 2a CNSMu;

VII - estimular a realização de atividades para discussão do Documento Orientador; e

VIII - estimular a realização de Seminários Mobilizadores.

Parágrafo único - A Comissão de Comunicação e Mobilização trabalhará articulada com a Assessoria de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde no desenvolvimento das ações da 2a CNSMu.

**Capítulo VII – Das(os) participantes**

Art. 22. - A 2a CNSMu contará com as(os) seguintes participantes, conforme distribuição constante do Anexo I deste Regimento, que será publicado em resolução posterior:

a) delegadas(os) eleitas(os) pelo Conselho Nacional de Saúde, com direito a voz e voto;

b) delegadas(os) eleitas(os) na Etapa Estadual da 2a CNSMu, conforme previsto no Anexo I deste Regimento, com direito a voz e voto; e

c) Convidadas(os), com direito a voz.

§1º As(os) delegadas(os) eleitas(os) no segmento de usuárias(os) devem ser preferencialmente mulheres.

§2º. No processo eleitoral para a escolha de Delegadas(os), deverão ser eleitas(os) Delegadas(os) suplentes, no total de 30% (trinta por cento) das vagas de cada segmento, devendo ser encaminhada a ficha de inscrição da(o) Delegada(o) suplente, assim caracterizado no conjunto dos delegadas(os) inscritas(os), à Comissão Organizadora da 2a CNSMu;

§3º. Serão convidadas(os) para a 2ª CNSMu representantes de ONGs, entidades, instituições nacionais e internacionais e personalidades nacionais e internacionais, com atuação de relevância em Saúde das Mulheres e setores afins, num percentual máximo de até 10% (dez por cento) do total de delegadas(os) eleitas(os) (nos Estados e no Distrito Federal), que serão indicados pela Comissão Executiva, e aprovados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde.

§4º. A lista de convidadas(os) será concluída até 90 (noventa) dias anteriores à data de realização da Etapa Nacional.

Art. 23. - As inscrições das(os) delegadas(os) para a Etapa Nacional da 2 a CNSMu deverão ser feitas junto à Comissão Organizadora até 40 (quarenta) dias antes da data de realização da Etapa Nacional.

Art. 24. - A comunicação das(os) delegadas(os) suplentes eleitas(os) em substituição as(os) delegadas(os) titulares eleitas(os) poderá ser realizado até 15 (quinze) dias antes da data de realização da Etapa Nacional.

Art. 25. - Os participantes com deficiência e/ou patologias deverão fazer o registro na ficha de inscrição da 2a CNSMu, para que sejam providenciadas as condições necessárias à sua participação.

**Capítulo VIII - Dos recursos financeiros**

Art. 26. - As despesas com a organização geral para a realização da Etapa Nacional da 2a CNSMu caberão à dotação orçamentária consignada ao Ministério da Saúde.

§1º. O Ministério da Saúde arcará com as despesas referentes à hospedagem e alimentação de todos as(os) delegadas(os) e convidadas(os).

§2º. As despesas com o deslocamento das(os) delegadas os) Estaduais/Distritais de seus Estados e regiões de origem até Brasília serão de responsabilidade da respectiva unidade federada.

§3º. As despesas com o deslocamento dos representantes de entidades/instituições eleitos delegadas(os) pelo Conselho Nacional de Saúde da cidade de origem até Brasília serão de responsabilidade das Entidades que representam.

§4º. As despesas com as Conferências Municipais e/ou Macrorregionais poderão ser custeadas pelos Fundos Municipais de Saúde e/ou Fundos Estaduais de Saúde.

§5º. As despesas com as Conferências Estaduais/Distrito Federal serão custeadas pelo Fundo Estadual de Saúde.

§6º. As(os) delegadas(os) suplentes eleitas(os) somente terão direito à hospedagem e à alimentação, pagas pelo Ministério da Saúde, quando configurado o seu credenciamento enquanto delegada(o), em substituição a(ao) delegada(o) titular eleita(o).

**Capítulo IX - Das instâncias deliberativas**

Art. 27. - São instâncias de decisão na Etapa Nacional 2a CNSMu:

I - Os grupos de trabalho; e

II - Plenária Final.

§. A proposta de regulamento da Etapa Nacional será divulgada nos Conselhos Estaduais e Conselho do Distrito Federal e submetida a consulta virtual, por um período de trinta dias.

§2º. As sugestões obtidas da consulta virtual a que se refere o §1o deste artigo serão sistematizadas pela Comissão Organizadora da 2a CNSMu.

§3º. O regulamento da Etapa Nacional, sistematizado pela Comissão Organizadora após consulta virtual, será apreciado e aprovado, em caráter definitivo, na Reunião do Pleno do CNS, anterior a realização da Etapa Nacional.

§4º. Os grupos de trabalho serão compostos paritariamente por delegadas e delegados nos termos da Resolução CNS nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde com participação de convidadas e de convidados, estes proporcionalmente divididos em relação ao seu número total.

§5º. Os grupos de trabalho serão realizados, simultaneamente, para discutir e votar os conteúdos do Relatório Nacional consolidado.

§6º. A Plenária Final tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar propostas provenientes do relatório consolidado dos grupos de trabalho, bem como as moções de âmbito nacional e internacional.

Art. 28. - O Relatório Final da Conferência conterá as propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho e as propostas e Moções aprovadas na Plenária Final da Etapa Nacional, devendo conter diretrizes nacionais para o fortalecimento dos programas e ações de Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

Parágrafo único. O Relatório aprovado na Plenária Final da 2a CNSMu será encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde, devendo ser amplamente divulgado, servindo de base para a etapa de monitoramento.

**Capítulo X - Das disposições gerais**

Art. 29. - A metodologia para a 2ª CNSMu será objeto de Resolução do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 30. - O Regimento das Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrito Federal terão como referência o Regimento da Etapa Nacional.

Art. 31. - Os Estados e o Distrito Federal devem respeitar a distribuição de vagas previstas neste Regimento.

Art. 32. - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 2a CNSMu.

Art. 33. - As dúvidas quanto à aplicação deste Regimento nas Etapas Municipais e/ou Macrorregionais, Estaduais/Distrito Federal e Nacional serão esclarecidas pela Comissão Organizadora da 2a CNSMu.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS No. 537, de 19 de setembro de 2016, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

RICARDO BARROS
Ministro de Estado da Saúde

3. Resolução no 538, de 10 de novembro de 2016.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 10 e 11 de novembro de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006, resolve:

Aprovar o Cronograma e publicar o Anexo I previsto no artigo 22 do Regimento da 2a Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2a CNSMu) e dá outras providencias.

**Capítulo I - Dos objetivos**

Art. 1º. - A 2a Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2a CNSMu) tem por objetivos:

I - Propor diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral á Saúde das Mulheres;

II - Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade no SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais, étnico-raciais, de gênero, de orientação sexual, geracional, territoriais, de classe, entre outras, conforme está previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis no 8.080, de 19 de setembro de 1990 e no 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

III - Discutir a responsabilidade dos entes federados sobre o financiamento e a gestão das políticas públicas com impacto na saúde das mulheres;

IV - Desenvolver estratégias de enfrentamento ao machismo, ao sexismo e à misoginia, por meio de políticas públicas;

V - Aprofundar o debate sobre o impacto na saúde das mulheres da divisão sexual do trabalho, das condições, do salário e da jornada;

VI - Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade brasileira acerca do direito das mulheres à saúde e em defesa do SUS, para o enfrentamento da violência institucional;

VII - Fortalecer as políticas afirmativas para as mulheres que garantam seus direitos civis, políticos, econômicos e sociais;

VIII - Aprofundar o debate sobre as reformas necessárias à democratização do Estado, em especial as que incidem sobre a saúde das mulheres.

IX - Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade;

X - Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes, de forma ascendente, nos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

**Capítulo II - Do cronograma**

Art. 2º. - A 2a CNSMu terá abrangência nacional, mediante a realização das Etapas Preparatórias; Municipais e/ou Macrorregionais; Estaduais/Distrito Federal; Nacional, assim como as Conferências Livres, observado o seguinte cronograma:

I - Etapas Municipais e/ou Macrorregionais - de 1º. de janeiro de 2017 até 21 de maio de 2017;

II - Etapa Estadual - de 22 de maio de 2017 até 20 de junho de 2017; e

III - Etapa Nacional - de 1º. a 4 de agosto de 2017.

Parágrafo único. As unidades federativas poderão, em acordo com os municípios, antecipar a realização da etapa Estadual/Distrito Federal, desde que comunique à Comissão Organizadora Nacional da 2a CNSMu.

**Capítulo III - Das(os) participantes**

Art. 3º. - Da composição do conjunto de Delegados e Delegadas à Etapa Municipal e/ou Macrorregional, Estadual e do Distrito Federal e à Etapa Nacional deverá constar, no mínimo, 60% de mulheres na delegação de todos os segmentos usuárias(os) dos serviços de saúde, trabalhadoras(es), gestoras (es) e prestadoras(es) de serviços de saúde.

Art. 4º. - Publique-se a tabela abaixo, em cumprimento ao previsto no artigo 22 do Regimento da 2a CNSMu (Resolução CNS no 537, de 19 de setembro de 2016), que trata da publicação do Anexo I dessa Resolução, com a disposição dos/das participantes Delegadas(os) por Estados e Delegadas(os) Nacionais, observando-se a paridade constante na Resolução CNS no 453/2012 e ainda das(os) Convidadas(os) e Participantes Livres.

Região Norte: Total de delegadas(os) - 220
Acre - 24 delegadas(os)
Amapá - 24 delegadas(os)
Amazonas - 36 delegadas(os)
Pará - 52 delegadas(os)
Rondônia - 32 delegadas(os)
Roraima - 24 delegadas(os)
Tocantins - 28 delegadas(os)

Região Nordeste: Total de delegadas(os) - 412
Alagoas - 36 delegadas(os)
Bahia - 76 delegadas(os)
Ceará - 56 delegadas(os)
Maranhão - 48 delegadas(os)
Paraíba - 36 delegadas(os)
Pernambuco - 56 delegadas(os)
Piauí - 36 delegadas(os)
Rio Grande do Norte - 36 delegadas(os)
Sergipe - 32 delegadas(os)

Região Centro-Oeste: Total de delegadas(os) - 152
Distrito Federal - 36 delegadas(os)
Goiás - 48 delegadas(os)
Mato Grosso - 36 delegadas(os)
Mato Grosso do Sul - 32 delegadas(os)

Região Sudeste: Total de delegadas(os) - 392
Espirito Santo 36 - delegadas(os)
Minas Gerais 96 - delegadas(os)
Rio de Janeiro 80 - delegadas(os)
São Paulo 180 - delegadas(os)

Região Sul: Total de delegadas(os) - 176
Paraná - 64 delegadas(os)
Rio Grande do Sul - 64 delegadas(os)
Santa Catarina 48 - delegadas(os)

Total de Delegados dos Estados - 1.352
Total de Delegados Nacionais - 10% 148
Total de Delegados na Conferência - 1.500
Total de Convidados - 10% 148
Total de Participantes Livres - 5% 75
Total de Participantes na Conferência - 1.723

Art. 5º. - As dúvidas quanto à aplicação desta Resolução nas Etapas Municipais e/ou Macrorregionais, Estaduais/Distrito Federal e Nacional serão dirimidas pela Comissão Organizadora da 2a CNSMu.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS No 538, de 10 de novembro de 2016, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

RICARDO BARROS
Ministro de Estado da Saúde

# 2ª CNSMu

Conselho Nacional de Saúde

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

BRASIL GOVERNO FEDERAL

conselho.saude.gov.br /ConselhoNacionalSaude @comunicacns