

# ATA DE REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



1 Aos nove dias de março de dois mil e dezessete, às dezesseis e trinta horas na sala de reuniões do  
 2 gabinete da secretária municipal de saúde, houve a **Reunião da Comissão de Monitoramento e**  
 3 **Políticas Públicas** com representante da Gestão. Estavam presentes as conselheiras: Katia Uller  
 4 representante da Entidade de Portadores de Patologias e Deficiências - APAE; Dalva Terezinha; e  
 5 Ana Maba representantes dos trabalhadores em Saúde; e Jocenira representante de Entidades  
 6 Religiosas – Conferência Vicentina; e Jaqueline Nehring Diretora Geral de Atenção em Saúde  
 7 Especial e Programas Estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde de Gaspar. O objetivo da  
 8 reunião é tratar sobre a realização ou não da Conferência Municipal de Saúde da Mulher.  
 9 Inicialmente, balizadas no prazo estipulado estadualmente para realização das etapas  
 10 municipais/regionais até dia 20/05/17, Jaqueline afirma que a gestão é favorável a realização da  
 11 mesma. Diante do fato de a comissão entender que há desejo da plenária do conselho por, também,  
 12 realizá-la tratamos de refletir planos iniciais inerentes a sua viabilização. A data consensual  
 13 proposta para realização da conferência é dia 11/05/17. Segue quadro de tarefas:

Objeto	Responsável	Prazo
Parcerias com conselhos de outros municípios: Luiz Alves e Ilhota;	Jocenira	Até 23 ou 24 de março
Locais para realização: 1. Salão da Igreja Sta Teresinha; 2. APAE; 3. Bunge;	Jocenira – Sta Teresinha Katia – APAE Ana - Bunge	Até 23 ou 24 de março
Elaboração do Regimento Interno e da programação/metodologia;	Jaqueline e Ana	Prévio até 23 ou 24 de março
Verificação da disponibilidade de recursos para alimentação, materiais gráficos e divulgação;	Jaqueline	Até 23 ou 24 de março
Convidad@s para mesa de abertura e “condução” dos eixos temáticos;	Todas	Até 23 ou 24 de março

14 Levamos em consideração a participação dos trabalhadores da saúde, em especial os agentes  
 15 comunitários de saúde; Da importância de divulgar a realização da conferência em reunião da  
 16 categoria de enfermagem prevista para a última semana de março; De elaborar folders de  
 17 divulgação que incluam a ficha de inscrição e podem ser distribuídos pelos ESFs e nos CRAS; Que  
 18 trabalharemos em função dessas ações, mantendo contato, para definirmos uma nova reunião entre  
 19 os dias 23 e 24 de março. Ana fará manifestação aos demais conselheiros de saúde, informando a  
 20 situação, para avaliar a necessidade de realização de reunião extraordinária com toda plenária. A  
 21 princípio a comissão entende que tais questões podem ser apresentadas na reunião ordinária do dia  
 22 03/04, no intuito de formalizar deliberações, uma vez que, boa parte dos trabalhos já podem ser  
 23 apresentados de forma mais elaborada e definida até lá. Não havendo mais nenhuma manifestação,  
 24 deu-se por encerrada a presente reunião, sendo que eu Ana Maba, lavrei a presente ata que após lida  
 25 e aprovada, será assinada pelos conselheiros presentes.

26  
 27 Katia Uller

28 Jocenira das Graças Oliveira

29 Ana Cláudia Maba

30 Dalva Terezinha F. da Silva

31 Jaqueline Nehring

### **Passos para a Organização das Conferências Municipais, Regionais ou Macrorregionais**

1. Os municípios definirão o local e a modalidade da Conferência;
2. Sendo definida como modalidade **municipal**, o Conselho Municipal de Saúde realiza a convocação por meio de resolução;
3. Se **modalidade regional ou macrorregional**, o conselho municipal de saúde do município que sediará a conferência, será o responsável pela convocação;
4. Após a definição da modalidade, o coordenador comunica a Comissão Organizadora Estadual por meio do email: [cesmu@saude.sc.gov.br](mailto:cesmu@saude.sc.gov.br)
5. Após envio do email com data e município que sediará a Conferência, o coordenador receberá o link do formulário (FORMSUS) a ser respondido até **30/04/17**;
6. O coordenador receberá então, um *login* para a inserção das 10 propostas por eixo (encaminhadas por conferência) no Sistema de Apoio às Conferências (SIACON);

**Importante:** Cada município fará a eleição de suas delegadas e seus delegados, atendendo a composição do conjunto de Delegadas e Delegados à Etapa Municipal, Regional ou Macrorregional, Estadual e à Etapa Nacional que deverá constar no mínimo 80% 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).

7. As inscrições das(as) Delegados(as) eleitos(as) nas etapas Municipal, Regional ou Macrorregional à Etapa Estadual deverão ser feitas até o dia 22/05/17, em Ofício assinado pelo(a) Coordenador(a) da Conferência, no qual constem nome, CPF e segmento de cada Delegada(o) eleita (o), respeitando-se obrigatoriamente o critério da paridade dos segmentos em relação ao segmento Usuários, ou seja, 50% de toda delegação deve ser de Usuários. O Ofício com as inscrições das (os) delegadas (os) deve ser encaminhado à Comissão Organizadora da etapa Estadual através do e-mail: [cesmu@saude.sc.gov.br](mailto:cesmu@saude.sc.gov.br)

8. Para auxiliar na conversa de abertura e na elaboração de propostas no trabalho de grupo, sugerimos a utilização do **documento orientador**, disponível no <http://portalses.saude.sc.gov.br>

9. Um **relatório** deverá ser produzido por conferência, contemplando prioritariamente as seguintes informações:

9.1. Modalidade, data e local da conferência;

9.2. Município (s) participante (s);

9.3. Número de participantes;

9.4. Ata da eleição de delegadas (os) com nome completo por segmento (Usuários, Trabalhadores e Gestores/Prestadores de serviços).

Para saber o número de delegados e paridade, consultar o Regimento Interno na página <http://portalses.saude.sc.gov.br>;

**Lembramos que: as conferências livres não elegem delegadas (os) e nem encaminham propostas para a etapa estadual; desta forma a comissão organizadora sugere a realização de conferências municipais, regionais ou macrorregionais.**

**As Conferências, independentemente da modalidade devem ser realizadas até 20/05/2017**

**Informações/Dúvidas:** [cesmu@saude.sc.gov.br](mailto:cesmu@saude.sc.gov.br) - 48-36648859

Comissão Organizadora



Conselho Estadual de  
Saúde de SANTA CATARINA

## ORIENTAÇÕES PARA AS ETAPAS MUNICIPAIS, REGIONAIS OU MACRORREGIONAIS DA 1ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DAS MULHERES

2017 é ano de realização da Conferência de Saúde das Mulheres. Abaixo, informações sobre a realização das Etapas Municipais Regionais ou Macrorregionais, bem como da Etapa Estadual da Conferência:

O Eixo principal da 1ªCESMu/SC, incluindo suas etapas preparatórias e a etapa nacional da conferência, será “Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres”.

Os eixos temáticos da 1ªCESMu/SC e todas as suas etapas 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.

Cada Conferência, seja ela Municipal, Regional ou Macrorregional, **enviará no máximo 10** (dez) propostas por eixo temático à 1ªCESMu/SC.

O Documento Orientador da 2ªCNSMu, de caráter propositivo, foi 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 2ªCNSMu e considerou as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Saúde, disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2017/doc/2CNSmu\\_DocOrientador.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/doc/2CNSmu_DocOrientador.pdf)

### PRAZOS PARA REALIZAÇÃO DE CADA ETAPA

As Conferências Municipais, Regionais ou Macrorregionais serão realizadas **até o dia 20 de maio de 2017.**

A data de realização das Conferências Municipais, Regionais ou Macrorregionais deverá ser informada à Comissão Organizadora da Etapa Estadual através do e-mail: [cesmu@saude.sc.gov.br](mailto:cesmu@saude.sc.gov.br)

A Conferência Estadual de Saúde das Mulheres será realizada nos dias **13 e 14 de junho de 2017.**

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A composição do conjunto de Delegadas e Delegados à Etapa Municipal, Regional ou Macrorregional, Estadual e à Etapa Nacional deverá constar no mínimo **80% 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).

O número de delegadas (os) eleitas (os) nas etapas Municipal, Regional ou Macrorregional deve ser de acordo com a população estimada em 2014 pelo IBGE, assim:

- I- Municípios com até 50 mil hab. – 04 delegadas (os);
- II- Municípios de 50.001 a 200 mil hab. – 08 delegadas (os);**
- III - Municípios acima de 200 mil hab. – 12 delegadas (os).

## METODOLOGIA

### 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DAS MULHERES – 2ª CNSMu

#### I – DOS OBJETIVOS, TEMA CENTRAL E EIXOS DE DISCUSSÃO

1 – A 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres – 2ª CNSMu tem por objetivos:

a) Propor diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

b) 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;

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

d) desenvolver estratégias de enfrentamento ao machismo, ao sexismo e à misoginia, por meio de políticas públicas;

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

f) 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;

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

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

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

j) 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;

#### II – DA PARTICIPAÇÃO

1 – A composição do conjunto de Delegadas e Delegados e de convidadas e convidados das Etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal (DF) e Nacional da 2ª CNSMu, deverá ter, preferencialmente, no segmento dos usuários a participação de mulheres. Buscará atender aos seguintes critérios de equidade:

a) de gênero, identidade de gênero e diversidade sexual;

80% mulheres  
Doc. Estadual

3 – Todas as Conferências, Plenárias ou Pré-Conferências municipais deverão ter ampla divulgação, sendo abertas à participação de todas e todos.

4 – Os debates da Etapa Municipal terão como apoio o Documento Orientador, compreendido como documento de apoio ao debate, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, sem prejuízo de outros textos que venham a ser elaborados pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

5 – A programação de cada Conferência deve ser elaborada considerando o tema, os eixos temáticos e os objetivos da 2ª CNSMu, descritos no item I.1 desta Resolução, que orientarão a organização de mesas redondas, painéis, discussões temáticas, praças, fóruns, rodas de conversa e outras dinâmicas que permitam e estimulem a participação e o livre debate dos eixos temáticos, em suas várias dimensões.

6 – Os eixos temáticos poderão ser trabalhados de modo transversal, ou agregados, desde que garantido o debate de todos os temas propostos, preferencialmente em Grupos de Trabalho, cujos resultados devem ser sistematizados e levados à Plenária Final.

7 – Os Conselhos Municipais de Saúde devem encaminhar o Relatório Final de suas respectivas conferências com o conjunto de diretrizes e propostas de âmbito regional, estadual e nacional à Comissão Organizadora da Etapa Estadual até o dia 20 de abril de 2017, e estabelecer processo de monitoramento das diretrizes e propostas para o Município.

7.1 – Os relatórios das Conferências Municipais de Saúde devem ser cadastrados simultaneamente no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

8 – Estimula-se que os Municípios utilizem, em especial nos Grupos de Trabalho e na Plenária Final, metodologia semelhante à da Etapa Estadual e Nacional, apresentadas nos itens IV e V desta Resolução.

9- Estimula-se que os municípios participem das conferências macrorregionais, mesmo aqueles que já realizaram suas etapas municipais, considerando o planejamento ascendente do SUS e a garantia da integralidade de atenção na região de saúde.

#### **IV – DIRETRIZES PARA A ETAPA ESTADUAL E DO DF**

1 – Cada Estado e o Distrito Federal realizarão suas Conferências de Saúde, compreendidas como Etapa Estadual e do Distrito Federal da 2ª CNSMu.

2 – No Distrito Federal, as Conferências das regiões de saúde equivalerão à Etapa Municipal e precedem a Conferência Distrital.

3 – Todas as Conferências Estaduais e do Distrito Federal, assim como toda e qualquer outra iniciativa da Etapa Estadual e do Distrito Federal deverão ter ampla divulgação dos objetivos e dos eixos da 2ª CNSMu, sendo abertas à participação de todas e todos.

4 – Os debates da Etapa Estadual e do Distrito Federal terão como apoio o Relatório Consolidado da Etapa Municipal e das Regiões de Saúde do Distrito Federal, a ser

1 – A Etapa Nacional da 2ª CNSMu terá como base inicial o Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal, elaborado por sua Comissão de Relatoria, a ser apresentado e votado nos Grupos de Trabalho, precedidos por mesas redondas, painéis, discussões temáticas, praças, fóruns, rodas de conversa e outras dinâmicas que permitam e estimulem a participação e o livre debate dos eixos temáticos, em suas várias dimensões.

2 - Garantida a paridade das Delegadas e dos Delegados por segmento – usuárias e usuários (50%), trabalhadoras e trabalhadores da saúde (25%) e gestoras e gestores e prestadores de serviço (25%) –, os Grupos de Trabalho serão divididos pelos eixos temáticos I, II, III e IV ficando cada grupo responsável pela análise das diretrizes e propostas relacionadas ao respectivo tema.

2.1 A composição de Delegadas e Delegados nos Grupos de Trabalho será proporcional às delegações dos Estados e do Distrito Federal por elas distribuídos.

3 – Todas as diretrizes serão lidas, debatidas e priorizadas em todos os Grupos de Trabalho.

4 – Serão consideradas aprovadas as propostas que obtiverem 70% ou mais de votos favoráveis em pelo menos metade mais um (01) dos Grupos de Trabalho de cada eixo temático. As propostas constarão do relatório consolidado dos grupos de trabalho e apresentadas à plenária final.

5 – As propostas que obtiverem mais de 50% e menos de 70% de votos favoráveis em pelo menos metade mais um (01) dos Grupos de Trabalho de cada eixo temático serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Final.

6 – As propostas que não atingirem o número de votos favoráveis necessários, conforme item 5, serão consideradas não aprovadas.

7 – Nos Grupos de Trabalho somente serão discutidas diretrizes e propostas que constarem do Relatório Consolidado da Etapa dos Estados e do DF, não sendo aceitas novas propostas.

8 – Cada Grupo de Trabalho deverá ainda eleger propostas prioritárias do seu eixo temático.

9 – Os resultados dos Grupos de Trabalho serão organizados pela Comissão de Relatoria, no Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho.

10 – Na Plenária Final, somente serão discutidas e aprovadas propostas que constarem do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, conforme item 5.

11 – Tendo por base o conjunto das prioridades eleitas em cada eixo temático, será eleita a lista das propostas prioritárias da 2ª CNSMu, por votação da Plenária Final.

12 – As regras de funcionamento, apresentação e votação de Moções, assim como o detalhamento das diretrizes metodológicas da 2ª CNSMu, constarão do Regulamento de sua Etapa Nacional.



**2ª**  
**CONFERÊNCIA**  
**NACIONAL**  
**DE SAÚDE**  
**DAS MULHERES**

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

**2ª CNSMU**

## 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 conquistadas, tudo só foi possível com a capacidade de mobilizar e articular 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 esperar<sup>1</sup>, 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 científicas 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<sup>2</sup> imposto pela agenda neoliberal, hegemônica em escala mundial, que revela a imporiosa necessidade de uma nova construção social para as lutas das mulheres.

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 Huai-rou, 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 de viver e/ou sobreviver da mulher em sociedade, o que torna mais fácil (às mulheres) como grupo social compreender o sistema a que pertencem e questioná-lo em função dos seus objetivos e propostas de crescimento e desenvolvimento. (BENEVENTO; SAMITANA, 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 estruturais, 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 são estrutura e hierarquia do mundo do trabalho, com atividades para mulheres e outras para homens, como se fosse um processo "naturalizado"<sup>3</sup> que, certamente, não subsistirá ao crescimento da organização e da luta das mulheres.

Esta Conferência será o espaço político de debate de ideias, de entrelaçamento 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 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 desconstrução da organização do SUS!

O presente documento pretende contribuir com o debate dos temas da 2ª CNSMU, sem prejuízo de outros que sejam pensados 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, debate, critique! Traga sua voz e suas propostas para a 2ª CNSMU.

**Pleno do Conselho Nacional de Saúde**

<sup>1</sup> Segundo Paulo Freire e outros, ter esperança não tem a ver com a esperança de ver tudo acontecer. Esperança é uma postura, é equidade.

<sup>2</sup> Redução do papel social do Estado, com diminuição do investimento do SUS, serviços sociais, sem levar em conta o capital humano.

<sup>3</sup> Que nunca se diga "ser a natural para que cada coisa se mova", liberdade é ilusão!



## Exo 1 - 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, con- figura-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 recrudescceu 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. (BOB-BIO, 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 mas- sivas e enraizadas mobilizações sociais: 1) pelas Diretas Já (1984) início da chamada 'Nova República'; 2) pela reforma do sistema de saúde (8º 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 descon- stituinte, sem Assembleia Nacional Constituinte, que desestrutura os pilares de sustentação da Saúde Públi- ca 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 partici- pação 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, no regulamentação da vinculação de receita do CF 1988;
2. Ação direta de inconstitucionalidade (ADI) da Emenda Constitucional nº 95 junto ao STF, continuando de luta contra o PEC 241/95-2016 que foi aprovada no Câmara Federal e Senado que institui o Novo Regime Fiscal (CF 95/2016) com foco para restrição de despesas primárias em 2026 e forma sem efeito vinculatório consiti- cionais vegetaristas de recetar para as áreas da saúde e educação a partir de 2018, e que representa retroces- so 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 copiar estrangeira nos serviços de assistência à saúde;
4. Combate sem tréguas ao PL nº 1.340/2014, 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 fez 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 pelo Porto no nº 1.482/2016 e solicitada a imediata revogação deste Portaria. Esta Resolução permanece sem homologação (Resolução CNS nº 514/2016);
- 5.4. Apertamento do sistema de comunicação entre prestadores (ex, usuários) e operadores de planos; inserção dos contatos dos operadores e de ANS nos cartões beneficiários, com dígitos e códigos de atendimento; disponibilização de adesivos informativos, em locais vivíveis dos provedores dos serviços de saúde; criação de operadores a disponibilizarem cartões 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 adoecci- mento e mortes em pleno século XXI, com a sociedade do conhecimento e de grandes avanços técnico- científicos. Esta realidade coloca, para a 2ª CNSM, a defesa intrínseca do SUS público e universal na resistência ao desmonte institucional da saúde pública e o fortalecimento da participação social.



## Exo 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 seculariza 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 progresso 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 hidrelétricas/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 no 287/16) 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/5PM/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

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

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 LGBT), dificuldades que reiteram cotidianamente as vulnerabilidades para essa população, devido a 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 (WAINSELSZ, 2015). Entre estas violências estão os estupros, que também atingem, em sua maioria, as mulheres negras, em função da simbologia e consagração 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 (SIMI), 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 Virus, 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 injustiças 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.

Diante a essas injustiças, 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 Transsexualizador (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 visibilidade 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 as mulheres. O respeito aos processos de participação popular, como as conferências (saúde, política 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 (as) gestoras (as) das secretarias estaduais e municipais do SUS, bem como das (as) profissionais de saúde, das (as) prefeitas (as), governadoras (as) e outras (as) 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, reterando os territórios enquanto espaço acolhedor pelo saberes ancestrais e cuidado com a população, bem como benzedadeiras 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 bífobia 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?

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, segurança 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 violência nos mostra hoje um cenário de deslegitimação do legislado constitucional com a EC 95 do teto dos gastos públicos, que tende a aprofundar a atual política econômica recessiva, o desemprego, a queda de renda e o sucateamento das políticas sociais, dentre outras, que só agregam 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 interseccionalidade e a equidade no SUS como conquististas 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 às 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 Presidente 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 e 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 nº 8.142/1990. Existem atualmente 5.570 conselhos municipais, 26 estaduais e 1 distrital de saúde, compostos por trabalhadores (es) da saúde, usuáries (es), 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,

- 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, Antônio Teixeira Lima Junior. Natalina de
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Algunas das principais características dos brasileiros Domésticos vis a vis a População Ociosa*. Pesquisa Mensal de Emprego (PME) 2011. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoemprego/prime\\_nova/pme\\_cenac\\_trab\\_dom.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoemprego/prime_nova/pme_cenac_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/liv50111.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/informacoes?id=10915>, comunicado111.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/lepor/sites/eletronorte/ouvidoria/assediokloral.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/\\_fscs/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web/_fscs/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, 82 p. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultramas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultramas_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/ultramas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultramas_noticias/2007/politica_mulher.pdf). Acesso em: 12 de dez. de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Panel de Indicadores do SUS*, v. 7, n. 10. Disponível em: [http://saude.gov.br/ultramas\\_noticias/2016/mar/13/panel10-130516.pdf](http://saude.gov.br/ultramas_noticias/2016/mar/13/panel10-130516.pdf). Acesso em: 12 de dez. de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Panel de Indicadores do SUS*, v. 7, n. 10. Disponível em: [http://saude.gov.br/ultramas\\_noticias/2016/mar/13/panel10-130516.pdf](http://saude.gov.br/ultramas_noticias/2016/mar/13/panel10-130516.pdf). Acesso em: 10 de dez. de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Panel de Indicadores do SUS*, v. 7, n. 10. Disponível em: [http://saude.gov.br/ultramas\\_noticias/2016/mar/13/panel10-130516.pdf](http://saude.gov.br/ultramas_noticias/2016/mar/13/panel10-130516.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 – AWAIS*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004, 164 p. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpt/awais.pdf>. Acesso em: 12 de dez. de 2016.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral da Presidência da República. *Democracia participativa: nova releitura do estado com a sociedade*. Zed, Brasília, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Conselho e Contra a PEC 55/2016*. Entenda os motivos. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultramas\\_noticias/2016/11/nov18\\_Conselho\\_contra\\_PEC55\\_2016\\_Entenda\\_motivos.html](http://conselho.saude.gov.br/ultramas_noticias/2016/11/nov18_Conselho_contra_PEC55_2016_Entenda_motivos.html). Acesso em: 12 de dez. de 2016.
- BRASIL. Instituto de Segurança Pública. *Doestê Mulher 2015*. Organização: Andréia Soares Pinto, Orinda Cláudia R. de Moraes, Juana 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 lidas inscritas em nossos corpos e expressas em nossa saúde: nenhum direito a menos*. Brasília, 2016.
- DATA POPULAR. Instituto Patrícia Galvão. *Percepção da sociedade indígena e assassínios de mulheres*. Disponível em: [http://idocuments.mulheres%20no%20trabalho\\_pesquisa\\_violencia.pdf](http://idocuments.mulheres%20no%20trabalho_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://agenciadepublicacao.org.br/wp-content/uploads/2012/10/Creches\\_-\\_Divulgacao.pdf](http://agenciadepublicacao.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 de 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/indicadores/estudo\\_880.pdf](http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/indicadores/estudo_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/253522-6>. 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/jabr, 2009, p. 296.
- OLIVEIRA, F. e SILVA, R. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portaf/index.php?option=com\\_content&view=article&id=77317](http://www.ipea.gov.br/portaf/index.php?option=com_content&view=article&id=77317). 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: [http://www.fazendogemero.ufsc.br/81815/ST25/Pastore-Rosa-Homen\\_25.pdf](http://www.fazendogemero.ufsc.br/81815/ST25/Pastore-Rosa-Homen_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 dez. 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, Margaret. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil, 2004.
- RAGO, Margaret. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil, 2004.
- RAGO, Margaret. *Feminizar é preciso: por uma cultura filo-gina*. São Paulo em Perspectiva: Revista da Fundação Seade, São Paulo, v. 15 n. 3, jul.-set. 2001, p. 56-66.
- SARILLI, C. A. *O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisando uma trajetória*. Florianópolis: maio-agosto/2004, p. 264.
- SANTOS, Ronald Ferreira dos; FUNCIA, Francisco. *O SUS tem recursos reduzidos nos próximos 20 anos*. Brasília: CNS, 2016. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultramas\\_noticias/2016/11/nov18\\_Conselho\\_contra\\_PEC55\\_2016\\_Entenda\\_motivos.html](http://conselho.saude.gov.br/ultramas_noticias/2016/11/nov18_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: [http://conselho.saude.gov.br/ultramas\\_noticias/2016/11/nov18\\_Conselho\\_contra\\_PEC55\\_2016\\_Entenda\\_motivos.html](http://conselho.saude.gov.br/ultramas_noticias/2016/11/nov18_Conselho_contra_PEC55_2016_Entenda_motivos.html). 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.
- WEISEL FLSZ, J. J. *Mortes Maternas 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.mpbadviolencia.org.br/pdf/2015/MapaViolencia2015.pdf](http://www.mpbadviolencia.org.br/pdf/2015/MapaViolencia2015.pdf). Acesso em: 12 de dez. de 2016.

- Maria Esther de Albuquerque Wilela – Coordenação Geral de Saúde das Mulheres (DAPES/SAS/MS)
- Rosa Maria Godoy Sampa da Fonseca – Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)
- Suelly de Oliveira – Núcleo de Estudos em Gênero e Masculinidades da Universidade Federal de Pernambuco (GETMA/UPEPE)

#### 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 (CFESSS);

#### Titulares

- Ana Clebea Nogueira Pinto de Medeiros - Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FBMAMA)
- Angela Amanahwa Karuyana - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB)
- Heliana Henrieteiro - Associação Brasileira de Lebléicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais – (ABGLT)
- Ilaci do Carmo de França - Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)
- Jericleine Ferreira – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);
- Madalena Margarida da Silva – Central Única dos Trabalhadores (CUT)
- Maria Angélica de Melo Maia Angelim - Ministério da Saúde (MS);
- Maria Lúcia Santos Ferreira da Silva - Movimento Nacional de População de Rua (MNPFR)
- Sílvia Andrea Verra Alida - Articulação Nacional de Luta contra AIDS (ANALIDS);
- Stella Maria Machado – Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM)

#### Suplentes

- Carolina Saitiro Macedo - Conselho Federal de Psicologia (CFP)
- Francheilde Miquel - Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos (SINDMAP/PS)
- Lenise Aparecida Martins Garcia - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)
- Luciano Santos Pinto - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS)
- Maria Soraia Pinheiro Amorim - Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)
- Maura Augusta Soares de Oliveira - Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)
- Patrícia dos Santos Massarano - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM)
- Sonia Aparecida Pinheiro Pereira (REDE LAL/LAI APELO)
- Sônia Maria Zermio da Silva - Nova Central Sindical de Trabalhadores - NCSST
- Sônia Florinda da Silva Pereira - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG

#### Assessoria Técnica

- Elvira Janus - Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE/CNS)
- Kátia Cristina Gonçalves - Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE/CNS)
- Mariana Karolina Moura - Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE/CNS)
- Neuza Viana Castanha – Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE/CNS)

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 ser realizada 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.

Luiz Agenor Álvares da Silva

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

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Oitogésima 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;

5º - Compõe a etapa preparatória da 2ª CNSMu:

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

b) 7º Simposio Brasileiro de Vigilância Sanitária - 7º SIMBRAVISIA;

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 2ª 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 Relatório 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 Relatório da 2ª CNSMU consolidará as propostas dos Relatórios Estaduais/Distrito Federal, considerando as que se relacionam com o tema central, em um total de duas 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 Relatório.

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

I - Coordenador - Presidente do Conselho Nacional de Saúde;

II - Secretário(a) Executivo(a) do Conselho Nacional de Saúde;

III - Coordenador(a) Geral Adjunto(a); 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 Conselheiro(a), 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 Relatório.

## Capítulo VI - Das atribuições das comissões

Art. 18. - A Comissão Executiva compete:

I - implementar as deliberações da Comissão Organizadora;

II - subsidiar e apoiar a realização 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, (contendas 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 outros;

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

VIII - propor a lista dos convidados e Delegados (os) referidos no § 1º do artigo 10, obedecendo a padrão previsto 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. - A 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) Apreçar a prestação de contas realizada pela Comissão Executiva; e

c) resolver as questões julgadas pertinentes, não previstas nos itens anteriores. III - acompanhar a disponibilidade de 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. - A Comissão de Formulação e Relatório 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 Relatório da 2ª CNSMU.

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

Art. 21. - A 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 da 2ª CNSMU;

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

VIII - estimular a realização de Seminários/Mobilizações;

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.



Homologação da 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 das outras providências.

### 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 à Saúde das Mulheres;

II - Reformar, 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 mtes, 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 - Analisar 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, observando 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 a Comissão Organizadora Nacional da 2ª CNSMU.

### Capítulo III - Dos(as) 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 usuais(as) dos serviços de saúde: trabalhadoras(es), gestoras (as) e prestadoras(es), de serviços de saúde.

Art. 4º - Publicar-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 desta Resolução, com a disposição dos(as) participantes Delegados(as) por Estados e Delegados(as) Nacionais, observando-se a paridade constante na Resolução CNS no 453/2012 e ainda das(as) Convidados(as) e Participantes Livres.

Região Norte: Total de delegados(as) - 220

Acre - 24 delegados(as)

Amapá - 24 delegados(as)

Amapá - 36 delegados(as)

Pará - 52 delegados(as)

Roraima - 32 delegados(as)

Roraima - 24 delegados(as)

Tocantins - 28 delegados(as)

Região Nordeste: Total de delegados(as) - 412

Alagoas - 36 delegados(as)

Bahia - 76 delegados(as)

Ceará - 56 delegados(as)

Maranhão - 48 delegados(as)

Paraná - 36 delegados(as)

Paraná - 56 delegados(as)

Piauí - 36 delegados(as)

Rio Grande do Norte - 36 delegados(as)

Sergipe - 32 delegados(as)

Região Centro-Oeste: Total de delegados(as) - 152

Distrito Federal - 36 delegados(as)

Goiás - 48 delegados(as)

Mato Grosso - 36 delegados(as)

Mato Grosso do Sul - 32 delegados(as)

Região Sudeste: Total de delegados(as) - 392

Espírito Santo - 36 delegados(as)

Minas Gerais - 96 delegados(as)

Rio de Janeiro - 80 delegados(as)

São Paulo - 180 delegados(as)

Região Sul: Total de delegados(as) - 176

Pernambuco - 64 delegados(as)

Rio Grande do Sul - 64 delegados(as)

Santa Catarina - 48 delegados(as)

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

