Série Participação Social & Políticas Públicas

2ª CNSMu na (re)construção da Saúde das Mulheres:

desafios da integralidade com equidade

editora redeunida

Participação Social & Políticas Públicas
SÉRIE

2ª CNSMu na (re)construção da Saúde das Mulheres:

desafios da integralidade com equidade

OPAS · Conselho Nacional de Saúde · SUS · MINISTÉRIO DA SAÚDE

editora redeunida

A Série Editorial **“Participação Social & Políticas Públicas”** da Editora Rede UNIDA é um coleção que publica livros em formato autoral ou coletânea temática com produções técnico-científicas, predominantemente originadas de reflexões, análises e pesquisas sobre a participação e o controle social em saúde e políticas públicas no cotidiano, não necessariamente vinculadas às Instituições de Ensino Superior, que tenham grande capacidade de representar a perspectiva dos participantes de fóruns participativos e movimentos sociais.

Trata-se de uma iniciativa que tem o objetivo central de compartilhar reflexões feitas pelos diferentes participantes que, ao mesmo tempo, procura estimular a produção de análises desde o lugar da participação e novas autorias, de pessoas vinculadas aos movimentos sociais e às instâncias e estratégias de participação nas políticas públicas.

Não se trata, predominantemente, de estudos sobre a participação e o controle social feitos desde a sua externalidade. O formato dos manuscritos inclui narrativas a partir do cotidiano da participação, ensaios teóricos e empíricos, relatos de experiências e resultados de pesquisas teóricas e empíricas, além de outros formatos que sejam aprovados pela Coordenação da Série e pelo Conselho Editorial da Editora Rede Unida.

Por meio de cooperação entre o Conselho Nacional de Saúde, a Organização Panamericana de Saúde e a Rede Unida, a Série absorve uma iniciativa de apoio técnico à produção e disseminação de conhecimentos a partir do cotidiano do Conselho Nacional de Saúde e dos demais espaços de controle social e participação popular na saúde e demais políticas públicas.

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados:

Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Àngel Martínez-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell’Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil)
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King’s College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Márcia Regina Cardoso Torres
Renata Riffel Bitencourt

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

James Zortea / Renato Pereira Jr.

Fotografias

Acervos do Conselho Nacional de Saúde e do Programa RADIS de Comunicação e Saúde (Fotógrafo Eduardo de Oliveira) no portal Flickr. Fotos usadas sob CC BY-NC-SA 2.0 / Dessaturadas das originais, disponíveis nos acervos eletrônicos.
© Todos os direitos reservados.

editora rede unida

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738

C651

2ª CNSMu na (re)construção da Saúde das Mulheres: desafios da integralidade com equidade / Organizadoras: Francisca Rêgo, Francisca Valda e Kátia Souto – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

350 p. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 12).
E-book: PDF.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5462-011-6
DOI 10.18310/9786554620116

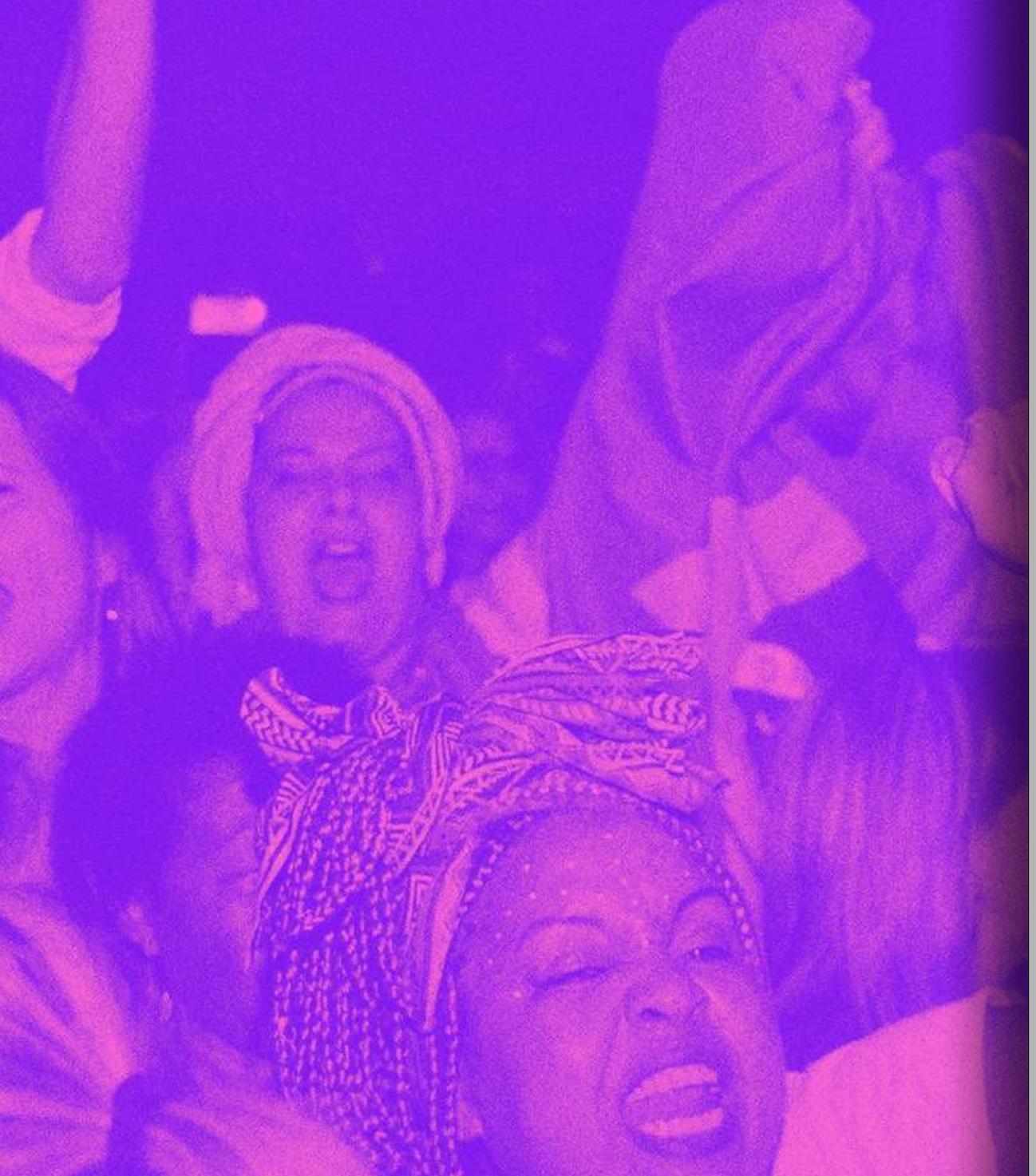
1. Conselhos de Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Integralidade em Saúde. 4. Política de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 540
CDU 614

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Programas de saúde pública.
2. Medicina: Saúde pública.

2ª CNSMu na (re)construção da Saúde das Mulheres: desafios da integralidade com equidade



Apresentação

O presente documento apresenta o Relatório Final da 2ª Conferência Nacional da Saúde das Mulheres – 2ª CNSMu[1], contendo 285 (duzentas e oitenta e cinco) propostas debatidas nos grupos de trabalho e 16 (dezesseis) moções aprovadas na plenária final por 1.205 (mil duzentos e cinco) delegadas. A 2ª CNSMU foi organizada e realizada em Brasília pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), no período de 17 a 20 de agosto de 2017, contando com 1.778 participantes, sendo 91.2% mulheres e 8.5% homens entre: delegadas/os, participantes livres, membros de comissões oragnizadoras e convidados.

A Conferência ocorreu num contexto social, econômico e político marcado pelo desmonte das políticas públicas de saúde e pela Emenda Constitucional n° 95/2016 que congela os recursos da saúde por 20 anos. Neste cenário a 2ª CNSMu inicia com o alerta de Simone de Beauvoir: “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” (Documento Orientador).

[1] As Conferências são formas de participação social que procuram colocar em prática os princípios democráticos expressos pela Constituição Federal de 1988. Por meio destes processos, que ocorrem primeiro em etapas locais (nos municípios, regiões e estados) até chegar à fase nacional, a população é convidada a apresentar problemas relacionados às temáticas específicas (neste caso, sobre a saúde das mulheres) e propor soluções. Os relatórios das conferências são diretrizes para programas e outras políticas públicas capazes de enfrentar as questões apontadas pela população junto aos governos municipais, estaduais e federal.

A 2ª CNSMu teve como tema central “Saúde das mulheres: Desafios para a integralidade com equidade”. E para subsidiar o debate nas etapas preparatórias – conferências municipais, macrorregionais, estaduais, distrital e conferências livres – foi elaborado Documento Orientador, amplamente divulgado pelos conselhos de saúde e movimentos sociais. O Documento Orientador foi organizado a partir dos eixos temáticos: 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.

A 2ª CNSMu consagrou-se como marco na saúde das mulheres brasileiras, por: Dar visibilidade as diversidades e pluralidades das expressões do feminino - mulheres brancas, negras, quilombolas, de matriz africana, indígenas, ciganas, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais, mulheres com deficiência, mulheres vivendo com HIV e aids, mulheres escalpeladas, mulheres privadas de liberdade, mulheres em situação de rua, mulheres ribeirinhas, pescadoras, marisqueiras, mulheres trabalhadoras, mulheres jovens, mulheres idosas, profissionais do sexo, mulheres!

Ser um espaço de escuta e respeito a todas as formas de expressão dessas mulheres que chegaram a etapa nacional depois de superarem adversidades da sua condição social, de gênero, de raça/etnia, de geração e algumas da ausência de compromisso de gestores estaduais com as delegações como bem expressaram as moções de repudio aqueles que não arcaram com a vinda de suas delegações e elas ousaram e vieram com recursos próprios ou apoiadas por articulação social local e/ou nacional de suas representações.

Sumário

Apresentação **7**

1. **Introdução** **13**

2. **Mobilização da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres** **23**

- Da Aprovação no Pleno do CNS 23
- Da Portaria de Convocação da Conferência e seu Regimento 24
- Do Seminário Nacional preparatório - Novembro de 2016 25
- Do Documento Orientador 29
- Resolução n° 537 e Resolução n° 538 do Conselho Nacional de Saúde 30
- Das Reuniões do Pleno que debateram os temas da 2ª CNSMu 30
- Da Etapa preparatória da 2ª CNSMu 32
- Da Tenda Maria Tereza de Medeiros Pacheco no 13º Congresso Mundial das Mulheres & 11º Seminário Internacional Fazendo Gênero 42

3. **Etapa Nacional** **47**

3.1. **O primeiro dia** **47**

- Do Ato Público 47
- Da Abertura 49
- Da Constituição da Mesa Central de Abertura 50
- Da Constituição da Mesa - Autoridades Convidadas 52
- Da Constituição da Mesa da Comissão Organizadora da 2ª CNSMU 54
- Da Execução do Hino Nacional 55
- Das falas de abertura da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres 56
- Da Saudação à Conferência feita pela conselheira Francisca Rêgo Oliveira de Araújo 58
- Do Discurso de Abertura por Carmem Lúcia Luiz 62
- Das Manifestações dos membros que compuseram a mesa central 70
- Do Discurso de Ricardo José Magalhães Barros 72
- Da Apresentação 74

3.1. **O segundo dia** **78**

- Das Mesas Temáticas 78

3.2. **Do segundo ao quarto dia** **216**

- Tenda Nise da Silveira 216

3.3. **O quarto dia** **224**

- Da Plenária Final e das Experiências Premiadas 224
- Eixo I - O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres 229
- Eixo II - O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres 242
- Eixo III - Vulnerabilidades nos ciclos de vida das mulheres na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres 262
- Eixo IV - Políticas Públicas para Mulheres e Participação Social 287
- Moções Aprovadas 301
- Da Cobertura da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres 311

4. **Considerações finais / recomendações** **338**

- Ficha Técnica 341

1. Introdução

Da 1ª Conferência de Saúde e Direitos da Mulher – CSDM (1986) à 2ª Conferência de Saúde das Mulheres - 2ª CNSMu (2017) – um tempo tracejado capaz de revelar um processo histórico de lutas e conquistas.

Em um estado democrático, as cidadãs e os cidadãos promovem mudanças quando a sociedade se organiza e reivindica dos seus governantes direitos e políticas públicas para viver uma vida melhor. E estas mudanças só acontecem se o governo reconhecer estas pessoas como sujeitos de direitos e reconhecer também a importância da participação popular como preceito constitucional do SUS.

Nós mulheres ainda estamos na etapa de lutar pelo direito de ter direitos! Muitos dos nossos direitos são tão recentes e tão frágeis. Por isso, escolhemos a frase de Simone de Beauvoir para abrir o Documento Orientador da 2ª CNSMu, lembrando que temos que estar sempre vigilantes contra os retrocessos: “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.”

O papel protagonista dos movimentos de mulheres e movimentos feministas nas

questões relacionadas à saúde das mulheres foi e tem sido muito importante, como foi nos anos 70 e 80, quando houve um crescimento acentuado do uso da esterilização de mulheres como forma de controlar sua fertilidade e a população. Em 1955, a taxa de fecundidade era 6.2, em 82 era 3.2, ou seja, a metade. No Brasil, a esterilização atingiu principalmente mulheres negras e pobres, muitas vezes sem o seu conhecimento e consentimento.

Em abril de 1983, o Ministério da Saúde convocou uma comissão para escrever um documento que fundamentaria as Bases de Ação Programática do que veio a ser o PAISM, que foi apresentado, em junho, pelo ministro Waldir Arcoverde, na CPI que investigava os assuntos relacionados à natalidade no Brasil. Esta comissão era formada pela médica sanitarista Ana Costa e pela socióloga Graça Ohana, ambas sentadas conosco aqui nesta Conferência. Também faziam parte da comissão, os médicos Aníbal Fagundes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas professores da UNICAMP, que contaram com a contribuição de tantas outras mãos femininas e feministas.

Em 1984, o Ministério da Saúde divulgou oficialmente este documento. Estava criado o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher, que já chegava com proposta de integralidade na atenção, ou seja, já via as mulheres como tendo demandas e necessidades para além do binômio materno-infantil, até então priorizado (BRASIL, 2004).

Com a intenção de materializar o PAISM e dar direção às propostas inscritas, mais de 70 grupos de mulheres de 19 estados brasileiros, trabalhadoras de serviços de saúde, incluindo muitas feministas, reuniram-se em outubro deste mesmo ano no 1º Encontro de Saúde da Mulher e construíram a Carta de Itapecerica.

Uma posição importante da Carta foi afirmar a posição contrária de diversas mulheres feministas à prática da esterilização como método contraceptivo, pois esta prática não mudava objetivamente as condições de vida das mulheres, não lhes trazia benefícios nem melhorias, e somente tinha o objetivo de controlar a natalidade. Nesta carta estavam contidos, de maneira fortemente priorizada, os conceitos de integralidade, equidade e participação social que, em 1988, vieram a ser as bases constitucionais do SUS.

Quando, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi indicada a necessidade da realização de várias Conferências Temáticas, uma das apontadas foi a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, que nós consideramos como tendo sido a 1ª Conferência de Saúde das Mulheres. Esta Conferência foi construída numa parceria entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Direitos da Mulher, sob a batuta de Fabíola de Aguiar Nunes e Jacqueline Pitanguy, e teve seu Núcleo de Organização Nacional coordenado por Graça Ohana e Madalena Brandão. Nos estados, as coordenadoras das Conferências Estaduais de Saúde e Direitos da Mulher foram:

> *Albertina Duarte Takiuti – São Paulo; Ana Angélica Menezes – Sergipe; Ana Escobar – Rondônia; Anete Lins – Pará; Ângela Bueno – Espírito Santo; Beatriz Fontana – Maranhão; Carmelita Maia e Silva e SOS Corpo – Pernambuco; Carmen Lucia Luiz – Santa Catarina; Célia Regina Rodrigues Gil – Paraná; Corina Martinho - Mato Grosso do Sul; Denise Correa de Paula Nunes – Amazonas; Dinair Leão – Acre; Genilda Leão – Alagoas; Kemle Costa – Goiás; Lídia Gonçalves e Maria de Fátima Dourado – Ceará; Lídia Vidal Martins Ferreira – Piauí; Maria Eliana Labra e Virgínia Peixoto – Rio de Janeiro; Miriam Gonçalves –*

Bahia; Maria Zenaide da Silva – Rio Grande do Norte; Nair Matielo – Mato Grosso; Noemia Freire de Melo – Roraima; Samara Nitão – Distrito Federal; Sergimar Miranda – Minas Gerais; Terezinha Ayres Costa – Rio Grande do Sul; Vera Amaral e Angela Arruda – Paraíba; Wanda de Oliveira – Amapá.

Criada em 1990, a Lei nº 8.080 diz que o Conselho Nacional de Saúde deve ter Comissões com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde (BRASIL, 1990). Com o objetivo de assessorar o pleno do CNS, fornecem subsídios de discussão para deliberar sobre a formulação da estratégia e controle da execução de políticas públicas de saúde.

Em 4 de fevereiro de 1993, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução CNS no 039, instituiu a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU. Sua estruturação e composição atual estão dispostas na Resolução CNS no 513, de 6 de maio de 2016 (BRASIL, 2016). Os principais objetivos da CISMU são: subsidiar o Conselho Nacional de Saúde na avaliação das condições de saúde da mulher, e nas questões específicas da saúde das mulheres em sua interface com as demais políticas de saúde; apoiar a mobilização dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde na constituição de Comissões Intersetoriais de Saúde da Mulher no âmbito destes conselhos; fortalecer o controle social sobre as ações de saúde para as mulheres propostas pelo gestor federal e desenvolvidas pelas três esferas de governo, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e garantir uma política de saúde para as mulheres que respeite os direitos humanos, direitos sexuais, direitos reprodutivos e sua autonomia como cidadãs. Resolução 513/16 diz ainda que “as Comissões são constituídas pelo Conselho Nacional de Saúde a partir das necessidades do Pleno e são instâncias para ampliar a participação

de sujeitos sociais, instituições e entidades com atuação no campo da saúde e demais áreas sociais com repercussão nos determinantes sociais da saúde, o que representa o fortalecimento do controle social e dos movimentos e entidades sociais que participam do SUS”, reafirmando o quanto é importante ampliar a participação da sociedade na construção de um SUS cada vez mais democrático.

Foram coordenadoras da CISMU:

Maria Betânia Ávila; Sílvia Dantas; Clair Castilho Coelho; Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos; Carmen Lucia Luiz.

Em 2004, mais um passo avançado foi dado quando, a partir do diagnóstico epidemiológico da situação de saúde das mulheres no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde das Mulheres, o então ministro da Saúde Humberto Costa submeteu à apreciação do Conselho Nacional de Saúde e da CISMU - Comissão Intersetorial de Saúde das Mulheres do CNS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Hoje, cerca de duas décadas da instituição da Política Nacional, constitui um avanço o reconhecimento da diversidade das mulheres, destacadamente expressa na 2ª CNSMu. E sabemos que, sem considerar esta diversidade, jamais alcançaremos a equidade. O conceito de equidade só pode ser materializado se nós considerarmos a opressão de gênero, que estrutura a vida e a saúde das mulheres e a diversidade das mulheres marcadas pela raça / cor / etnia, pelas regionalidades, pela classe social, pela orientação sexual e identidade de gênero, pela questão geracional, pelas deficiências, pelo viver com HIV / AIDS, pela pluralidade dos povos e comunidades tradicionais, entre tantas outras. Só percebendo quais são estas diferenças e quais dessas diferenças

tem se constituído em desigualdades é que podemos superá-las e, assim, nos aproximarmos da equidade. Somos diferentes, mas não desiguais. Este foi o foco da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres: integralidade com equidade.

Necessário se faz valorizar e parabenizar a participação das mais de 70 mil mulheres que se mobilizaram durante as etapas municipais, macrorregionais e estaduais da 2ª CNSMu, nas Conferências Livres, em mais de 2 mil municípios, em todos os 26 Estados da federação e no Distrito Federal, sem as quais esta conferência não teria existido. Estas mulheres guerreiras que atenderam ao nosso chamado e se reuniram para denunciar e resistir às propostas de retrocesso que grassavam e ainda grassam no Congresso Nacional, em relação à retirada dos nossos direitos tão duramente conquistados, que romperam amarras, venceram a falta de comprometimento de alguns gestores, para debater e construir propostas que avançam nos direitos à nossa saúde, respeitando a nossa diversidade e o conceito ampliado de saúde proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e incorporado pela nossa Constituição Cidadã de 1988 (BRASIL, 1988).

Queremos agradecer a cada uma e cada um que, junto conosco, construiu todo o caminho que nos trouxe até este momento: as conselheiras e os conselheiros de saúde de todos os municípios deste Brasil; as conselheiras e os conselheiros nacionais de saúde; as bravas companheiras da Comissão Intersetorial de Saúde das Mulheres, a CISMU; a toda a Comissão Organizadora da 2ª CNSMu, a Comissão de Comunicação e Mobilização e a Comissão de Formulação e Relatoria. Queremos agradecer a todas as relatoras e a equipe técnica do CNS.

Desde a 1ª Conferência, em 1986, muitas das nossas reivindicações continuam

atuais e ainda não foram concretizadas. Tivemos avanços como a ruptura de materno-infantil para a integralidade na Política de Saúde das Mulheres, mais ainda não são realidades nos cotidianos das mulheres Brasil afora. Desafios como reconhecer o racismo institucional e a LBTfobia precisam ser enfrentados para mudarmos realidades como as mortes maternas, que acontecem duas vezes mais em mulheres negras do que em não negras. O feminicídio que nos atinge tem preferencialmente raça, cor, identidade de gênero e orientação sexual, mas ceifa milhares de vidas de mulheres de todas as cores, idades e credos. Em nosso país, uma mulher é assassinada a cada duas horas!

Mas, como bem diz Conceição Evaristo, “e quando a dor vem encostar-se a nós, enquanto um olho chora, o outro espia o tempo procurando a solução.” Esta violência chega aos serviços de saúde e este é um desafio que precisamos enfrentar (EVARISTO, 2016, p.114).

A Política Nacional de Saúde Mental precisa incorporar a dimensão de gênero, o SUS precisa ampliar os serviços de atenção às mulheres vítimas de violência e qualificar seus profissionais e gestores para essa realidade.

Outros tantos desafios temos e teremos. Por isso, buscamos, durante a 2ª CNSMu, através dos debates, construir propostas que fossem estratégicas para superá-los. Porque, como Cora Coralina, nós somos aquela mulher que fez a escalada da montanha da vida, removendo pedras e plantando flores.

E continuamos reafirmando:
Nem uma a menos! Nem um direito a menos!

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO n° 39, de 04 de fevereiro de 1993. Instituí a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 de março de 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 513, de 06 de maio de 2016. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 137, 12 de maio de 2016.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: jun. 2017.

EVARISTO, C. **Olhos d'água**. 1 ed. Rio de Janeiro: Pallas, 2016.

2. **Mobilização da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres**

Da Aprovação no Pleno do CNS

Em março de 2016, o Plenário do Conselho Nacional de saúde, em sua Ducentésima Septuagésima Oitava Reunião Ordinária do CNS, aprovou a convocação da II Conferência Nacional de Saúde das mulheres, a ser realizada em 2017.

O CNS discutia sobre o tema: UM OLHAR DE GÊNERO SOBRE O ZYKA VÍRUS, DIREITOS DA MULHER, SAÚDE E PARTICIPAÇÃO POPULAR, em uma mesa composta por: Rurany Ester Silva, Coordenadora-Geral de Programas e Ações de Saúde da Secretaria de Políticas para as Mulheres; Sinara Gumieri, representante da ANIS - Instituto de Bioética; conselheira Emanuelle Aduni Goes, representante da Odara - Instituto da Mulher Negra; e conselheira Carmem Lúcia Luiz, representante da União Brasileira de Mulheres – UBM. Coordenação: conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS. Ao final das falas e debates, a Conselheira Carmem Lúcia Luiz, agradeceu a Mesa Diretora do CNS e ao Conselho por acatar a solicitação e debater esse tema, lembrando que:

(...) é falaciosa a ideia de que o aborto não é permitido no Brasil, pois são realizados mais de 1 milhão de abortos inseguros no país por ano, sendo a quarta causa de mortes maternas. Destacou que se trata de um tema importante a ser debatido no CNS e acrescentou que a ação de interrupção da gravidez justifica-se pela falta de condições da mulher em gestar um bebê por conta da infecção pelo zika. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS aprovasse a convocação da II Conferência Nacional de Saúde da Mulher, a ser realizada em 2017, lembrando que a primeira conferência foi realizada há 30 anos. (Ata da 278a Reunião Ordinária do CNS, 2016 - linhas 339 - 346).

Da Portaria de Convocação da Conferência e seu Regimento

O ano de 2016 se revelou muito promissor por acolher e cuidar das demandas envolvendo a saúde das mulheres em sua mais ampla e significativa dimensão participativa da sociedade, pela instância colegiada da Conferência de Saúde.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres - 2ª CNSMu foi convocada por meio da Portaria CNS nº 1.016 de 11 de maio de 2016, para acontecer em 2017, com a temática “Saúde das Mulheres: Desafios para a integralidade com equidade”, assinada pelo Ministro de Estado Substituto José Agenor Álvares da Silva. (BRASIL, 2016)

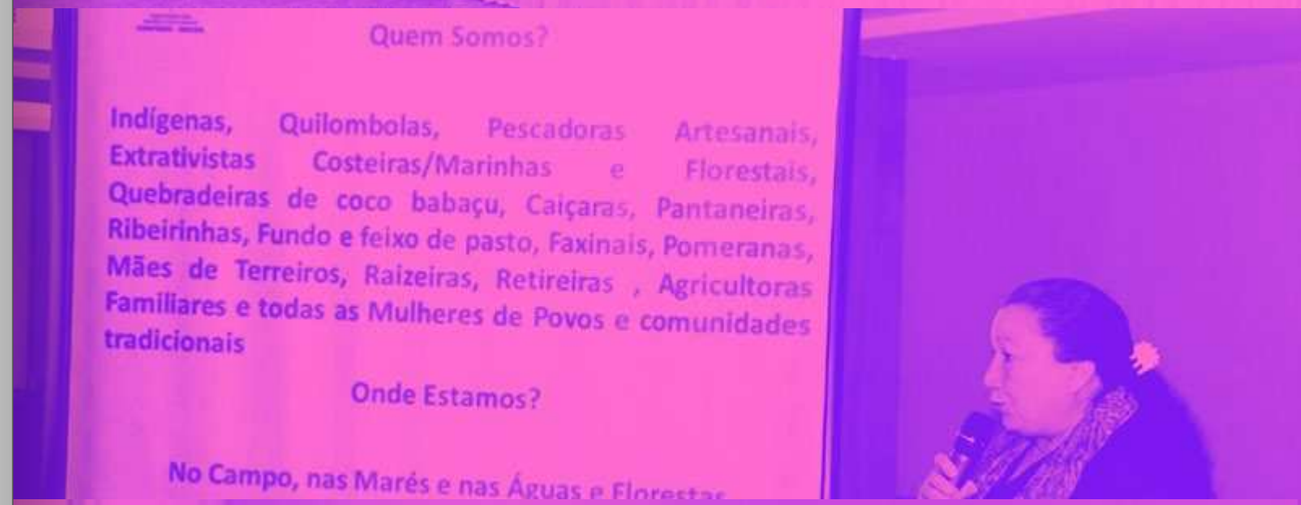
Do Seminário Nacional preparatório Novembro de 2016

O Seminário Nacional de Saúde das Mulheres objetivou colocar em marcha a agenda política da saúde das mulheres e dar os primeiros passos na organização da 2ª CNSMu. O Seminário foi promovido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), como dispositivo estratégico, foi parte da agenda de mobilização de atores individuais, institucionais, de coletivos e movimentos sociais para a referida conferência.

Este seminário foi pensado como estratégia para mobilizar e construir o comprometimento das mulheres, dos movimentos sociais de mulheres e de parceiros com uma agenda de resistência em defesa da democracia, do SUS e da luta das mulheres por uma saúde integral com equidade e por avanços na cultura e na política por igualdade de gênero e para pensar os desafios atuais da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres” (PNAISM), no que tange a sua consolidação e fortalecimento.

O CNS - com a estratégia de Seminário Nacional de Saúde das Mulheres - ousou e conseguiu mobilizar lideranças feministas, movimentos de mulheres, bem como, arregimentar forças sociais e institucionais em um momento altamente desfavorável - uma conjuntura de ruptura político-institucional - no que tange a incipiente e ainda frágil democracia brasileira bombardeada com o processo desconstituinte, com conceito e políticas do campo da seguridade social na defesa do direito à saúde, a educação, a assistência social e a previdência e, ir além para construir uma agenda de resistência no processo social de realização das etapas municipais, estaduais e nacional da 2ª CNSMu.

O evento possibilitou um debate com o resgate das questões do cotidiano das “Histórias e lutas inscritas em nossos corpos e expressas em nossa saúde: nenhum direito a menos”, apresentado na voz das próprias mulheres, para subsidiar a formulação do Documento Orientador da 2ª CNSMu (BRASIL, 2016), instituída com a temática da “Saúde das Mulheres: Desafios para a integralidade com equidade” e para contextualizar e atualizar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) (BRASIL, 2004). E produziu um relatório rico de intenções, necessidades e propostas, que pode e deve ser utilizado como ferramenta de luta, de consulta / pesquisa a ser referenciada e de gestão, disponibilizado na íntegra em anexo.



Do Documento Orientador

O Pleno do Conselho Nacional de Saúde imbuído de suas responsabilidades e lutas, ao deliberar pela realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu), tinha plena convicção da dimensão do desafio e da importante oferta à sociedade por tudo e tanto já produzido e construído coletivamente até aqui, pela produção técnica, mostra das ações sociopolíticas dos movimentos feministas e de controle social e pela riqueza do que seria colhido do trabalho em ato na Conferência.

O documento Orientador contribuiu com o debate dos temas da 2ª CNSMu, somado a outros documentos, produções e posicionamentos do CNS sobre os Eixos Temáticos da Conferência. O documento disponibiliza, em cada Eixo Temático, reflexões e questões que ativaram os debates nas conferências livres, rodas de conversa, fóruns, grupos de discussão e nas etapas deliberativas municipais, regionais, estaduais, do Distrito Federal e nacional, que se materializaram a partir das vozes e propostas na 2ª CNSMu.

Resolução n° 537 e Resolução n° 538 do Conselho Nacional de Saúde

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 18 e 19 de agosto de 2016, aprovou o Regimento da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, por meio da Resolução CNS nº 537, de 19 de agosto de 2016 (BRASIL, 2016). E, em sua Ducentésima Octogésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 10 e 11 de novembro de 2016, aprovou o Cronograma e publicou o Anexo I previsto no artigo 22 do Regimento da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2 a CNSMu) e dá outras providencias, por meio da Resolução CNS nº 538, de 10 de novembro de 2016. (BRASIL, 2017).

Das Reuniões do Pleno que debateram os temas da 2ª CNSMu:

O CNS promoveu uma pauta permanente de debates sobre os quatro eixos temáticos da 2ª CNSMu com conselheiros nacionais de saúde nas 290ª, 291ª, 292ª 293ª Reuniões Ordinárias do CNS, no processo preparatório para a Conferência.

Debates dos eixos temáticos no pleno do CNS preparatório para a 2ªCNSMu, a saber:

R O / Data	Tema debatido e Eixos	Convidadas	Encaminhamento
290ª RO 16 e 17/02/17	Eixo II O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres	Fernanda Maria Pessoa Di Cavalcanti – MT. Joana Mustafa – IPEA Madalena Margarida da Silva – CUT	Realizar estratégia pré-conferência para debater a reforma da previdência.
291ª RO 09 e 10/03/17	Eixo III Violência contra a mulher	Maria Cecília de Souza Minayo – Pesquisadora da FIOCRUZ Fernanda Lopes – UNFRA (esteve presente mas não falou por conta do atraso na pauta)	Pautar os temas aborto e violência na reunião de abril ou maio. Aprovou a recomendação ao CFM relacionado ao material preconceituoso utilizado pelo curso preparatório MEDGRUPO – Recomendação nº 010 de 10/03/17 encaminhada ao CFM
292ª RO 06 e 07/04/17	Eixo IV Políticas públicas para as mulheres e a participação social.	Maria do Socorro Souza – Ex-Presidente do CNS Rurany Ester Silva – Grupo transas do Corpo – Goiás	Moção de repúdio nº 04 de 07/04/17 a todas as formas de preconceito contra as mulheres (Encaminhada para a presidência da câmara e para a presidência do conselho de ética da câmara). Moção de apoio às práticas positivas na defesa e respeito às mulheres. Definir estratégias para participação da sociedade nas conferências municipais e estaduais de saúde das mulheres
293ª RO 11 e 12/05/17	Eixo I O papel do estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres.	Emília Fernandes – Presidenta do Fórum de Mulheres do Mercosul Jacira da Silva – Coordenadora do Movimento Negro unificado do DF .	

Da Etapa preparatória da 2ª CNSMu

Das Conferências Livres

Desde a 15ª Conferência Nacional de Saúde foram abertos e ressignificados espaços transversais de participação horizontal rumo as Conferências Nacionais que passou a se chamar de Conferências Livres. Foi por meio dessas que diversos grupos, lideranças comunitárias, movimentos sociais e populares que integram a sociedade civil - que não estão atreladas a estrutura formal de participação de delegados via etapa municipal / macro regionais / regionais, estadual e nacional - contribuíram, a partir de suas pautas específicas, nos debates e na construção das propostas que baseiam as políticas públicas norteadores do nosso país que reafirmaram a relevância da participação ampliada da sociedade.

Em consonância com a diretriz estratégica da 2ª CNSMu que estimulou a mobilização de novos atores para o controle social do SUS alguns coletivos de mulheres mobilizaram e realizaram 30 conferências livres em 13 estados de 4 regiões do País: nordeste (BA, MA, PE, CE, AL e RN); centro oeste (DF); sudeste (RJ, ES e MG) e sul (PR, SC e RS) e 6 conferências nacionais livres. Mas só foram encaminhados ao CNS 8 (oito) relatórios de conferências livres dos seguintes grupos sociais:

1 - Conferência Livre por ocasião do *Encontro das Mulheres Nordestinas* realizado pela Secretaria de Políticas para Mulheres em Maceió no dia 31 de março de 2017. As participantes elencaram 17 propostas para integrar a construção das diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres**,** sendo elas:

1. Interiorizar as políticas de saúde voltadas às mulheres do sertão nordestino.
2. Garantia de transporte para o acesso à saúde das mulheres sertanejas.
3. Inserção de políticas públicas em municípios pequenos onde predominam o trabalho de marisqueiras, catadoras, pescadoras, etc.
4. Atenção melhor à saúde das catadoras e marisqueiras que estão sofrendo com alto índice de reumatismo.
5. Garantir voz às diversas mulheres nos espaços de participação social, como Conselhos de Saúde.
6. Maior descentralização de recursos para implementação das políticas públicas de saúde.
7. Desenvolver dispositivos para cuidado das mulheres vítimas de violência depois que denunciaram o crime.
8. Fortalecer a promoção de saúde.
9. Investir em formação, desconstruindo o machismo e a cultura violenta contra as mulheres.
10. Construção de políticas de forma horizontal, com escuta e participação do público alvo.
11. Possibilidade de articulação da Secretaria Municipal de Saúde com outras instituições, como por exemplo, o Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR) e o Programa Saúde da Mulher.
12. Fortalecer, por parte do ministério da saúde, as visitas aos territórios, a fim de conhecer a realidade vivida pelas diversas mulheres no interior do país e de adaptar portarias e normas a municípios menores.

13. Reavaliar as exigências submetidas aos municípios pequenos com até 30.000 mil habitantes e os maiores, acima dessa quantidade.
14. Ministério da Saúde deve resgatar os encaminhamentos e relatórios de outras Conferências e propor ações que objetivem responder as demandas já colocadas.
15. Saúde preventiva ter consultórios ambulantes para realizar serviços de prevenção para câncer de colo de útero e câncer de mama nos pequenos municípios.
16. Fortalecimento da Rede Cegonha.
17. Valorizar iniciativas exitosas de municípios para que sejam usadas como exemplo e perpetuadas em outras localidades.

2 - Conferência Livre das Trabalhadoras na indústria do RN na construção da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher realizada em **01/04/2017** por ocasião do 9º Encontro de Mulheres Trabalhadoras na Indústria do Estado do RN com o tema “Não à Reforma da Previdência apresentada pelo Governo Federal”.

A conferência concluiu que a “reforma não ataca só as pessoas que estão se aposentando, mas sim, as futuras gerações” e que deve se criar um caldo de cultura contrário a essa reforma de forma a chamar nossa juventude, os estudantes, professores e demais setores a somarem nessa luta e garantir os direitos que conquistamos a duras penas.

3 - Foram realizadas em Salvador/BA quatro **Conferências Livres de Saúde de Mulheres em situação de rua** no mês de maio de 2017. O terceiro encontro das Conferencias Livres Sobre a Saúde da Mulher em Situação de Rua realizado em Salvador no dia 26/05/2017. Os trabalhos foram divididos em dois eixos: “vulnerabilidade e equidade na vida e na saúde das mulheres” e o das “políticas públicas e participação social”.

O evento tomou como base o conceito de Bonfim que justifica a permanente luta das mulheres contra o que se considera uma humanidade inferior e pauta o desafio da mulher em situação de rua que vive cotidianamente em ambiente adverso e hostil fruto da tripla inferioridade: mulher, negra e pobre. Às mulheres negras nunca foi dado o direito de escolher ser forte tiveram que ser guerreiras para suportar as opressões e liderar processos porque “nada pode ser dito sobre nós sem nós”. Fazendo menção as mulheres em situação de rua como sujeitas de sua própria história em face aos desafios e propostas para melhorar o programa de saúde programas de redução de dano, IST, tuberculose e planejamento familiar.

Na redução de danos os maiores desafios são: dificuldade de acesso, defasagem entre marcação de consulta e atendimento, escasso com o paciente, discriminação, acesso as medicações, dupla discriminação por ser mulher negra e está em situação de rua, falta de emprego, riscos emocionais, desigualdade social, falta de segurança nas unidades de abrigamento, falta de capacitação para o atendimento LGBT e humanizado, condições dignas de subsistência, ampliação e distribuição de postos especializados para atendimento a grupos em situação de risco, mais campanhas preventivas, apoio emocional, recursos para as especificidades da população em situação de rua e capacitação profissional.

Na atenção às IST os desafios são: preconceitos, falta de campanhas educativas, falta de humanização, dificuldade de acesso a medicação e necessidade de humanização nos atendimentos, capacitação profissional, criação de unidade especifica em IST para a população LGBT em situação de rua, ter nas equipes das unidades especializadas em IST da Pop LGBT.

No cuidado a tuberculose apresentadas como questões: falta de humanização nos atendimentos, preconceito, falta de atendimento, machismo, constrangimento, falta de segurança nas ruas, dificuldade de marcação de exames e consultas por falta de documentos. Sendo a proposta ações de fiscalização, farmácia, medicação disponível, necessidade de local para repouso e alimentação, humanização nos atendimentos, entre outros.

No planejamento familiar os entraves são: a falta de abrigos para mulher com filhos, falta de método contraceptivos, demora na realização de exames, dificuldade de conseguir médico ginecologista, falta de profissionais preparados, auxilio maternidade, dificuldade de vaga para atendimento pré-natal e as propostas elaboradas foram a necessidade de mais médicos, farmácia, locais de atendimento, acesso facilitado para a mulher em situação de rua e garantia do direito de todos.

Os participantes construíram a árvore da desigualdade das mulheres em situação de rua quanto aos desafios, às dificuldades de acesso e as possibilidades de superação. A raiz foi colocada como o que sustenta o caule o obstáculo e a copa da árvore como a participação ativa para o acesso aos direitos. Como obstáculos foram: confiança, aparência, racismo, humilhação, preconceito, desumanidade, cansaço, questões financeiras. Na copa da

árvore foram eleitas questões como força, respeito, estudo, participação, coragem, transformação, amor, mudança, positividade, entre outras.

Por fim, é importante ressaltar que a mulher negra na sociedade ocidental foi direcionada para coisificação mulher-objeto, mulher- sexo. Assumindo o status de inferioridade de gênero, raça e classe. Portanto, discutir os direitos das mulheres em situação de rua é contribuir para que as Políticas Públicas contemplem, abarquem e reconheçam os direitos humanos das mulheres.

4 - A "**Conferência Livre de Enfermagem em Saúde da Mulher"** foi promovida pela ABEn-DF no dia 25 e 26 de maio de 2017. Reuniu 70 participantes entre enfermeiros assistenciais, enfermeiros docentes, técnicos e estudantes de enfermagem, conselheiros de saúde do DF e convidados. Na pauta o debate sobre Democracia, Saúde e da defesa dos Direitos na agenda de resistência ao golpe. O debate aprofundou questões com o olhar da Enfermagem dos seguintes temas:

- O direito à saúde das mulheres no contexto da 2ª conferencia nacional de saúde das mulheres.
- O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres
- O campo de Práticas da Enfermagem na saúde da Mulher: Desafios e Potencialidades.

Foi debatida a experiência das Enfermeiras nas Maternidades Pública da SES/DF. O debate destacou várias questões como a humanização, o perfil das usuárias, as práticas que habilitam, as relações e conflitos com os médicos e chefias e o ponto alto foi a participação de uma usuária que relatou suas vivências de dor, medo e do acolhimento pela Enfermagem que a levou para a militância do parto natural. Um momento emocionante.

No final do dia foi lançado oficialmente, o Departamento de Gênero e Saúde da Mulher da ABEn, seção DF que será coordenado pela Prof.ª Alecssandra Videto, da UnB, Campus Ceilândia. O lançamento do Departamento foi bastante elogiado, sendo que mobiliza a categoria para um campo temático tão intrínseco ao trabalho e a natureza da enfermagem. Destacou-se a importância de a ABEn DF sediar essa iniciativa pioneira no contexto da rede da ABEn.

Os encaminhamentos foram no sentido de fortalecer a participação nas conferências regionais de saúde, reivindicar mais espaços para os partos normais e os cargos de enfermeiros especialista na área da Obstetrícia.

Ficou esta mensagem da 2ª CNSMu:

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

Simone de Beauvoir

5 - 1ª Conferência Livre Estadual de Saúde para Mulheres Negras e de Matriz Africana (24/06/2017). A 1ª Conferência Livre Estadual de Saúde das Mulheres Negras de Matriz Africana realizada no espaço do Terreiro da Iyalorixá Elenice onde as Iyalorixá, filhas e convidadas presentes agradecem a Iyalorixá Mãe Elenice, pela acolhida neste espaço da 1ª Conferência Livre Estadual de Saúde para Mulheres Negras e de Matriz Africana. Maria Lucia representante da Comissão organizadora da Conferencia Nacional da Saúde da Mulher e Representante da População de Situação de Rua em breve explanação relata o abandono dessa população, e de sua exposição à fome, ao calor, ao frio, à chuva, ao álcool e outras drogas e ameaças a suas vidas. Na sequencia Mãe Elenice que pede a Mãe Iara de Oxum através do canto para os orixás abençoem nossas atividades do dia. Em seguida a Iyalorixá Elenice dá boas-vindas aos presentes e pede aos orixás paz, saúde e que a Conferência transcorra na perfeita harmonia, dá e pede a benção as outras Ialorixás, Equedes e Ogãs e axé para as demais pessoas. Maria Lucia a Flávia Reis apresenta a temática da Conferência Estadual da Saúde das Mulheres: Desafios para Integralidade com Equidade e enfatizam a importância para o fomento à discussão sobre a Saúde das Mulheres Negras e de Matriz Africana. Apresentada a campanha “Respeite as Minas”, fique com as Mulheres do Terreiro, no Combate à Violência Contra a Mulher e Respeito às Minas. Diz que a AIDS está matando as mulheres, fala da baixa-estima, do alcoolismo, como parte da violência, por fim a depressão.

A 1ª Conferência Livre Estadual de Saúde das Mulheres Negras e de Matriz Africana Maria Lúcia Lima aprovou as seguintes propostas:

1. Qualificação de gestores e outros profissionais de serviço públicos para garantia da efetivação das Políticas Nacional de Saúde Integral da População Negra e da Assistência Religiosa, políticas medicina Tradição dos Terreiros. Proposta;
2. Realizar uma campanha intersetorial para esclarecimento sobre formas de manifestação do racismo institucional, racismo como crime passível de sanção. Proposta;
3. Fortalecer e buscar estratégias para a efetivação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - Onde está a fisioterapia (trabalho com ervas) e Medicina Tradicional de Terreiro. Proposta – 4 Edital especifico para Mulheres Negras no mês de julho.

Seguindo Ubiraci Matildes, apresentando o tema da **mortalidade da população jovens**, das mães que perdem seus filhos, fala da Rede Base de Saúde no CAB pede a Silvia que atenda as mães do CAB, fala da **pressão alta das negras e brancas**, a **anemia falciforme**, a **violência silenciosa da diabetes**, da **obesidade, hipertensão** e, fala da **notificação do extermínio com arma de fogo**, e a **não notificação com arma branca**, fala também da **subnotificação do feminicídio**, não explica, é a mulher morrer: pelo vizinho; companheiro; amante; ficante e a subnotificação desse crime.

6 - Seminário realizado pelo DAGEP/MS “**Gestão Participativa, Equidade e Saúde das Mulheres”** realizado de 19 e 20 de julho de 2017 que mobilizou as mulheres servidoras públicas em especial do Ministério da Saúde, conselheiras nacionais de saúde e convidadas de movimentos sociais de mulheres.

Da Tenda Maria Tereza de Medeiros Pacheco no 13º Congresso Mundial das Mulheres & 11º Seminário Internacional Fazendo Gênero

A **Tenda Maria Theresa** da participação popular e controle social do SUS, denominada Maria Theresa de Medeiros Pacheco[1], foi uma das ações que precederam a 2ª CNSMu, organizada pelo CNS/2ªCNSMu e pela Comissão de Saúde e Segurança do FG/MM e instalada durante o Seminário Internacional **13º Mundos de Mulheres & Fazendo Gênero 11**, na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, em Florianópolis / SC, no período de 31 de julho a 04 de agosto/2017, com a temática **"Transformações, Conexões, Deslocamentos"**, sendo a 1ª vez que o Congresso das Mulheres é realizado na América do Sul, reunindo 13 mil mulheres de todo o mundo.

A Tenda Maria Theresa de Medeiros Pacheco foi um espaço de integração das vozes da Participação Popular e do Controle Social, nesse momento, voltadas para analisar prioridades para o fortalecimento dos Programas e Ações de implementação da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde das Mulheres na perspectiva de integração com as diversidades de saberes acadêmicos, do controle social do SUS e populares. Esse espaço possibilitou ampliar as reflexões da educação popular no campo da saúde e o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos, sua sistematização e sua inserção no Sistema Único de Saúde/SUS. Além de ter sido um núcleo de trocas de saberes foi também um ambiente de cuidados, com práticas integrativas e complementares em saúde, com a participação em média de 200 mulheres/oficina.

Ocorreram debates cujos eixos foram a saúde das mulheres com transversalidade seja, aos direitos sexuais e reprodutivos, políticas públicas, questões étnico-raciais, parto humanizado, violências, obesidade, saúde mental, trabalho e especificidades da saúde de mulheres lésbicas, bissexuais e trans tratados nas seguintes Rodas de Conversa: Estado e Políticas Públicas/abordagem de gênero com recorte étnico-racial; Mulheres no Mundo do Trabalho; Parto Humanizado e Violência Obstétrica; Obesidade e Gordofobia; Saúde das Mulheres/Dona Esqueleta; Autonomia no corpo e na vida; Saúde mental das Mulheres, LGBTfobia na vida e na saúde das mulheres e a discussão sobre a Ficha de Notificação das Violências / Ministério da Saúde.

[1] O nome atribuído à "Tenda" foi uma homenagem a Maria Theresa de Medeiros Pacheco – médica alagoana, que atuou na área de ginecologia e obstetrícia em maternidades da Bahia. Foi a 1ª médica legista do Brasil. Periciava vítimas de atentados sexuais: crianças, adolescentes e mulheres. Especializou-se nessa área e tornou-se a primeira diretora de um Instituto Médico Legal no mundo. Professora da Faculdade de Medicina da Bahia, tornou-se pioneira, enquanto mulher, ao assumir a cátedra titular de medicina legal.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. 278ª **Reunião Ordinária do CNS**. Brasília, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Documento Orientador da 2ª CNSMu.** Brasília, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 537, de 19 de agosto de 2016. Aprova Aprovar o Regimento da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres**. Diário Oficial da União**, Brasília, 11 de novembro de 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 538, de 10 de novembro de 2016. Aprova o Cronograma da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu) e dá outras providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 de janeiro de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

3. **Etapa Nacional**

3.1. **O primeiro dia**

Do Ato Público

Uma solenidade que mobilizou pessoas envolvidas, direta ou indiretamente, com as causas e lutas das mulheres, reunindo uma mistura de expressões culturais, sociais, políticas, ideológicas, de afetos e lutas que nos vinculam ao necessário para reivindicar e conquistar o que se é de direito.

O Ato / Caminhada “Pela Saúde e Pela Vida das Mulheres”, aconteceu em 17 de agosto de 2018, a partir das 16 horas, na Esplanada dos Ministérios, em Brasília/DF, onde as delegadas e convidadas participaram de concentração e expressaram suas inquietudes ao mesmo tempo que deram o tom do que seria a 2ªCNSMu se revelando um aquecimento à Solenidade de Abertura da 2ªCNSMu e toda a programação desenhada.

Da Abertura

Vivemos momentos de encontros, reconhecimentos, homenagens, políticas, expressões de lutas e forças, discurso de abertura.

A 2ª CNSMu foi convocada em 2016 e ocorreu a partir das 18h do dia 17 de agosto de 2017, cujo tema foi **“Saúde das Mulheres, Desafios para a Integralidade com Equidade”** com o objetivo de “propor diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres”. Foi realizada no período de 17 a 20 de agosto de 2017, organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) - (Portaria nº 10162016; Resoluções n° 537/16 e n°538/16), subsidiada pelo “Documento Orientador para o debate nas Conferências preparatórias”, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde/CNS.

“A Conferência reuniu cerca 1.800 participantes de todos os Estados da Federação coroando a mobilização de mais de 70.000 mulheres e homens no Brasil. A Conferência é o espaço de debate das propostas discutidas amplamente em Conferências Municipais, Macrorregionais, Estaduais e Livres que vão compor o Relatório Nacional que contribuirá para a revisão da Política Nacional de atenção integral de saúde das mulheres. A 2ª CNSMu ocorre após três décadas da 1ª Conferência e expressa uma agenda de construção solidária do acesso das mulheres da Saúde Integral como Direito Humano.

Da Constituição da Mesa Central de Abertura

A Mesa Central de Abertura contou com as Autoridades nominadas, como segue:

- **Maria Lúcia das Dores Ferreira** - representante das Mulheres Quilombolas e presidenta da Associação Urbana do Jardim Cascata;
- **Ângela Kaxuyana** - representante das Mulheres Indígenas e membro da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB);
- **Maria Carolina Ferracini** - representante da ONU-Mulher;
- **Haydeé Padilla** - representante da OPAS/OMS,
- **Cristiane Martins Pantaleão** - representante do CONASEMS, presidenta do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná e secretária Municipal de Saúde de Ubiratã;
- **Claudia Vera** - representante do CONASS, secretária de Estado da Saúde da Paraíba;
- **Emília Fernandes** - primeira-ministra da SPM e presidenta do Fórum de Mulheres do Mercosul;
- **Fátima Pelaes** - secretária de Políticas Públicas para as Mulheres (SPM);
- **Humberto Lucena Pereira da Fonseca** - secretário de Saúde do Distrito Federal;
- **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** - conselheira do CNS e membro da mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde;
- **Carmen Lucia Luiz** - coordenadora da Comissão de Organização da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres;
- **Ronald Ferreira dos Santos** - presidente do Conselho Nacional de Saúde; e
- **Ricardo Barros** - ministro da Saúde.

Da Constituição da Mesa Autoridades Convidadas

A Mesa Autoridades Convidadas contou com as personalidades nominadas, como segue:

- **Maria da Graça Ohana** - Comissão Organizadora Nacional da 1ª Conferência de Saúde e Direitos da Mulher em 1986;
- **Maria do Socorro de Souza** - ex-presidenta do CNS e representante de Nísia Trindade, presidenta da Fiocruz;
- **Margareth Arilha** - ex-coordenadora da CISMU do CNS;
- **Ana Maria Costa** - ex-coordenadora da área Técnica / Coordenação de saúde da mulher;
- **Elcylene Leocádio** - ex-coordenadora da área Técnica / Coordenação da Saúde da Mulher;
- **Maria Esther Vilela** - coordenadora-geral da Saúde Mulher / Ministério da Saúde;
- **Sônia Maria Feitosa Brito** - secretária substituta de Vigilância em Saúde;
- **Neide Rodrigues dos Santos** - secretária-executiva do Conselho Nacional de Saúde;
- **Julieta Palmeira** - secretária Estadual de Políticas para as Mulheres do Estado da Bahia;
- **Laurinda Maria de Carvalho Pinto** - secretária Estadual de Políticas para as Mulheres do Maranhão;
- **Shéridan Esterfani Oliveira de Anchieta** - presidenta da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher – Ser Mulher; e
- **Maria do Espírito Santo Tavares** - ex-coordenadora da CISMU do CNS.

Da Constituição da Mesa da Comissão Organizadora da 2ª CNSMU

A Mesa da Comissão Organizadora da 2ª CNSMU contou com as personalidades nominadas, como segue:

- **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro;**
- **Francisca Valda da Silva;**
- **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes;**
- **Heliana Neves Hemetério dos Santos;**
- **Jupiara Gonçalves de Castro;**
- **Lenise Aparecida Martins Garcia;**
- **Madalena Margarida da Silva;**
- **Marema de Deus Patrício;**
- **Maria Esther de Albuquerque Vilela;**
- **Maria Lucia Santos Pereira da Silva;**
- **Maria Soraya Pinheiro Amorim;**
- **Maria Zenó Soares da Silva;**
- **Sonia Aparecida Pinheira Pereira;**
- **Sônia Maria Zerino da Silva; e**
- **Stella da Matta Machado.**

Da Execução do Hino Nacional

Instalação das mesas de abertura da 2ª CNSMU, com a execução do Hino Nacional.

Das falas de abertura da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres

A abertura dos trabalhos na noite do dia 17 de agosto / 2017 foi feita por Ronald Ferreira dos Santos, presidente do Conselho Nacional de Saúde / CNS, que disse:

> *Queria cumprimentar, na figura de nossa Carmen Lucia Luiz, coordenadora da CISMU [2] e coordenadora da 2ª Conferencia / 2CNSMU, e abraçar todas as mulheres aqui presentes e componentes da mesa. Queria cumprimentar na figura do ministro Ricardo Barros, ministro da Saúde, saudar todos os homens aqui presentes e dizer que esse espaço é um espaço para todo Brasil aprender com a luta das mulheres. Não é à toa que democracia é um substantivo feminino; não é de graça que a expressão da vontade do povo se expressa a no substantivo feminino, portanto a esperança, a expectativa as luzes que as mais de 90 mil mulheres que se mobilizaram em torno dessa Conferência no Brasil trarão muita energia e luz para iluminar tempos um tanto quanto escuros que vive a nação brasileira. Mas aqui como falei é espaço das mulheres. Queria abraçar cada uma e cada um aqui presente e passar para fazer uma saudação em nome do CNS para uma mulher, porque as mulheres estão bem representadas na mesa diretora do CNS e no CNS, e como elas nos ensinaram: "tudo sobre elas com elas". Passar a palavra para a conselheira Francisca Rêgo, membro da mesa diretora do Conselho Nacional de Saúde para conduzir os trabalhos de abertura desta Conferência.*

[2] Comissão do Conselho Nacional de Saúde/CNS - CISMU – Comissão Intersetorial de Saúde das Mulheres.

Da Saudação à Conferência feita pela conselheira Francisca Rêgo Oliveira de Araújo

Francisca Rêgo disse “estamos vivendo um momento muito especial para todas nós mulheres”, com certeza temos alguns recados e mensagens que não serão capazes de manifestar a nossa alegria após mais de 30 anos da primeira Conferência. Começa a fala cumprimentando Carmen Lúcia, coordenadora da Conferência, em nome da qual saúda os demais integrantes da mesa.

A conselheira segue falando sobre o sentido da gratidão:

> *Gratidão é um substantivo feminino. Ser grato traz benefícios físicos, mentais e emocionais, dizem pesquisas. Relação entre gratidão e felicidade se assemelha muito fortemente. Ter atitude de gratidão porque não basta agradecer, ter atitude. A falta de gratidão é uma forma de injustiça.” Portanto devemos ser muito gratos a todas as pessoas que lutaram pela estruturação do Sistema Único de Saúde, o qual defendemos com muita veemência.*

E, muito brevemente fez uma saudação à algumas mulheres que representam todo esse nosso país e todo esse nosso esforço:

> *...em nome de Carmen Lúcia Luiz, quero saudar todas as mulheres desse país e que fizeram todos os esforços para estar aqui; saudar a Secretária Executiva do CNS – Neide Rodrigues e a Assessoria Técnica do CNS, responsáveis pela organização desse evento; Em nome da Conselheira, membro da mesa Diretora, Cleoneide de Oliveira saudar todas as mulheres Conselheiras do CNS e na pessoa de Kátia Souto saudar todas as servidoras do Ministério da Saúde; E em nome de Ronald Ferreira dos Santos, saudar todos os homens “sensíveis das nossas causas, as causas feministas.*

Francisca Rêgo se identificou como Potiguar (norte riograndense) e falou de três grandes mulheres do Rio Grande do Norte que representam a força da mulher brasileira:

> *Clara Felipa, indígena brasileira da tribo Potiguar, saudando todos os povos aqui representados; Débora de Araújo Seabra de Moura, Professora de Ensino Fundamental com Síndrome de Down – e nela saudou todas as mulheres com deficiência, com patologias, todas as mulheres que sofrem violência e todas as mulheres na sua essência, nas suas especificidade; E em nome de Nísia Floresta Brasileira Augusta, com pseudônimo de Dionísia Gonçalves Pinto, considerada pioneira do feminismo do Brasil, publicando textos e se colocando como a mulher que sabia lidar com as barreiras entre o público e o privado – o pensamento que encerra essa fala de gratidão e a fala reconhecimento “não percamos a oportunidade de debatermos e construirmos o que é melhor para a saúde das mulheres em sua essência” - aqui temos todas as nossas mulheres com todas as suas especificidades e suas necessidades”, e é por essas mulheres que faremos essa conferência e os encaminhamentos.*

E, disse ainda:

> *Nísia, mulher visionária que nos representa e que representa o Estado do Rio Grande do Norte, que em 1859, falava – “pense que quanto mais sua educação for descurada e seu mérito mal reconhecido, tanto mais seus esforços para alcançar o devido lugar de glória e tê-la adquirido*

com o uso constante de suas virtudes naturais, as destacaram no grande e maravilhoso quadro da ressurreição dos povos". Ela escreveu isso no livro Cintilação de Almas Brasileiras.

Ao concluir, Francisca Rêgo recomendou às/aos delegadas(os):

não percamos a oportunidade de debatermos e construirmos juntas/os, com essência, o que é melhor para a saúde das mulheres, pois aqui estão todas as mulheres com suas especificidades.

Em seguida, passou a palavra para a Coordenadora da Comissão Organizadora da 2ª CNSMu e Coordenadora da 2ª CNSMu, Carmen Lucia Luiz que fez uma breve retrospectiva desde a 1ª Conferência de Saúde e Direitos da Mulher (1986), resgatando as conquistas das políticas de saúde para as mulheres e, homenageando as convidadas ex-gestoras de políticas de saúde para as mulheres, ex-coordenadoras da CISMU; representantes da Comissão Organizadora da 1ª Conferência de 1986, presentes.

Destaca-se que, dentre todas as homenageadas nesta noite e que estiveram presentes durante a 2ª Conferência: Ana Maria Costa (em 1983, da Comissão para escrever documento que fundamentou as bases de ação programática do PAISM) e Graça Ohana (em 1983, da Comissão para escrever o documento que fundamentou as bases de ação programática do PAISM e Coordenadora da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher/1986); Fabíola de Aguiar Nunes (Coordenadora da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher/1986), Maria Esther de Albuquerque Vilela, Margareth Arilha (ex-coordenadora da CISMU; Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (ex-coordenadora da CISMU), e Carmen Lucia Luiz - atual Conselheira do CNS, Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher/CISMU.

Do Discurso de Abertura por Carmem Lúcia Luiz

Coordenadora da Comissão de Organização da
2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres

Em seu discurso Carmem fez um retrospecto sobre o processo de construção das políticas de saúde para as mulheres, os desafios e os avanços para garantir o direito à saúde de qualidade voltada para as especificidades das mulheres. E ressaltou a importância da participação de todas as mulheres como protagonistas para promover os avanços necessários e fiscalizar a implementação das Políticas de Saúde executadas pelo Ministério da Saúde. Seguem abaixo alguns momentos do discurso:

O Chamamento:

> *Num estado democrático, as cidadãs e os cidadãos promovem mudanças quando a sociedade se organiza e reivindica dos seus governantes, direitos e políticas públicas para viver uma vida melhor. E estas mudanças só acontecem se o governo reconhecer estas pessoas como sujeitos de direito e reconhecer também a importância da participação popular como preceito constitucional do SUS. Nós mulheres ainda estamos na etapa de lutar pelo direito de ter direitos!*
>
> *Muitos dos nossos direitos são tão recentes e tão frágeis [...]*

O Protagonismo do Movimento de Mulheres e Movimentos Feministas para a construção dos programas de Saúde e questões relacionadas à saúde reprodutiva – o Contexto:

> *O papel protagonista dos movimentos de mulheres e movimentos feministas nas questões relacionadas à saúde das mulheres foi e tem sido muito importante, como foi nos anos 70 e 80, quando houve um crescimento acentuado do uso da esterilização de mulheres como forma de controlar sua fertilidade e a população. Em 1955, a taxa de fecundidade era 6.2, em 82 era 3.2, ou seja, a metade. No Brasil, a esterilização atingiu principalmente mulheres negras e pobres, muitas vezes sem o seu conhecimento e consentimento.*

O histórico dos Programas e Políticas:

> *Em abril de 1983, o Ministério da Saúde convocou uma comissão para escrever um documento que fundamentaria as Bases de Ação Programática do que veio a ser o PAISM, que foi apresentado, em junho, pelo ministro Waldir Arcoverde, na CPI que investigava os assuntos relacionados à natalidade no Brasil. Esta comissão era formada pela médica sanitarista Ana Costa e pela socióloga Graça Ohana, ambas sentadas conosco aqui nesta Conferência. Também faziam parte da comissão, os médicos Aníbal Fagundes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas professores da UNICAMP, que contaram com a contribuição de tantas outras mãos femininas e feministas.*
>
> *Em 1984, o Ministério da Saúde divulgou oficialmente este documento. Estava criado o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher, que já chegava com proposta de integralidade na atenção, ou seja, já via as mulheres como tendo demandas e necessidades para além do binômio materno-infantil, até então priorizado. Com a intenção de materializar*

o PAISM e dar direção às propostas, mais de 70 grupos de mulheres de 19 estados brasileiros, trabalhadoras de serviços de saúde, incluindo muitas feministas, reuniram-se em outubro deste mesmo ano no 1º Encontro de Saúde da Mulher e construíram a Carta de Itapecerica. Uma posição importante da Carta foi afirmar a posição contrária de diversas mulheres feministas à prática da esterilização como método contraceptivo, pois esta prática não mudava objetivamente as condições de vida das mulheres, não lhes trazia benefícios nem melhorias, e somente tinha o objetivo de controlar a natalidade. Nesta carta estavam contidos, de maneira fortemente priorizada, os conceitos de integralidade, equidade e participação social que, em 1988, vieram a ser as bases constitucionais do SUS.

O advento da 1ª Conferência /1986:

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi indicada a necessidade da realização de várias Conferências Temáticas, uma das apontadas foi a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, que nós consideramos como tendo sido a 1ª Conferência de Saúde das Mulheres. Esta Conferência foi Nacional de Direitos da Mulher, sob a batuta de Fabíola de Aguiar Nunes e Jacqueline Pitanguy e teve seu Núcleo de Organização Nacional coordenado por Graça Ohana e Madalena Brandão. Gostaria de citar e homenagear também as coordenadoras das Pré-Conferências Estaduais: Albertina Duarte Takiuti (SP), Ana Angélica Menezes (SE), Ana Escobar (RO), Anete Lins (PA), Ângela Bueno (ES), Beatriz Fontana (MA), Carmelita Maria e Silva e SOS Corpo (PE), Célia Regina Rodrigues Gil (PR), Corina Martinho (MS),

Denise Correa de Paula Nunes (AM), Dinair Leão (Acre), Genilda Leão (AL), Kemle Costa (GO), Lourdes Machado (MG) Lidia Gonçalves e Maria de Fátima Dourado (CE), Lilian Vidal Martins Ferreira (PI), Maria Eliana Labra e Virginia Peixoto (RJ), Miriam Gonçalves (BA), Maria Zeneide da Silva (RN), Nair Matielo (MT), Noemia Freire de |Melo (RR), Samara Nitão (DF), Sergimar Miranda (MG), Terezinha Ayres Costa (RS), Vera Amaral e Ângela Arruda (PB), Wanda de Oliveira (AP).

A Criação da CISMU - Comissão Intersetorial de Saúde das Mulheres do CNS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Em 2004, um passo avançado foi dado quando, a partir do diagnóstico epidemiológico da situação de saúde das mulheres no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde das Mulheres, o então ministro da Saúde Humberto Costa submeteu à apreciação do Conselho Nacional de Saúde e da CISMU - Comissão Intersetorial de Saúde das Mulheres do CNS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Gostaria aqui de homenagear as muitas coordenadoras da Comissão Intersetorial de Saúde das Mulheres – CISMU que junto com as demais integrantes desta Comissão, tanto contribuíram para a evolução das Políticas de Saúde para Mulheres no nosso País. Foram elas: Margareth Martha Arilha Silva (1997-2000), Clair Castilhos (2001/2003- 2007 a março/2010), Maria Betânia de Melo Ávila (2003), Silvia Marques Dantas de Oliveira (2004 a 2006), Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (abril 2010 a 2014, Carmen Lucia Luiz (atual Coordenadora).

A Importância da 2ª CNSMu reconhecer a diversidade, diferenças, opressão de gênero, classe, raça, cor/etnia, geração, deficiências, pluralidade dos povos, comunidades tradicionais e regionalidades na busca da igualdade/equidade:

> *Hoje, 13 anos depois de instituída a Política Nacional, constitui um avanço o reconhecimento da diversidade das mulheres, destacadamente expressa nesta Conferência. E sabemos que, sem considerar esta diversidade, não alcançaremos a tão propalada busca pela equidade3. E o conceito de equidade só pode ser materializado se nós considerarmos a opressão de gênero, que estrutura a vida e a saúde das mulheres e a diversidade das mulheres marcadas pela raça/cor/etnia, pelas regionalidades, pela classe social, pela orientação sexual e identidade de gênero, pela questão geracional, pelas deficiências, pelo viver com HIV/Aids, pela pluralidade dos povos e comunidades tradicionais, entre tantas outras. Só percebendo quais são estas diferenças e quais dessas diferenças tem se constituído em desigualdades, é que podemos superá-las e, assim, nos aproximarmos da equidade. Somos diferentes mas não desiguais. E este é o foco desta nossa 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres: Integralidade com equidade.*

Saudação às mulheres que se mobilizaram para a 2ª Conferência

> *Quero valorizar aqui, e parabenizar, a participação das mais de 70 mil mulheres que se mobilizaram durante as etapas municipais, macrorregionais e estaduais desta Conferência, nas Conferências Livres, em mais de 2 mil municípios, em todos os 26 estados da federação e no Distrito Federal, sem as quais este momento não estaria existindo. Estas mulheres guerreiras que atenderam ao nosso chamado e se reuniram, para denunciar e resistir às propostas de retrocesso que grassam no Congresso Nacional em relação à retirada dos nossos direitos tão duramente conquistados, que romperam amarras, venceram a falta de comprometimento de alguns gestores, para debater e construir propostas que avançam nos direitos à nossa Saúde, respeitando a nossa diversidade e o conceito ampliado de saúde proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e incorporado pela nossa Constituição Cidadã de 1988. Querem rasgá-la. Não deixaremos! Resistiremos com garra e ternura!*

Agradecimentos às Equipes da Organização / Entidades e Equipe de apoio para a construção da Conferência:

> *Quero agradecer a cada uma e cada um que, junto conosco, construiu todo o caminho que nos trouxe até este momento: as conselheiras e os conselheiros de saúde de todos os municípios deste Brasil; as conselheiras e os conselheiros nacionais de saúde; as bravas companheiras da Comissão Intersetorial de Saúde das Mulheres, a CISMU; a toda a Comissão Organizadora desta Conferência, a Comissão de Comunicação e Mobilização e a Comissão de Formulação e Relatoria. Quero agradecer a todas as relatoras e a equipe técnica do CNS.Na figura de Lucia Rincón, quero agradecer a minha entidade, União Brasileira de Mulheres, a UBM, que confiou em mim e me apoiou nesta tarefa sem limites, mas que muito me honra. E, em especial, quero agradecer Eline Jonas, ex-presidente da UBM, que foi também coordenadora-adjunta da CISMU, que muito contribuiu neste percurso de construção da 2ª CNSMu.*

Destaque de problemas a serem enfrentados e serem considerados para a Política de Saúde das Mulheres:

[3] O termo “equidade”, princípio doutrinário do SUS e palavra de ordem da CNSMu, tanto durante o processo mobilizador quanto nos quatro dias da etapa nacional.
Luiz, Carmem Lucia - Entrevista “ O Brasil se prepara para a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres” em Portal Catarinas – jornalismo com perspectiva de gênero, 10/01/2017.

Desde a 1ª Conferência, em 1986, muitas das nossas reivindicações continuam atuais e ainda não foram concretizadas. Tivemos avanços como a ruptura de materno-infantil para a integralidade na Política de Saúde das Mulheres, mais ainda não são realidades nos cotidianos das mulheres Brasil afora. Desafios como reconhecer o racismo institucional, a LBTfobia, precisam ser enfrentados para mudarmos realidades como as mortes maternas, que são duas vezes mais em mulheres negras que em não negras. O feminicídio que nos atinge tem raça, cor, identidade de gênero e orientação sexual. Ceifa milhares de vidas de mulheres de todas as cores, idades e credos. Em nosso país, uma mulher é assassinada a cada duas horas! Esta violência chega aos Serviços de Saúde e este é um desafio que precisamos enfrentar. E nós, mulheres, não nos paralisaremos pelo sofrimento. Somos mulheres de luta, como bem diz Conceição Evaristo, "E quando a dor vem encostar-se a nós, enquanto um olho chora, o outro espia o tempo procurando a solução". Esta violência chega aos serviços de saúde e este é um desafio que precisamos enfrentar. A Política Nacional de Saúde Mental precisa incorporar a dimensão de gênero, o SUS precisa ampliar os serviços de atenção às mulheres vítimas de violência e qualificar seus profissionais e gestores para essa realidade. Outros tantos desafios temos e teremos e, nesses três dias de Conferência através dos debates buscaremos construir propostas que sejam estratégias para superá-los" como disse Cora Coralina "nós somos aquela mulher que fez escalada na montanha da vida removendo pedras e plantando flores.

E, para encerrar, propôs que "conjuntamente, digamos os nossos dois mais belos mantras, essas palavras de ordem que nos guiam e nos guiarão em busca de um mundo melhor que sabemos ser possível.

"NEM UMA A MENOS! NEM UM DIREITO A MENOS!"

Das Manifestações dos membros que compuseram a mesa central

Segue a essência das diferentes intervenções:

Nas diferentes falas, em linhas gerais, foram destacadas as conquistas das mulheres e as políticas implementadas pela Secretaria de Políticas para as Mulheres / SPM, bem como, a necessidade de avançar nas políticas de saúde das mulheres. Foram levantados os retrocessos que estão acontecendo rapidamente – a exemplo da EC n° 95/2016, que destruirá o SUS, patrimônio da sociedade brasileira (BRASIL, 2016). A destruição do SUS impactará diretamente nos serviços de saúde pública para as/os brasileiras/os, pois estabelece teto de orçamento para a saúde e educação – congelando por 20 anos os investimentos para o SUS. Também foram destacados os problemas de saúde e dificuldades vivenciados pela população negra e indígena levantados por representantes dessas populações que estavam na mesa. Enfim, que se trata de um contexto de práticas de um Estado de exceção que recorta também os direitos sociais das/os trabalhadoras/es, conquistados na luta do povo brasileiro. Assim, conclui-se que lutar pelo SUS é também lutar pela democracia. Ao final, a coordenação da mesa passa a palavra para o ministro da Saúde, Ricardo Barros, que, sob os protestos das/os presentes [4], apresentou as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde referentes à Saúde da Mulher.

[4] As/os delegadas/os, em sua maioria protestavam contra as medidas de retrocesso para a saúde.

Do Discurso de Ricardo José Magalhães Barros

Ministro de Estado da Saúde

O ministro cumprimentou membros da mesa e disse que iria abordar os avanços e desafios para garantir o protagonismo das mulheres que são as maiores usuárias do SUS (cuidado próprio, de seus filhos e de familiares). e ressalta para viabilizar o atendimento geral à saúde das mulheres na atenção básica; atenção à saúde reprodutiva, orientações na atenção básica, consultas e atendimentos ginecológicos, atendimento pré-natal de baixo e alto risco, estruturação da rede para assistência ao parto, como estratégias para redução de mortes maternas; no Câncer oferece prevenção e tratamento (mamografias, cirurgias, mastectomias e reconstrução da mama); Programa de qualificação do exame de citologia – Qualicito; atendimento à mulher em situação de violência sexual; assistência ao abortamento e ao aborto legal; atenção à saúde da mulher adolescente com agenda para proteger e cuidar de adolescentes; atenção às mulheres no contexto da epidemia do ZIKA vírus; atenção à saúde sexual e reprodutiva; cuidados no climatério; cuidado na primeira infância com o marco legal da primeira infância – Lei 13.257 de 8 de março de 2016.

Seguiu com uma apresentação detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com destaque para o Fortalecimento da saúde sexual e reprodutiva, a Atenção Obstétrica, a Atenção às mulheres vítimas de violências, a Atenção Oncológica, a Atenção Ginecológica e Climatério, a Populações específicas e vulnerabilizadas e outras iniciativas. Seguiu apresentando resultados econômicos, as novas habilitações na Atenção Básica, as medidas em andamento para a eficiência da gestão e as ações pactuadas Comissão Tripartite (Estados, Municípios e União).

Despediu-se dizendo que sua meta é empoderar as mulheres e agradeceu ao CNS o convite e a oportunidade dessa fala e de estar junto a esse movimento vivo que tem muita força e que contribuirá para a melhoria da política de saúde das mulheres. “*E, nem um direito a menos - como disse a Carmen.*”

Da Apresentação

Vídeo da Campanha "Respeita as Mina", lançado na Bahia / 2018

A secretária Julieta Palmeira usa da palavra e diz:

> *É muita emoção ... "estar aqui saudando essas brasileiras de todos os cantos do Brasil, que vem aqui discutir a saúde das mulheres nessa conjuntura que nós estamos e que levantam as bandeiras, nem um direito a menos; nenhum passo atrás e nem uma a menos! A luta e o projeto "Respeita as Mina" lançado na Bahia que hoje pode tomar corpo no país inteiro, juntando governo e sociedade para levar adiante uma política de enfrentamento à violência contra as mulheres porque, de fato, esse é um problema de saúde pública, porque afeta as mulheres quando não lhes tira a vida pelo feminicídio. E é por isso que estamos aqui pedindo: respeita as mina, respeita as brasileiras, respeita as pretas, que são as mulheres negras a grande parte das "mina" que sofrem a violência nesse país. Prestar homenagem a todas as brasileiras, mas, em especial as mulheres negras que movimentam esse país porque é a maioria da população. E dizer a vocês que o termo mulheres tem que ser entendido como termo de diversidade de mulheres Trans, LGBTs. É o respeito que queremos a todas as minas, as monas, as trans, a todas as mulheres que compõem esse Brasil, que é o Brasil para as brasileiras, porque somos maioria da população. Não estamos aqui falando das minorias apenas, estamos falando da maioria que se vê sub representada nos espaços de decisão na sociedade e que hoje enfrentam a cultura machista, porque o feminicídio é morte por machismo, não tem outro nome, não é morte por amor, por paixão ou por honra, é morte por machismo e o machismo está matando as brasileiras, está tirando o brilho dos olhos das brasileiras, está matando literalmente pelo feminicídio. Discutir equidade e integralidade na saúde é também discutir a violência contra as mulheres, mas também é discutir a opressão de gênero. Opressão que está cada vez mais acentuada nesse país quando se subtrai a democracia, quando se dilapida o patrimônio nacional e quando se retrai o direito dos trabalhadores e das trabalhadoras que estão aqui. Trazemos aqui o chamado de respeito as Mina e dizer a vocês que, se as mulheres se movimentarem, esse país se movimenta. Saúde hoje, com SUS de qualidade, representa levar em conta que as mulheres são as que estão mais nos postos de saúde e levam seus filhos e que hoje exigem uma política específica a ser aplicada que é a política integral de atenção às mulheres. Não é uma luta apenas por direitos. É uma luta contra a opressão e, por isso, quem quer um SUS de qualidade, público, gratuito, integral universal, com equidade, principalmente com políticas para as mulheres, precisa ser feminista. Um SUS de qualidade implica em defender o feminismo. Conclamo homens e mulheres a serem feministas para acabar com o machismo e o racismo institucional, acabar com a violência obstétrica e todos os tipos de violência que as mulheres sofrem. Um abraço e vamos respeitar as Mina nesse país!*

A secretária Julieta Palmeira fez o relato sobre a Campanha de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, lançada no carnaval de 2018 em todo o Estado da Bahia, e apresentou o Vídeo "Respeita as Mina".

A referida campanha consiste em ações de sensibilização e tem o reforço do Trio Respeita as Mina para o folião pipoca. Segundo Julieta, a diferença entre o assédio e a paquera saudável é o mote da campanha [...] cantada pode, assédio não. Olhar, pode – constranger, não. Na boa, pode – à força, não".

Esclareceu ainda que o objetivo da campanha foi mobilizar a população para o enfrentamento à violência contra as mulheres durante os dias de folia, contribuindo para a conscientização de homens e mulheres sobre uma das formas de violência mais frequentes durante a festa: o assédio. A proposta é estimular o respeito, buscando incentivar um carnaval sem violência de gênero e alertando: "respeita as minas".

3.1. **O segundo dia**

Das Mesas Temáticas

No dia 18 de agosto de 2018, durante a 2ª CNSMu, com a pauta da “Saúde das Mulheres, Desafios para a Integralidade com Equidade”, foram realizadas mesas temáticas cujo objetivo foi proporcionar o debate a partir da apresentação das experiências de mulheres lideranças sobre o tema.

Essa temática foi discutida inicialmente nas Conferências locais, regionais e Conferências Livres preparatórias para a Conferência Nacional, possibilitando a formulação de propostas debatidas nos diferentes grupos de discussão e, posteriormente, apreciadas na plenária final e apresentadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

As mesas temáticas trataram de quatro eixos sobre o tema da 2ª CNSMu, sendo: Eixo I – O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres; Eixo II - O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres; Eixo III – Políticas públicas para as mulheres e a participação social; Eixo IV – Vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres. Seguem as apresentações dos Eixos Temáticos.

Mesa 1: Eixo I
Papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres.

Coordenação da Mesa: Conselheiras Francisca Valda da Silva e Jupiara Gonçalves de Castro.

Palestrantes: Sra. Célia Regina Nunes das Neves – Comissão Nacional de Fortalecimento das Reservas Extrativistas Marinhas do Brasil (COFREM) e Dra. Ela Wiecko Volkmer de Castilho – Subprocuradora Geral da República.

Sra. Célia Regina Nunes, representante das extrativistas da costa norte do Pará, abordou a situação de trabalho das extrativistas, questões ambientais e de Saúde das trabalhadoras dos manguezais.

Inicialmente identificou a região de extrativismo constituída por uma faixa contínua de 1.200.000 hectares de manguezais, considerado o maior patrimônio mundial. Levantou questões da realidade das trabalhadoras/marisqueiras e questões do meio ambiente frente as políticas do poder público para tratar essas questões.

Referiu-se a gestão dos recursos naturais, nos diferentes espaços – nas marés, nos manguezais, na floresta e no campo, levantando a seguinte questão:

> *como desenvolver uma forma de vida saudável e avançar para a construção de mais forças, de mais desenvolvimento, de mais sabedoria, de qualidade de vida se o modelo opressor, machista, predominante avança em nossas áreas e nos expurga de nossos ambientes sem nos respeitar?*

Destacou a situação de vulnerabilidade e as dificuldades para garantir vida digna e qualidade de vida, saúde, proteção social, justiça social, ambiental para as mulheres extrativistas de todo o país, principalmente, das populações das marés, das águas da costa do Pará e interrogou como superar a situação: “se a política existente, voltada para esses ambientes, é a dos chamados municípios verdes, políticas verdes que não tem nada a ver com essa população? São as políticas de commodities que não dão retorno para nós”, disse ela.

Para essa reflexão, abordou a questão da identidade, da invisibilidade das mulheres nesse trabalho que fazem e sobre a importância de serem reconhecidas em sua ancestralidade e sua cultura bem como, sobre a necessidade de terem tratamentos diferenciados diante das especificidades e diversidade quando se tratar de políticas públicas. Em tom de denúncia, disse que, juntamente com outras companheiras, que se identifica

> *historicamente nessa questão, sendo historicamente discriminadas de diferentes formas, inclusive na invisibilidade, pois, nunca se fala em pescador, em Marisqueiras, em Catadeiras, Desconchadeiras que são uma diversidade de nomes numa área de 8.000 km de costa do Oiapoque ao Chuí, em 17 Estados do litoral brasileiro e que tem uma diversidade de identidade dessas mulheres.*

Indicou elementos importantes para referenciar políticas para esse setor. Destacou sobre a importância dessa população buscar o reconhecimento de suas necessidades próprias e o valor da cultura para uma política de saúde seja

no reconhecimento da ancestralidade e no tratar desigualmente os desiguais para as políticas públicas. Enfatizou, como exemplo, a cultura da Imbiara e a cultura da Ipanema dessas mulheres, cujos conhecimentos foram passados milenarmente de geração em geração, questão fundamental em relação aos "cuidados", da saúde, do tratamento, que interfere na situação de agravo total da vida dessas mulheres.

Reafirmou a importância da identidade:

> *da cultura, do saber do cuidado sobre o corpo, conhecimento sobre a roupa, apetrechos da pesca, maneira de lavar a roupa, de como relacionamos com a natureza, pois é na floresta que nós vamos pegar os nossos remédios, é na água do mar que nós tiramos a nossa Ipanema e assim vai.*

Abordou criticamente o enfoque das Políticas Públicas para essa área: as políticas públicas são pensadas sempre para o modelo de uma única classe – classe essa que "despreza, humilha, maltrata a classe trabalhadora. Modelo opressor que só pensa em si próprio, para uma única situação. Em detrimento da gente, isso é muito forte para nós".

Após essas considerações reforçou a importância do desafio de ter o olhar para as populações do campo, da floresta e das águas, a partir de suas necessidades para elaborar as políticas de saúde, implementação e fortalecimento do SUS. Relatou sobre as equipes de grupos diferentes e suas práticas no âmbito da discussão para a transição – junto a servidores do poder público.

As propostas elencadas trouxeram o diálogo como base, pretendendo alcançá-lo para a mudança de paradigma, considerando

> *os fazeres e saberes com a ciência para que a gente avance na construção de um novo modelo que possa reconhecer como sujeito da nossa própria história e garantir a nossa emancipação, com parcerias e reconhecimento compartilhados com homens e mulheres em qualquer que seja a sua condição sexual.*

Diálogo também para elaborar e implementar políticas públicas, por exemplo, considerar a realidade dessas mulheres para evitar que, na implementação das políticas públicas, não seja imposto outro modelo - pois, "um Estado que quer pensar o desenvolvimento socioeconômico-ambiental para as mulheres do campo, da floresta e das águas, tem que dialogar conosco e construir o novo porque – pois a gente sabe qual é o melhor para nós". As políticas públicas específicas devem ser pensadas considerando que suas vidas são definidas por meio de um modelo diferente - os horários de trabalho dependem da maré, do sol, da lua, do vento, pois, segundo ela, "a maré não enche e vaza todos os dias às 7h da manhã – especialmente para as mulheres que vivem nos manguezais, que vivem no litoral brasileiro". Assim, destaca que "as políticas públicas, o acesso, a equidade, devem ter recortes diferenciando isso tudo".

Ainda, a fala de Célia Regina Nunes retrata a perda de conquistas das mulheres desde o marco inicial - a 8ª Conferência de Saúde – que marca as lutas e compromisso das mulheres para implementar políticas públicas, "sem violência, na resistência e pelo direito à vida" e, para isso, estabeleceu-se o diálogo e o que "construímos até agora [...] hoje, vem sendo retalhado com a retirada de recursos, impedindo muitas vezes os avanços esperados".

Pauta-se o avanço da desigualdade de oportunidades - violência doméstica e do mercado: - no diálogo entre elas, “a primeira temática que aparece é a violência sofrida e não é só a violência doméstica, é, sobretudo, na questão do mercado” por falta de acesso e abertura para os produtos.

> *nós somos produtoras de proteínas, nós pescamos peixes, frutos do mar, caranguejo e uma diversidade imensa, só o Estado do Pará de 2010 a 2016*[5]*, declarou uma produção de mais de 6 milhões de caranguejos pescados, parte dessas pescarias, dessa produção vai abastecer o mercado do nordeste. Mas o caranguejo ainda custa lá no manguezal 7 centavos, enquanto que você chega lá no restaurante, ele está R$7,00. Então para vocês verem a desigualdade como avança.*

Em relação à situação de agressão – doença do meio ambiente: Estabeleceu a relação das florestas de mangue/questão ambiental/ vida – e a doença do meio ambiente quando falou sobre o peso dessas florestas com uma vegetação de princípios inteligentes – “primeiro que ela filtra o lixo que é jogado do consumismo, da produção, dos resíduos do petróleo, por exemplo, os copos descartáveis jogados no rio Amazonas”. O Rio joga no oceano e

> *nós carregamos esse lixo, [...] precisamos cuidar desse ambiente e não se tem pagamento de serviço ambiental [...] é só commodities que não reflete na vida, na situação das famílias, das mulheres do campo, da floresta e das águas.*

5 Exceção do período que se faz a paralisação por conta da reprodução do caranguejo.

Quanto à contribuição para a agenda 2030 afirmou-se “nós que somos produtores de proteínas, de alimento temos muito a contribuir com a agenda 2030, que é a erradicação da fome no mundo”.

A luta contra o modelo de desigualdade no acesso à Saúde trouxe a mobilização ampla para a discussão sobre o modelo. Há oferta precária dos Serviços de Saúde Pública, negligência e falta de material nos postos de saúde, estrutura que não atende a especificidade das atividades dessas mulheres. Na pesca estão a 400 milhas náuticas ou nas 40.000 milhas náuticas,

> *ocorre uma ferrada de arraia, como é que eles/elas serão atendidos? [...] e quando está puxando um espinhal com 6000 anzóis se fisga em um anzol daquele, como é que vai ser assistida? Para que evite de se ter um tétano ou qualquer uma outra doença mais grave?*

Sobre a 2ª CNSMu, falou-se que já é vitoriosa, porque possibilitou a mobilidade das ACS, de agentes comunitários de saúde, de vigilância, de endemia para “realizar uma reflexão e amplo debate para dentro e fora do modelo que vivemos numa formação do EdPopSUS”.

Importante para denunciar o “avanço do capitalismo opressor, cujo exemplo é o que aconteceu em Mariana lá em Minas Gerais”.

Além disso, informa que existem 60 lagoas contaminadas no litoral do Espírito Santo onde mais de 300 famílias não conseguem mais pescar.

Célia Regina Nunes fala também sobre Ambiente e Saúde, incluindo uma visão holística sobre o tema:

> *pensar num ambiente como saúde é pensar em toda uma política opressora, atrasada que não reflete, que não enxerga o povo brasileiro, tão pouco a sua soberania, é preciso avançar para dentro de nós dentro dessas questões. Em especial das políticas de equidade e das populações do campo, da floresta e das águas.*

Em relação à equidade no SUS, Célia também destaca:

> *para nós a equidade na linha do SUS – é a garantia do acesso para todas as pessoas com ações de caráter universal, mas também por ações específicas e afirmativas voltadas para esses grupos sociais com capacidade de dialogar intersetorialmente com as outras diferentes políticas públicas - políticas de reforma agrária, de educação, de infraestrutura para a garantia da produção.*

Intersetorialidade nas políticas de crédito - específicas: “não existe uma linha de crédito para as mulheres do campo, da floresta e das águas” – e reforça que as políticas públicas específicas devem considerar que suas vidas são definidas por meio de um modelo diferente - os horários de trabalho dependem da maré, do sol, da lua, do vento, pois, segundo ela,

> *a maré não enche e vaza todos os dias às 7h da manhã – especialmente para as mulheres que vivem nos manguezais, que vivem no litoral brasileiro”. Assim, destaca que “as políticas públicas, o acesso, a equidade devem ter recortes diferenciando isso tudo.*

Ainda foram levantados questionamentos como:

> *Como é que nós vamos produzir?*
>
> *Que cara vamos dar da economia, de uma economia que já tem tudo, se num espaço que são só quatro meses a parança que nós chamamos, a reprodução do caranguejo, nós produzimos 6 milhões de caranguejos, [...] quanto é que a gente ganha?*
>
> *Por que a gente ainda é tão pobre? [...] pobreza, a miséria, desperdício é a ausência do poder público para garantir infraestrutura, para garantir a saúde e a qualidade de vida das mulheres, do campo, da floresta, das águas e seus familiares.*

Sobre o meio ambiente e a saúde das mulheres: o espaço de trabalho das marisqueiras e o serviço ambiental que prestam, Célia Regina Nunes abordou criticamente o que encontram no processo de trabalho: as embalagens de plástico dos produtos que agridem o meio ambiente e o hormônio usado para a produção de aves que agride a saúde, além de não ter aterro sanitário qualificadamente, esses aterros

> *se tornam grandes chorumes e vão aí poluir os rios e dos rios para os mares, as nascentes de água, o camarão e várias espécies de peixes que estão desaparecendo. As pessoas adoecem, e quando a gente entra no manguezal é pneu, é lixo de todas as espécies, de ferro, de borracha, de sapato, de roupa [...] que a gente tem que estar fazendo essa limpeza. E cadê o pagamento dos serviços ambientais para essas populações?*

Ao discutir a saúde das mulheres no modelo opressor capitalista, Célia destaca a importância do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher/PAISM – e práticas que acolhem e valorizam as mulheres, a humanização. Aborda também sobre as parteiras domiciliares, mas, no entanto,

> *o modelo opressor é tão cruel que o que é que está acontecendo hoje? Os partos domiciliares já custam nas nossas áreas para as classes dominantes até R$15.000,00, enquanto que a parteira sai, cuida a noite toda, cuidando, tratando, dando orientação, ajudando, conversando, criando um ambiente saudável para toda a família, especialmente para quem está chegando, aquele bebê lindo e maravilhoso, tem a sua solidariedade e o SUS, mas lá no posto de saúde ela tem que declarar a produção. E será que o município, a gestão municipal repassa qualquer coisa para essa mulher? Nunca, então é importante verificar isso, e fazer a última reflexão, sobre o que o modelo opressor - capitalista.*

Destaca que o capitalismo avança para essas áreas com promessas, "mas sabemos, temos a consciência plena de que a gente não se desenvolve bem com qualidade, com força, não fortalece a nossa economia, a economia do nosso país, a soberania do nosso país, a garantia da soberania alimentar". Precisam de água com qualidade, de saneamento básico, de energia, mas não da forma como está sendo feito, destruindo o ambiente e o território dos parentes indígenas, Quilombolas, tirando tudo, das Resexs Marinha do Brasil.

Célia também informou que tem PL tramitando no congresso federal para recategorizar a Resexs marinha de Canavieira do Estado da Bahia e disse que

não é justo isso [...] anos e anos, décadas e décadas de lutas com esses parentes lá da Bahia e nós do Pará, do Maranhão, do Amapá, de Santa Catarina, do Rio Grande do Sul. No Amapá, quando criaram o Parque Nacional retiraram famílias de Comunidade que era centenária e faz a crítica "só enxergam os bichos e nós queremos também ser tratados como os bichos".

Ponderou que essas populações migram para as grandes periferias dos grandes centros urbanos, [...] e aí surgem todas as mazelas e a marginalidade social, [...] prostituição, droga e tudo [...]". Ao mesmo tempo que uns poucos lucram e são cortadas as verbas sociais que garantiriam a dignidade das pessoas.

Enfatiza a conquista do Sistema Único de Saúde/SUS e a importância de seu fortalecimento – destaca sobre a importância da descentralização, da universalização da saúde e da garantia de políticas públicas com equidade para as mulheres do campo, da floresta e das águas em seus territórios. Agradecimentos

Comentários da Mesa: A Coordenadora da mesa, Conselheira Jupiara, comentou o que foi apresentado enfatizando que diante da conjuntura atual, na disputa de projetos, temos tido algumas derrotas e é falsa a visão hegemônica de que o crescimento econômico, por si só, resolverá todas as questões da população e garantirá bem-estar social. É importante reconstruir a perspectiva de que o crescimento econômico só tem sentido se integrado ao desenvolvimento humano, social e ambiental, haja vista o que a nossa primeira companheira nos colocou aqui em relação ao trabalho, do meio ambiente e como a situação se encontra.

Dra. Ela Wiecko Volkmer de Castilho, Subprocuradora-Geral da República do estado brasileiro.

A Dra. Ela Wiecko Volkmer de Castilho cumprimentou a tod@s e agradeceu a oportunidade de estar nessa segunda Conferência Nacional de Saúde das Mulheres/ 2ª CNSMu. Identifica-se a partir do lugar que ocupa no Estado Brasileiro – Ministério Público em cujo cargo declara que tem certa autonomia. Nessa função, inicialmente atuou na fiscalização para que todos os grupos sociais tivessem acesso às políticas públicas com equidade. Hoje coordena um órgão que trabalha com direito à saúde, na fiscalização da aplicação de recursos e que está em contato com os movimentos sociais. Relembra que a primeira Conferência aconteceu em 1986 e a segunda, acontece justamente nesse momento em que as políticas públicas direcionadas as mulheres estão sendo esfaceladas e, algumas políticas, estão sem recursos para atender a saúde das mulheres. Ressalta a esperança de resgatar vários direitos conquistados desde a Constituinte a partir da mobilização para essa Conferência.

Em sua fala parte do pressuposto (não é meramente teórico) de que o Estado tem um papel que é insubstituível no desenvolvimento socioeconômico e ambiental.

> *O grau de intervenção do estado, pode variar, mas ele não pode ser simplesmente excluído, sob pena de que grupos em situação de vulnerabilidade ou que sofrem severa discriminação de serem aniquilados - é o caso das mulheres no Brasil, mesmo aquelas que são de cor branca, que tem boa escolaridade, com acesso ao mercado de trabalho formal, porque nós podemos afirmar com base em estatísticas e fontes oficiais e não oficiais de que nós temos uma desigualdade de direitos por parte das mulheres, em comparação com os direitos que são proporcionados aos homens.*

A ordem social, e em especial, a saúde aborta o que está na Constituição:

> *A saúde é direito de todos e dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas, que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.*

Quanto aos deveres do Estado e o negligenciamento das Políticas Públicas: o Estado, conforme afirmou a palestrante Sra. Célia, deve ter um olhar diferenciado como o caso do grupo das mulheres que exercem as atividades extrativistas na costa brasileira - isso é negligenciado, tanto pelo Estado, quanto pela sociedade. Enfatizou que “para a implantação das políticas públicas é necessário que haja recursos financeiros” - daí porque o financiamento do SUS constitui um tema recorrente nos debates acadêmicos, políticos, os movimentos sociais e das instâncias gestoras do Sistema”.

Dois Macroproblemas (de consenso) o financiamento e a gestão, sendo que sua exposição focou especialmente no financiamento. E expõe que

> *Os parâmetros internacionais indicam que tem que ter uma aplicação mínima de até 7% do PIB para sistemas de saúde com as características do SUS, mas no Brasil em termos consolidados, os governos federal, estaduais e municipais aplicam menos de 4% [...] um déficit no financiamento, de pelo menos 3%. [...] não há como deixar de lado a luta por mais recursos, inclusive para financiar ações voltadas para a melhoria da qualidade do gasto.*

Sobre a Legislação e o Financiamento, a Dra. Ela Wiecko Volkmer de Castilho levanta as seguintes questões:

1. Emenda Constitucional nº 29 (aprovada);
2. Lei complementar nº 141 aprovadas após longos anos e nesse momento em que se caminhava para um quadro de estabilidade no financiamento para a elaboração e implantação de planos;
3. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015 promoveu mudança do método de cálculo do mínimo com ações e serviços públicos de saúde.

Ressalta o impacto dessa legislação no SUS em momento de recessão - o subfinanciamento do SUS será ainda mais forte com queda da receita pública nas três esferas do governo, além do que, dois terços do orçamento do Ministério da Saúde representam transferências fundo a fundo para Estados e Municípios – ocorrerão atrasos nos repasses e a impossibilidade de aumentar ou até mesmo manter a prestação de serviços.

Afirmou que essa situação se agravará com a Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016 (tramitação no Congresso) que estabeleceu um teto de gastos públicos nos próximos vinte anos, sob a justificativa de que se gasta mais do que é arrecadado em tributos. Explica que a EC nº 95/16 tem como objetivo restringir os gastos com remuneração de pessoal (mais grave ocorrer com os investimentos em saúde e educação). Afirmou ainda que essa emenda juntamente com a da reforma da previdência, que ainda está em trâmite, revela um ponto de vista do governo de que gastos sociais, como saúde, educação e seguridade atrapalham, se não inviabilizam as contas públicas.

Dentre os questionamentos para o debate estão:

> *Todos os cidadãos e cidadãs brasileiras serão afetadas da mesma forma e no mesmo grau, e se os gastos sociais são realmente o vilão do desequilíbrio das contas públicas?*

1. Na perspectiva de experiência anterior[6], explicou que se pode antever que os grupos de renda per capta ou familiar de 1 a 6 salários mínimos, serão severamente afetados (vai desde os extremamente pobres até a alta classe média) sendo a classe alta - menos afetada, [a classe alta] será afetada positivamente, pois passará a fornecer os serviços privados de saúde, educação e previdência, áreas que serão de menor investimento público. Então a classe alta terá ganhos com a retração do Estado nos investimentos sociais.

2. Teto para gastos públicos não é uma ideia necessariamente ruim, - “desde que o remédio para o desequilíbrio orçamentário não seja apenas este, se um dos problemas é a baixa arrecadação tributária, por que não se pensa em fazer os ricos pagarem mais impostos?” E, explica:

> *foram concedidas com beneplácito do próprio congresso nacional tantas desonerações tributárias, [...] comprovadamente através de delações [...] de modo fraudado, [...] compradas pelo Congresso e que não vejo por que não se pensar em uma anulação dessas leis que foram editadas dessa forma.*

6 A experiência do confisco de poupança no governo Collor é o exemplo da percepção compartilhada pelas pessoas em geral, quem ganha salário mais elevado, quem tem imóveis, quem tem investimentos financeiros e diversificados conseguem crise, inclusive quando essa crise passa ficam em situação melhor do que a anterior e isso não acontece com quem depende de emprego precarizado ou aposentadoria de valor mínimo e não possui imóvel próprio.

Mais questionamentos para o debate foram levantados:

> *O custo-benefício dos incentivos fiscais para projetos de desenvolvimento, nos quais o chamariz da geração de empregos tem afastado requisitos socioambientais previstos em leis e até na Constituição já foram devidamente avaliados?*
>
> *As categorias de classes sociais ou grupos utilizados, tanto pelo governo, como pelo mercado, elas são aparentemente neutras, mas se nós fizermos a clássica pergunta de um método jurídico feminista: Onde é que estão as mulheres nessa lei, nessa política pública?*

Disse Dra. Ela Wiecko sobre a invisibilidade nas estatísticas das mulheres extrativistas da costa, indígenas e rurais devido a diversidade dos trabalhos que realizam:

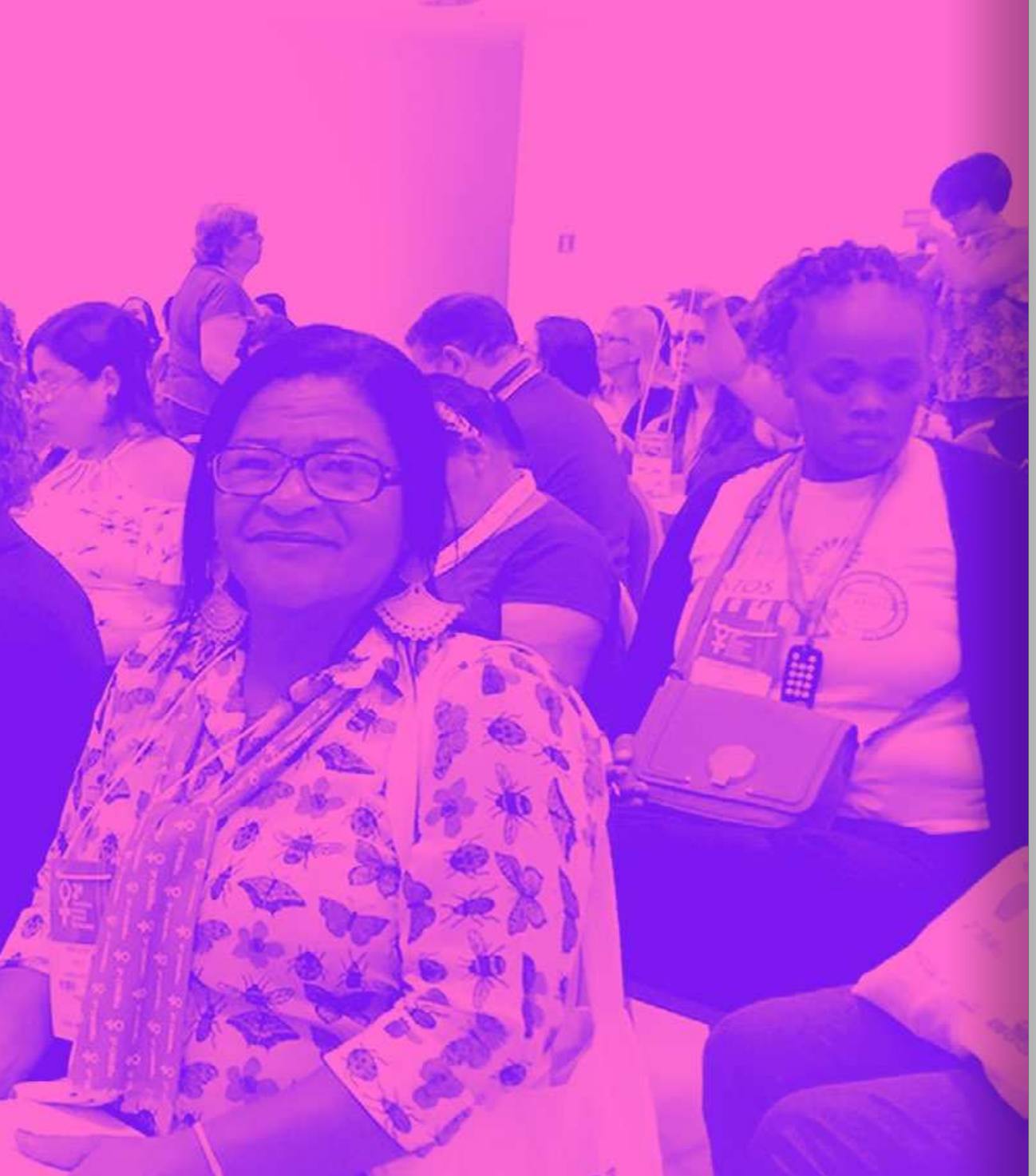
> *Então nós veremos que as mulheres são as vítimas preferenciais da Emenda Constitucional nº 95. Essa conclusão nós podemos inferir do relatório anual socioeconômico da mulher, o Raseam, de 2014,[7] [...] com base no censo demográfico de 2010 e do PNAD de 2011, [...] se ele fosse realmente atualizado, esses dados seriam piores [...]. As mulheres constituem 51% da população brasileira e mais da metade dessas mulheres declarou-se de cor, raça negra. No crescente processo de urbanização [...] mais de 85,8 milhões de mulheres vivem em cidades, enquanto 14, 2 milhões vivem no campo, nas zonas rurais elas se ocupam da agricultura familiar e seu trabalho é invisibilizado, [...] a maioria não recebe qualquer remuneração. [...] nas áreas rurais na verdade elas [as mulheres] têm uma diversidade muito grande[8] [mulheres indígenas, camponesas, extrativistas] ficam invisibilizadas nessas estatísticas. [...] no tocante à população com deficiência, no total de mais de 45 milhões de pessoas, 56,5% são do sexo feminino.*

3. Caracterização da situação das mulheres:

> *A queda na taxa da fecundidade e o envelhecimento populacional impactam na organização familiar com a ampliação dos domicílios monoparentais de mãe ou pai com filhos e filhas representavam, em 2012, 38% dos arranjos familiares e a chefia feminina dos domicílios representava 42,7%.*
>
> *Autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho (independência econômica), os dados revelam que a taxa de atividade para as mulheres entre 16 e 59 anos era de 64,2% em 2012 e a taxa dos homens 86, 2%.[...] a diferença que existe na taxa de atividade no mercado de trabalho é explicada pela divisão sexual do trabalho, que atribui às mulheres as atividades relacionadas aos cuidados e a reprodução da vida, aos homens é a produção de bens e serviços para o mercado. [...] diante disso, no Brasil há um grande contingente de mulheres em idade ativa dedicadas exclusivamente às tarefas com cuidados da família, crianças, doentes e idosos.*

[7] Esse é último o relatório, mas deveria ser atualizado anualmente. BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Relatório Anual Socioeconômico Da Mulher, 2014. Disponível em: http://assets-institucional-ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2015/04/Raseam_completo_2014.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

[8] Observa Dra. Ela: As mulheres extrativistas na costa brasileira, não se pode dizer que sejam da área rural, não combinam. As mulheres indígenas, elas não fazem exatamente aquilo que as mulheres do movimento, das mulheres camponesas falam de agricultura familiar, é uma agricultura tradicional.



Propostas para o debate:

Aumentar a taxa de atividade das mulheres (há muito discutida) e para isso reduzir o déficit de equipamentos públicos como creches e casas para as pessoas, considerando a desigualdade socioeconômica entre mulheres e homens, no entanto, em face da fórmula adotada para os investimentos em saúde e educação por essa malfadada Emenda nº 95 que não poderá ser atendido.

> *[...] as mulheres trabalharão mais e por mais tempo sem remuneração ou com remuneração precária. [...] mais da metade da população feminina é constituída de mulheres negras, pretas e pardas e aí também certamente estão embutidas na expressão "pardo" as mulheres indígenas. E entre elas, [...] mais da metade, 39, 8% estão em situação de pobreza, as mulheres brancas em situação de pobreza são 20,3% do total das mulheres brancas [...] considerando a situação de desigualdade socioeconômica entre mulheres e homens, o ajuste fiscal e a proposta de reforma previdenciária atingirão preferencialmente as mulheres e aumentarão as desigualdades. existentes em razão dos papéis de gênero.*

E, para concluir informa que "é preciso levar em conta que as projeções do IBGE para a estrutura etária indicam que a população brasileira com 60 anos ou mais, que hoje representa 12,1% do total, em 2036 representará 21,5%."[9]

[9] Hoje, em números absolutos a população com mais de 60 anos é de 25 milhões e isso passará para 49 milhões.

Segue citando observações do Ipea feitas antes da aprovação da PEC n° 95:

> *Gasto com saúde tem efeito multiplicador para o PIB, então gastar com saúde não é jogar dinheiro fora, o gasto com saúde, ele é um espaço que proporciona inovação e acumulação de capital, ele gera renda, emprego e é um importante fator para desenvolvimento econômico. [...] é propulsor do crescimento econômico e isso já foi calculado no Brasil em mais de 25 países da Europa, dos Estados Unidos enfim, e eles dizem que educação e saúde têm os maiores multiplicadores fiscais.*
>
> *A redução do gasto per capita com saúde em um contexto de recessão econômica, pode ter um impacto muito negativo para a saúde da população e para a economia. Economistas [do mercado, do FMI], reconhecem que algumas políticas de orientação neoliberal, que propõem a austeridade fiscal para enfrentar problemas ou déficit público aumentam a iniquidade social, e colocam em risco a própria recuperação econômica.*

Ao concluir, ressaltando o impacto da Redução dos gastos em Saúde, fala que na prática o que se prevê quando adotam as medidas de redução de gastos é de que trarão benefícios como o de reduzir a dívida pública, aumentar a confiança e o investimento privado – no entanto Dra. Ela afirma que constituem em exagero, pois há uma forte evidência que a equidade pode baixar significativamente o nível e a durabilidade do crescimento econômico - “são dois argumentos muito fortes, no entanto, a decisão política foi tomada pelo congresso nacional, por uma proposta, todo o apoio do governo e a constituição foi alterada.”

Ainda, neste ambiente da 2ª CNSMu, indica a existência de uma proposta do SUS legal, que está em discussão desde janeiro, e, inclusive a própria Controladoria geral da união tem apresentado algumas ressalvas. Será uma oportunidade de discutir as propostas e mobilizar-se por aquelas que melhor atendam as mulheres, não se pode aceitar cortes lineares [...] na proposta do Ministério da Saúde/Portaria n° 200/2007, existe repasse direcionado de recursos, [...] vamos dizer que ele tem diretrizes com base nas políticas de proteção básica, média e de alta complexidade enfim, que orientam o SUS. E que agora [...] o repasse seria por custeio, investimento esquecendo essas especificidades das políticas.

Para concluir, agradece e destaca que a própria CGU, está vendo a ressalva porque isso desmonta a própria ideia do SUS e ela pode favorecer justamente os municípios que queiram fazer repasses que beneficiam mais os investimentos privados.

No momento seguinte de debate, 21 participantes se inscreveram.

A palavra foi franqueada a tod@s @s presentes: delegad@s, convidad@s e participantes livres. A Coordenadora destacou o que foi apresentado na mesa pelas palestrantes, em resumo: os dados apresentados mostram a situação de desigualdade sendo que “a redução do Estado, com estas contrarreformas são trágicas para o futuro do Brasil como nação, uma nação que incorpora, que inclui o seu povo. A redução do Estado para resolver problemas só beneficia a classe mais abonada e a maioria da população é expropriada - isso é trágico, inclusive para a economia do Brasil. As mulheres foram conclamadas para a luta em defesa da vida no Brasil e para defender o país como nação.

A seguir as intervenções e propostas nesse momento foram elencadas:

- Questionamento sobre a fala e a postura do ministro da Saúde na Abertura.

  Proposta: Fez proposta de cofinanciamento da Saúde para mais qualidade;

- Denúncia sobre a intoxicação por medicamentos por problemas de saúde nas mãos (as unhas caem) das trabalhadoras da agricultura familiar, pescadoras e aquicultoras. Disse que não tem recursos na Saúde e nem especialistas para detectar o problema.

  Proposta: realizar estudos sobre a questão da saúde do trabalho dessas mulheres (nas mãos, as unhas estão caindo). Que a gente possa ter essa qualidade de vida e a nossa dignidade.

- Denúncia sobre o golpe sofrido pela presidenta Dilma e, junto, pelas políticas públicas sociais. Destacou a importância da Conferência e enalteceu o protagonismo dessas mulheres de todas as cores e de todas as matizes e a importância de dialogar sobre o verdadeiro papel do Estado brasileiro. Denunciou o Estado racista, homofóbico, lesbofóbico, que maltrata as mulheres negras, que mata os filhos dessas mulheres, que mata as mulheres idosas, porque está querendo acabar com a previdência, que mata exatamente aquelas trabalhadoras e trabalhadores quando faz a reforma trabalhista e que retira direitos e o direito de participação social, subtraindo o financiamento da saúde, subtraindo a participação de homens e mulheres que estão nesse Brasil construindo o Sistema Único de Saúde.

  Proposta: ir para as ruas para defender o SUS na campanha “Saúde mais 10” para voltar a ter financiamento para a nossa saúde; defender as políticas públicas para as mulheres e a implementação da saúde das da população negra, da política de equidade.

- Reclamação sobre a invisibilidade das deficientes físicas, que são mulheres capazes de ocupar todos os espaços, que estudam, trabalham, são mães e estão na luta em defesa das mulheres com deficiência sejam indígenas, quilombolas, negras, ciganas, moradoras de rua. Denunciou que são vistas como cadeirantes e não como mulheres, merecem respeito e não querem privilégios. Elas são violentadas pelas próprias colegas, pelos maridos, vivem situação de feminicídio, são desrespeitadas na escola, na educação, na saúde, nós não queremos privilégios". Reclamou da invisibilidade e exige respeito: não são assexuadas, tem vida laboral, vida social, são gente, cidadãs e pagadores de impostos. Denuncia a discriminação e da falta de acessibilidade/equipamentos para exames como a tomografia, exame de Citologia e reivindica serem reconhecidas como pessoas capazes.

  Propostas: acessibilidade na rede básica de saúde e atendimento de qualidade; acessibilidade nos diferentes espaços, adequação de cadeiras, móveis, cadeiras para exames do colo uterino, de Mamógrafos acessíveis, de acessibilidade no transporte, mas não só de produtos, mas de humanidade, de respeito.

- Defesa da inclusão das mulheres nas especificidades, mulheres negras, mulheres ciganas, mulheres com deficiência, mulheres ribeirinhas porque o estado do Mato Grosso do Sul faz fronteira com Bolívia e Paraguai - região com mais especificidades. Destaca que mulheres negras ainda estão na invisibilidade das políticas públicas.

  Proposta: As pesquisas precisam ser consideradas nas políticas, principalmente, socioeconômica e ambiental, as mulheres não estão inseridas na questão ambiental.

- Abordagem sobre o papel do estado no desenvolvimento socioambiental, denunciando a responsabilidade do Estado/União nos impactos ambientais e sociais da obra de Belo Monte e chama a atenção para outras obras que estão sendo projetadas na bacia do rio Tapajós. Destaca que as maiores vítimas são as mulheres e a população atraída, no caso de Belo Monte, mais de 35.000 homens foram despachados para o município de Altamira com sérias consequências para a saúde e nenhum centavo a mais no teto financeiro para se fazer o enfrentamento das necessidades surgidas. Ainda, houve denúncia sobre o aumento da violência urbana, sexual e doméstica, estupro, prostituição, sedução de menores e a mortalidade materna que as unidades básicas de saúde não conseguem enfrentar por falta de aporte financeiro necessário. Além do aumento dos indicadores epidemiológicos, como exorbitante e os índices de sífilis, inclusive sífilis vertical, transmitida de mãe para a criança e neonatos. Infecções sexualmente transmissíveis, com destaque a Aids. Falta creche, área de lazer e políticas públicas para as famílias que foram desapropriadas e reassentadas na zona urbana. Denúncia sobre a proposta que tramita no CONASS e no CONASEMS na Comissão Intergestores Tripartite, do que prejudicara a atenção básica de saúde. Trata-se do fim do financiamento por bloco de atenção unificado em apenas duas modalidades de financiamento, a modalidade de manutenção e custeio e a modalidade de investimento.

  Proposta: mobilizar para garantir que a política nacional de atenção básica tenha um financiamento específico, haja vista que mais de 80% dos usuários que frequentam as unidades básicas de saúde são mulheres.

- Denúncia sobre o golpe jurídico-político que retira direitos e destaca que as mulheres do campo e da cidade, mulheres deficientes, mulheres lésbicas, bi, trans, mulheres negras, quilombolas, ciganas, mulheres que são portadoras do HIV Aids, com HIV Aids, de religião de matriz africana, que vivem nas ruas, estão encarceradas. Ressalta que sem democracia não existe saúde, não existe educação, assistência. Vive-se num momento de um grande golpe na reforma trabalhista.

  Proposta: Com amplitude e unidade, defender a democracia e as políticas que estavam implementadas e encaminhar as propostas que serão aprovadas e as incorporar num projeto político democrático de nação.

- Reflexão sobre política de inclusão e de saúde das mulheres neste momento de redução de direitos e congelamento de financiamento público. Nesse quadro, o desafio está em esforços para o fortalecimento das políticas públicas para as mulheres, olhando as adversidades, as desigualdades sociais, principalmente em municípios distantes. Nesses municípios, a distância e os poucos recursos de mobilidade inviabilizam os serviços públicos de saúde, seja para vacinação, coleta de material para o preventivo das mulheres, pré-natal e outras ações necessárias para a saúde da mulher.

  Proposta: definir diretrizes e garantir financiamento para a implantação e implementação das políticas públicas de saúde com inclusão social, com acesso universal, integral e com equidade, reconhecendo as diferenças - trabalhadoras do campo, das cidades, das águas, as pescadoras.

- Reflexão, em nome dos trabalhadores da saúde mental, sobre a subrepresentação das mulheres nos espaços de poder, onde as mulheres negras ainda são discriminadas e vítimas de políticas de genocídio. Muitas mulheres desenvolvem transtornos mentais decorrentes da violência, do uso

abusivo e prejudicial de drogas e isso tem sido de alguma forma retirado das pautas. Denuncia o sucateamento dos CAPs e o desmonte do SUS. Denuncia a invisibilidade das escalpeladas e as dificuldades de transporte para o acesso aos serviços de atendimento hospitalar para essas vítimas nas regiões ribeirinhas/Região Norte (Amapá, Pará) e outras regiões. Informa que o dia 28 de agosto é o Dia Nacional de Combate ao Escalpelamento e que existe a Lei n° 11.970/2009[10], que previne esses acidentes na Amazônia.

Proposta: serviços de transporte e criação de um Núcleo Integral para apoio ao atendimento básico de saúde às mulheres vítimas de escalpelamento.

- Relação entre o papel do Estado e do Controle Social, sendo que as mulheres são a maioria neste último. Destaca o momento político em que se vive, o Estado do golpe que está adoecendo as mulheres e o povo brasileiro pelo retrocesso na saúde, com o desmonte do SUS. Ocorre o desmonte do Estado nacional construído na perspectiva de um projeto nacional de desenvolvimento tendo como elemento fundante a qualidade de vida das mulheres e do povo brasileiro.

  Propostas: mobilizar para continuar a defesa do SUS, defender a diversidade humana e cultural e impedir a privatização, porque saúde é direito humano, não é direito de mercado; buscar o Conselho Municipal e o Conselho Estadual para realizar a formação e a capacitação para o Controle Social em defesa do SUS.

[10] BRASIL. Lei nº 11.970, de 6 de julho de 2009. Altera a Lei no 9.537, de 11 de dezembro de 1997, para tornar obrigatório o uso de proteção no motor, eixo e partes móveis das embarcações. Diário Oficial da União, Brasília, 07 de Julho de 2009.

- Invisibilidade da mulher que trabalha no campo, denuncia a reforma da previdência que retira direitos da mulher do campo, relata sobre a violência - física, psicológica, feminicídio e violência financeira (falta autonomia) - sofrida pela mulher do campo, a pequena propriedade que tem dificuldades para pedir ajuda e denunciar devido a distância e isolamento das casas. Essas violências impactam na saúde mental, principalmente na depressão. Denuncia a falta de políticas de apoio à produção agroecológica e o excessivo uso de agrotóxicos nas propriedades, que está matando as famílias, a vida da terra, do solo, do ambiente.

  Proposta: exigir equipamentos públicos de atenção às especificidades da vida da mulher do campo e políticas de apoio à produção agroecológica, de alimentos limpos e saudáveis proporcionando os tratamentos fitoterápicos adotados pela tradição afro.

- Denúncia sobre os problemas de pessoas que sofrem da doença falciforme, doença negligenciada que não é considerada prevalente, porque é de origem negra. A cada 1.300 nascimentos, um é de doença falciforme - falta maior atenção do Ministério da Saúde. Questionamento sobre a retirada de direitos de aposentadoria na reforma da previdência e da venda da Base de Alcântara/MA. Repúdio ao fechamento de todos os hospitais do Estado brasileiro. Se coloca também contra a PEC 95, que congela os gastos com a saúde por 20 anos e as medidas de retrocesso/internação compulsória para tratar da saúde mental especialmente para as mulheres. Esse mesmo sistema retira os bebês dessas suas mães, sem olhar o acompanhamento da família e sem olhar mesmo a integralidade dessa mulher. Denuncia o impacto ambiental pela extração do nióbio na cidade em Araxá. Importância do fortalecimento do Controle Social, dos Conselhos locais em cada município, o fortalecimento

com poder de deliberação para os Conselhos Distritais, o fortalecimento para os Conselhos Municipais e que sejam olhadas suas paridades.

Proposta: garantir o fortalecimento do Controle Social para que depois de 30 anos haja, no Ministério da Saúde, políticas realmente direcionadas para todas as mulheres desde a periférica à urbana, a mulher privada de liberdade, a mulher carcerária, as mulheres de rua, as mulheres negras.

- Invisibilidade e o preconceito no tratamento das mulheres estrangeiras seja nos serviços de saúde, na universidade e denuncia a falta de equipamento para os exames ginecológicos e pré-natal no Mato Grosso. Importância dos terreiros de candomblé como espaços de promoção de saúde, no cuidado da saúde das pessoas, e enfatiza que a ciência hoje chamada de fitoterapia é baseada no conhecimento cultivado e preservado pela religião de matriz africana e pelos povos indígenas. Denuncia a discriminação que o povo de candomblé sofre e apela para que haja respeito e valorização do conhecimento tradicional preservado pelos terreiros de candomblé.

Propostas: os terreiros de candomblé também devem ser inseridos como espaço promotores de saúde, serem reconhecidos pelo SUS; que o mesmo compreenda e respeite a necessidade de saúde do povo e das mulheres de santo, mulheres de axé (pressão alta, obesidade); promover o encontro do sistema de saúde oficial, com o sistema de saúde tradicional. Reclamação sobre a agressão ao meio ambiente com a construção de Barragem, com aprovação de Medida Provisória de mineração, de elementos florestais, postos de sojas, e afirmou que estão resistindo na defesa da floresta e de seu povo (Indígena Munducuru/Pará).Reclamou também que os direitos estão sendo violados, os pajés estão sendo esquecidos, os remédios tradicionais sendo desvalorizadas.

(Tuchaua Cacique, da comunidade de Alta Arraia/ Bonfim, Roraima). Falou-se ainda sobre a violência obstétrica sofrida na área rural, extremo sul da Bahia, principalmente com as mães jovens que não têm experiência de parto; a negação do direito à mamografia, a negação do direito ao preventivo, porque a crise econômica se instalou em nosso país e é a mulher na sua maioria que tem que pagar. Manifestou repúdio em nome de todo o extremo Sul à PEC do congelamento dos recursos para a saúde.

Proposta: fortalecer o Conselho de Saúde e a luta pelos direitos das mulheres.

Comentários e palavras finais sobre as intervenções:

Palestrante **Célia Regina Nunes**:

O debate foi muito importante, a atitude das companheiras que vieram aqui trazendo as contribuições para todas as exposições que fizemos. Mas duas falas aqui foram importantes, duas ou três falas muito importantes, diretamente ligadas a apresentação que eu fiz. Uma foi da companheira lá de Tocantins que traz essa temática que há muito tempo a gente vem debatendo muito, que é sobre a questão das doenças ocupacionais. As mulheres, especialmente as pescadoras, sofrem muito, passam muito tempo com roupas molhadas e isso traz uma carga de doenças como o reumatismo nas articulações - ficam muitas vezes com os membros atrofiados por conta dos exercícios repetitivos.

Quando as mulheres chegam nos órgãos para atendimento, principalmente, na previdência social, elas não são reconhecidas. Os técnicos que as atendem, os peritos, não têm na sua formação a sensibilidade para esse reconhecimento. Quando é alguém que trabalha, presta serviço nas cidades, tipo, alguém que é da área bancária tem problema nas mãos, ele está com LER ou ELA, quando se trata de uma pescadora que tem problema de coluna, que tem bursite, que tem reumatismo, que tem bico de papagaio, que tem uma série de coisas, não é reconhecido como doenças ocupacionais. A perda de visão, principalmente nos estados de Alagoas, Pernambuco e Paraíba, é alta, tem companheiras que já perderam mais de 40% de suas visões devido ao vapor no momento de cozimento dos seus produtos, dos mariscos. Então, falta uma grande orientação para o Estado brasileiro ter essa responsabilidade de reconhecer isso. Uma pescadora/or usa 36L de diesel no seu corpo por ano para evitar as ferroadas de maruins, de pragas, de insetos nos manguezais, isso é grave, é preciso ter esse olhar para essa diferença. Não são reconhecidas como os beneficiários especiais pelos órgãos, dentro do contexto que apresenta o SUS para as mulheres.

A outra questão que foi trazida aqui que eu acho muito importante, que eu até também abordei, como exemplo do que aconteceu lá em Fundão em Mariana - é a questão dos impactos ambientais. E nós sabemos que isso vem na mão para a privatização da saúde cada vez mais se expandir. As mulheres morrem muito mais hoje no campo, na floresta e nas águas de câncer uterino, não só por ficarem muito tempo com roupa molhada, mas porque elas próprias vivem os problemas de acesso e alcance das políticas para as questões sexuais. Falta expandir mais o atendimento às mulheres no campo, na floresta e nas águas. Falta esclarecimento, uma política que alcance efetivamente lá na ponta.

Não só adoece o meio ambiente, como exclui as populações de seus territórios e ainda com uma carga maior de doenças, sejam ocupacionais, sexuais ou mesmo emocionais, porque perde o território, é excluído e a gente morre muito de "banzo" ou são massacradas, são executadas. O Conselho Pastoral da Terra denuncia que a morte nesta área do campo e da floresta e das águas aumentou em mais de 90%. São extermínios, massacres, principalmente, no estado do Pará.

E, sobre a questão da gestão ambiental, não tem gestão nenhuma - é a prova cabal de que as mulheres estão bem distantes da gestão. A gestão é massivamente machista e nós precisamos fazer uma reação para dentro de um projeto nacional trazendo essa reflexão forte, pois a prova cabal da exclusão das mulheres foi o impeachment da Dilma. Está certíssimo isso, o impeachment da Dilma significou que nesse país, as mulheres estão no final da fila para participarem de uma gestão política, social, ambiental, econômica que, a exclusão – esse foi o recado. Então mulheres de todos os segmentos, uni-vos!

Palavras finais:

Para finalizar, a gente viu aqui um rico debate colaborativo, conclusivo. Foi muito importante uma fala complementando a outra, afirmando que a luta das mulheres está no rumo certo. Cabe comentário sobre as doenças ocupacionais. E dado o adiantado da hora, eu penso que nem dá mais para, mas reforço sem dúvida nenhuma, tudo que foi colocado aqui, especialmente pela companheira ribeirinha. Estive no Estado do Amapá, em Oiapoque, Calçoene e no Amapá, discutindo com os parentes de lá da pesca toda essa conjuntura que passamos hoje de instabilidade do nosso país. E que esse falso golpe de combate à corrupção que deflagrou com a derrocada de Dilma, presidenta do país, democraticamente eleita, massivamente votada, isso sem dúvida nenhuma, cresce hoje com um objetivo mais forte desses setores antipopulares de derrubar todas as conquistas, os direitos adquiridos na nossa luta ao longo dos tempos. Só eu estou com 61 anos de idade, tenho 37 anos de movimento, de luta. E a gente sabe que não foi no peso do suor de lágrimas e sangue, morte de companheiras e companheiros, Doroti, Maria do Espírito Santo, enfermeira Rejane, Paulo Fontelles e tantos outros que tombaram, derramaram sangue para construirmos uma democracia que hoje está aí estraçalhada. Portanto, finalizo dizendo que essas medidas antipopulares não passarão, não viverão, porque nós, as mulheres do campo, das florestas, das águas, das cidades, das estradas, em qualquer canto que estejamos, estaremos sempre marchando pela unidade

popular, pela construção e fortalecimento de uma frente capaz de construir um projeto nacional para o nosso país, para fortalecer e avançar com a sua soberania. E eu acredito sim que a saúde, ela é esse eixo com essa grande capilaridade de articular massivamente os movimentos sociais e de mulheres para nós termos realmente um país livre e soberano, com uma economia forte que garanta, principalmente o direito e a segurança e a felicidade das mulheres e seus familiares com justiça social e ambiental.

As palavras de **Ela Wiecko Volkmer de Castilho:**

As falas das mulheres nos calaram fundo, tentaram trazer questões que não foram abordadas completamente - que é a questão da diversidade das mulheres. Então, para mim fica muito claro que nós somos a maioria e nós é que precisamos fazer a mobilização para as coisas se tornarem diferente, porque é só nós, mulheres, que temos essa sensibilidade. Aí eu digo assim, não é só as mulheres, há muitos homens com essa sensibilidade, mas é que nós estamos em uma situação de opressão, então percebemos melhor o quanto é necessário esse olhar atento para mulheres com deficiência, para mulheres ciganas, mulheres estrangeiras enfim, todas as mulheres, lésbicas, transexuais. E, é só a nossa mobilização que vai fazer a diferença nas políticas públicas. Na verdade, eu quero ouvir mais de vocês e eu saio daqui com mais esperança de que nós podemos reverter essa situação que vivenciamos no Brasil hoje.

Palavras finais:

Então, o que eu tiro desse debate de hoje é que nós, mulheres, temos que participar. Já participamos do Controle Social na saúde, temos que participar de todos os espaços que ainda estão em aberto para mostrar as nossas demandas que são bastante diversas. Mas eu queria chamar a atenção para um fato, nós já passamos pela reforma trabalhista, por essa emenda 95, está em trâmite a reforma previdenciária, mas agora tem a reforma política. E essa reforma política nós não podemos nos enganar que seja uma reforma que dê mais espaço para as mulheres, ao contrário, ela vai reproduzir e criar mais possibilidade que o poder político seja exercido pelos homens, por aqueles homens que não reconhecem as mulheres como iguais. Então, ouvi aqui falas muito entusiasmadas, nós temos muitas mulheres que são lideranças, e essas mulheres têm que participar das próximas eleições. Porque ao que tudo indica, esse governo vai ficar mesmo até o final de 2017. Deixo aqui essa mensagem: mulheres, não percam esse momento das eleições e também da discussão da reforma política para que nós tenhamos um maior espaço assegurado.

Encerramento: momento marcado com apresentação musical e apresentação de vídeo do Conselho Nacional de Saúde.

Mesa 2 - Eixo II
O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres

Coordenação da Mesa: Conselheiras Madalena Margarida da Silva e Maria Soraya Amorim

Palestrantes: Profa. Ivete Santos Barreto – Conselho Regional de Enfermagem (COREN); Maria Conceição Silva – União de Negros pela Igualdade (UNEGRO) e Conselheira do CNS; e Elionice Conceição Sacramento – Movimento Nacional de Pescadoras e Marisqueiras e Conselheira do CNS.

Profa. Ivete Barros Barreto, representante do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás / COREN.

Apresentou uma pesquisa com profissionais de enfermagem feita pelo Conselho Federal de Enfermagem, realizada pela FIOCRUZ com apoio das demais entidades de classe, com o objetivo de refletir sobre o mundo do trabalho vivenciado por uma categoria cuja expressiva maioria é formada por mulheres distribuídas em todos os municípios do Brasil. Apresentou o contexto sócio-político dessas vivências e o seu reflexo no mundo do trabalho e na saúde das mulheres enfermeiras.

Sobre ser Trabalhadora da Enfermagem, a **Profa. Ivete Barros Barreto destaca**:

Como trabalhadoras, temos que desenvolver múltiplos papéis no ambiente de trabalho e as multitarefas com a família, com os parceiros, com as parceiras, com quem a gente cuida dentro de casa, relacionamentos dentro e fora do mundo do trabalho para dar conta daquilo que a sociedade visualiza enquanto papel da mulher e, além disso, garantir direitos humanos e nossa cidadania que, hoje, estão em risco.

Quanto *ao* contexto em que vivem as trabalhadoras de Enfermagem:

Crise instalada com a ruptura democrática com vertente política e econômica de uma economia restritiva, de Estado Mínimo que se desobriga das suas responsabilidades com as políticas públicas e proteção ao trabalho e dos trabalhadores, beneficia o capital financeiro em detrimento da qualidade de vida da maioria da população brasileira.

Crise, onde se busca reencobrir, com discurso moralista e de austeridade, realizando cortes de investimento na saúde, com orçamento reduzido e congelamento por 20 anos do orçamento da saúde e a venda das riquezas do país ao capital estrangeiro.

O que nós pensamos sobre isso? Vamos aos dados:

Segundo os dados (centrais sindicais e organizações do movimento de mulheres), as mulheres são 103 milhões da população brasileira, presentes em todas as atividades produtivas e em todas as camadas da sociedade.

As mulheres são responsáveis pelo sustento de 37.3% das famílias, vivem mais que os homens, porém, adoecem mais.

Outros aspectos importantes destacados em seu discurso: a participação das mulheres no mundo do trabalho tem aumentado (autonomia), porém, essa inserção não reflete na redução das desigualdades. Na sua maioria estão inseridas no mercado de trabalho sem se identificar como mulher trabalhadora e sim como trabalhadoras (sujeitas a regras, carga horária, condições de trabalho, trabalho precário e não levando a essência de ser uma mulher que está no mundo do trabalho).

Sabe-se ainda que as mulheres trabalham duas vezes mais que os homens para as atividades domésticas e isso resulta em 5 horas a mais de trabalho por semana; turnos irregulares; jornada noturna (distúrbios no ritmo biológico e alterações metabólicas a médio a longo prazo na vida e na saúde das mulheres). Isso gera impacto no SUS: as mulheres que são em maioria usuárias do Sistema de Saúde, adoecem; usuárias porque adoecem e buscam mais o Sistema Único de Saúde (acompanhantes de filhos e filhas, de companheiros, familiares) e de outras pessoas (cuidadoras, professoras, enfermeiras - trabalhos que implicam em cuidados).

Doenças do trabalho, doenças causadas pelas condições de trabalho que matam, mutilam fisicamente, tornam penoso o cotidiano e se cronificam em função da postura, ritmo e sobrecarga de trabalho, dores nas costas, varizes, cólicas menstruais e que muitas vezes se atribui como “coisas” de mulher e não como consequência das condições de trabalho a que estão submetidas.

Além disso, a **Profa. Ivete Barros Barreto** destaca sobre o Perfil das mulheres trabalhadoras da enfermagem:

- **Profissão predominantemente feminina:** enfermeiras são 85.1% das profissionais da enfermagem. São 1.800.000 profissionais, destes 1.530.000 são mulheres;

- **Jornada e condições de trabalho**: as trabalhadoras da área de saúde e em particular da enfermagem, em geral tem duplo vínculo e/ ou mais de três vínculos de trabalho para poder subsistir e sustentar suas famílias; lidam diariamente, 24h por dia, com dor e sofrimento das pessoas em condições precárias de trabalho - acarreta sobrecarga psíquica, a sobrecarga emocional para além do suportável – acarreta um processo de adoecimento do emocional e do psíquico das trabalhadoras da enfermagem de forma extremamente agravada, pois os serviços nem sempre tem resolutividade;
- **Faixa etária das profissionais** 74.9% da força produtiva tem entre 18 e 45 anos, são mulheres jovens, no auge de seu dinamismo fisiológico, em energia, em força produtiva, que começam muito jovens no mercado de trabalho;
- **Faixa Etária das profissionais técnicas e auxiliares de enfermagem:** 17% têm entre 26 e 30 anos, 7.6% até 25 anos, começam a trabalhar logo após o segundo grau;
- **Raça/Cor:** 42% parda, 42% branca, 11% preta, 2% amarela e 1% indígena e 2% não relataram qual a sua identidade de cor e raça. Incorporam em sua prática toda a carga que a cor e a raça;
- **Qualificação/aprimoramento profissional:** são inerentes ao processo de trabalho, 43.6% das mulheres falam que não tiveram oportunidade de capacitação nos últimos dois anos; 47.5% buscou aprimoramento e capacitação, (por interesse e conta própria);
- **Jornada de trabalho (extenuante):** mais de 24% das mulheres trabalham de 41 a 60h, 10% daquelas 1.230.000 trabalham de 61 a 80h semanais; mais de 35% trabalham entre 40 e 80h; apenas 0.6% trabalham de 16 a 20h e 9.2% de 21 a 30h; 3.4% de mulheres trabalhando mais de 80h semanais. Além disso, acrescente-se 5h/ semana pelo serviço doméstico e cuidados; Os baixos salários que obrigam o duplo vínculo implicam na exposição constante ao estresse, elevando os riscos de erro. - Renda: 30% recebem de R$ 1.000 a 2.000 reais (ref. do salário mínimo R$ 681,00), as/os auxiliares e técnicos recebem 1SM (salário mínimo) e no máximo um 1SM/1/2 (salário mínimo e meio); Em resumo: 30 a 45,8% de mulheres da enfermagem, recebem em torno de R$ 2.000,00 (em geral com dois empregos);
- **Condições de proteção, assistência e retorno:** cerca de 35% das profissionais de enfermagem dizem que em caso de doença podem ser assistidas no local onde trabalham; cerca de 65% delas, caso adoeçam, têm que procurar outros serviços;
- **Satisfação e violência**[11] **no trabalho:** 75.9% das trabalhadoras estão satisfeitas com o seu trabalho; 27.4% delas declarou que se sentem protegidas no local de trabalho. É grande o índice de violência que enfrentam diante da frustração da população no atendimento e por falta de autonomia para a resolutividade em boa parte dos serviços - é a/o profissional de enfermagem, que está na ponta e recebe a primeira enxurrada de irritação etc., pela frustração da população no atendimento. Disposição inadvertida e materiais biológicos e acidentes com diferentes graus de gravidade. O estresse associado às poucas horas de sono, associado ao número reduzido de profissionais naquele ambiente de trabalho leva as trabalhadoras de enfermagem a estes riscos. A exposição à violência sofrida da parte dos usuários e

[11] A/o profissional de enfermagem que recebe o primeiro tapa, a primeira bronca, são obrigadas/os a ir atender lá na ponta buscar insumos necessários, fazem a classificação de risco, é quem diz para o paciente que não tem a medicação que o Médico prescreveu para ele tomar, que diz para o paciente que ele não tem como fazer o exame, porque não tem ambulância para levá-lo. A expectativa da população em relação ao atendimento é grande, a frustração maior ainda é porque não tem resolutividade em boa parte dos serviços e quem recebe as manifestações pelo descontentamento é a profissional de enfermagem que está lá na ponta.

acompanhantes fica potencializada pelo déficit de pessoal e falta de equipamentos e materiais.

Quanto às iniciativas do Conselho Federal de Enfermagem e Conselhos Estaduais destaca-se durante a fala da **Profa. Ivete Barros Barreto**: a campanha de Conscientização interna e externa[12] pelo Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem. Trata-se de uma campanha de mídia contra a violência no ambiente de trabalho - mostrar para a população quem é o profissional que está ali atendendo, seja ele homem, ou seja, mulher, mas principalmente as mulheres, porque são a maioria.

A respeito da Plataforma de lutas do Conselho Federal de Enfermagem, estão pautadas

- Contratação do quantitativo de pessoal necessário para atender com a qualidade necessária para o usuário e com a qualidade das condições de trabalho para as trabalhadoras e trabalhadores dos serviços de saúde, sejam eles públicos, particulares e filantrópicos
- Condições dignas de trabalho para as/os profissionais de saúde desenvolverem suas atividades produtivas em ambiente seguro para trabalhar.
- Jornada de trabalho de 30h semanais para as trabalhadoras da saúde e diárias insalubres.

[12] Campanha: “Retribua o cuidado com respeito”; “Valorize nosso trabalho, não objetifique o nosso corpo”.

- Ambiente seguro e confortável para o descanso intrajornadas
- Acesso à assistência humanizada com equipe multiprofissional para as trabalhadoras com a saúde mental comprometida (Síndrome de Burnout).
- Fiscalização das condições de trabalho e punição das empresas que não garantirem segurança às suas trabalhadoras, expondo-as a agentes químicos, físicos, biológicos, não cumprimento das NRs.
- Ações para combater qualquer tipo de assédio às mulheres no ambiente de trabalho,
- Garantia de implementação dos programas de atenção à saúde das mulheres,
- Formulação e implementação de programas de promoção à saúde, tratamento e reabilitação para a mulher trabalhadora que leva em conta a nossa especificidade de gênero.

Dentre as propostas para as Políticas de Saúde das Mulheres, destacou-se implementação de políticas públicas de combate à violência atendendo a especificidade da área de enfermagem;

Na sequência, **Maria Conceição Silva**, representante da União de Negros pela Igualdade/Unegro e Conselheira do Conselho Nacional de Saúde apresentou o assunto propondo tratar inicialmente das características econômicas da sociedade para abordar o tema na perspectiva da construção identitária das mulheres negras – “a gente precisa entender que o capitalismo é um sistema de dominação que divide o trabalho por sexo, é patriarcal, machista e racista [...] a estrutura ideológica do machismo e do racismo é amparada pela indústria da violência”.

Sobre os papéis sociais e de gênero explicou que a estrutura é toda modelada na divisão sexual do trabalho, então ele vai dividir entre os homens e as mulheres, as funções que os homens e as mulheres devem realizar.

As funções do pensar, do dirigir, do como andar, às funções intelectuais, políticas, de poder e de decisão são atribuídas aos homens. As funções do cuidar são destinadas às mulheres. E nessa divisão ele usa como argumento a biologia dizendo que as mulheres são menos aptas, o que cientificamente já foi provado que não é, porque mulheres e homens têm experiências diferentes em culturas, países, locais diferentes. Nessa divisão sexual, você vai encontrar como promoção/valorização, o emprego. Então nessa condição de emprego só socialmente quem está empregado tem prestígio e quem não está empregado, quem não tem trabalho é colocado à margem da sociedade.

Maria Conceição Silva abordou os impactos da construção de gênero para a mulher trabalhadora e negra, cuja síntese das reflexões está descrita nos tópicos a seguir:

- Desigualdade de Gênero - Exploração no trabalho:

  Explicou que nessa construção, as mulheres mais uma vez vão sendo subjugadas no capitalismo e vão sendo colocadas sempre atrás, na sombra, ao lado e é muito comum, no dizer machista, *“atrás de um homem tem sempre uma grande mulher”*. Essa construção causa impacto negativo no dia a dia da vida das mulheres que, no mercado de trabalho, estará sempre em posição de desigualdade e nunca é vista pela valorização profissional, mas muito mais como suporte a um substrato nessa função do emprego impactando negativamente na vida dessas mulheres.

- Desigualdade de Gênero – raça-etnia:

  Na abordagem, destaca que o capitalismo modelou toda essa estrutura de forma a não promover a mulher, a não propiciar a ela uma condição de igualdade, de pessoa humana gerando um impacto negativo. A *"condição humana é subjugada o tempo todo [...} isso "irá refletir muito num grupo específico que são as mulheres e, principalmente, nas mulheres negras".* Abordou o recorte racial/étnico para explicar a situação das mulheres negras no processo de inserção do mercado de trabalho.

  [no Brasil] as mulheres foram incluídas no mercado de trabalho com o advento da revolução industrial, mas esse grupo [mulheres negras] ficou excluído. Então nessa construção, a gente tem os dois lados, no Brasil em 1917 a mulher passa a fazer parte do serviço público, mas ela é considerada ainda como suporte. [...] as mulheres negras vão sendo inviabilizadas, como se não existissem e aí dentro do trabalho formal serão as enfermeiras, as datilógrafas, as professoras, e elas vão ficar no subemprego, porque essa é uma marca forte que ela traz do estigma, do processo da escravização a que as populações negras foram submetidas.

- A situação das mulheres negras – exclusão social e a saúde:

  Segundo a expositora, para as mulheres negras resta o subemprego, nas ocupações mais desvalorizadas, como trabalho de faxineira, de ficar no campo, de não estar em nenhum dos mecanismos de trabalho que promova ou que a insira dentro desse mercado. A ela é negada o acesso ao estudo, ela já não estuda, ela não tem uma qualificação técnica boa e ela é negada também a sua participação social. Então ela vai ficando cada vez mais com uma sobrecarga de trabalho, um excesso de tarefas que vai impactar negativamente na saúde dela.

- Quanto aos impactos da exclusão, abordou diversas situações:

  Primeiramente, a solidão das mulheres negras no ambiente de trabalho com relação ao seu reconhecimento. Outra questão muito forte é perseguição dessas mulheres, elas são muito cortejadas no trabalho, mas do ponto de vista da exploração sexual, isso tem impacto negativo e são preteridas na hora de ficar na fila da frente. Também, no serviço de saúde, elas são extremamente constrangidas, porque o impacto do racismo contribui para a baixa autoestima e a capacidade de enfrentamento se reduz muito.

Conclui que essas condicionalidades do mundo do trabalho da sociedade capitalista com o recorte do machismo e do racismo dificulta a vida de todas as mulheres. Teremos as mulheres com uma situação de identidade social predominante e o grupo das mulheres negras, que vão estar na base da pirâmide, pois lhes é negado pelo sistema qualquer informação, trabalho, serviço, mas cotidianamente estão na construção de acesso aos espaços que lhes é dificultado.

Quanto à imposição do trabalho precarizado - Dentro dessas condicionalidades nós vamos ter diversos trabalhos precarizados, as condições, todas as condições de trabalho apontam para a violência, "uma questão que é muito forte, [...] a construção é feita em cima de violências, a violência do racismo, a violência sexual, a violência psicológica, a violência doméstica*".* Essas mulheres são submetidas a situações de desconforto o tempo todo, constrangimento e de racismo. Nós vamos ter nesses trabalhos sempre aquela ideia cultural, aquela imagem de que mulher negra, ela, ou é faxineira, ou está servindo cafezinho. Com o advento da internet, a gente tem percebido muito quando as mulheres negras se colocam como doutoras, como mestrandas, [...] que essa construção é pensada de modo a tratar essa mulher o tempo todo de forma subjugada.

Sobre a situação de Saúde-doença das mulheres negras, preconceito e violência, são discutidos os seguintes elementos

As mulheres negras têm pré-disposição genética a determinadas patologias que afetam as suas vidas e que se agravam: a hipertensão arterial, a diabete tipo 2, a mortalidade materna, que pode ser evitável, a anemia falciforme. Vivem outras ocorrências como índice grande de abortamento, índice alto de depressão, indução ao suicídio, câncer do colo cérvico uterino e tem a negligência do sistema pelo constrangimento. E, para essas mulheres, a porta de entrada dos serviços de saúde não é facilitada, como explicou:

> *Em Olinda, havia muitos questionamentos das mulheres de terreiros, que deixavam de ser atendidas nos serviços, porque quando elas chegavam, diziam: - Oh, chegou a macumbeira! Isso é um processo que vai sendo construído, então é negada a saúde o ambiente de trabalho nega, mas o sistema também é um lugar de constrangimento para essas mulheres.*

A partir das situações colocadas, do ponto de vista da saúde, pode-se dizer que, essas mulheres tem a saúde psicológica, ambiental, afetiva e social toda desconstruída. E, nessa desconstrução, ela tem que enfrentar o racismo, porque [...] foi tirada da cidade, foi jogada para a periferia pelo sistema, [...] tem que lutar contra todas as estruturas do racismo, [...] mulheres e homens têm experiências diferentes de nascer, viver, adoecer e morrer e a população negra tem isso muito forte, porque uma mulher negra quando ela sai para a escola, ela tem a preocupação de voltar para casa, porque ela sabe que ela pode perder o marido, o filho, o pai, entendeu? O irmão, os amigos, os parentes, por conta do genocídio que acomete a população negra.

- Genocídio da população negra – causas externas e assistência precária:

  Explica que "o genocídio pelas causas externas é, como a gente vem trabalhando em saúde, violência por causas externas, mas [...] essa população morre até hoje de verminose, subnutrição, falta de emprego, moradia, pela falta de assistência à saúde. [...] essa população está sendo exterminada".

- Resistência das mulheres na situação de opressão – identidade:

  Destacou que a resistência dessa população é muito forte na vida das mulheres, *"porque ela não só precisa sair para cuidar da vida dela, mas ela precisa cuidar da vida das pessoas dela e enfrenta a opressão feminina, o aspecto social, [...] ser preta e pobre".*

  Explicou que para a sua construção identitária elas sofrem muito, porque a sua imagem, todo o seu construto de identidade, todo ele não é trabalhado de forma que ela tenha "uma percepção boa da sua autoimagem, ela não consegue se ver", porque quando você se define: Eu sou mulher, sou estudante, sou estudante de jornalismo, moro no bairro tal, vivo tal, [...] O que você quer ser quando crescer?

  Afirmou que as mulheres negras não passam por isso, porque a construção ideológica do racismo violenta a parte mais importante, que é a sua formação psicológica, então "sua identidade fica dificultada por conta dessa estrutura racista e isso vai dar impacto durante toda a vida, [...] e o que se vai construindo com o movimento de empoderamento das mulheres, o sistema é capitalista vai aos poucos desconstruindo".

- As mulheres negras no mundo do trabalho – dificuldades:

  Continuou explicando que existem dificuldades de estarem no mercado de trabalho e, quando estão, não aparecem nos dados estatísticos. Considerando essa realidade, "é difícil tratar da saúde dessas mulheres negras no mundo do trabalho porque são as mais afetadas" – são poucos e precários os dados estatísticos e existem há muito pouco tempo – anos 1970 (movimento de mulheres e de mulheres negras. No entanto, desde 1917, elas estão no trabalho da esfera pública.

  Preocupação de situar a presença das mulheres negras no trabalho para fortalecer a sua inclusão em condições de igualdade porque o enfrentamento delas é cotidiano para que se cumpra a Legislação existente – elas estão nos diferentes trabalhos, mas subjugadas e isso afeta sua saúde. Ter essas informações significa o reconhecimento de uma população negra que sempre foi invisibilizada.[13] Há especificidades nesse grupo, o conjunto da população negra vai se afirmar pelas condições fenotípicas, pela expressão, pela condição genética, condição ambiental e social, sua origem social - o meio em que vivem.

- Invisibilidade e autoafirmação:

  Mais de 50% do conjunto da população de mulheres, são negras, e essa mulher que, em geral, é invisibilizada ou está fora do trabalho, está subjugada e no dia a dia vai adoecendo. *"[...] hoje a expectativa de vida é de 70 anos. As mulheres vivem mais, mas também adoecem mais e a mortalidade tem aumentado muito nesse grupo de mulheres".* E relatou as principais razões de acometimentos:

[13] Em Olinda (PE), "segundo o IBGE/2010, 62% da população se declara preto e pardo, isso é uma realidade do Brasil – nós formamos a população negra brasileira".

doenças do aparelho circulatório, problemas nos ambientes de saúde, pouca atenção dos serviços de assistência relativos às especificidades dessas mulheres.

- Maternidade no ambiente de trabalho:

  "Em qualquer profissão, para mulher é uma questão gritante, ter filho já é um indicador de que dá dificuldades de se manter no trabalho na maioria dos casos".

  Citou que também ocorrem outras situações além da licença maternidade, identificadas pelo movimento sindical, tais como,

  "a interrupção de férias (venda das férias), sempre com as mulheres, em mais de 50% dos casos, as mulheres não terminam as férias". E, na sequência, lembrou que, na década de 1980, existia uma constante vigilância das empresas sobre "a fertilidade e o controle das gravidezes das trabalhadoras, prática que permanece até hoje de maneira mais camuflada, apesar da vigilância legal dos sindicatos.".

- Sobre Violências

  Relatou que as violências são em decorrência da estrutura de desigualdade na sociedade capitalista, que também é machista e racista.

  > *[...] isso impacta em determinadas situações nas ruas e no ambiente de trabalho é uma desconstrução do ser feminino, o enfrentamento é diário - o estupro, o espancamento e a pior das situações, que é o feminicídio, e embora haja a Lei Maria da Penha, os autores nem sempre são punidos. [...]*

Nesse quadro, afirma que “o capitalismo se utiliza dessa violência como ferramenta para punir, dificultando às mulheres, construir sua autonomia, identidade e dignidade como pessoa humana. Nesse sentido são impedidas de ter “uma vida tranquila nas suas concepções, nos seus sentimentos e no seu modo de viver”.

Sexualidade - orientação sexual: o controle e a punição de vivenciar a própria sexualidade afetam a saúde da mulher negra. “[...] se for negra, lésbica, transexual, travesti, profissional do sexo, fica à margem da sociedade (modelo existente) [...] sujeita a todo tipo de violência, toda sorte de exclusão [...] a luta desses segmentos é muito grande”. E ainda afirmou que todas essas questões são impactos negativos na saúde das mulheres e estão em todos os ambientes, na escola, no trabalho, no bairro, nas festas

Maria Conceição Silva levantas os questionamentos:

É possível ter saúde num sistema desse? É possível viver com tranquilidade sem essa dignidade de ser humano?

Passou a explicar a complexidade da presença das mulheres no mundo do trabalho, na perspectiva de igualdade e destaca o que segue:

1. Áreas profissionais: pouca presença das mulheres negras;
2. Cursos universitários em que estão as mulheres, são poucas as negras;
3. Cargos de chefia - pouca presença de mulheres –o poder é masculino.

Após sua fala, **Maria Conceição Silva** aponta as seguintes conclusões:

Todas essas situações colocadas vão impactar na vida e na saúde das mulheres, em especial das mulheres negras, criando uma situação de desconforto, de desigualdade que para ser superada exige uma luta permanente e muita unidade. Mas não é só isso, para essa construção há necessidade de que haja acesso à educação, saúde, moradia, boas condições de trabalho.

Nesse contexto deve-se entender que o racismo não é uma questão de luta somente da população negra, mas da sociedade brasileira. Que o machismo não é uma luta exclusivamente das mulheres, mas de toda a sociedade brasileira, pois nós desejamos um mundo de igualdade para nossos filhos, nossas filhas, nossos parentes, nossos amigos,

É momento de muita reflexão e unidade na luta permanente, porque a construção de identidade passa pela desconstrução do sistema onde a desigualdade é a característica principal – sistema capitalista, patriarcal-machista-racista que sustenta a indústria das violências. Violências que atingem todas as mulheres e alguns grupos são mais violentados, exigindo respeito à diversidade – sejam mulheres negras, indígenas, etc.

Para tanto, a luta deve ser organizada com a presença nos diferentes fóruns, participando nas discussões e encabeçando todos os processos de resistência para fortalecer essa construção identitária e de igualdade de direitos e de oportunidades contra a estrutura capitalista, que é um sistema socioeconômico e político machista e racista, produtor das violências e das violências de gênero.

Na sequência, **Elionice Conceição Sacramento,** representante do Movimento Nacional de Pescadoras e Marisqueiras, Conselheira do Conselho Nacional de Saúde começa sua fala.

Primeiramente fez saudação dedicada a Juliana Costa, “mulher preta, descolonizada”. Se apresentou como mulher negra, pescadora, mulher das águas, mulher da lama, mulher dos mangues.

> *Como estamos num espaço pensando políticas de saúde, a vida das mulheres, acho importante dizer, porque a nossa trajetória não começa em nós*[14]*, [...] espaço também de contestação da ADIN 3239, e é de afirmação (defesa) do Decreto 4887, [...] nem um Quilombo a menos e nem um direito a menos!” – conclamou.*

Disse ainda que a luta é progressiva, de afirmação, de conquista e não uma luta de retrocessos. Disse ainda que “o decreto 4887 ainda não dá conta das nossas necessidades, mas é o melhor que nós temos para o momento”. E afirmou:

Pensar saúde numa dimensão mais completa, debate da solidariedade dos povos, as lutas e as causas da população negra não são meramente da população negra. A solidariedade é em ações concretas para além do discurso falacioso. É necessário avançar nas ações da população do campo, da floresta, das águas, mulheres da cidade precisamos avançar nas ações concretas, na demonstração da solidariedade aos povos.

[14] [...]a caminhada vem de longe, [...] sou quarta neta de Maria da Conceição, sou terceira neta de Filomena, sou bisneta de Elisa, sou neta de Detinha, sou filha de Maria José Conceição Sacramento, mulheres pescadoras. Mas eu também sou irmã de Ilvânia, de Eliene, de Elmira, de Elizabeth, de Edinalva e de Silvana. Sou tia de Suziele, de Jeane, de Raquel, de Emily, de Suzane, de Lívia, de Sofia, de Eivore e de Bárbara e sou tia-avó de Alice e de Elisa, mas também sou mãe de Dalila. E aí eu faço referência e peço benção às mães pretas aqui presentes, porque sou descendente de Maria Felipa, sou herdeira de tantas outras mulheres negras e a nossa trajetória vem de longe.

Elionice Conceição Sacramento fala a partir da expressão do movimento negro: - escrevivência - e disse que essa conversa é mais do que uma questão de útero. Fez crítica ao Conselho Nacional de Saúde pela definição da participação masculina na Conferência como uma contradição e justifica: “para entender questões que estão sendo colocadas aqui é preciso ter vagina. [...] conversar [...] a partir de um lugar das dores e das delícias que só uma mulher consegue compreender.”

O mundo do trabalho na pesca e o impacto dele nas “nossas” vidas: - esse mundo do trabalho não é um mundo só de dores, é um mundo também de delícias.

> *E a gente vai falar das dores, [...] lembrando das delícias que existem nessa atividade, nessa profissão e nessa identidade, [...] para estar aqui fazendo a defesa da saúde, da vida, do bem-viver que [...] não é uma relação harmônica, [...] é um Estado de conflito, [...] de disputa, porque ele confronta interesses poderosos. [E reafirma] que a defesa se vale pela qualidade que existe nesse trabalho.*

Ainda Elionice Conceição Sacramento defende intransigentemente os direitos conquistados e relata que Segundo Conceição Evaristo (2017, p. 26): “a noite não adormece nos olhos de uma mulher e numa conjuntura, como a que nós estamos vivendo, a noite não pode adormecer”. E conclama: precisamos fazer vigília permanente em defesa das nossas vidas e em defesa dos nossos direitos.

Destacou que a sociedade brasileira desconhece essa atividade de pesca, a tradição de pesca, da pesca como profissão. E disse:

> *a pesca é uma atividade milenar, a pesca não só é profissão, mas também é tradição. [...] modo de ser, de viver e de se relacionar de um povo, mas aí se a gente está pensando o mundo do trabalho, eu vou falar da pesca como profissão. [...] pescadores e as pescadoras no Brasil são cerca de 1.800.000 pessoas, dessas, a maioria são mulheres.*

A pesca é vista como uma atividade masculina e toda vez que a gente se apresenta como uma mulher pescadora, as pessoas perguntam: "Sim, mas você faz o quê mesmo? Mas como é isso mesmo?".

> *[...] o peixe nosso de cada dia, como se fosse um milagre do altíssimo, como se chegasse na mesa sem precisar que pessoas fizessem o processo da captura, do beneficiamento, do repasse desse pescado, da confecção dos materiais que são utilizados nessa arte de pesca.*

A pesca é essa atividade que se dá em cadeia e a cadeia da pesca vai desde a confecção do apetrecho, da rede, das embarcações, do cofo, do balaio até a captura dos diversos pescados, dos mariscos, o que os especialistas classificam como crustáceos, mariscos, moluscos. [...] tem o processo do beneficiamento e do repasse dessa produção.

A figura da ganhadeira e os pescadores – o lócus de trabalho. Disse a palestrante:

> *No Norte e no Nordeste do Brasil, a maioria da população é a negra e a indígena. Ocupamos os espaços de beira de rio, de beira da praia, (espaços que sobraram) pós escravização oficial (ela ainda permanece), hoje cobiçados pelo capital, para instalar seus negócios (energias limpas, indústria do petróleo, hotelaria, etc. A disputa é constante.*

As mulheres pescadoras "*são símbolos nas famílias, geralmente é a matriarca - reúne os pescados da família e, durante dois, três dias na semana, vende nos grandes centros, nas feiras, nas capitais e para abastecer as periferias*".

Quanto à sua jornada de trabalho, trabalham a partir de 5 a 8 anos de idade[15]; as mulheres pescadoras desenvolvem de 12 a 16h de trabalho, enquanto os homens pescadores desenvolvem entre 4 a 6h de trabalho.

A relação de trabalho e patrão é o contato direto com a natureza. As mulheres das águas, as mulheres do mangue, as mulheres da lama não têm patrão, o contrato é com a maré, com as águas e esse contrato a própria natureza dá condição de fazer pausa, e para o respeito ao nosso corpo.

Trabalham em contato com as águas e as águas que determinam os tempos, o tempo de trabalho é determinado pelas águas, pela lua e pelo vento. Os técnicos não entendem isso. Os técnicos do "finado" Ministério da Pesca, do Ministério da Agricultura, quando criaram os Decretos n° 8424 e n° 8425, que classifica quem é pescador e pescadora, os direitos, como deve ser a atividade da pescadora para que ela seja considerada uma mulher pescadora.

Trabalhos que realizam de 12 a 16h/dia: o corpo adoece - atuam em todas as cadeias produtivas da pesca - faz os reparos dos apetrechos de pesca, a captura dos pescados e dos mariscos, na maioria das vezes na costa, na beira da praia (junto com os cuidados da casa e dos filhos), fazem a comercialização

[15] O trabalho infantil/nessa idade não pode ser considerado crime como as leis indicam – "esse trabalho infantil é estratégia [de proteção dessas crianças no território pesqueiro], de sobrevivência, mas também é uma estratégia de repasse de uma tradição e de uma cultura, porque os nossos territórios também são espaços educativos, também são espaços de formação. (Palestrante).

e o beneficiamento, mas o beneficiamento (coletam a lenha e realizam todo o processo).o pegar da lenha, tem todo um outro processo incorporado no beneficiamento; 12 a 16h de trabalho por dia que envolve posições repetitivas - é um corpo que adoece, posições ergonômicas, não adequadas.

Falta orientação para preservar a saúde: a elas não é dado o direito de entender [não recebem orientação sobre o corpo] como está o corpo físico, o corpo dos seus filhos, das suas filhas, que aquele corpo de cinco, de oito anos, não tem ainda estrutura para fazer determinadas atividades. Existe erro por ausência de algumas informações sobre o corpo, mas também não aceitam a imposição do saber médico e de práticas ou comportamentos que não reconheça a tradição, cultura e os fazeres e que podem inviabilizar o modo de vida nos territórios.

Elionice Conceição Sacramento destaca que as políticas são pensadas em gabinetes, sem levar em consideração o princípio da consulta aos povos e às comunidades tradicionais. Por essa razão, necessitam de políticas específicas que reconheçam a cultura e a tradição nesses territórios[16].

Sobre os Decreto n° 8424 e n° 8425 de 2015 e a crítica ao Estado brasileiro[17]:

O decreto revela desconhecimento técnico da realidade. Contradiz e contrapõe à prática cultural

[16] Trabalham de 8 a 16h/dia e adoecem e devem receber orientações e atenção para ter mais qualidade de vida no trabalho, adoecer menos e ter o território protegido e regulamentado sendo respeitada a cultura e a tradição.

[17] BRASIL. DECRETO Nº 8.424, DE 31 DE MARÇO DE 2015. Regulamenta a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003, para dispor sobre a concessão do benefício de seguro-desemprego. Diário Oficial da União, Brasília, 01 de abril de 2015. BRASIL. Decreto nº 8.425, de 31 de Março de 2015. Regulamenta o parágrafo único do art. 24 e o art. 25 da Lei nº 11.959, de 29 de junho de 2009, para dispor sobre os critérios para inscrição no Registro Geral da Atividade Pesqueira. Diário Oficial da União, Brasília, 01 de abril de 2015.

> *uma mulher dorme pescadora, com os princípios de uma tradição, da ancestralidade, da espiritualidade, pela relação com o território e, [ao despertar], conforme a legislação, acorda trabalhadora de apoio à pesca, [não reconhece que a mulher beneficia o pescado, fazendo o reparo da embarcação ou fazendo a comercialização dos produtos], esse decreto faz uma nova classificação para essa mulher.*

Segundo o decreto, “para ser pescadora, deverá pescar todos os dias de forma ininterrupta”. O decreto impõe processos de adoecimento, levando a “não respeitar reprodução das espécies, não respeitar o tempo e o vento, não dialogar com a lua que determina se a maré é alta ou baixa, se a produção é fartosa ou não é”. O decreto prova que o Estado brasileiro não tem competência para fazer gestão. Revela uma intencionalidade do Estado brasileiro e não é só do governo golpista.

Crítica ao Estado brasileiro hoje (2017) - O decreto revela *“um Estado que é exterminador de tradição, de cultura, supremacista e branco; um Estado que finge comprometimento com as massas, mas que trabalha com processos de manipulação.”*

Mensagem ao Estado brasileiro:

> *Nós, as mulheres pescadoras, que somos guardiãs de uma tradição milenar, nós queremos dizer a esse Estado que em determinadas marés, quando as marés são produtivas, nós trabalhamos sim, cerca de 18h de trabalho, às vezes o dia todo, mas nas marés pequenas. [...] nós pensamos a maré é feminina como nós e pensamos o costeiro, pensamos o território como pensamos os nossos próprios corpos, porque eles se confundem. E aí nas marés pequenas nós temos o privilégio de, se quisermos ficarmos uma semana sem pescar, 15 dias*

sem pescar e aí os capitalistas vão dizer que nós somos preguiçosos. Nós não temos cultura de acumulação, se a gente pegar 1000 quilos de pescado a gente come tudo, gasta tudo, reparte tudo, amanhã as águas vão prover. E a gente vai continuar sem cultura de acumulação, porque a gente sabe que a nossa riqueza está no nosso chão e enquanto os capitalistas querem trabalhar para depois comprar lancha, comprar o apartamento na beira da praia, comprar o pedaço da praia, nós já estamos lá e nós somos com prazer empecilho aos capitalistas.

Mensagem ao CNS e defensores do SUS: resistência

Pensar a regularização dos territórios, sem pensar a reforma agrária, sem fazer o enfrentamento ao capital, não existe saúde das mulheres, porque o capital que nos expropria, o capital que nos tira do nosso território, que nos obriga a andar quilômetros ou remar quilômetros é um capital que nos adoece. [,,,] primeiro mentalmente e depois fisicamente, porque é um capital que quer fazer da gente aquilo que nós não somos. E a estratégia de saúde que o nosso povo tem construído é a resistência e isso não começa em nós, isso é uma herança histórica. A gente tem feito resistência no cuidado das nascentes, na relação com as folhas, na relação com a ancestralidade, no escutar os elementos da natureza. [...] as mulheres pescadoras desenvolvem mais lesão por esforço repetitivo do que digitadores [conforme estudos]. A gente tem um conjunto de adoecimentos, de vista, coluna, diversas lordoses, escolioses pelo peso, mas existe uma intencionalidade de não fazer investimentos para melhoria nas condições de trabalho e nós estamos atentas a essa intencionalidade.

Ao finalizar, destacou que nos costeiros de pesca, nas coroas de mariscagem têm desenvolvido estratégias para cuidar do corpo e diminuir o impacto e adoecimento. Ocorrem diálogos nos territórios, sambas, "aí a gente faz pausas que nem compreendíamos que essas pausas poderiam garantir melhores condições de saúde". E, para finalizar, pontua aos técnicos e às técnicas que há "*o tempo das luas e o tempo das marés," - "o tempo das águas têm garantido as pausas e os repousos necessários para que uma atividade vista como exposta ao adoecimento não seja tão agressiva porque a natureza, se ela tiver tempo para seguir o seu curso, ela dá conta de cuidar dos males do corpo e da alma".* Conclui fazendo um apelo ao CNS para começar a pensar na política da questão de equipamentos e materiais hospitalares destinados, principalmente, para as mulheres cadeirantes.

As propostas que ficam a partir da fala de Elionice Conceição Sacramento são:

- Ter garantida a soberania, autonomia sobre os territórios onde estão assentados, porque são profissionais livres, mulheres libertas da opressão de um patrão.
- Serviços públicos em condições adequadas sejam dadas aos seus filhos e às mulheres nos próprios territórios para desenvolver a atividade de trabalho;
- Respeito à atividade de vida, mas também à tradição, à cultura que também é a voz desse povo em seu território, lugar de vida e de resistência.

Dentre o debate e as questões que foram levantadas, os principais pontos estão descritos a seguir:

- Fala sobre o adoecimento da classe trabalhadora decorrente das péssimas condições de trabalho e, mais do que isso, das péssimas relações de trabalho. – questionamento se é importante, hoje, reduzir a jornada de trabalho na enfermagem e enfatiza a valorização profissional, salários dignos.
- Crítica a questão do papel do trabalho doméstico na economia, na sociedade. Destaca que o trabalho doméstico cumpre um grande papel de aumento da mais valia - é feito gratuitamente pelas mulheres, permite que o capital gaste muito menos com a manutenção da força de trabalho, porque ele joga isso como responsabilidade das mulheres - tem papel fundamental na manutenção do capitalismo – sustenta a ideologia patriarcal, a violência - isso interfere muito na saúde.
- Questionamento sobre a responsabilidade do Estado junto às mulheres que vivem na roça, as ribeirinhas, pequenas agricultoras, os quilombos indígenas, os brancos, as brancas que trabalham na periferia, principalmente, são que mantêm a mesa de todos os grandes empresários, também do grande e dos pequenos. Responsabilidade de garantir escolas, os postos de saúde que estão sucateados e dos brasileiros de eleger pessoas comprometidas nas eleições.
- Destaque para a luta pela valorização da pediatria e contra o preconceito sofrido pelos médicos.
- Violência que a mulher sofre e a necessidade de ampliar a discussão de gênero - nas escolas e nas universidades. Não deixar de discutir a questão de gênero e ampliar o debate nas instituições de ensino e que vai permear em todas as outras demandas.
- A mulher trabalhadora informal e da falta de proteção nesse trabalho.

Estão sujeitas aos códigos de postura urbana que inviabilizam seu trabalho e à falta de equipamentos públicos voltados para a saúde. É necessário tratar de acessibilidade e de cuidados.

- Saúde das mulheres indígenas e a discriminação por serem diferentes - nas universidades, nas escolas públicas. Trabalham no serviço pesado, sustentam a maior parte das casas, da alimentação das crianças é as mulheres que trabalham na agricultura é as mulheres que trabalham na pesca de alimentação e seus filhos são as mulheres, e sofrem violência e têm a dificuldades dentro dos postos de saúde, dentro dos hospitais. Questionou o atendimento da SESAI e defende que a responsabilidade pela saúde é do SUS, para todos. Defesa da jornada de trabalho de 8h, a valorização dos salários e a necessidade de realizar exames periódicos. *“Enquanto servidoras públicas, nós não temos exames periódicos anuais para as trabalhadoras do serviço público na saúde, com direito a citologias, oftalmologistas, anualmente”.*
- Destaque sobre as dificuldades e contradições do trabalho profissional das mulheres e a sua vida / cuidado com a família e o seu tempo próprio reivindicando que a legislação referente a maternidade seja unificada em todo o serviço público – Estadual, Municipal.
- Denúncia sobre a precarização dos serviços do SUS e a necessidade de fortalecer a prevenção, as melhorias das condições de trabalho dos profissionais da saúde,
- Fala sobre a saúde inclusiva das mulheres - principalmente, trabalhadoras do ramo do serviço público. Têm direitos mais negligenciados do que outras categorias. Informou sobre a possibilidade de um encontro Nacional da DCNTs para formar rede brasileira de combate ao câncer. Fala sobre o impacto do assédio moral para a saúde das mulheres –

como determinante social da saúde – proposta para a OMS tipificar o assédio moral. Abordou sobre o “outubro rosa” e propôs maior empenho para cobrar o funcionamento dos mamógrafos, quantificar e identificar biópsias, reconstrução de mamas. Desmentiu a fala do ministro quanto a expansão do projeto de mamógrafos (móveis sucateados). Reforçou atenção de todos/as para o cumprimento da Lei n° 11.664[18] – (toda e qualquer mulher do Brasil tem direito a fazer monografia partir dos 40 anos, independente de ter sintoma, e essa conta quem paga é o município).

- Sobre respeito e valorização do trabalho do agente comunitário, quanto aos direitos trabalhistas e de saúde do trabalho. (câncer de pele, depressão).
- Envelhecimento da mulher trabalhadora - a depressão; preparar as mulheres para envelhecer - as mulheres idosas são invisíveis. Necessidade de serviço médico de geriatria no SUS.
- Saúde da mulher professora – problemas de voz, coluna, reumatismo. Denunciou falta de condições de trabalho e o adoecimento. Criticou os serviços nos postos de saúde.
- Elogio a importância das discussões e informações sobre gênero e situação das mulheres que devem ser divulgadas por todas junto com a luta por direitos.
- Destaque para o trabalho e vulnerabilidade das enfermeiras obstetras no programa de planejamento familiar – vítimas do sistema deficitário.

18 BRASIL. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 30 de abril de 2008.

Destacou que são culpabilizadas por conta da deficiência do sistema, toda a responsabilidade/penalidade sobrecai sobre elas. Apresentou uma moção de repúdio às mortes maternas e pediu apoio à assembleia presente: *“Juntas somos mais, sozinhas somos nada, unidas somos tudo.”*

- Sobre as dificuldades das mulheres gestantes com vulnerabilidades no mercado de trabalho – faltam instituições que acolham só mulheres – gestantes vítimas de violência moral e sexual e deficientes físicas e mentais, que também engravidam, que também são abusadas.
- Enfatizou a importância da educação para a igualdade de gênero e o respeito às diferenças - combater a discriminação de todos os lados de discriminação de gênero, de raça, de cor, psicológica, financeira enfim, de todos os tipos. Destaca a importância de formar redes como é a rede feminista que luta contra o câncer, pela a saúde da mulher e, sermos usuárias do SUS, para garantir as políticas públicas existentes.
- Abordou três pontos: 1. Exame periódico e preventivo (campanha com as servidoras públicas sobre o exame periódico, não é o preventivo); 2. Tratar a saúde com as políticas públicas - mulheres são maiores vítimas por não ter saneamento básico, assistência de uma atenção básica de saúde, postos de saúde na comunidade que funcionem e atendam satisfatoriamente. 3. Direitos sexuais e os direitos reprodutivos – necessidade de uma política e os únicos direitos que temos estão sendo reduzidos, está sendo extinta. Denunciou a Ideologia fundamentalista que está tirando das mulheres desses direitos. As mulheres, principalmente as da classe trabalhadora, estão morrendo – tratar a saúde como direito como pessoa humana.

- Abordou direitos das agentes de saúde e o machismo feminino - sobre a PEC 22 - agentes saúde pediu apoio - o trabalho das agentes de saúde de grande importância na estratégia da saúde básica, equipe completa. Abordou sobre o machismo feminino - mulheres que pensam como muitos homens machistas e destacou que a nossa vida é regida pela política - saber sobre os nossos direitos, principalmente, políticas públicas

- Falou sobre a saúde e discriminação sofrida pelas mulheres tradicionais - faltam políticas públicas para as pescadoras, quilombolas, vazanteiras, as apanhadoras de flores sempre vivas, os indígenas. Sofrem preconceitos em todos os espaços que frequentam. Abordou sobre o carro da mamografia - aos 40 anos, é um direito da mulher fazer a mamografia.

- Destacou sobre a violação dos direitos, desmonte do Sistema Único de Saúde. Sobre a revisão da política nacional de atenção básica, que mexe na estrutura do modelo de atenção à saúde e desmonta completamente o Sistema Único de Saúde. Desmonta a estratégia de saúde da família, agente de saúde não será profissão – uma perda porque a política nacional de atenção básica é a política principal do Sistema Único de Saúde. Levantou sobre o machismo feminino – é uma das agressividades que o sistema coloca ideologicamente como uma forma de desconstruir as identidades femininas - somos mulheres e diferentes dos homens biologicamente, mas não somos desiguais temos especificidades, de autonomia financeira no trabalho, de ter acesso à educação e ter direito a uma vida digna, sobretudo, respeitando as nossas culturas e nossos pertencimentos.

Mesa 3 - Eixo III
Vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres

Dia: 18/08/2017 – Tarde

Coordenação: Conselheiras Heliana Hemetério dos Santos e Cleoneide Paulo Oliveira

Palestrantes: Carmen Simone Grilo Diniz – Faculdade de Saúde Pública (USP) e GT de Gênero e Saúde (ABRASCO); Margareth Arilha – Núcleo de Estudos de População "Elza Berquó" (NEPO/UNICAMP); Maria Luiza Costa Câmera – Associação Bahiana de Deficientes Físicos (ABADEF); e Keila Simpson – Presidenta da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA).

Carmen Simone Grilo Diniz apresentou o histórico dos Serviços de Saúde, os tipos de atendimentos e a medicalização das mulheres na gravidez e relatou as conquistas das mulheres nos serviços de saúde.

Iniciou se posicionando sobre a Assistência de Saúde para as Mulheres, muitas vezes essa assistência era uma assistência danosa para as mulheres.

> *[...] começaram a fazer pré-natal na década de 1920 e até a década de 1970 [...] fazia raio-X na barriga das grávidas. Muitas vezes dava um medicamento que chamava Talidomida, que provocava defeitos nos bebês, o Raio-X provocava leucemia nos nascidos. Então uma série de remédios que foi dada para as mulheres na sua vida reprodutiva prejudicaram a sua saúde, as terapias de reposições, as altas doses de hormônio nos contraceptivos, etc.*

> *em alguns países a contracepção e o aborto não eram legalizados nas décadas 1960 e 1970. Destaca as reações das organizações de mulheres em todo o mundo nas décadas de 70 e 80 contra o tipo de assistência que as mulheres recebiam, exigindo uma mudança na assistência à saúde;*

No Brasil, a contracepção foi regulamentada no final do século passado, no ano de 1997 e o aborto ainda é ilegal. Desde então, "o movimento feminista estruturou as propostas de saúde da mulher com base no pressuposto mais importante do feminismo, que é o de que as mulheres são seres humanos, não são coisas" - referência para todos os tipos de política, inclusive para as políticas de saúde.

Carmen Simone Grilo Diniz ainda destaca que a partir da década de 70, as feministas passaram a produzir conhecimento novo e novas questões sobre saúde da mulher como contraponto ao conhecimento estabelecido adotado pelos médicos.

Na década de 1980 foi elaborado o Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PAISM). Esse Programa deriva de todo o movimento pelo direito à saúde e da Reforma Sanitária Brasileira,

> *[...] o duplo movimento feminista adota fortemente a ideia de que nossos corpos nos pertencem, reivindica direitos sociais, a saúde como*

direito social. [...] tem um componente educativo muito forte, [...] na Carta de 1984, [...] noção de cidadania reprodutiva, ou seja, a cidadania das mulheres partir do pressuposto de que as mulheres deveriam ter o controle sobre a sexualidade e sobre a reprodução.

A palestrante destaca o caráter Educativo do PAISM material educativo para as unidades básicas de saúde há 30 anos. Eram feitas conversas com as mulheres sobre seu próprio corpo, sobre a importância das mulheres questionarem o médico para saber mais, o direito à informação sobre as intervenções, o direito ao autoexame, o direito a saber como é que o corpo funciona, o direito às ações educativas, conhecer como é o corpo da mulher e como é o corpo do homem, conhecer amar, para a gente não ter nojo, para a gente não ter vergonha do corpo da gente, para a gente ter amor, para a gente ter orgulho da condição de mulher. Destaca que PAISM nasce do reconhecimento de que as mulheres são seres humanos, são pessoas com direito a equidade, então ele rompe com a promoção da ignorância que a prática médica nos impunha e promove a decisão compartilhada do direito à condição humana da decisão compartilhadas. [...] chamava a autoridade, as hierarquias e propunha o empoderamento das pacientes.

A PAISM, os movimentos de mulheres foram agentes sociais de mudanças e no plano internacional a Conferência do Cairo e as Conferências da década de 1990 “[...] contribuíram para a mudança na legislação e reconhecimento dos direitos reprodutivos, da igualdade de gênero, do direito ao planejamento familiar como responsabilidade do Estado na Constituição de 1988”, e, nas legislações que seguiram.

Surgem as organizações de mulheres em 1970/1980, criando-se as redes feministas, principalmente, a “Rede Nacional Feminista de Direitos, de Saúde e Direitos Reprodutivos, que teve um papel fundamental na implementação dessas políticas”. Também, a fundação da Reúna, que é a rede pela humanização do parto e nascimento, que tinha uma das suas prerrogativas os direitos sexuais e reprodutivos, inclusive no parto e denuncia as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva no Brasil, lutando pela implementação integral do PAISM, pela divulgação das recomendações da OMS, pelo trabalho educativo sobre sexualidade, parto e direitos reprodutivos e pelo fortalecimento e apoiar as iniciativas existentes de inovação.

Em 2004, o PAISM se transformou em uma Política Nacional de Saúde das Mulheres [...] com agenda ampla, incluindo a discussão sobre vulnerabilidade, gênero, diversidade sexual, geração, raça, etnia, pobreza, exclusão social.

A Rede Cegonha significou um retrocesso a antiga concepção materno-infantil. A rede Cegonha foi criada como resultado das pressões conservadoras que limitam os serviços à “maternidade” e não à saúde integral das mulheres. Significou “uma ruptura da aliança histórica da área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde”. A Rede Cegonha[19] foi uma concessão aos setores mais conservadores brasileiros, que tem mostrado suas “garras” contra todos os direitos não só das mulheres, mas todos os direitos sociais.

> *[...] o programa da Rede Cegonha [...] implica [...] ruptura histórica. As mulheres reafirmam que a sexualidade, que a reprodução deriva da sexualidade e não aceitam [retorno] ao “materno infantilismo”, que é tratar as mulheres como retardadas, como crianças e como pessoas que precisam ser tuteladas. [...] a gente entende a saúde da mulher assim, como a saúde materna incluída na saúde reprodutiva que é incluída na saúde sexual, que é incluída na saúde da mulher, que é incluída na saúde integral, o marco mais amplo é o da integralidade.*

Ao falar sobre a integralidade na saúde da mulher, destaca a situação da contracepção e do planejamento familiar. Contracepção é diferente de vinte anos atrás – hoje, com altas taxas de uso de contraceptivo, no entanto as mais pobres e as negras têm mais métodos irreversíveis, elas têm mais laqueadura e métodos irreversíveis.

Em relação à inadequação do aconselhamento e acompanhamento em contracepção, **Carmen Simone Grilo Diniz** pondera sobre a ausência educativa no SUS e os impactos nas altas taxas de descontinuidade, o que reflete na redução do número de escolhas contraceptivas (se comparado aos anos de 1980) – uso de métodos hormonais disponíveis, (pílula, pílula injetável, implante); o diafragma desapareceu; o DIU e a pílula do dia seguinte são combatidos pelas religiosas. Ainda essas OS são contra o uso da camisinha, laqueaduras e todos os métodos que não sejam hormonais.

Quanto aos impactos desse contexto para as mulheres a palestrante adverte sobre a fármaco-vigilância de evento adverso de pílula somente na mídia social; casos de trombose, resultantes de uso da pílula anticoncepcional são identificados nas redes sociais e em Facebook; altas taxas de gravidez não planejada (mais altas entre as mulheres pobres).

[19] Rede Cegonha - é uma ideia infantilizada sobre as mulheres, quer convencer as mulheres que os bebês não nascem de relações sexuais, mas sim trazidos por um pássaro que nem sequer existe no Brasil.

Ainda destacou que em termos de iniquidade que nós temos no Brasil, dentre outros, ocorre um problema gravíssimo de vulnerabilidade, que se aplica às mulheres (as mais vulneráveis), mulheres negras, moradoras de rua, usuárias de drogas, que é o sequestro de bebês de mães usuários de álcool e outras drogas, mulheres de situação de rua e vulnerabilidade e as chamadas mães órfãs, que tem seus bebês sequestrados.

A iniquidade é observada também nas intervenções agressivas com relação ao parto/ violência obstétrica e como, por exemplo, na possibilidade de interrupção voluntária da gravidez, o aborto seguro/inseguro.

> *A violência obstétrica no caso brasileiro, embora as mulheres mais ricas não estejam livres dessa prática, são as mulheres negras e as mais pobres são as que mais sofrem com esses procedimentos.*
>
> *Interrupção da gravidez, mesmo sendo o aborto ilegal, ocorre outra situação de iniquidade no campo da saúde reprodutiva brasileira. Quando podem pagar, as mulheres realizam o aborto seguro, com menor risco de vida, em clínicas particulares. As que não podem pagar recorrem aos serviços de "curiosas"/e/ou clínicas clandestinas, constantemente ameaçados, ou aos próprios recursos caseiros/ situações inseguras, colocando suas vidas em risco e sujeitas a graves sequelas, tendo como último atendimento, os serviços públicos de saúde. Sobre o aborto, a palestrante disse:*
>
> *As mulheres de classe média realizam aborto seguro, em geral na rede privada, mesmo sendo ilegal (enfrentam drama existencial). As mulheres pobres recorrem à interrupção da gravidez, ao aborto de risco, clandestino e correndo risco de vida porque não podem pagar uma clinica particular. O serviço de abortos ilegais está constantemente ameaçado, com muitas dificuldades de contratação. Em geral utilizam o Cytotec – medicamento vendido ilegalmente junto com o tráfico de drogas. Outra questão muito importante em relação ao aborto é que os métodos mais seguros, os métodos de aspiração etc., nem sequer são ensinados nas faculdades de medicina. Nas clínicas, em geral, são usados métodos obsoletos e medievais, tipo de dilatação e curetagem. Então a formação também tem que mudar.*

Outras situações relevantes levantadas por **Carmen Simone Grilo Diniz** são destacadas abaixo:

Alto índice de cesáreas (só ocorre o parto espontâneo e respeitado em alguns lugares onde o SUS funciona)[20]; - a mudança para restrição das cesáreas é muito lenta, apesar da pressão do "movimento de mulheres e do apoio do Ministério Público para a criação e monitoramento dos indicadores".

Envelhecimento da população - *"Antigamente a saúde da mulher era muito voltada para a idade reprodutiva, mas com o envelhecimento da população, [...] deve-se pensar no envelhecimento das mulheres [...] e dos homens e toda a especificidade [...] nós, mulheres, que vivemos, na média, oito anos a mais do que os homens, ou seja, a gente vai ficar bem mais velhas do que eles."*

[20] Dentre poucos hospitais, uma homenagem as colegas do hospital Sofia Feldmann, - elas são um farol da saúde da mulher - caso brasileiro.

Altas taxas de uso inapropriado de todo tipo de rastreamento- “mamografia fora de indicações, fora da faixa etária, altos níveis de sobre diagnóstico desnecessário [...] é um problema gravíssimo em termos de saúde pública”. Citou o exemplo da cobertura da prevenção do câncer de colo de útero, o exame Papa Nicolau, ameaçado por tecnologias mais caras, mais recentes e menos efetivas.

Para finalizar, criticou os serviços e a formação profissional para os serviços de saúde, além do pouco investimento em promoção da saúde, por exemplo,

> *[...] atividade física, alimentação, socialização, muitas vezes todo o sofrimento da gente é substituído por remédio psicotrópico e o abuso de psicotrópico é um problema muito importante, assim como abuso de outras substâncias.*
>
> *altas taxas [...] de uso inadequado de medicamentos (conceitos novos de desprescrição). [...] não só fazer o diagnóstico, como tirar o diagnóstico, não só prescrever remédios, como retirar remédio e essa é uma das prioridades para quem tem saúde pública que [...] chama atualmente de prevenção quaternária.*

Na sequência, **Margareth Arilha** iniciou sua fala fazendo referência à importância da segunda Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, “nesse momento difícil, [...] para reacender as nossas luzes, as nossas energias e relembrar que apesar das dificuldades o caminho segue”. Fez referência à queima das cartilhas e materiais educativos da rede pública usados nos anos 1980: “[...] os setores conservadores [...] estiveram lá durante todo esse tempo, claro, não de maneira tão organizada e tão poderosa como estão hoje, mas nós também estamos muito, muito mais organizadas, somos o número do substantivo maior e temos muita luz e muita energia para seguir adiante.”

Propôs fazer a inserção dessa saúde pública no cenário global,

> *É um momento sem precedentes na história da saúde das populações no mundo, nós temos muito mais possibilidades hoje de prever o que vai suceder em termos de saúde e necessidades que a humanidade, tanto do ponto de vista de prevenção, quanto do ponto de vista de arquitetura no cenário do ambiente que nós vivemos.[...] temos muito mais tecnologia, [...] conhecimento possível [...] sobre o mundo e de como progredir. [...] muito mais capacidade de identificar as nossas necessidades e [...] criar soluções. [...] e atuações em planos diversificados, [...] estar articuladas entre gestores, pesquisadores, sociedades civis nacionais e globais em diferentes níveis.*

Explicou também que essas soluções adaptadas podem encontrar resistências, mas deve-se buscar superar as resistências nas distintas ordens. Destacou que o problema está quando querem eliminar tudo, no caso, “um SUS construído passo a passo ao longo de décadas. E constituída essa luta basicamente por mulheres”.

Remeteu as seguintes perguntas: Quem é que constitui o SUS? Quem é a grande maioria dos profissionais, das profissionais de saúde do SUS?

> *São as mulheres, foram as mulheres que durante décadas e décadas, e particularmente em saúde da mulher estiveram atentas, lutando, colocando a sua mão, o seu corpo, o seu pensamento, o seu coração no cuidado de um sistema e da população feminina.*

Reafirma que:

> *nós não vamos deixar ninguém destruir o SUS, [...] que se perca as condições para que a saúde da mulher aconteça [...] nossa saúde depende também da nossa energia e ela é profundamente afetada pelas nossas condições de vida. [...] que podem ser traduzidas em sofrimento*[21]*, [...] sabemos que as nossas condições de vida são difíceis pelo simples fato de sermos mulheres e isto é realidade, isto é sofrimento [...] nós diariamente somos atacadas em nossa saúde física e em nossa saúde mental, nessa relação com o mundo. [combater] as desigualdades [...] e a necessidade da produção de igualdade com equidade. [...] o cuidado com o outro exige [...] inclusão e acolhimento.*

Fez referência à época em que integrou a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde e à conquista de uma Resolução que obrigava o Ministério da Saúde a desenvolver uma normativa em relação ao aborto legal no país e de outras questões a respeito da vida sexual e da vida reprodutiva, falam dos direitos sexuais e reprodutivos, falam das pluralidades e da singularidade de cada uma – considerar as condições de vida. E perguntou: - como seguir adiante?

Abordou sobre a queda da taxa de fecundidade de maneira diferente nas regiões do país e disse: “nós temos que colocar a atenção nos lugares, nos territórios em nosso país e nas populações que precisam de mais atenção”.

21 Ontem, na abertura, uma mulher negra que no final falava: “Eu não pude estudar, eu não pude estudar, por quê? Puxavam o meu cabelo e diziam: Negra do cabelo duro. Eu sofri, eu apanhei de marido ruim, eu fui maltratada pela vida o tempo todo e estou aqui”.

Trouxe ainda informações importantes sobre as mulheres no que diz respeito à contracepção, aos anos de estudo relacionado ao número de filhos, e ao uso da contracepção de emergência. A educação é um fator primordial que muda a capacidade, as possibilidades de acesso à informação e de estar no mundo de uma maneira mais demandante. As informações relacionadas aos anos de estudo e número de filhos (2010) mostram que as mulheres que têm 12 anos ou mais de estudo, tem 1.2 filhos; as que têm de zero a três anos de estudo tiveram em média 3.0 filhos cada uma, é uma média para o país. Quem tem mais estudo tem muito menos filho, isso é natural. E manifestou que “o direito à educação para todas e cada uma das mulheres, [...] não podem ser mortas na adolescência por balas perdidas (Rio de Janeiro) e direito no campo da saúde reprodutiva”

Quanto aos anos de estudo e uso da contracepção de emergência (2006) das mulheres do norte, que tem de zero a quatro anos de estudo, só 5, 8% das mulheres têm acesso a contracepção de emergência, enquanto que as que têm 12 anos ou mais de estudo são 23, 6% de uso de contracepção de emergência no país.

Na região norte no país, de zero a quatro anos escolaridade só 5, 8 que usaram a contracepção de emergência; e as que têm doze anos ou mais de estudo 23, 8% usaram a contracepção de emergência discussão em torno de acesso a método contraceptivo.

Margareth Arilha destaca que sobre o aborto (2010) e acesso e não acesso a medicação para o aborto:

> *É um debate difícil e evitado pelos setores conservadores. As mulheres com dificuldade de acessar contracepção abortam - e registra que "ninguém gosta de abortar. O aborto é uma consequência, é produzido por alguém que está em sofrimento, que não queria estar naquela situação e se vê diante de uma decisão muito difícil de ser realidade.*

A maioria dos partos do Brasil são hospitalares e partos cesáreas. Apesar de todo o esforço que foi feito no Brasil,

> *ainda existe uma resistência muito grande no imaginário dessas mulheres, sobre dos benefícios que um parto normal pode trazer para cada uma delas. [...] há falta de informação resultado da falta de trabalho adequado das equipes médicas e dos hospitais no sentido de mostrar os benefícios de um parto humanizado e de um parto normal.*

Sobre óbitos maternos (2012) e homicídios (2013) sabe-se que as condições de vida interferem nos mesmos e em geral são de mulheres separadas, pretas e pardas e indígenas.

Sobre o homicídio das mulheres no Brasil e violência de gênero (2013),"os dados mostram que existem estados mais violentos e menos violentos. As mortes das mulheres - e de mulheres jovens - geram sofrimento para as famílias, no entanto os homens morrem mais nas prisões e com homicídios". As mulheres negras morrem mais por homicídio do que as mulheres brancas.

Sobre a violência de gênero como questão de saúde pública (2013), **Margareth Arilha** fala que ocorrem mortes violentas por causas externas, mortes violentas por autoagressão, e suicídios (cresceu no Brasil e no mundo). As mulheres também morrem, (ex. Rio de Janeiro) e tem outros medos por bala perdida, uma mulher grávida perde o seu bebê, uma adolescente é morta em escola, há mulheres sofrendo violência sexual, e elas enfrentaram todo o quadro do Zika. [...] Uma pesquisa especificamente tem mostrado que as mulheres não tinham medo do Zika, [...] Elas tinham medo de não ter com quem deixar o filho, a filha de dois anos, porque temia um processo de violência sexual como a que elas tinham vivido. As mulheres têm medo de voltar a ter um parto e de viver a quase morte materna que elas viveram na gravidez anterior.

Como questionamento final abordou sobre os serviços de atendimento a essas mulheres: “que equipamentos essas mulheres têm hoje no SUS? Lugar da construção do bem-estar, do bem viver das pessoas, mas já aprimorar o que nós temos hoje”.

As propostas levantadas são:

1. Defender de maneira radical os espaços de escuta de saúde mental para as mulheres em todas as unidades de saúde.
2. Criar, a exemplo dos CAPS, espaço similar, de escuta e de acolhimento do sofrimento físico, relacionado à sexualidade e reprodução – para atender as pessoas que sofrem questões associadas à sexualidade e reprodução, que não necessitam de nenhum tipo de informação, mas que precisam de escuta e de atendimento especializado.

Na sequência, **Maria Luísa Costa Câmera** faz sua intervenção relativa à história de sua vida, que se identificou como a mais velha militante cadeirante, resultado de uma paralisia nos músculos. Abordou as dificuldades enfrentadas em todos os espaços e a superação na luta organizada a partir de iniciativas que envolveram pessoas com o mesmo problema, autoridades, instituições, profissionais de saúde e o movimento organizado para a luta e conquistas obtidas. Tudo relatado em livro de sua autoria “Mulher da Vida”, oferecido no espaço da 2ª CNSMU.

Maria Luísa Costa Câmera conta da sua experiência como paciente do Hospital Sarah/DF – levantamento sobre a situação de pacientes internados na instituição (contratada pelo hospital);

A palestrante destaca as iniciativas para internos do Sarah participarem de atividades culturais (Shows) e o impedimento para participarem – pela rampa somente as autoridades – Resistência: “somos autoridades em dificuldades” e constata: até hoje as coisas não mudaram.

Passou a participar do movimento organizado de luta por direitos – (mercado de trabalho, saúde, discriminação (são avaliadas pela estética), acessibilidade em geral (rampas) e à saúde (mamógrafo)) - a ONU declara o ano internacional das pessoas com deficiência;

Questionou o modelo médico que a sociedade faz das pessoas com deficiência (as coitadinhas, a doente). O que deficiente faz na rua, “Eu não sei o que é que esses troços vêm fazer na rua.” (motorista de ônibus);

Refletiu sobre a sexualidade da mulher com deficiência, sigilosa ou proibida - casei engravidei (duas filhas). Reação preconceituosa nas ruas: “como que você tem filha se você não anda?”

Criou o primeiro bloco de carnaval de pessoas com deficiência – com 2.000 participantes - pessoas surdas, cegas, deficientes físicos, hansenianos, o bloco tem 2000 participantes cujo nome é: “Me deixa à vontade, me deixa dançar como eu sei”. Participam também os profissionais do hospital Sarah de Salvador. O bloco é premiado e faz parte do calendário turístico de Salvador.

Sobre as violências sofridas – familiar – violências causam doenças, doenças psicológicas, doenças do emocional. Além disso, foi a primeira mulher presidente do Conselho Estadual de Defesa da Mulher/Bahia e homenageada no senado em 2015 como uma das cinco mulheres atuantes do movimento.

Para encerrar, homenageia sua mãe “mulher guerreira” e todas as mulheres com algum tipo de deficiência que vieram de seus estados e denuncia que elas “têm direitos no papel, mas no dia-a-dia é uma luta, é uma disputa a cada dia para gente ultrapassar aquele dia”. (pediu para colocar música). E agradeceu com dizeres de Rui Barbosa: “só é digno de seus direitos quem luta por eles”.

Na sequência **Keila Simpson** iniciou homenageando as meninas trans que estavam presentes para dizer que a luta vai persistir enquanto a gente tiver que resistir. Estendeu os cumprimentos a todas as mulheres lésbicas pelo mês da visibilidade lésbica (29/08) e saudou o pessoal “trans” que adentrou ao sistema único de saúde nos últimos meses, em nome da técnica Kátia Souto, que se propôs a trabalhar para todas as populações, para que o SUS seja equânime, integral e universal. Em seguida, disse que esta Conferência significava “mais uma pedra que a gente está colocando nessa escada, e que a gente vai brigar cada vez mais por essa cidadania integral”. Propôs fazer reflexões sobre vivência, individualidade e coletividade.

> *Equidade e vulnerabilidade, de onde é que vem essa história? Foi só a partir da epidemia da AIDS que essa população começou a experimentar a entrada no serviço de saúde, foi pela via da AIDS que muitas meninas trans na minha faixa de idade (52 anos)22 puderam acessar um sistema único de saúde pela primeira vez.*

Abordou sobre as dificuldades como mulher transexual e travesti de transitar nesse espaço ou no espaço social:

> *uma pessoa ao se apresentar como mulher transexual, como todas as suas características femininas, a sociedade abdica desse ser feminino, social que ela apresenta e enxerga nela o genital que está escondido. E é nesse genital que é invisibilizado que toda a sociedade discriminadora vai tratar com essa população. E para a nossa maior vergonha tem um movimento aí muito forte que vem dizendo simultâneas vezes que o travesti e a mulher transexual não é mulher, é homem apenas pelo genital que ostenta. Eu queria desafiar essas pessoas para que elas tenham a coragem de dizer por que o genital é enxergado em uma sociedade que eu não posso ver? Por que eu posso dizer que uma mulher transexual é homem apenas pelo genital que ela está ostentando lá, que eu nem sei qual é o genital? Por que eu ainda criminalizo pessoas [...] e dizer que essas mulheres não são mulheres.*

22 Eu sou de uma época em que travestis não iam na farmácia e tão pouco no consultório médico para se consultar pelo rechaço da sociedade, eu sou de uma época que era preciso a gente dizer os sintomas que estava sentindo para um homem sisgay ou para uma pessoa do gênero masculino, para que essa pessoa fosse consultar um médico.

Tratou sobre a vulnerabilidade/respeito ao outro para superar a exclusão. De que mulheres estou falando? “Eu estou falando de uma diversidade de mulheres que estamos neste espaço [...] somos todas diferentes [...] e não posso ter um padrão determinado para uma mulher dentro dos meus conceitos”. E afirma que “não vai interferir no que o outro se apresenta porque parte do princípio que eu preciso respeitar o outro para que eu seja respeitada também”.

Abordou sobre a política integral de saúde do SUS/Ministério da Saúde reivindicada pelo movimento e experimentada pelas trans – de um pouco mais de equidade. Fez referência aos setores sociais que se manifestam para impedir os direitos e que consideram ser um “privilegio” o processo transexualizador do SUS – que na realidade significa direito e dignidade.

Questionou e propôs debate com os setores conservadores da sociedade que tratam esses direitos como privilégio.

> *Que privilégio é esse que nós temos no Brasil, com 27 estados, e nós temos cinco centros para fazer cirurgia no Brasil? Que privilégio é esse que eu tenho o decreto do nome social e que ainda hoje ele não é respeitado dentro da universalidade que o Brasil é? Que privilégio é esse que pessoas são assassinadas todos os dias apenas pelo direito de se apresentar como mulheres que são? Então que privilégio é esse, cara pálida, de onde é que nós estamos falando?*

Destacou sobre o momento de golpe. Afirmou que “é inadmissível que nós tenhamos no Brasil somente nesses primeiros meses da metade do ano (2017) mais de 120 pessoas trans assassinadas”. E esclareceu que elas não foram assassinadas porque eram trans, “elas foram assassinadas porque alguém matou o feminino que ela ousou construir”. Afirmou que essa atitude significa exterminar essa população porque ela abdicou do direito de ser homem. Pensam aí os senhores: - quer ser mulher, por isso precisa ser vitimizada, vulnerabilizada e assassinada. [...] ainda porque eu não tenho uma legislação nesse país que criminaliza quem mata travestis e transexuais. [...] As mulheres sendo assassinadas, violentadas em suas casas e a população trans sendo assassinada nas esquinas”.

Após as considerações, questionou “onde está o processo legal que pune e criminaliza essas pessoas? Onde é que está o entendimento na Lei Maria da Penha que vai criminalizar essas pessoas?”. E convocou as pessoas para o debate e para estabelecer convergência acerca dessas questões, considerando que conhece as especificidades.

Como proposta elencou as seguintes questões:

1. Debater sobre a questão da equidade e da vulnerabilidade que as pessoas trans estão envolvidas a despeito da implementação da política integral de saúde LGBT no SUS.
2. Desenvolver mecanismos para fortalecer a política integral de saúde LGBT.
3. Capacitação de mais profissionais da saúde/médicos para lidar com silicone, silicone líquido no corpo. É preciso que “o médico entenda que a questão do silicone líquido na população trans não é questão estética, é questão de saúde e de saúde mental” [23]. E que o Ministério da Saúde entenda isso como “uma questão de saúde pública para essa população”.

[23] A pessoa modifica o corpo com silicone porque não sente aquele corpo que pertence a ela como um corpo que ela pode expor na rua. Por isso, vai atrás dessa intervenção.

4. Necessidade de normalizar a hormonioterapia em todos os espaços de saúde e nos serviços básicos de saúde (acompanhamento), além dos medicamentos. Isso porque há o uso de substâncias clandestinamente e indiscriminadamente sem orientação médica.

Concluiu saudando a ousadia dessas mulheres que estão presentes na Conferência e, para isso, enfrentaram o preconceito e a discriminação para se elegerem como delegadas no âmbito do município.

A seguir estão listadas as intervenções / contribuições para o debate / propostas

- Necessidade da integralidade na atenção à saúde das mulheres. Elas enfrentam preconceitos quando usam álcool ou outras drogas e quando estão grávidas o cuidado é voltado para a criança. As mulheres não são apenas a maternidade e a incubação – há questões biológicas e psíquicas.

- Denúncia do desmonte da saúde mental e não aceitar retrocessos nessa política (lei 10.216/ 2011). Foi instituída a rede de atenção psicossocial (são 2455 centros de atenção psicossocial no Brasil) porque isso é uma política de Estado.

- Denúncia do racismo institucional, das agressões das mulheres trans (Rio de Janeiro) pelas forças policiais e do alto índice mortalidade materna.

- Denúncia da terceirização da saúde e do desmonte do SUS.

- Reivindicação de uma política diferenciada para a Amazônia, que tem

municípios distantes da Capital; necessidade de serviços de saúde nos municípios (Pará) para o atendimento pré-natal e parto humanizado e, além disso, aparelhos de mamografia; ampliação da casa de acolhimento à nossa gestante dos municípios,

- A saúde da população em situação de rua: denúncia da privatização do Hospital de Base. As mulheres POP Rua estão doentes, não têm direito à prevenção, porque não têm residência, não tem documentação e, nos hospitais, elas são maltratadas (estão sujas, alcoolizadas)

- Defesa da vida desde a concepção e repúdio ao aborto, defesa da Rede Cegonha como política pública e de políticas justas de educação e de distribuição de renda como a verdadeira solução para a pobreza e a dignidade do povo brasileiro.

- Defesa da vida das mulheres e denúncia das mortes de mulheres por aborto inseguro, clandestino, porque é ilegal nos serviços de saúde. Aborto é assunto sério e não podemos interferir com valores morais individuais nessas questões, não podemos ignorar que as mulheres morrem de aborto inseguro e morrem porque fazem aborto escondidas do padre, do pastor, do pai-de-santo, do marido, da mãe, da sogra, de qualquer pessoa. É uma questão de saúde pública.

- Saúde das mulheres ambulantes, mulheres trabalhadoras informais que trabalham nas ruas - dia e de noite – estão adoecendo por falta de estrutura urbana específica que possibilite acesso ao uso de banheiros, são discriminadas e assediadas. É necessário ter um olhar diferenciado para mulher trabalhadora informal.

- Mulheres vítimas de queimaduras – Moção em que reivindicam que as cirurgias plásticas reparadoras sejam realizadas pelo SUS, seja para as mulheres mutiladas, para as mulheres queimadas, para o movimento LGBT.

- Pessoas com deficiência - poder público desenvolva uma política de capacitação da equipe de atendimento nos hospitais, de mais informação aos pacientes e garanta acesso aos medicamentos de uso contínuo e materiais de maior qualidade para tratamento de infecção urinária e para ostomizados; Há falta de acesso à informação dentro das instituições hospitalares, dos postos de saúde.

- Parteiras (regiões de difícil acesso) – reivindicam inclusão no programa de saúde e reconhecimento do saber tradicional, dos valores culturais.

- Sobre quilombolas/serviço de saúde voltado para as populações tradicionais - necessidade de atendimento que considere a anemia falciforme - os quilombolas e pescadores estão morrendo de anemia falciforme, de câncer de pulmão, câncer de próstata.

- Instalação de mais ambulatórios transexualizadores de qualidade e de profissionais capacitadas e valorizadas.

- Identidade sexual de bissexuais e o “apagamento” - a luta contra a biofobia - são pessoas invisíveis enquanto sujeitos de direito. A deslegitimação que afeta diretamente a saúde (quando se faz o recorte de orientação sexual) - depressão, ansiedade, suicídio, transtornos alimentares, violência sexual, violência doméstica.

- Sobre mulheres que além de ter HIV, são Sis e trans vivendo com HIV e AIDS, tem dificuldades em relação ao acesso a pesquisas referentes aos efeitos colaterais dos medicamentos, efeitos esses que levam a ter menopausa precoce, envelhecimento precoce, deficiências, vítimas de violência, sofrem estigma e preconceito, depressão. Contra o retrocesso do PL 198, que criminaliza a transmissão do vírus HIV (Moção de Repúdio e pelo arquivamento do PL).

- Combater o controle do corpo e da sexualidade das mulheres na sociedade capitalista /patriarcado - o controle se manifesta na epidemia de cesárea, no processo de medicalização da vida, em todas as formas de discriminações, no processo de criminalização do aborto (direito das mulheres decidirem pela gravidez).

- Defesa do serviço de aborto humanizado, legal, sem correr risco de vida sem morrermos por fazer essa opção do aborto. Então a legalização do aborto é um direito fundamental das mulheres, é um direito fundamental ao nosso corpo, a nossa sexualidade livre.

- Desrespeito de gestores e policiais em relação às Políticas Públicas de proteção à população (direitos velados) – impunidade à violência contra mortes de LBT, negros da periferia, que não têm voz e não tem vez.

- Sobre o câncer bucal, medicação odontológica e patologistas dentistas - que seja observado o diagnóstico precoce de câncer bucal e que sejam criados laboratórios de referência com patologistas dentistas, falta medicação odontológica, produtos odontológicos.

Mesa 4 - Eixo IV
Políticas públicas para as mulheres e a participação social

Coordenação: Francisca Rêgo Oliveira de Araújo - Conselheira Titular do Conselho Nacional de Saúde e Maria Esther de Albuquerque Vilela - Coordenadora da Área Técnica da Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde.

Palestrantes: Ana Maria Costa – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); Alessandra Lunas – Coordenação Nacional da V Marcha das Margaridas; e Ângela Martins – Rede de Mulheres Negras do Paraná.

Maria Esther Vilela fez a apresentação das palestrantes e passou a palavra à Francisca Rêgo, que apresentou a temática da mesa.

> *Esse eixo é fundamental para a garantia da saúde das mulheres, porque diz respeito à participação social. Sabemos que sem a participação social não se faz política para as mulheres. Esse é um eixo que mostra a luta das mulheres, os avanços e os desafios que ainda temos para conseguir a integralidade, equidade e universalidade no cuidado à saúde das mulheres. Seguiu passando a palavra para a 1ª palestrante.*

Ana Maria Costa começou sua fala resgatando a história da luta das mulheres pelo direito à saúde no Brasil, que ocorreu “desde os anos 1970 de maneira articulada com a luta feminista e movimento da reforma sanitária nos bairros, nos movimentos sociais, nos movimentos da igreja, nos movimentos de base, nas academias” Nesse período, “começam as primeiras inquietações feministas e a saúde foi justamente o tema que mobilizou a origem do Movimento Feminista Brasileiro”.

Destacou que o movimento feminista fazia o enfrentamento às tentativas da ditadura/1964 para implementar as políticas de controle demográfico, convocando as mulheres para a defesa da "autonomia sobre seus corpos e da não vinculação do número de filhos as políticas demográficas, devendo essa decisão ser um direito das pessoas e dos casais".

A saúde começa a incorporar conceitos feministas como, por exemplo, o tema da própria adversidade e isso vêm para a reforma sanitária compondo o chamado conceito de integralidade que passou, posteriormente, a ser princípio do SUS. Destacou que:

> *[nós] alertamos o movimento sanitário de que nós somos pessoas para além das nossas funções e atribuições biológicas, de gestar e de parir que nós somos seres bem mais complexos [...] possibilitou [...] esse olhar na construção do projeto da Reforma Sanitária.*

Afirmou que "não podemos falar em saúde da mulher, sem falarmos em Sistema Único de Saúde, no conceito ampliado de saúde, que é a grande contribuição e a grande bandeira do movimento da reforma sanitária"

Explicou sobre o conceito ampliado de saúde que,

> *diz respeito ao cotidiano e a vida das mulheres, a saúde articulada com a qualidade de vida, ou seja, a possibilidade das mulheres terem uma vida digna, das pessoas terem moradia, lazer, trabalho, de terem com o que e como sustentar-se, de terem tempos para usufruir de sua vida. [...] esse conjunto de condições, de bens conformam aquilo que nós chamamos de qualidade de vida. E não há saúde sem qualidade de vida, essa é a grande bandeira da Reforma Sanitária Brasileira e é por isso que a saúde nasce lá na Constituinte colada ao conjunto das políticas associadas ao bem-estar social, é o nosso sistema de seguridade social.*

A partir dessa compreensão e nesta conjuntura de desmonte da saúde pública é que se torna essencial "a defesa intransigente do sistema de seguridade social que hoje está sob ameaça", na perspectiva de preservar a possibilidade de termos saúde. Neste contexto, "as mulheres serão as grandes vítimas, porque é sobre elas que recai toda a tensão acumulada nas desigualdades sociais".

E, lembrou que na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi proposta a realização da primeira conferência de saúde das mulheres:

> *foi a primeira manifestação política de participação social em apoio às mudanças que se ocorreram com o PAISM, foi buscando espaços no interior do Estado para avançarmos e inovarmos em políticas, [...] conquistando novas parcerias.*

O PAISM foi escrito em 1983 e a 1ª Conferência o fortaleceu e, na sequência, "criamos as comissões do conselho, o conselho que se reformulou logo depois da 8ª Conferência e a criação da SISMUC manteve o tema aceso no Conselho Nacional".

O PAISM passa a ser uma demanda política dos movimentos sociais, da CUT até os movimentos de empregadas domésticas ou de indígenas[24], que incorporaram

[24] O PAISM passou a ser uma bandeira, porque as mulheres se identificavam com uma linguagem nova relacionada à saúde.

novas demandas ao Estado (sobre as especificidades). O movimento tinha pautas fortes de garantir acesso de qualidade, a atenção na perspectiva de gênero exibidas aos serviços, garantir que a informação fosse repassada e mudando a assimetria das mulheres, na relação médico-paciente, na relação dos profissionais com as mulheres, essas grandes pautas mediadas pela ação política, pela legalização do aborto, contra o abuso de cesáreas, contra a medicalização, que vão desaparecendo nos anos 1990.

Nos anos 2000, "foi é feita a revisão e a transposição do PAISM para uma política de assistência integral" – considerando a participação social. Sendo, a saúde, a saúde das mulheres uma conquista que tem que ter a participação social, [...] é só com a interlocução com a sociedade que o gestor dá conta de fazer o que a sociedade precisa.

Destacou que o pressuposto teórico e político (apesar de sua complexidade) em relação ao PAISM "era a importância da mobilização das mulheres e sua atuação, mesmo considerando que houve a sua fragmentação nos anos 1990 (pautas específicas e bandeiras segmentadas)" fragilizaram a ação política do movimento, afetando o processo de controle social do Sistema Único de Saúde com uma antecipada fragilização na ação por mais e melhor saúde.

> *Essa mudança de pauta deve ser hoje objeto de análise e de reflexão, porque sem ela, dificilmente se terá conquistas de saúde que sejam duradouras e permanentes. E no início o movimento feminista, que era ainda muito incipiente no Brasil, teve um crescimento muito grande em torno da luta pela saúde. [...] construído sobre tensão e se nós tínhamos entidades fortes, como a Rede Nacional Feminista de Direitos Sexuais e Reprodutivos, nós também começamos a ver, ao longo dos anos 90, surgimento de outras entidades igualmente fortes, mas que separavam temas e elegiam temas específicos.*

Ana Maria Costa avalia, como decorrência dessa fragmentação, "o trabalho articulado em torno da Constituinte, [...] pautado e irmanado com a luta pelo direito à saúde se perdeu". Assim, a participação das mulheres feministas no controle social "[...] ao final dos anos 1990, praticamente havia desaparecido, [...] sendo retomado ainda fragilizado [...] nas últimas décadas"

E, fez o seguinte questionamento:

> *O que é hoje, pensarmos hoje, para que a gente se instrumentalize, o que seria hoje o grande desafio pensar em política de saúde integral da mulher? Nós estamos aqui, elegemos o tema da integralidade e da política de saúde integral, o que é que envolve hoje essa luta, essa pauta pela saúde integral da mulher? Primeiro nós precisamos de refletir se um conjunto de pequenos programas e micropolíticas, se junto conformam a integralidade? Ora se a integralidade é atender todas as demandas, todas as necessidades, em todas as fases da vida e em todas as especificidades de gênero que nós tenhamos e apresentemos, vocês acham que seria numa prática de serviço, numa dinâmica de organização de serviço o fatiamento dessas necessidades em várias ofertas, se isso seria suficiente? Será que, ao fatiar, a gente também não expõe aos gestores uma possibilidade de que oferte isso e não aquilo? Que a gente submeta as forças políticas locais que de todas as naturezas, a decisão de oferta desta sobre aquela atividade?*

A partir dos questionamentos levanta a seguinte reflexão relacionada com as iniciativas e ações adotadas atualmente para as políticas / ações de saúde da mulher.

Questionamento: Sendo que criticamos a hiperespecialização e defensoras da integralidade, é possível fazer uma gestão de integralidade a partir das partes (campanhismo, ônibus do câncer, ou programa da Rede Cegonha)? Será que ganhamos, nós, mulheres?

Para proporcionar avanços, está o desafio político estratégico da saúde que hoje é a sobrevivência do próprio SUS: retomada urgente de políticas integrais que contemplem todas as nossas necessidades e especificidades étnicas, raciais de orientação sexual, de idade, de classe social, de local de moradia, de profissões, de religiões. (compromisso com as necessidades das mulheres).

> *[...] não é uma tomada radical de políticas e uma destruição de programas verticalizados que em nada contribui para uma ponta que oferte atenção integral. [...] esse pensamento de uma política núcleo, eixo de uma política, tem que estar acompanhado de um projeto político de saúde. [...] defender não o Sistema Único de Saúde, pequeno, miúdo de uma atenção básica, formada a partir de uma oferta de cesta básica para a população pobre. Nós precisamos de recuperar a defesa radical do Sistema Único de Saúde, com o conjunto de princípios, com financiamento adequado, com participação social, com respeito às profissões de saúde, com carreiras, com estruturações de redes integrais de saúde como elementos fundamentais. [...] Articular a atenção básica com a média e alta complexidade[25]. [...] pensar uma atenção básica competente bem financiada, respeitada que não seja de cesta básica como essa reforma da política de atenção básica está tentando trazer para o Brasil.*

Ana Maria Costa ainda indica que essa 2ª Conferência repudie a revisão que está sendo feita dessa política pelo Ministério da Saúde - “porque as mulheres que são as centrais no processo do cuidado à saúde serão também vitimadas quando nós estivermos com uma cesta que restringe cobertura, o atendimento às mulheres, a seus filhos, a sua família de uma forma geral”.

Outra questão levantada sobre a saúde das mulheres será “reconvocar uma reflexão contra o intervencionismo sobre o nosso corpo, denunciado há 40 anos pelas mulheres (excessos de cesarianas, excesso de medicamentos antidepressivos, a medicalização excessiva)”

O Brasil continua sendo o campeão de cesariana, de ligadura de trompas e nós continuamos ainda em um estado de pouca autonomia sobre o nosso corpo, recuperar uma ética contratualista, uma ética de contrato no processo no cuidado à saúde com os profissionais de saúde é essencial. Isso significa que as mulheres têm que delimitar o que aceitam fazer com seus corpos, elas têm que definir, [...] que orientar o que é possível suportar, tanto em termos de tratamento de doenças graves, quanto em termo da sua rotina de contracepção ou de prevenção de exames.

[25] Isso porque ora o problema se resolve na atenção básica, ora o problema carece de níveis mais complexos de solução - está no cotidiano das nossas vidas, das nossas relações com processos saúde doença.

Denuncia, por exemplo, que a medicalização envolve interesses importantes "seja da indústria farmacêutica, seja qual a indústria que produz equipamentos e medicamentos [...] uma excessiva carga de radiações ionizantes ou de medicações ou de hormônios"[26] que impactam na saúde e na vida das mulheres.

Propõe às mulheres "recuperar nosso empoderamento que está associado à capacidade e possibilidade de envelhecermos com dignidade, com a beleza, com autonomia, com o respeito e com a força que a velhice e os anos nos trazem".

Para tanto, a resistência ao desmonte e a luta para reduzir os excessos e o intervencionismo e controle sobre os corpos das mulheres exige investimento forte na formação de novos profissionais de saúde, em uma revolução de valores junto aos profissionais que hoje atuam na rede saúde. [...] garantir que todas as mulheres possam denunciar todos os malfeitos de médicos sobre o seu corpo, denunciar, apurar, punir, garantindo informação e fortalecimento desses mecanismos participativos, dos mecanismos de escuta, das ouvidorias e todas as formas de interlocução junto ao serviço de saúde.

Desafios no que se refere à gestão - para o eixo da política, para as formas de gestão, aproveitando os mecanismos de controle social existentes, para promover a construção de um Brasil que valorize e atenda as necessidades das pessoas. Nesse sentido estão colocados os desafios para esse projeto:

[26] Hoje sabemos que a reposição hormonal já está há muito tempo descartada e que mata as mulheres de acidente vascular cerebral, que é responsável hoje pela presença da hipertensão arterial em muitas e muitas de nós mulheres que caíram nesse conto da reposição hormonal.

Sermos atores em todos os espaços de participação social instituídos (conferências, conselhos) e, para além deles, atuar nas praças, nas ruas, em todos os lugares como atrizes instituintes das nossas próprias vidas, da nossa cidadania e por um Brasil que tenha respeito às mulheres e aos homens.

Sermos protagonistas da construção de um Brasil em que as pessoas sejam o centro do seu projeto de desenvolvimento, que retire o mercado, que retire o capital, que retire os interesses de setores escusos ao bem-estar social desse processo de desenvolvimento.

Hoje está colocado o tema de confronto com o fascismo, com o fundamentalismo, que assola o nosso país, nós precisamos de radicalizar para enfrentar essa força política que está hoje incomodando a democracia, ferindo a democracia.

Ana Maria Costa destacou a necessidade de *"repolitizar temas crônicos (aborto) e temas emergentes. Dentre todos estão os antidepressivos, a laqueadura de trompas, banalização da reprodução assistida"*

Sobre a questão do aborto:

> *é impossível uma democracia sem a legalização do aborto. A ilegalidade do aborto nos remete a uma cidadania de segunda linha, nós não podemos continuar morrendo e buscando serviços clandestinos para realizar os nossos abortos, todas nós fazemos, fizemos e faremos abortos. [...] todas as mulheres de todas as classes sociais, de todas as religiões, [...] as pesquisas mostram isso claramente. O aborto é um*

evento comum na vida de todas nós. [...] As mulheres podem e devem ter autonomia, inclusive, para não fazer aborto, que é absolutamente legítimo. O aborto legalizado é dignificante para as mulheres, porque possibilita o atendimento de qualidade para aquelas mulheres que desejam e precisam fazer o aborto. Enquanto pessoas da área de saúde, que atuamos, que militamos pela saúde, não podemos remeter as mulheres que precisam ou que querem fazer aborto, por qualquer razão, a uma situação de humilhação, de risco de vida que é o que acontece hoje. É uma questão ética, as mulheres que são contra, que nunca fizeram um aborto, elas têm que recuperar uma reflexão ética acerca da ilegalidade - que nos remete ao risco e, nesse sentido, e por essa reação aqui, deste plenário, é que nós precisamos de repolitizar a questão do aborto.

Em relação à repolitização da questão dos antidepressivos. Ana Maria Costa enfatiza: “Hoje, são prescritos a rodo por todas as mulheres que, de alguma forma, trazem sua subjetividade, seu sofrimento, suas angústias e que saem do serviço de saúde com uma receita de antidepressivo.” Já sobre repolitizar a questão da laqueadura de trompas destaca que muito mais que um desejo, as mulheres são conduzidas forçosamente por ausência de alternativas contraceptivas eficazes. “Retirar a banalização da reprodução assistida que hoje também virou um mercado importante a ser combatido por nós mulheres”.

Ao concluir, destacou a grande importância desta 2ª CNSMu e a responsabilidade de todas para, com a unidade entre as mulheres, entre os movimentos, entre os partidos, entre as forças políticas.

Devemos unissonamente enfrentar o grande inimigo comum da saúde e dos direitos das mulheres, que é o mercado, o capitalismo que acirra as desigualdades e que nos remete a condição de tanto e tanto sofrimento. É o mercado que nos impõe tecnologias, que tem interesse na privatização da saúde e que remete a condições indignas as trabalhadoras e os trabalhadores em nosso país. As trabalhadoras, sem dúvida, são as grandes vítimas. Precisamos sim de mais Estado, mais democracia, mais direitos e mais saúde. E é por isso que a convocatória dessa conferência tem que ser marcada pela unidade e pela unidade do “Fora Temer”, não apenas do “Fora Meirelles”, não apenas do “Fora Ricardo”, todos esses devem estar fora. No entanto, a nossa unidade deve estar associada com a construção de um Brasil para as mulheres, a construção de um Brasil com a cidadania das mulheres e para o povo brasileiro e, que os direitos sociais sejam retomados das mãos desses indivíduos que cada dia mais usurpam a nossa Constituição.

No momento seguinte **Alessandra Lunas** iniciou sua fala cumprimentando as participantes pelo esforço nas mobilizações para estar na Conferência, justo nesse momento de desmonte da saúde e de perda das conquistas democráticas. Propôs explorar o significado da integralidade no sentido mais amplo: não só para agenda da saúde, mas um chamamento para uma luta conjunta. Explicou que o sentido da integralidade nesse momento da conjuntura é estar com o foco em muitos espaços, no macro e no específico. Falou sobre o que significa para vida de cada uma o congelamento dos gastos da saúde. Abordou as questões da assistente social, enfim,

toda essa perda que nós estamos tendo e o desrespeito à Constituição brasileira, sem a participação social, o que significa para as nossas vidas? Qual é o impacto de vinte anos de congelamento dos recursos da saúde na vida das mulheres, na vida de todos e todas brasileiros? [...] não dá para conversar de um lugar sozinho, porque já sabemos o desafio enfrentado em cada um de nossos municípios. [...] imagina congelar os recursos da saúde por vinte anos! [...] privatizando a saúde às claras. [...] Mas ao mesmo tempo também retirando outros direitos [...] na reforma trabalhista.

Destacou que todas essas reformas estão "associadas e impactam na vida das mulheres, não só na saúde, [...] quando retira nossas condições de trabalho, de salário, de condições melhores de vida e o desemprego na vida dos brasileiros, especialmente na saúde das mulheres " – todos no meio rural não têm plano de saúde e dependem exclusivamente do SUS.

Sobre o impacto na saúde, declara que *"nós lá da roça costumamos dizer assim quando trata da saúde: - Nem que venda a última cabeça de vaca que tenha lá, a última de gado, de galinha, do que tiver, mas vai lá e vai cuidar da saúde."*

Sobre a reforma trabalhista, *"se tira condições de trabalho, está impactando diretamente também na saúde, quando tira da gente os direitos previdenciários, [...] porque nesse processo, inclusive, estão desconstruindo na vida das mulheres uma luta digna nossa por igualdade [...]"*

Situação das mulheres rurais - ao revés da nossa luta, a proposta é igualar homens e mulheres na previdência [...] mas as mulheres rurais morrem cinco anos mais cedo que os homens e isso ninguém diz, [...] uma pauta muito forte da saúde, que nós queremos entender o "porquê".

Houve ainda o questionamento sobre a falta de discussão e os argumentos usados no Congresso para a reforma da previdência, para o congelamento de recursos da saúde por 20 anos; não aprovação do fundo de enfrentamento a violência, nesse último caso, o argumento é o de que "irá abrir as portas do SUS para receber as mulheres em situação de aborto" sem, na verdade, considerar a necessidade de prevenção ou apoio e acolhimento às mulheres que sofrem a violência – o aumento do feminicídio.

Questionou também a falta de delegacias de mulheres nos municípios para viabilizar a política de enfrentamento à violência desde os registros, cuja porta de entrada em geral é por meio dos serviços de saúde dos municípios – impactando diretamente na saúde das mulheres.

Alessandra Lunas reforça a necessidade de ampliar a discussão e as conversas sobre a violência e participação política das mulheres (percentual de participação nas chapas como candidatas) nos municípios brasileiros. O desafio neste momento está em garantir a voz das mulheres na "luta integral e unitária pelos nossos direitos, seja no Conselho de Saúde, seja no Conselho da Mulher, ou seja, em qualquer espaço articuladas com os diferentes movimentos sociais".

Aponta a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres como espaço para aglutinar as mulheres nas diferenças para demarcar a resistência questionou também a veracidade do argumento da falta de recursos e indicou a necessidade de CPIs na gestão dos municípios e no SUS.

Ângela Maria Martins da Silva iniciou sua apresentação se referindo ao processo democrático do Brasil e da América Latina que hoje exige "uma persistência e uma mobilização constante e também uma reação da sociedade para descolonizar as mentes". Discorreu sobre a agenda de mobilização e a pauta de lutas.

Destacou com entusiasmo a participação das mulheres, entidades da sociedade civil no processo desta 2ª Conferência, que reuniu 70.000 pessoas.

Destacou que desde 2011 as mulheres negras brasileiras iniciaram um processo que foi de mobilização da pauta da saúde e de outras reivindicações em nível nacional, articuladas com mulheres de religião afro-brasileira, mulheres da floresta, quilombolas, ribeirinhas, pescadores, lésbicas, idosas, jovens, indígenas, prostitutas, população de rua, refugiadas, enfim, todos os segmentos de mulheres para que nós pudéssemos unir nossa pauta, chegar a um consenso e marchar até o congresso e mostrar qual era a nossa realidade.[...] mostrando que não é possível que o racismo estivesse institucionalizado no país, e que a perdas de direitos constantes avançasse.

Em 2015 ocorreu a marcha pelo direito à vida, pelo direito à humanidade, pelo direito de ter direitos e pelo direito e reconhecimento e valorização das diferenças. "[...] marchamos por justiça, por equidade, solidariedade e bem-estar, que são os valores inegociáveis", sendo entregue em Brasília uma carta para o governo em 18 de novembro de 2015. Essa mobilização reuniu cerca de 50.000 mulheres, representando todos esses segmentos e diversos movimentos sociais e sindicais – para reivindicações prioritárias (6 de 54 reivindicações):

Sobre a incidência e a emergência internacional do Zika Vírus **Ângela Maria Martins da Silva** destacou

> *solicitávamos ao governo do Brasil que ele fizesse incidência imediata para encerrar a mortalidade de mulheres negras [...] providenciasse um projeto de saneamento a longo prazo, porque a incidência é maior nas comunidades onde residem a população negra e as mulheres estavam em situação de vulnerabilidade.*

Sobre a violência contra a mulher/feminicídio, destacou-se que os assassinatos das mulheres negras entre 2003 e 2013 aumentaram 52,4%. Apesar de legislação e diversos programas, ligue 180, disque 100, o número de mulheres negras assassinadas ter aumentado e hoje está em 54%.

Ângela Maria Martins da Silva expõe sobre o recrudescimento explícito dos ataques racistas e LGBT fóbicos que sempre sofremos – maior incidência na vida da população negra/ racismo. E questiona: "o que significa isso na nossa saúde? E como é a morte da população negra? Nós precisamos falar sobre isso, que incidência? De que forma isso acontece?"

Ainda destaca que os jovens negros e negras: "são assassinados pelos próprios agentes do Estado e o mesmo governo que diz nos proteger é ele mesmo quem mata". E reivindica sobre o *"aumento do custo de vida devido às tarifas administradas pelo governo, o detrimento das medidas de justiça social para enfrentar a crise econômica [...] sacrificando ainda mais as mulheres negras."*

Ângela Maria Martins da Silva fez um importante Resgate Histórico:

> *Em 1985 ocorreram as eleições indiretas que elegeram Tancredo Neves, em 15 de janeiro de 1985, acabávamos com 21 anos de ditadura. É importante a gente relembrar que o primeiro presidente era militar e sempre foram espaços ocupados por homens brancos e nenhuma mulher. Então, como é que nós falaremos de direito e cidadania plena se nós mulheres não ocupamos esses espaços, mas como falar sobre isso?*
>
> *Nós sempre participamos dos espaços dentro da nossa localidade, reivindicando direitos integrais na sociedade e é desse espaço que falamos da importância da resistência, a exemplo da abertura de ontem em que foi demonstrada indignação com esse governo - queremos nossos direitos garantidos e resistiremos.*
>
> *É importante estarmos atentas nas diferentes instâncias, desde o município e o estado, nos programas, no orçamento que é aprovado dentro dos Conselhos, das políticas. [...] desde o Governo Federal, estados e municípios para cortar os direitos dos trabalhadores e das trabalhadoras e da sociedade civil – para resistirmos de maneira unificada.*

Destacou o adoecimento da sociedade em decorrência do processo violento das mudanças impostas pelo governo por meio de votações em que negocia a dívida do agronegócio e reduz recursos para políticas sociais/direitos humanos desrespeitando à sociedade brasileira. Por isso, afirma “esta conferência vem nos dizer o quê? Viemos aqui para construir e reafirmar as pautas para as políticas de saúde, unificar para a luta e monitorar a aplicação das políticas.”

A partir da fala de **Ângela Maria Martins da Silva**, algumas Contribuições / Intervenções/Propostas são levantadas:

- Foram várias as manifestações sobre a luta pela legalização do aborto. De um lado, o entendimento de que o aborto é uma questão de saúde pública e a defesa da vida das mulheres na concepção do Estado laico, responsável por políticas públicas de saúde e, para as mulheres, a saúde e os direitos sexuais e direitos reprodutivos – o direito de elas decidirem sobre seus corpos. Para esse campo, a legalização do aborto, como ocorreu em todos os países, reduziria as mortes maternas evitáveis. Seguem abaixo:

  > *"O aborto é uma questão de saúde pública. As mulheres ricas são atendidas, as trabalhadoras, as pobres não". (delegada não identificada)*
  >
  > *"Nós temos sim que fazer cumprir o aborto legal e nós temos que lutar pela descriminalização do aborto".(delegada não identificada)*
  >
  > *"O aborto é uma realidade, infelizmente, na saúde pública, [...] seria bom que não precisasse acontecer, mas existe uma pesquisa mostrando que um quinto das mulheres adultas já fizeram um ou mais abortos, por que elas fazem? Elas gostam? Não, os métodos falham e muitas vezes elas são casadas, já têm filhos, cuidam da vida, de muitas vidas. As Católicas pelo Direito de Decidir chamam atenção, reflitam mulheres, você pode julgar e atirar pedra, muitas religiões, variadas religiões admitem isso, admitem a interrupção de uma gravidez por vontade de uma mulher que está em variadas situações [...] o tema é muito triste para as mulheres". (delegada não identificada)*
  >
  > *"Aborto legal é direito lá no código penal, aborto há duas situações, uma delas é a situação da violência /estupro e a outra é o risco de vida da mãe." (delegada não identificada)*
  >
  > *"A gente tem que abraçar essas mulheres, a gente tem que apoiar essas mulheres." Existe um programa chamado Planejamento Familiar - a gente faz todo o planejamento, mas é falho. Lutamos aqui pelos direitos da mulher, não sou eu que tenho que decidir se ela vai abortar ou não, o corpo é dela, a vida é dela, quem responde por isso ela, [...] ela tem condições de decidir". (delegada não identificada).*
  >
  > *"A mulher é criminalizada por ela fazer o aborto e nós não podemos mais ser criminalizadas." (delegada não identificada).*

- Outra posição manifestada é de cunho religioso e se manifesta contrária à legalização do aborto. Reconhece que o Estado tem que garantir a saúde da mulher e defende um programa de acolhimento/atendimento às mulheres na intenção do aborto para que seja atendida por psicóloga, assistência social, secretaria de trabalho, empreendedorismo. Reconhecem o livre arbítrio, mas se realizar o aborto, que responda religiosamente.

  > *"Enquanto agente de saúde nós defendemos a vida, nós lutamos para que essas mulheres, principalmente as adolescentes, não venham pensar no aborto".*

- Não aceitar o desmonte da atenção básica – a saúde integral fica reduzida quando se retira a atenção básica (equipes multiprofissionais) que é a porta de entrada do SUS; afeta a prevenção de doenças e a promoção de saúde e se promove a doença e tratar a doença é muito mais caro do que se prevenir. Os nutricionistas, os profissionais de educação física, fisioterapeutas e todos outros profissionais da atenção básica foram retirados sem consulta pública. Lutar por um SUS de qualidade e para todas as pessoas.

- Luta em defesa do SUS e fortalecer os Conselhos /controle social – pessoas e entidades deverão participar de maneira unificada e articulada em defesa do SUS e contra a PEC 95 que congela os recursos da Saúde por 20 anos. SUS 100% público e estatal. Garantir o nosso SUS para ter política de atenção integral à saúde da mulher. O SUS da democracia, a democracia é SUS.

- População do campo – enfrenta a violência e problemas sérios de saúde pela contaminação/agrotóxicos e, além disso, o câncer de colo de útero das mulheres. 1. Violência/assédio sexual: a violência dos latifundiários no campo (luta pela terra) afeta a saúde da população, em especial das mulheres trabalhadoras; 2. Saúde afetada por agrotóxicos - exige discussão e ações para controlar o uso de agrotóxicos; toneladas de inseticida que são jogadas nas áreas rurais, como na de plantio da soja.

- Derrotar o golpe político com unidade e amplitude - reconstruir a nação brasileira e defender o SUS, que é patrimônio dos/as brasileiros/as, em especial das mulheres - construímos o SUS, desde o movimento da reforma sanitária e vamos resistir contra ao seu desmonte, com unidade e em rede desde os municípios.

- Valorização da medicina tradicional – pelo reconhecimento da medicina tradicional no SUS. Reflete o conhecimento e a cultura de parte da sociedade que é marginalizada seja de candomblé, indígenas. É o preconceito? ´E praticada na sua grande maioria por mulheres e mulher negra, periférica e de candomblé que enfrenta o racismo.

- Desigualdade como problema social e de saúde – a desigualdade é histórica e para superar devemos nos unir na luta e aprofundar nas especificidades – raciais, étnicas, gênero para entender melhor, mas não pode está desligada da compreensão desse abismo que marca as classes no Brasil- todas as situações vividas e problemas nos serviços de saúde atingem mais quem é pobre, da área rural e quem é negro.

- Gestão política de saúde – somente avançaremos quando for conquistada gestão compartilhada e com compromissos político, principalmente dos parlamentares. As mulheres são a maioria; militantes dos movimentos sociais, de trabalhadoras e trabalhadores lutando pelos nossos direitos; por políticas públicas para a saúde das mulheres e muito pouco conseguimos. Ir para as ruas defender os nossos direitos, nossas políticas públicas.

- Fortalecer as políticas de saúde para as mulheres – ampliar a participação das mulheres nos Conselhos de Saúde e nos espaços institucionalizados deliberativos para monitorar o cumprimento das decisões.

- Questionar e impedir as OS, OSCIP – fortalecer o controle social - discutir as OSs e o desmonte da estratégia de saúde da família. Proposta para o CNS ter posição firme nesse enfrentamento. Sugestão para impedir OS e OSCIP – providencias a partir do Conselho Estadual de Saúde; representação do governador junto a Procuradoria da República e representação dos Secretários junto ao Ministério Público do Estado para tomarem as providências. Cobrar do MP à posição juntamente com o Tribunal de Contas.

- Formação de Profissionais de Saúde – investir na formação de profissionais de saúde na concepção do SUS para substituir o modelo biomédico que é de uma lógica masculina.

- Sobre a 2ª Conferencia – importante decisão de realizar essa Conferencia na atual conjuntura de desmonte da saúde e retirada de direitos sociais. Momento de resistência. A conferencia tem um papel fundamental na vida de cada mulher e de cada homem que esta aqui, de cada criança, de cada jovem que aqui não pode estar e dos movimentos sociais. Cabe denunciar a violência urbana, o agronegócio que vem acabando com os nossos recursos minerais, o veneno nos mata todos os dias.

- Integralidade – A Conferência não é para referendar o direito individual de cada um de nós – existe a igualdade constitucional de direitos mas há desigualdade/propriedade; desiguais no acesso. Existem interesses em conflito e a integralidade depende de construir consensos com responsabilidade entre trabalhadores/trabalhadoras e gestores/gestoras para posicionarmos frente ao patriarcado, machismo, fascismo.

- Descaso com a saúde indígena- Unidade na luta raça/gênero/ com atenção as mulheres Indígenas – a luta se fortalece quando há união e solidariedade raça/etnia/gênero pelos direitos coletivos e respeito à diversidade – negros, indígenas, quilombolas. Indígenas com direitos violados no direito de demarcação de terras; sem ter onde morar, sem ter unidade de saúde (são atendidos em igreja, em chiqueiro, embaixo de árvores). As mulheres indígenas sofrem preconceito e discriminação quando necessitam dos serviços de saúde. P. Ex. tratamento de câncer da mama, câncer de útero – reclamam de exigências especificas feitas para realizar o tratamento/ senha do Município. Vivenciam a violência obstétrica dentro dos hospitais, as mulheres que não consegue ganhar neném na aldeia que chega ao hospital elas são discriminadas, são mal recebidas.

- Construir redes para empoderar as mulheres – elaborar as políticas e unir pela luta em defesa da vida das mulheres:

    - Integrar os programas na versão básica, com a participação em redes com verbas para sua efetivação, ouvindo os movimentos sociais existentes, criando um banco de dados das especificidades de todas as mulheres, essa é uma proposta.

    - Criação de fóruns de debates para fazer a troca de saberes das mulheres por meio de redes nos Estados.

    - Propostas unificadas para que os governos respeitando as especificidades (ciganas, indígenas).

- Mulher rural /o trabalho escravo – fiscalizar o trabalho rural e definir políticas especificas para a situação especifica de trabalhadoras do campo - os direitos não são respeitados - as mulheres ficam grávidas e não têm direito nenhum, ganham os filhos e com quinze dias elas já estão trabalhando na horta, mexendo com as crianças junto com defensivos agrícolas.

- Constituir Frente Nacional contra a privatização da saúde, por uma saúde pública de qualidade,100% SUS.

- Resistência contra a retirada de direitos, Reforma Trabalhista e da Previdência realizadas contra a população, contra os trabalhadores.

Poema dedicado ao povo indígena e quilombola – *RESISTÊNCIA*

> *Sou quilombola, sou índio, sou resistência chegaram aqui, tomaram as nossas terras, nos atacaram, nos mataram e resistimos, sou índio, nos trouxeram para cá, nos escravizaram, enriqueceram em cima de nosso sangue e resistimos, sou quilombola, hoje aqui estamos índios, quilombolas e todas lutando pelo mesmo objetivo, resistir e existir. Sou quilombolas, sou índio, sou mulher, sou ser humano, nos respeite, resistiremos, queremos viver não tente nos tirar esse direito, pois resistiremos, tire sua ambição de cima do meu pedacinho de chão, pois resistiremos. Ei, vocês golpistas, escravagistas, homofóbicos, racistas, ruralistas, não passaram, pois resistiremos e viveremos, demarcação já e nenhum a menos.*

Palavras finais das Palestrantes:

Alessandra Lunas:

> *Acho que todas nós fizemos uma viagem no tempo, só com essa fala, com essas poesias aí, obrigada companheiras por proporcionar esses momentos tão profundos. Eu vou começar aqui e longe da pretensão de qualquer uma de nós reagir a tudo que vocês disseram, também nem seria o nosso papel - cada uma de vocês aqui representando essas 70.000 mulheres que participaram das Conferências Municipais, tem aí uma riqueza de questões, de especificidades para trazer para cá. Mesmo que a gente estivesse aqui numa mesa imensa de representação, talvez a gente ainda não conseguiria e nem poderia ter a pretensão de falar em nome de todas. Eu acho que o que faz a grande diferença e é esse o papel de uma conferência - é dar voz a cada uma [...] é preciso garantir sim a voz trazida por cada uma. [...] às vezes disse tudo que a gente gostaria de ouvir, talvez não, mas é o que cada uma de nós representa e como luta conjunta nos vemos nos processos. [...] acho que ficou claro aqui para nós os vários desafios que nós temos, inclusive, para a unidade da luta, [...] ouvindo as várias falas e aí principalmente a questão do aborto[...], que bom que essa questão nos incomoda a todas, [...] e são raros os lugares que a gente consegue conversar sobre isso[...] Começando pela nossa casa com as nossas filhas é difícil, vamos admitir é difícil e às vezes concordando ou não quando a gente menos espera esta na nossa família. Então como lidar com essas questões? É por isso que eu fazia a brincadeira do chazinho [...] a companheira indígena um dia em uma oficina sobre enfrentamento a violência em Roraima, ela dizia: "Ah, mas nós indígenas se quiser a receita completa, não é para fazer o aborto, inclusive, para marido não fazer mais filhos." [...] é um debate muito sério para a gente fazer sobre a saúde reprodutiva, do processo como um todo o que significa[...] a unidade das falas aqui foram muito boas nesse sentido de que independente das questões essa luta é nossa, mexeu com uma mexeu com todas. [...] Companheiro ali me provocava com relação a história dos agrotóxicos, se a gente pegar só nesse debate os dados mostram, inclusive, o alto índice de mulheres com aborto espontâneo, inclusive, em áreas a aonde convivem próximo da pulverização de agrotóxicos indiscriminados pelo agronegócio, mas ninguém vai perguntar para ela lá no Sistema de Saúde, o que foi que aconteceu primeiro? Primeiro ela sofre a discriminação. [...] independentemente da situação de cada uma, das suas crenças, eu acho que a primeira coisa aqui que ficou muito clara na fala de todo mundo foi a autonomia, [...] essa é a primeira pauta que nós trazemos*

[...] mulheres com autonomia nesse processo, autonomia para discutir, autonomia para dizer se eu concordo ou não, mas autonomia também para poder garantir também o direito da outra independente de criminalizar. [...]várias falas trouxeram aqui [...] a onda conservadora que nós estamos enfrentando, que a gente precisa olhar como é que elas impactam nas nossas vidas, será que foi um recado à toa para cada uma de nós - proibir que os planos de educação falem sobre relações de gênero? Foi não, nós estamos vivendo com isso [...]vocês trouxeram relatando aqui, [...] é o impacto da emenda constitucional 95, agora que não é mais PEC 155, [...] que estão decidindo as nossas vidas não escutam as nossas vozes, acho que esse é o recado mais forte para cada uma de nós. [...] como é que a gente consegue reforçar essa luta? [...] quando a gente vê, às vezes, ocupando esses espaços que decidem as nossas vidas, pessoas que não nos representa. Agora vamos tirar o chapéu para aquelas que nos representam, tem várias que nos representam e eu queria aqui tirar o chapéu, inclusive, para a atuação da Fátima Bezerra, Jandira Feghali, Gleisi Hoffmann enfim, tem uma lista de companheiras que nos representam a altura e é dessas que a gente quer falar, [...] e quer que contagie as outras mulheres que estão naquele espaço, que às vezes não tiveram oportunidade de beber na fonte da luta e da reivindicação das mulheres. Não basta de fato ser mulher por isso o debate da luta e da construção coletiva lá nos municípios é que faz a diferença, e o legado das conferências precisa ser vigiado de perto por cada uma de vocês, para colocar nos planos municipais, no PPA que está sendo feito nos Municípios, como é que a gente vai votar com tudo isso? Com essas bagagens que as conferências construíram e vamos bater forte na mesa dos prefeitos, [...] vereadoras e vereadores se mexam e a gente vai mostrando que o povo está organizado para dar resposta à altura. [...] continuaremos mobilizadas em cada um dos espaços que a gente retornar para conseguir fazer efetivamente as coisas acontecerem. E uma sugestão para vocês, [...] fazer em nível nacional os interconselhos, porque [...] assim, como nas nossas falas, a gente só vai conseguir defender também a pauta coletiva se fizermos esse exercício permanente que começa em casa, nos municípios, porque quando a sociedade civil tiver lá no Conselho de Desenvolvimento Rural batendo contra o agronegócio, discutindo soberania alimentar que está discutindo saúde, tiver lá no Conselho da Mulher dizendo dos impactos desse modelo de desenvolvimento na vida das mulheres, está discutindo modelo de desenvolvimento. Então não dá para a gente realmente continuar segmentado, porque como eu estou dizendo a força dos que fazem a luta nós somos os mesmos. E para encerrar eu trouxe o foco da minha fala e vocês seguem a gente de novo, a gente roda, roda e empata no lugar só, é de que modelo de sociedade nós estamos construindo. Então tudo que a gente vem impactando nas nossas vidas nesse momento, que você dizia: "Eu queria que acontecesse isso, isso, isso." E a lista foi grande aqui, ela só se resolve na nossa resistência, na luta para que o estado realmente assuma o papel dele como Estado de Direito e não o Estado que retira os Direitos - e essa é a luta, o foco da luta nesse momento, não só no Brasil. Eu fiquei muito emocionada com a fala de uma haitiana hoje que resistiu no plenário lá em baixo de manhã, para poder falar, ela disse assim. "Eu estou no Brasil, porque eu fui excluída do meu país e essa luta é nossa por direito, por democracia, por dignidade, pela vida das mulheres, ela ultrapassa as fronteiras e nós juntas com a solidariedade feminina vamos fazer a grande diferença e realmente mudar o mundo." Seguiremos em marcha! Um abraço a todas.

Ana Maria Costa

Bom, eu gostaria muito de agradecer todas as pessoas que se manifestaram aqui, especialmente as que se manifestaram em oposição às minhas colocações que para mim são da minha responsabilidade como profissional da saúde, como médica e eu acho que eu aprendi isso ao longo dos meus 40 anos de vida médica a suportar e tolerar a diferença do outro. Acho que essa democracia que a gente aprende a desenvolver faz parte da função mais generosa do profissional de saúde que é ser solidário ao outro e ser solidário é compreender o tamanho da dor do outro e o tamanho da dimensão dessa dor para o outro. E é por isso que eu acho que é muito difícil ajuizar sobre a questão do aborto, é muito difícil alguém dizer que as mulheres que abortam são irresponsáveis ou são assassinas ou são negligentes ou qualquer outra coisa. Eu afirmei aqui, volto a afirmar a gravidez indesejada acontece em todas as mulheres, em todas as classes sociais, religiões, ela é um acidente que pode ocorrer na ausência ou na presença de planejamento familiar, até mulheres laqueadas não deixam de ter o risco de ter uma gravidez indesejada, portanto essa gravidez indesejada, a grande maioria delas, cai na decisão de interrupção da gravidez. Quais são as mulheres que sofrem, morrem, pagam com suas vidas, com sua saúde quando elas interrompem a gravidez? Não somos por certo as mulheres que têm condição de ir a uma clínica, são as mulheres que vão para o serviço clandestino e fazem abortos de risco, falar que tem indústria de aborto é um equívoco, porque as mulheres vão fazer os seus abortos fora do sistema, fora dos consultórios privados, fora da medicina comercial ou do acesso. Por.exemplo: As tecnologias que poderiam reduzir o risco dessas mulheres, até o Citotec, hoje é tão difícil de conseguir, não é isso? Que facilitou tanto e reduziu tanto os problemas decorrentes do aborto clandestino, até o Citotec que é singelo medicamento está difícil. A gente precisa pensar seriamente que se estamos em uma Conferência de Saúde temos que aprender a pensar com mais complexidade, não é sobre nós, sobre mim, sobre minha filha, sobre minha amiga que falamos. Nós estamos aqui para deliberações que sirvam para todas as mulheres do Brasil, para todas, deficientes, indígenas, negras, religiosas, ateias enfim, todas nós, médicas, não médicas, lavradoras, industriarias, todas. Nós estamos aqui falando do conjunto das mulheres brasileiras e sair com uma posição intransigente, não democrática, intolerante e até míope em relação às questões, a grave questão de saúde pública que é hoje o aborto clandestino é no mínimo uma falta de compromisso político dessa Conferência. Essa Conferência que ontem mostrou a que veio, o seu compromisso político com mudança, com outros valores, não pode retroceder e ficar numa posição intolerante em relação ao direito das mulheres fazerem aborto sem riscos à saúde. Nós não estamos falando em prescrição de aborto, acho que todas nós temos o direito de decidir por fazer ou não, nós temos, inclusive, o direito de advogar contra a realização, sem violência. Em Brasília recentemente o governador teve que vetar uma lei que pedia, que orientava que fotografias de mulheres e de fetos sendo abortados fossem exibidos para todos as mulheres que em condição de gravidez, ou seja, isso é uma violência. Outra violência é quando, por exemplo, projetos de leis absurdos surgem no nosso congresso nacional para dizer que as mulheres que são estupradas têm que ter seus filhos e que seus filhos devam ser adotados por creches estatais - que violência contra as mulheres, que violência contra as

crianças, isso é um absurdo - as pessoas confundem o que é uma gravidez, o que é uma gestação e o que é maternidade! Que todos nós que somos mães sabemos que isso é ser muito mais do que um processo gestacional, isso é um desrespeito às mães, porque nós quando construímos nossa relação com os nossos filhos, isso se dá em um crescendo, não é? A maternidade é uma responsabilidade, dizer que é ser irresponsável a mulher abortar por alguma justificativa dela é desconhecer a responsabilidade da maternidade que envolve infraestrutura, assistência médica, presença dos companheiros, acesso à comida, educação a vida inteira. Eu tenho filho de 40 anos que até hoje sou eu que cuido e é assim, é assim, não é? Filhos desejados e tidos na hora que eu pude e quis ter. Então esse mérito, essa vantagem deveria ser de todas nós, é isso que a gente não pode abrir mão. Agora em relação a algumas perguntas: várias pessoas contribuíram com propostas magníficas. Eu queria até dizer para as minhas parentes indígenas, quando eu me formei médica eu fui trabalhar com vocês e foi lá que eu aprendi o respeito, foi lá que eu aprendi a ser humana, foi lá que eu aprendi o que é ser diferente, até onde eu podia intervir como médica e até onde eu deveria conviver com as tecnologias de vocês, próprias da sua cultura e que devem ser respeitadas. Isso é que é fundamental, esse convívio da diferença e essa ausência de uma intenção de ser eu a detentora da verdade. É uma prática democrática que devemos cultivar entre nós que somos do campo da saúde, do campo humanista é um campo de respeito, é um campo da solidariedade. Vocês falaram muito, a companheira de religião de matriz africana trouxe a questão da incorporação pelo SUS da medicina tradicional, eu até interrogo isso, eu não sei se ela está por aqui ainda, mas, eu tenho

muito cuidado com a institucionalização das práticas tradicionais, [...] porque muitas vezes a institucionalização mata a tradição. Então o que é que nós precisamos problematizar a cerca disso. Acho que é uma questão importante, alguém me pede para comentar a questão da violência que é sabidamente um dos agravos mais importantes e um dos grandes desafios para o campo da saúde, porque até muito pouco tempo se virava as costas para a violência doméstica, para a violência sexual. E, ainda hoje, muitos profissionais se negam a encarar, a enfrentar e ser um profissional de saúde ao deparar com situações de violência é uma atribuição de todos os níveis, está lá na atenção básica e está na alta complexidade, é um evento que pode ser surpreendido precocemente. Portanto eu acho que nós precisamos de tirar dessa conferência fortes diretrizes acerca da prevenção, da punição, do reforço a legislação a lei Maria da Penha, mas especialmente a responsabilização do serviço de saúde, da atenção básica a violência sexual, violência doméstica e outras formas de violência que, hoje, estão sobejamente disseminadas como, por exemplo, a violência contra idosos, violência contra crianças. E que muitas vezes são também, as mulheres, as mais prejudicadas. [...] eu não poderia interromper a minha participação aqui nesse final, não discutindo dois aspectos. Um é a provocação que a companheira fez de discussão de modelo de gestão, de fato quando o SUS foi criado na gestão preferencial sempre foi a pública, a gestão direta. Nós não podemos esquecer que o Brasil, logo depois da criação do SUS adentrou [...] nas crises permanentes do capitalismo e a chegada desse tal neoliberalismo que vai tirando, enxugando a participação do Estado nas políticas públicas- nós pagamos quase 50% do dinheiro que o Brasil produz para pagar dívidas e juros de dívidas [...] As nossas políticas

sociais têm levado uma fatia muito pequenina do dinheiro público, isso tem feito com que o SUS cada vez mais descumpra o que a Constituição e a Lei Orgânica mandou que ele cumprisse, - por exemplo, não temos carreira de profissionais de saúde, isso faz com que os gestores justifiquem a criação das fundações ou das OSs ou de qualquer outro mecanismo, isso é não enfrentar o problema na sua raiz, e busca-se alternativas de desmonte da proposta original do SUS. Temos que bater fortemente em todas aquelas estratégias que selecionam clientela, que impedem acesso universal, que tem dificuldade de manter o controle social, a participação social. Finalmente é importante que a gente diga, falou-se muito aqui a Alessandra falou aí de várias outras companheiras sobre a questão da reforma política, do sistema político - sobre a importância de termos uma intervenção organizada sobre o poder legislativo. É ali que se faz muita política de saúde, é ali que estão os grandes lobbies da indústria, é ali que direciona todos os interesses do mercado, portanto, mais que eleger bons representantes, saber quem é que nós colocamos para nos representar na democracia representativa - é vigiar, é pressionar. A nossa presença dentro do Congresso Nacional é essencial, nós precisamos de sair daqui com uma exigência que o Conselho Nacional de Saúde crie um observatório de processo Legislativo do Congresso Nacional para que todos os movimentos, todos os delegados, todos os Conselhos possam vigiar e cobrar dos seus respectivos políticos. Nós precisamos inaugurar uma prática profunda e plena de cidadania e isso envolve participação, envolve compromisso e responsabilidade". Obrigada pela paciência.

Ângela Martins

Trouxeram aqui algumas questões, a primeira, sobre as indígenas - eu gostaria de relembra-las - fazem 33 anos que eu estou na militância no movimento social e é importante lembrar que na primeira Conferência de Políticas para as Mulheres, as mulheres negras, o movimento de mulheres negras e o movimento de mulheres indígenas fizeram uma pactuação - escreveram uma carta onde nós somos ímãs, mulheres negras e mulheres indígenas, e eu respeito a pactuação política como militante e ativista [...] é nesse sentido que nas minhas falas sempre estou citando as indígenas, respeitando essa pactuação política. A outra questão [...] refere-se a OS, [...] e aposentadoria para mulheres. Compreendo assim, é importante nós sabermos que a questão da saúde é apenas um espaço, o ser humano é integral e nós precisamos lutar por todas as políticas públicas para vivermos uma cidadania plena e de direitos, portanto a Reforma da Previdência, a Reforma Trabalhista estão aí, e é necessário que nós façamos o acompanhamento [...], é necessário que existam sim aposentadorias especiais para quem tem necessidade e é preciso que se respeite isso. Em relação à aposentadoria, uma denúncia que eu gostaria de fazer e solicitar a vocês atenção, é grave, gravíssima para mim. Eu não vi que aqui nesse pleno tem pessoas que acompanham o Conselho do Idoso. É grave a situação dos aposentados, principalmente as aposentadas violentadas pelos seus filhos, por seu genros, na questão da sua aposentadoria - a aposentadoria é para quem já trabalhou e possa viver minimamente. E a questão das denúncias de violência contra essas mulheres é gravíssima, [...], pelo menos no estado do Paraná, é o primeiro em denúncias de violências existentes, esta está em primeiro lugar, filhos que pegam um o Cartão,

retiram a aposentadoria; genros que detonaram com os bens; filhas que desrespeitam os aposentados em nome de seus companheiros. Em relação à aposentadoria [...], gostaria de deixar enfatizado isso, é grave o que as mulheres e homens aposentados estão vivenciando, no sentido da violência e para mim qualquer violência está diretamente relacionada à saúde. E por fim, vou [...] falar, na pratica, porque o racismo adoece. Então vamos para a prática. Tem dois jovens negros andando na rua, à noite, 23h. Aconteceu um assalto na farmácia, um é branco e outro é negro, os dois saem correndo e a polícia chega, e vai atirar no jovem negro primeiro. Muito bem, vocês já sabem, eu só estou repetindo para entender. Bom, se matou um jovem negro é questão de saúde, se matou uma família de pessoas negras é questão de saúde. Na hora do pré-natal as mulheres brancas fazem mais exames de pré-natal do que as mulheres negras, e isso é o racismo institucionalizado. Os médicos entendem que nós somos mais fortes, e que nós temos mais resistências na hora de parir, é mentira! Isso é racismo institucionalizado, é o mesmo estupro que o homem branco fazia na época da escravidão, que se repete agora, nós somos tão sensíveis iguais a qualquer outra mulher. Vamos novamente para outra prática concreta sobre porque o racismo adoece. Falando agora a questão da medicina tradicional. É importante sim, é terrível, nossas mães-de-santo atendem pessoas o dia inteiro - , porque que o psicólogo pode cobrar R$ 240,00 a hora, e uma mãe-de-santo tem que atender de graça sem ser respeitada sendo discriminada? Quando estamos falando desta prática, as mães-de-santo, os terreiros vivem cheios atendendo pessoas. Elas passam chá, passam pomadas, elas fazem massagens, conheço, pelo menos 15 que estão aqui nessa conferência, fazem isto. Continuando por que o racismo adoece essas mães-de-santo, sim! Porque elas não são reconhecidas. [...] Elas têm

filhos de santo, assim como eu tenho uma mãe-de-santo, todas as mães, o nome já está dizendo mãe de santo, elas nos cuidam. Se nós adoecíamos elas não podiam, até recentemente, entrar no hospital para fazer uma visita. Eu tenho especificidades que só elas conhecem, mas os padres podiam entrar nos hospitais e fazer suas rezas, levar suas bíblias, e os pastores também, fazem suas orações dentro dos hospitais. Então na prática o racismo adoece é isso, porque que o pastor e o padre podiam? E por que a mãe-de-santo não podia, vamos para frente. Falaram aqui, [...] sobre as mulheres encarceradas, ou privadas de liberdade. Basta vocês fazerem uma visita no presídio, se tiverem à coragem, [...] ou basta olhar os dados da Conferência de Segurança Pública. Todos sabem, é notório, é real, não estou falando de novidade nenhuma - todos que chegaram aqui nesta conferência são pessoas que têm consciência sobre dados e consciência política [...]. Todos sabem que os presídios estão lotados de homens e mulheres negras, isso adoece as famílias. Como se não bastasse, os homens, nossos companheiros negros, deixam as mulheres negras lá fora, sendo despedidas, porque no mercado de trabalho estão até sindicalistas, eu vi sindicalistas aqui dentro, uma citou que era a CUT, a outra falou que era trabalhadora rural. Estou falando alguma mentira? Quem será a primeira a ser despedida nesse sistema conservador que nós estamos vivendo? E com essa flexibilização? No mercado de trabalho quem será a primeira a ser despedida? Todos sabem, o movimento sindical sabe, são elas que falam, já existem dados, eu não estou falando nada de novidade. Isso não vai adoecer as famílias? A primeira, mulher e assim é um homem negro, assim será. E se o homem negro está preso, a mulher negra é que vai ter de sustentar e trabalha com trabalho terceirizado, [...] trabalhando como empregada doméstica. Então o

racismo adoece, é isso, é simples é dessa doença que nós estamos falando. Não bastasse, vai ter a desobrigação familiar, vai ter o problema na escola pois, essas crianças negras vão ter dificuldade no desenvolvimento escolar, e lá novamente vão ser discriminados pelos alunos e pelos professores, e pela escola sem partido, e por tudo, porque não podem ir com suas guias em sala de aula. Tem um comportamento que é característico das crianças negras, e lá novamente o problema continua. Ele vai cursar no máximo até o nono ano em média, [...] ele já pode cair na marginalidade, e lá ele vai ser o quê? Um jovem privado de liberdade. O que acontece? Quem tiver coragem vá lá trabalhar. 60% deles são amigos, negros e negras, inclusive, carentes de formação, porque quem dá a formação faz o processo de ressocialização é a polícia, eu nunca vi quem bate e quem mata fazer processo de ressocialização, e isso é caso de saúde, é caso de direito. [...] E, para encerrar a minha fala, tudo isso corroborado por governo corrupto e golpista, através do quê? Da palavra chamada racismo institucional, porque o governo sabe de tudo isso, sabe exatamente qual é o número de população negra no Brasil, sabe qual é exatamente o número de mulheres negras no Brasil. E ele faz o quê? Ele corrobora com essa política quando ele tira direitos da população negra, como é a DIM agora que vai ser votada sobre as terras quilombolas. O que será desse povo, dessa população negra rural? Então isso vai fazer bem a nossa saúde? Quem morrerá primeiro? A mulher branca ou a mulher negra? Então quando nós falamos que o racismo adoece é isso, quando nós falamos de retirada de direitos é isso. Quando falamos da retirada dos programas sociais, é isso. Quando nós falamos da diminuição do valor da bolsa família é isso, por quê? Porque 52% das mulheres que tem acesso ao Bolsa Família são mulheres negras - elas estão fora do mercado de trabalho. Já as estavam lá no governo anterior, agora vocês imaginem em que situação estaríamos, e estamos, nesse governo desta forma. Ele é tudo de ruim, tudo de destruidor que possa existir corroborado por quem? Pelo conservadorismo internacional que está vindo aí, vejam as notícias, há no Brasil, na América Latina, corroborado pelos Estados Unidos. Ontem, os nazistas fizeram uma marcha, o movimento negro marchou junto, foram mortos 6 pessoas, ele não faz alusão nenhuma aqueles mortos, e sim dizendo que isso tem que acabar que não foi justo, e ele corrobora dessa forma, com o conservadorismo, com o nazismo, com o fascismo, como o fundamentalismo, com tudo de ruim que possa acontecer. Então se nós não ficarmos alerta, não resistirmos, [...] nos unirmos. Eu acredito que a união, todos e todas aqui que já exercitam minimamente isso, de alguma forma, agora é a resistência, -(para mim é a palavra-chave). Ou eles destruirão os pretos e os pobres deste país, da América Latina e do mundo. E era essa a mensagem que queria deixar para vocês, muito obrigada.

Por fim, ficou muito claro aqui na fala das nossas companheiras a importância da unidade, a importância de estarmos juntas, a importância de trazer para o centro da discussão as necessidades de saúde das mulheres. E, muito claro também ficou que a necessidade de saúde não perpassa especificamente pela questão de adoecer ou não adoecer, mas pela questão da seguridade social e dos direitos. Cumprimentos as companheiras que contribuíram muitíssimo com suas falas e debates reforçando as prioridades e as necessidades de tirarmos propostas que realmente representem os principais desafios da saúde das mulheres. E cumprimentar também a todas que aqui estiveram, mulheres indígenas, negras, com deficiências, quilombolas, ciganas, cuja contribuição fortalecerá as grandes linhas para as políticas públicas em defesa da saúde das mulheres, de cada uma e de todas.

3.2. **Do segundo ao quarto dia**

Tenda Nise da Silveira

Além da Programação oficial, durante a 2ª CNSMu ocorreram atividades paralelas que mobilizaram as mulheres e aprofundaram a discussão sobre temas transversais. A partir do dia 18 de agosto, ocorreram rodas de conversa e Oficinas na Tenda Nise da Silveira[27] instalada no espaço da Conferência, como segue:

18/08 Oficina sobre Saúde e Sexualidade/Dona Esqueleta;
Oficina sobreFitoterápicos e alimentos saudáveis;

19/08 Roda de Conversa sobre Violências e sua repercussão na Saúde das Mulheres e Feminismo – uma agenda de lutas e cidadania;
Roda de Conversa sobre a situação das Mulheres Indígenas;

20/08 Roda de Conversa: Saúde Mental e Diversidade – mulheres negras, camponesas, indígenas, ciganas;
Roda de Conversa sobre Mulheres com Deficiência.

E, após as 18 horas durante todos os dias ocorreram atividades culturais e lançamento de livros.

27 Tenda em homenagem a Nise da Silveira, psiquiatra alagoana que revolucionou a psiquiatria 'que enxergou a riqueza dos seres humanos que estavam "no meio do caminho" entre o existir e a dignidade; entre a loucura e a exclusão total, entre o aceitável e o abominável. "Ela agigantou a humanidade ao cuidar de brasileiros rejeitados pelo sistema e isolados do convívio. Se rebelou contra a psiquiatria dos violentos choques para "ajustar" – propôs um tratamento humanizado usando a arte para reabilitar os pacientes – a arte marcou o renascimento daquelas pessoas para a sociedade.

O nome da tenda foi escolhido em homenagem à psiquiatra alagoana Nise da Silveira, pioneira da terapia ocupacional na psiquiatria ao introduzir esse método Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro. A conferência encerra hoje, com participação de 1800 pessoas, após três dias intensos de debates que definem as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Tenda Nise da Silveira (CNS) – Espaço de Acolhimento, Cuidados, Ampliação de Debates, Lançamento de Livros e Ação Política transversais à Programação oficial da 2ª CNSMu.

As práticas de saúde integrativas fizeram parte da programação da Tenda Nise da Silveira, espaço organizado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no centro de Convenções Ulysses Guimarães e coordenado pela "Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde".

O acolhimento e os cuidados foram realizados durante todo o transcurso da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres - 2ªCNSMu, que ocorreu em Brasília de 17 a 20 de agosto em Brasília-DF. A programação constou da oferta cuidados de saúde às participantes da 2ª CNSMu com aplicação do Reiki, auriculoterapia, reza milenar, reflexologia, massagem, florais.

Em março de 2016, 14 tipos de práticas integrativas e complementares – PIC's o Conselho Nacional de Saúde aprovou e foram incluídas pelo Ministério da Saúde -MS no Sistema Único de Saúde - SUS. A programação, disponibilizando a atenção e cuidados com práticas integrativas, teve como objetivos:

a) sensibilizar as mulheres e homens presentes na 2ª CNSMu para conhecer as terapias que estão sendo implementadas no contexto da conquista das PIC's no SUS; bem como,

b) divulgar a política de educação popular em saúde, que tem Paulo Freire como referência para a construção coletiva e com diálogo", informou a conselheira nacional e coordenadora do Espaço de Cuidados da Tenda, Simone Leite (ANEPS/CNS).

As práticas foram oferecidas por profissionais das áreas e contou com o trabalho voluntario de participantes da conferência e de especialistas nos temas convidados e pessoas que chegaram para nos ajudar, cada um oferecendo a sua especialidade. O grupo de cuidadores foi constituído por delegadas, conselheiras de Saúde, convidadas e voluntários dos estados e de Brasília que organizaram e realizaram os atendimentos.

Rodas de conversas e Oficinas

A Tenda Nise da Silveira também contou com espaço reservado para rodas de conversas e oficinas, abordando temas como: a) Oficina sobre Sexualidade/Dona Esqueleta; b Violência Doméstica; c) Feminismo; d) Saúde Mental e Diversidade; e) Saúde das Mulheres com Deficiência; f) Direitos das Mulheres Indígenas, g) Oficina sobre Fitoterápicos e Alimentos Saudáveis.

Sobre a garantia do Direitos das mulheres indígenas Rayanne França, representante do Povo Baré do Amazonas, destaca que as mulheres indígenas sofrem violência desde sempre. "São inúmeras violações de direitos. A gente vem fazer esse diálogo para sensibilizar a todos e para lutar por um atendimento qualificado às nossas mulheres".

Lançamento de Livros

Na programação da tenda, foram lançados os seguintes livros: a) O livro infanto-juvenil e feminista "Mirela e o Dia Internacional da Mulher", com a participação da autora e cientista política Ana Prestes, neta de Luiz Carlos Prestes. b) O livro "Outubro Rosa – Do muito o que há por ser dito" da autora e médica Elcylene Leocádio, que reúne relatos de experiências no tratamento de câncer de mama.

Projeto Conselho Presente

Essa atividade que mobilizou as/os participantes durante todos os dias da Conferência. Foi a abordagem feita pela equipe do Projeto "Conselho Presente" que dialogou com as/os delegadas/os sobre a necessidade do fortalecimento dos Conselhos de Saúde e de mobilização em defesa do SUS coletando assinaturas / adesão a Rede de Mobilizadores/as para replicar as atividades/ações em defesa do SUS nas suas regiões.

Espaço de Ação Política

Houve a Campanha pela inconstitucionalidade da Emenda Constitucional - EC 95 de 2016 do congelamento dos recursos da Saúde por 20 anos. Foi também encaminhado junto as/aos delegadas/os e participantes o abaixo assinado – Somos Amigas e Amigos da Causa - SUS Público, Universal, Integral e de Qualidade em apoio a Ação direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5.658 com o objetivo de vetar a EC 95/16 que tramita no Supremo Tribunal Federal (STF).

Outras importante ação política é a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) que participou da Conferência de Saúde da Mulher com uma representação de alguns Fóruns/Frentes Estaduais dos seguintes Estados: Rio de Janeiro, Pará, Paraíba, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Alagoas e DF.E das seguintes entidades vinculadas ao `FNCPS: Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social - FENASPS, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM e a Rede Feminista de Saúde.

A FNCPS participou do Ato público realizado fazendo uso da palavra e de todas as atividades da Conferencia, com uma mobilização importante montou um stand improvisado da Frente com a distribuição da Nota da Frente para a Conferencia (Em anexo), do adesivo da Frente de outros materiais da Frente bem como da Moção da Frente que foi aprovada . A moção da Frente colocou as propostas que estavam na nota da Frente para a Conferencia.

Durante a Conferência, foram realizados contatos e reuniões com diversos movimentos feministas, conselheiros de saúde Nacionais e participantes do Fórum dos Trabalhadores de Saúde do Conselho Nacional (FENTAS).

Participou também da Plenária Final articulada com os diversos movimentos e entidades cantando palavras de ordem. As palavras de ordem da Frente ecoaram por toda a Conferência em coro, a saber:

O SUS é Nosso! Ninguém tira da gente!
Direito garantido! Não se compra! E não se vende!
E a OUTRA - A nossa Luta é todo dia. Nossa Saúde. Não é Mercadoria!

Cabe ressaltar que participantes dos Fóruns/Frentes Estaduais e Municipais participaram das conferências estaduais e municipais defendendo as bandeiras da FNCPS que estão na Nota da FNCPS.

Para esclarecimento, a FNCPS tem Fóruns em 21 Estados do Brasil e no Distrito Federal.

Mapa do Brasil onde existe Fóruns / Frentes Estaduais:

Fonte: FNCPS

3.3. **O quarto dia**

Da Plenária Final e das Experiências Premiadas

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, por meio de sua Comissão Intersetorial de Saúde das Mulheres – CISMu e com a cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-Brasil), desenvolveu o Projeto: "Experiências para o Laboratório de Inovação sobre a Participação Social na Atenção Integral à Saúde das Mulheres", visando identificar e valorizar práticas participativas inovadoras sobre o papel da participação social no acesso à saúde das mulheres em situação de vulnerabilidade.

O "Laboratório de Inovação sobre Participação Social na Atenção Integral à Saúde das Mulheres" compôs o processo de mobilização e organização da II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres - 2ªCNSMu, realizada em agosto de 2017 pelo CNS, com o tema "Saúde das Mulheres: Desafios para a Integralidade com Equidade", colaborando para identificar experiências de participação social na atenção à saúde das mulheres, dando visibilidade a essas experiências no momento em que todos os estados debatiam a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher na perspectiva de avaliar seus avanços e desafios com vistas a revisão da Política.

Dentre as experiências apresentadas, foram selecionadas seis práticas inovadoras, alinhadas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial da integralidade e universalidade com equidade, e nas quais a participação social foi a mola propulsora e enriquecedora do processo, aliada ao compromisso da gestão local e de pesquisadores militantes da academia demonstrando que o SUS é espaço de cuidado, cidadania e direitos.

Os relatos de cada projeto socializados nesta publicação demonstram a pluralidade e diversidade das vidas e saúde das mulheres, de um Brasil continental; e reafirmam o SUS como espaço de transformação e defesa da vida e da saúde. As experiências demonstram com exemplos concretos que é possível ter uma saúde de qualidade e com acolhimento humanizado quando se tem compromisso e vontade política da gestão, compromisso dos (as) trabalhadores (as), e quando as instituições formadoras assumem seu papel pedagógico considerando a realidade das populações envolvidas, e quando a participação social é respeitada, ouvida e integrada como sujeito político e agente de mudança.

Essa publicação tem o desafio de despertar corações e mentes, contribuir com reflexões sobre as práticas de gestão, de cuidado e de participação social, em defesa de um SUS integral, universal e equânime, potencializando ações e compromissos que promovam a saúde e a participação social na luta pela garantia da saúde, de direitos e em defesa do SUS.

A Plenária Final iniciou com uma breve apresentação dos Projetos "Laboratório de Inovações sobre a Participação Social na Atenção Integral à Saúde das Mulheres" parceria OPAS/CNS cujas 6 experiências nacionais foram Selecionadas e premiadas na 2ª CNSMu:

Projeto "Passo a Pássaro da Penitenciaria Feminina. Penitenciária feminina de Teresina de Teresina/PI (Piauí)".

Projeto "TransformaDor, parir com amor, sem violência. UFPA (Pará)."

Projeto “Barriguda - RN”. Instituto Santos Dumont (Rio Grande do Norte).”

Projeto “Práticas de cuidado em saúde com trabalhadoras do sexo”: extensão universitária desenvolvida pelo NUCED/UFC Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará – UFC (Ceará).

Projeto “Mulheres da AP2.2: grupos de convivência, educação em saúde e geração de renda nas unidades da ESF”. LIPAPS/UERJ (Rio de Janeiro).

Projeto do Ambulatório Trans de Sergipe: “Portas abertas - Saúde integral das pessoas trans: cuidar e acolher” Universidade Federal de Sergipe - Departamento de Fonoaudiologia - Campus Prof. Antonio Garcia Filho – Lagarto (Sergipe).

PROPOSTAS

As propostas ora apresentadas, foram amplamente debatidas na pluralidade e diversidade das mulheres e aprovadas pelas delegadas/dos na 2ª CNSMu e, indicam o caminho das mudanças necessárias na “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres”, tendo em vista, a superação das iniqüidades cotidianas e a inclusão de grupos sociais ainda invisibilizados na oferta de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se que as temáticas dos eixos nos debates dos grupos de trabalho e na plenária final demonstraram a riqueza e a compreensão de que a luta das mulheres por reafirmarem seus direitos específicos passa pela reafirmação dos direitos humanos e sociais e pela reafirmação da democracia.

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

O Eixo I reafirmou a visão do Estado Social com sua responsabilidade ético-política, econômica e social como mediador de ação solidária assegurada com a Constituição Federal com a seguridade social entre os brasileiros como Politica de Estado.

Do conjunto das 48 (quarenta e oito) propostas aprovadas neste tema, destacam-se elementos estratégicos para a defesa de um Estado democrático e laico, de nenhum retrocesso nas nossas conquistas, de defesa da Carta Magna, da Constituição Brasileira, de Defesa do SUS, contra todas as reformas que retiram direitos.

As deliberações destacam as questões básicas, essenciais e estruturantes para o exercício do direito a saúde e a vida dos brasileiros como a defesa radical do meio ambiente incluída a proteção dos mananciais, das matas e da produção agrícola com controle rigoroso e punição do uso criminoso de agrotóxicos e incentivos à produção e consumo agroecológico e com vinculação do controle das arboviroses às ações de saneamento básico na perspectiva de “Cidades Saudáveis”.

Destacam-se ainda deliberações pela garantia do financiamento que assegure a consolidação e ampliação de serviços direcionados à mulher revogação da Emenda Constitucional - EC 95 de 2016 e defesa de recursos constitucionais que assegurem no bloco da vigilância em saúde nas duas esferas de governo (âmbitos Estadual/Distrito Federal e Municipal) recursos para a vigilância e saúde da trabalhadora e do trabalhador (VISAT) e para a Rede nacional de Saúde da

trabalhadora e do trabalhador (RENAST) que é estruturante para garantir as políticas e programas de atenção integral à saúde das mulheres em toda a sua diversidade e pluralidade.

Propostas Aprovadas

1. Criar um mês específico – Mês Verde – para fortalecer as Políticas voltadas para a divulgação e conscientização da importância do consumo de produtos orgânicos e redução do uso indiscriminado de agrotóxicos. Fiscalizar e desburocratizar a aplicação da legislação de mananciais comprometidos com agrotóxicos e recursos minerais.

2. Fortalecer as ações intersetoriais de educação, promoção, prevenção e assistência em saúde das mulheres nas áreas de saúde, educação, cultura e meio ambiente, na lógica das cidades saudáveis, considerando os perfis sociais e epidemiológicos de cada território e garantindo recursos/insumos para implementação e manutenção das atividades a serem desenvolvidas.

3. Implementar ações específicas de proteção à saúde das mulheres de comunidades tradicionais, como camponesas, pescadoras, marisqueiras, indígenas, ciganas, pomeranas, negras e quilombolas; e soropositivas e fomentar novas formas de trabalho e produção, viabilizando a agricultura familiar, sem o uso de agroquímicos, e a agroecologia, visando à melhoria das condições de saúde e ao empoderamento da mulher, além de haver subsídio de financiamento para as produtoras que optem pela produção agroecológica.

4. Dar maior visibilidade aos estados e municípios da região norte do país quanto as suas especificidades, expansão territorial e mulheres ribeirinhas, garantindo aporte para o gerenciamento de informações tripartite e o financiamento permanente aos municípios e estados fronteiriços para melhoria do atendimento às mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica referente ao fluxo migratório de países vizinhos, preconizando a equidade.

5. Prever no planejamento orçamentário do SUS a garantia de ações que promovam a universalidade, integralidade e equidade no atendimento às mulheres, em rede, com sustentabilidade e organicidade, garantindo os direitos de proteção social.

6. Apoiar o Projeto de Lei nº 7.371/2014 que propõe o Fundo Nacional de enfrentamento a violência contra a mulher, criando e garantindo o funcionamento 24 horas em todas as delegacias e de Varas Especiais na Justiça e contratação de profissionais qualificados e capacitados para o atendimento das vítimas.

7. Vetar integralmente a proposta da reforma da Previdência Social da forma como está apresentada, por não atender biopsicossocialmente às necessidades da mulher, e realizar a revisão da reforma do plano de aposentadoria da previdência de forma a garantir que a mulher seja contemplada em sua integralidade, não permitindo a igualdade de idade entre os sexos para aposentadoria.

8. Revogar a Emenda Constitucional nº 95 (antiga PEC 241/55 de 2016) que prevê o congelamento dos gastos públicos durante 20 (vinte) anos. Revisar

os recursos destinados à saúde como suas funções e subfunções. Destinar com maior rigor a fiscalização da gestão de recursos e repasses. Aumentar recursos financeiros para os Municípios implementarem maior número de ações voltadas à Saúde das Mulheres. Estabelecer metas e assegurar em toda região assistencial os serviços necessários ao diagnóstico, estadiamento e tratamento, inclusive cirurgias.

9. Garantir a defesa e aprovação do Projeto de Emenda Constitucional nº 01/2015, que altera o artigo 198 da Constituição Federal, assegurando de forma escalonada (de 2017 a 2023, respectivamente: 14,8%, 15,5%, 16,2%, 16,9%, 17,6%, 18,3% e 19,4%) os recursos necessários ao Sistema Único de Saúde (SUS), público e de qualidade.

10. Que o Governo Federal execute as dívidas das grandes empresas que possuem débito com a Previdência Social, em substituição à Reforma Previdenciária que atingirá os direitos das trabalhadoras.

11. Que o Governo Federal garanta e realize Eleições Diretas Já, assim como a defesa da previdência social com a manutenção das conquistas históricas.

12. Fortalecer a participação e o controle social no SUS por meio da organização de uma agenda de defesa da democracia, dos direitos trabalhistas e da proteção social, dos direitos previdenciários e do Sistema Único de Saúde enquanto direito social, com vistas a construir um novo projeto nacional de desenvolvimento, que gere emprego e renda e que tenha compromisso com a igualdade social, de gênero e de raça e etnia.

13. Enfrentar e barrar os cortes de verbas nas áreas de saúde, as mulheres usuárias do SUS não vão pagar a conta da crise. Combate à mercantilização da saúde buscando maior controle do Sistema de Saúde Suplementar e o fim da precarização do trabalho das e dos profissionais de saúde.

14. Ampliar a luta na defesa da manutenção das conquistas e dos direitos atuais das trabalhadoras (es) e unificar posição contra as Reformas da Previdência e Trabalhista, a privatização, a terceirização e a entrada do capital estrangeiro no SUS e toda e qualquer retirada de direitos.

15. Manter e garantir idade mínima de 55 anos para a aposentadoria da mulher, considerando os impactos na saúde, sociais e econômicos.

16. Garantir junto ao governo federal recursos específicos (financiamento) para aquisição de mamógrafo, por polos regionais, a fim de promover uma assistência integral e equânime, conforme preconiza a Lei nº 11.664/2008

17. Garantir maior investimento para as maternidades e/ou hospitais que realizam partos, assegurando atenção qualificada e integral à saúde materna e infantil.

18. Garantir de forma efetiva que os recursos desviados dos cofres públicos dos municípios e dos estados da Federação retornem para os cofres dos municípios e dos estados de onde foram desviados para investimentos nas políticas públicas de saúde.

19. Obter do Governo garantias de maior investimento nas políticas públicas de saúde, de modo a ampliar seus alcances, desenvolvendo ações intersetoriais nos territórios de abrangência, para o fortalecimento da Política de Atenção

Integral à Saúde das Mulheres, por meio de Campanhas e ações de prevenção, de proteção, de diagnóstico e de tratamento: do câncer de mama e do colo do útero, das doenças sexualmente transmissíveis, da gravidez precoce, do abuso sexual e suas consequências, das situações de vulnerabilidade, da saúde da mulher idosa (na perimenopausa/climatério), na implementação de terapias e práticas integrativas com o uso da medicina alternativa em apoio à medicina tradicional, no tratamento das doenças emocionais e psicossomáticas; e, ainda, na implementação de programas de saúde que garantam o acolhimento, o diagnóstico e o tratamento das mulheres negras, indígenas, lésbicas, transgêneros, das mulheres privadas de liberdade do sistema prisional, das mulheres portadoras de necessidades especiais, mulheres com problemas de saúde mental, de dependência química e mulheres portadoras de HIV.

20. Garantir o financiamento da saúde para implantação e implementação de serviços direcionados à mulher.

21. Garantir uma porcentagem sobre a compensação de grandes transações financeiras (C.G.T.F), tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas multinacionais, atualmente isentas, destinadas à saúde das mulheres.

22. Que o Governo Federal garanta o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no bloco de vigilância e saúde, nos âmbitos Estaduais e Municipais para vigilância e saúde do trabalhador e da trabalhadora (VISAT) e amplie o financiamento na Rede Nacional de Saúde do trabalhador e da trabalhadora (RENAST) conforme prevê a Lei nº 141, de 13 de janeiro 2012.

23. Ampliar recursos financeiros para que os municípios possam implementar

ações voltadas para a saúde da mulher, como distribuição de repelente para todas as gestantes, a fim de prevenir a contaminação pelo Zika vírus, dengue e outros, fomentando a educação ambiental na sociedade visando reduzir os casos de Zika vírus e suas complicações (síndrome congênita) e todas as demais doenças relacionadas a transmissão vetorial.

24. Atualizar valores da tabela SUS, mantendo o financiamento dos programas existentes e ampliando os financiamentos estaduais e federais para os municípios, com a revogação imediata da EC nº 95/2016, que congela por 20 anos os gastos no âmbito da seguridade social, criando ainda incentivos financeiros para as equipes que atuam na zona rural dos municípios.

25. Defesa do SUS como sistema de atendimento integral, gratuito e universal, para garantir o acesso aos serviços, desde a promoção e prevenção até a recuperação sendo indispensável a ampliação do financiamento e da descentralização, com integração dos municípios, Estado, Distrito Federal e da União.

26. Criar leis que proíbam o uso de agrotóxicos maléficos à saúde. Incentivar a agricultura orgânica; fomentar a criação e fortalecimento das cooperativas, campanhas de conscientização de agricultoras para o uso adequado de pesticidas em parceria com os grupos de extensão rural; controle e fiscalização da comercialização, destinação de embalagens de pesticidas; acompanhar e fiscalizar o uso de agrotóxicos na agricultura (já que impacta diretamente na saúde das mulheres). Criar um espaço físico para integração de ações, pesquisas, capacitações e práticas agroecológicas, de forma a contribuir na geração de renda, fortalecendo a agricultura familiar e a

agroecologia. Ampliar e garantir a fiscalização dos ambientes de trabalho e estabelecer normas de ações educativas didáticas frequentes, para conscientização sobre os malefícios dos agrotóxicos e utilização adequada de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), sendo esses fornecidos pelo Governo Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal, inclusive na agricultura familiar, bem como incentivar hortas comunitárias com oficinas de capacitações. Capacitar as profissionais de saúde da Atenção Primária para o acolhimento, manejo, notificação e encaminhamento para serviço especializado (utilização de linhas Guias).

27. Garantir a fiscalização quanto ao uso de agrotóxicos e outras substâncias químicas nocivas a saúde humana, ampliando, qualificando e garantindo ações de estímulo ao consumo de alimentos orgânicos.

28. Que o Governo Federal adote mecanismos de Fiscalização do manejo agroecológico da produção agrícola, inclusive para diminuir as queimadas e o uso dos agrotóxicos, estabelecendo a coleta regional seletiva de embalagens de agrotóxicos, o monitoramento do uso dos mesmos por grandes e pequenos produtores agrícolas.

29. Garantir que Estado, Distrito Federal e Municípios tenham ações de prevenção e tratamento de problemas relativos à exposição de mulheres aos efeitos solares e de agrotóxicos e ações de fiscalização no uso de produtos agrícolas, produtos químicos nos solos, nos recursos hídricos e no ar, minimizando os impactos negativos sobre sua saúde. Fiscalizar e punir produtores e empregadores que usam agroquímicos proibidos, permitidos e outros agentes químicos, bem como incentivar a pesquisa, educação em saúde e comunicação nacional sobre os malefícios de seus usos. Proibir o uso de agrotóxicos próximo a residências de gestantes, a nascentes, a creches, a escolas, e em locais de aglomeração populacional.

30. Exigir que as leis punitivas para proprietários, produtores e empresas que pulverizam e aplicam agrotóxicos sem respeitar a legislação vigente, sejam executadas de forma efetiva e transparente, com fiscalização permanente dos órgãos competentes, bem como criar um Fundo de recursos oriundos dessas punições para tratamento e indenização de pessoas e/ou comunidades vítimas de agravos ocorridos pela contaminação com agrotóxicos.

31. Implementar ações políticas de incentivo a pesquisas dos impactos dos agrotóxicos na vida e saúde das mulheres e criar políticas públicas e legislação própria no combate à contaminação dos agrotóxicos e solventes voláteis no perímetro urbano, nos conglomerados rurais e contaminação das águas e realizar sistematicamente coletas de água para análises de contaminação por agrotóxicos

32. Fortalecer a Agricultura Familiar tomando como base o trabalho desenvolvido pelas mulheres no meio rural, respeitando os princípios da agroecologia, com incentivos à produção livre de agrotóxicos e a comercialização solidária

33. Defender que todo empreendimento que cause impacto social e ambiental deverá ser analisado e aprovado pelos conselhos nacionais de saúde, meio ambiente e agricultura evidenciando os prejuízos sociais, ambientais e de saúde na população, em especial na saúde das mulheres; implementar política pública de fiscalização e controle do uso de agrotóxicos na atividade agrícola, estimulando o desenvolvimento econômico da agricultura familiar.

34. Garantir, por Lei, a proibição do uso de agrotóxicos prejudiciais à saúde e à vida das trabalhadoras e dos trabalhadores rurais e da população em geral. E que esta proibição seja fiscalizada pelo poder competente, com o direito de participação das trabalhadoras e trabalhadores rurais, através do seu Sindicato, bem como desenvolver pesquisas com relação às substâncias e seus efeitos sobre a saúde de seres vivos, aperfeiçoando os mecanismos da vigilância em saúde.

35. Orientação dos órgãos competentes às agricultoras quanto ao uso de agrotóxicos que causam risco a saúde da mulher e solicitar das esferas municipal, estadual e federal medidas para combater os agentes cancerígenos adquiridos através dos agrotóxicos.

36. Garantir que grandes empresas que sejam causadoras de impacto ambiental façam a construção, estruturação e manutenção de serviços essenciais (saúde, educação, saneamento, assistência, habitação) à população atingida por tal fenômeno.

37. Implantar e implementar o Plano de Saneamento Básico em todos os municípios, garantindo a participação do gestor de saúde e de representante da população durante esse processo

38. Ampliar, qualificar e garantir o acesso à água potável, saneamento básico e coleta de resíduos sólidos.

39. Vincular o controle das arboviroses às ações de saneamento básico, com implantação de painel de monitoramento da situação, com transparência e acesso à sociedade, contendo informações epidemiológicas, ambientais e gerenciais.

40. Manter o cumprimento estatal das políticas públicas do semiárido brasileiro, como por exemplo, a política da agricultura familiar, a construção de cisternas para armazenamento de água, perfuração de poços, dentre outros meios que venha a contribuir para o desenvolvimento da população e a diminuição do êxodo rural.

41. Ampliar a equipe mínima de estratégia saúde da família, a política de multi e interdisciplinaridade, assim como, assegurar em todas as esferas do estado o acesso às políticas de educação popular em saúde, trabalho de base e educação ambiental implementando dentro do processo de produção, seja primário ou secundário, em todos os seus ciclos, normas que assegurem uma produção agroecológica camponesa, adaptável as peculiaridades territoriais, e regular com maior controle da produção e agro industrialização convencional fortalecendo e ampliando políticas de incentivo à produção e comercialização da agricultura familiar e orgânica.

42. Executar ações para diminuir as distâncias de acesso à água de qualidade nos territórios indígenas e não indígenas por meio de poços artesianos, contribuindo com a melhoria da saúde e da qualidade de vida das mulheres e das famílias.

43. Ampliar e garantir o acesso à água potável para a população urbana e rural, com a conclusão das adutoras e implantação das tecnologias sociais de estoque de água (cisternas, poços, barragens subterrâneas, entre outras), mantendo a distribuição pelo exército nas áreas de escassez de água.

44. Ampliar, disponibilizar e garantir recursos para implementação de políticas públicas da saúde da mulher inclusive para a criação e execução de políticas para suporte e atendimento psicológico com ênfase na prevenção aos

trabalhadores dos setores públicos, utilizando os instrumentos de gestão e orçamento, LOAS, PAS, planos etc. e garantir o BPC (Benefício de Prestação Continuada) para as crianças e as mães de crianças com microcefalia, visto que a mãe é impossibilitada de trabalhar devido ao cuidado da criança em tempo integral.

45. Desenvolvimento de políticas públicas para mães infectadas e filhos portadores de microcefalia pelo vírus Zika, e outras arboviroses ampliando os recursos financeiros para os municípios.

46. Que as três esferas de governo garantam recursos públicos para a área de vigilância em saúde ambiental, incentivando a implementação, capacitações e atuação da saúde no monitoramento da qualidade da água para consumo humano, populações expostas a solo contaminado, poluentes atmosféricos, além de articulação com as instituições responsáveis para garantir a aplicação da política e projetos de saneamento básico, criação e fiscalização de consórcios municipais para regular, tratamento e destinação final de resíduos sólidos, incluindo os resíduos hospitalares e o fortalecimento das cooperativas de coleta seletiva realizada por mulheres.

47. Garantir o monitoramento contínuo de populações expostas a agrotóxicos e outros contaminantes químicos, identificando áreas contaminadas, cobrando, quando necessário, o cumprimento da legislação vigente e prevenindo os possíveis agravos à saúde das mulheres.

48. Incentivar a aplicação rigorosa das leis ambientais e sanitárias vigentes para projetos que causam impactos ambientais e sociais, com articulação e fiscalização contínua pelas instituições responsáveis, evitando prejuízos às populações urbanas, rurais, das águas, do campo, das florestas e povos indígenas.

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

O debate do Eixo II revelou e evidenciou que as mulheres serão as mais penalizadas pelas reformas trabalhista e previdenciária, com alto custo para as vidas e a saúde das mesmas como consequências nefastas da retirada de direitos, numa sociedade ainda de desigualdade de gênero, raça/etnia e classe social, e que as mulheres negras que vivem no campo, floresta e águas serão as mais atingidas, impactando diretamente suas vidas e sua saúde.

As 73 (setenta e três) propostas relacionadas ao Eixo II que foram aprovadas na plenária final destacaram temas relativos à política nacional de trabalho no SUS e nesta indicou que se faça regularmente o dimensionamento da força de trabalho e a contratação por concurso público de profissionais e trabalhadores de saúde com adoção da jornada de 30 horas. Reafirmou-se o veto integral as reformas trabalhista e previdenciária definindo a licença maternidade de seis meses e de paternidade de 30 dias e a proibição do trabalho de gestantes em condições insalubres em ratificação a Convenção 156 da Organização Internacional do Trabalho - OIT que o Brasil é signatário; bem como, a proteção contra todo tipo de violência contra as mulheres e o assédio moral e sexual no trabalho com ampliação da política nacional de creches e escolas de tempo integral e garantia dos investimentos na vigilância e atenção integral à saúde das trabalhadoras.

Destacam-se ainda nesse eixo as definições para a ordenação da Educação e Desenvolvimento em Saúde pelo SUS nas diretrizes curriculares nacionais - DCN’s da formação de profissionais de saúde e para a educação permanente das trabalhadoras/res no SUS para os profissionais de saúde, que não discrimine e nem violente as mulheres, acolhendo-as em suas diversidades de gênero, raça/etnia, orientação sexual, geração, e vulnerabilidades sociais, e que desde os serviços de atenção às mulheres em situação de violência até a atenção integral na gestação e parto, não sofram violência obstétrica e nem violação de direitos; bem como, garantindo acolhimento e cuidado integral à mulher na rede de atenção à saúde sem qualquer discriminação nas situações de abortamento e violência de gênero. O tema, muitas vezes, alvo de debates acalorados, é um problema de saúde pública e precisa ser enfrentado como aqui se propõe nesse relatório final, como processo de educação permanente, de respeito e de acolhimento a todas as mulheres que chegam aos serviços de saúde da rede SUS, sem julgamento e sem criminalizar as mulheres, mas na sua dimensão humana, com atenção psicossocial e como direito à vida e à saúde das mulheres.

Propostas Aprovadas

1. Exigir o dimensionamento e a contratação de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) para os postos de trabalho em número suficiente para atender a demanda.

2. Revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de níveis superiores e técnicos, e educação permanente (fomento de ações educativas) enfocando situações de maior vulnerabilidade (indígenas, pessoas em situação de rua, usuárias de crack, álcool e outras drogas, negras, ciganas, encarceradas, mulheres com deficiências, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis, em situação de violência, mulheres do campo, floresta, água, e estrangeiras).

3. Que o Ministério da Saúde valorize efetivamente o parto normal no SUS através da melhoria da formação dos profissionais de saúde a oferta de parto humanizado, construção de centro de parto normal, fiscalização das Redes de Atenção à Saúde da Mulher, para que realizem o parto humanizado combatendo e punindo a violência obstétrica.

4. Garantir que os gestores da saúde tenham qualificação profissional em Saúde Coletiva.

5. Garantir a prestação de serviços pelos formados em medicina nas universidades públicas e os bolsistas das universidades privadas pagos pelo poder público a atuarem pelo menos dois anos nas áreas de necessidade de cada estado.

6. Formação de profissionais para atenção às mulheres: negras, quilombolas, indígenas, ciganas, com deficiência, em situação de rua, LBTT, das águas, pescadoras, marisqueiras, ribeirinhas, do campo e da floresta, das cidades, meninas, idosas, profissionais do sexo, hipertensas, diabéticas, renais crônicas, obesas, HIV positiva, e outras condições crônicas, garantindo estrutura acessibilidade, ampliando o acolhimento equânime de todas as mulheres no SUS.

7. Construir campanhas permanentes de combate ao assédio moral e sexual no trabalho, com a formação nos serviços de saúde de ouvidorias e comissões de trabalho, estabelecendo critérios para penalidades administrativas aos assediadores.

8. Promover a formação sistemática dos profissionais de saúde para desenvolverem habilidades de educação, e linguagem libras, manuseio e distribuição de recursos materiais na orientação sobre saúde sexual e reprodutiva considerando as especificidades da mulher com deficiência.

9. Ampliar o acesso a medidas educativas em todas as áreas de atenção à saúde da mulher, com extensão da informação para a população.

10. Incluir no projeto pedagógico das escolas e universidades o papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres e na formação dos futuros profissionais de saúde, qualificando-os para o atendimento integral à saúde das mulheres com deficiências, lésbicas, transexuais, indígenas, quilombolas e estrangeiras em situação de vulnerabilidade social, com acolhimento humanizado dentro de suas especificidades étnico-culturais e respeitando seus direitos de cidadania.

11. Implementar a política de educação permanente em saúde com foco em temas específicos: política nacional de saúde integral das mulheres, da população LGBT, da população negra, das comunidades tradicionais de matriz africana, indígenas, quilombolas, mulheres ciganas, das mulheres em situação de rua, das mulheres com deficiência, das mulheres idosas, das mulheres apenadas em situação de privação de liberdade, contemplando planejamento familiar, pré-natal, parto humanizado, puerpério, abortamento, violência (gênero, étnico-racial, racismo institucional, obstétrica, doméstica, moral, sexual e outras), abordando a questão de gênero, equidade, ético racial, as necessidades das trabalhadoras sexuais e trabalhadoras do campo, das florestas e das águas, fortalecendo o conceito de corresponsabilização pelo cuidado, no intuito de prevenir o absenteísmo nos atendimentos e acompanhamentos.

12. Garantir e fortalecer a educação permanente das (os) trabalhadoras (es) em saúde de todas as categorias, nas três esferas de governo, das questões referentes à população negra, tais como registro do quesito raça/etnia, saúde e racismo, atendendo as especificidades desta população, visando o atendimento integral das mulheres negras no combate ao racismo institucional e outras formas de discriminação.

13. Implementar através da Política de Educação Permanente a capacitação dos Profissionais de Saúde quanto ao reconhecimento das doenças e agravos relacionados ao trabalho, garantindo sua devida notificação nos sistemas de informação do SUS (SIM e SINAN), considerando os dados epidemiológicos relacionados à mulher.

14. Melhorar e ampliar a assistência integral para as mulheres com filhos com microcefalia, qualificando profissionais de saúde na assistência às mesmas.

15. Capacitação continuada de todos dos profissionais de saúde a respeito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com ênfase nos profissionais envolvidos no atendimento humanizado da família e da mulher na gravidez, parto, aleitamento e puerpério.

16. Fortalecer a política contra o assédio moral e sexual em locais de trabalho, criando o dia de conscientização a saúde das mulheres nas empresas como forma de valorização profissional e combate ao assédio moral e sexual, além de enfatizar ações de capacitação permanente para erradicar preconceitos em relação à mulher em ambiente de trabalho.

17. Garantir a qualidade do pré-natal por meio de recursos e da capacitação permanente dos Profissionais de Saúde da Gestão e Assistência, assegurando a oferta de exames às gestantes em tempo e quantidade oportunos.

18. Intensificar a Política Nacional de educação permanente em saúde fortalecendo iniciativas com foco na humanização em saúde, abordando questões relacionadas à mortalidade materna, planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva, saúde da trabalhadora, diversidade sexual, superação do racismo, saúde mental, violência institucional em casos de abortamento inseguro, qualificação do atendimento e preenchimento correto dos instrumentais de registros compulsórios, em especial ao item cor, raça e etnia e sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vivendo com HIV/AIDS.

19. Implementar, promover e divulgar as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em consonância com as realidades locais (saúde/educação/assistência social) com temas como: humanização, equidade em saúde, violência obstétrica, prevenção do câncer de útero e de mama, saúde sexual e reprodutiva (baseada nas evidências científicas), assistência à mulher vítima de violência sem julgamento e juízo de valor, considerando a autonomia da mulher, abordagem às mulheres em situação de vulnerabilidade social, transexuais, profissionais do sexo, prostitutas, mulheres em situação de rua, mulheres com familiares no sistema prisional, em uso abusivo de álcool e outras drogas, com ênfase no tratamento multidisciplinar. Divulgar os conselhos e delegacias da mulher. Ampliar parcerias com instituições de ensino para implementação de programas permanentes de educação em saúde nas comunidades rurais, utilizando meios de comunicação (rádio e

TV). Garantir a obrigatoriedade de preenchimento do quesito raça/cor por profissionais da saúde e monitorar indicadores sobre doenças prevalentes na população negra e questões raciais.

20. Garantir a capacitação periódica sobre violência à população LBT aos profissionais que trabalham na rede de atenção respeitando a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros.

21. Promover a Educação Permanente em Saúde, sensibilizando os profissionais de saúde para o recebimento de mulheres que tenham sofrido violência (sexuais, psicológica, verbal e física) e diversos tipos de violação de direito, orientando quanto ao fluxo de atendimento (notificações, referência e contra referência), assim como garantir a descriminalização do aborto.

22. Garantir e implementar a educação permanente em todos os níveis de atenção na metodologia da educação popular, para profissionais de saúde, educação e assistência social, na modalidade presencial, considerando as mulheres em suas diversidades: orientação sexual, identidades de gênero, geração, com deficiência, negras, em situação de rua, migrantes, indígenas, lésbicas, transexuais, profissionais do sexo, mulheres do campo, da floresta e das águas e mulheres ciganas, nos temas dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, interrupção voluntária de gravidez (aborto legal), redução de danos para dependentes químicas e o enfrentamento da discriminação.

23. Implementação da política em educação permanente em saúde para todos os servidores desde a admissão nas Secretarias Estaduais de Saúde/Secretarias Municipais de Saúde com objetivo de garantir acolhimento e atenção

humanizada aos usuários, inclusive, capacitação específica em atendimento às mulheres com maior vulnerabilidade e com especificidades das mulheres com deficiência, utilizando as tecnologias assistivas disponíveis.

24. Garantir formações e capacitações, por meio da política de educação permanente em saúde, para trabalhadoras/es, gestoras/es, usuárias/os e outras/os parceiras/os intersetoriais, relacionadas às temáticas de racismo institucional, desigualdade de gênero e étnico-racial, bem como de combate à LGBTfobia e à violência contra a mulher em suas diversas formas, com ênfase na violência obstétrica e com foco no cumprimento dos protocolos e na realização de campanhas de conscientização.

25. Qualificar e aumentar o número de profissionais de todos os níveis de atenção à saúde, para identificar, notificar e tratar os agravos decorrentes do uso de agrotóxicos e demais agentes químicos desencadeadores de patologias relacionadas ao trabalho das mulheres, criando, ampliando e implementando os CEREST rurais nas macrorregionais, fortalecendo os CEREST nos níveis nacional, estadual e regional, garantindo e assegurando a realização do exame de colinesterase semestralmente para todas as trabalhadoras expostas aos riscos e manuseio de produtos agrotóxicos.

26. Capacitar Profissionais de Saúde em todos os níveis com treinamento específico para identificar sinais de violências.

27. Inserir na grade curricular nas universidades e escolas técnicas de saúde formações continuadas para profissionais do Sistema de Único de Saúde (SUS), com foco no enfrentamento ao racismo, opressões de gênero e LGBTfobia institucionalizada e mulheres em situações de violência.

28. Garantir e implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Trabalhadora, inferindo nas condições de trabalho público e privado adequado às gestantes, licença maternidade ampliada para 180 dias, aleitamento materno nos primeiros dois anos de vida, com garantia de creches, igualdade de oportunidades e tratamento para trabalhadoras com responsabilidade familiar, garantindo condições de trabalho dignas às mulheres de acordo com suas necessidades (inclusão social da pessoa com deficiência) com campanhas de combate ao assédio moral e sexual dentro das empresas e entidades, assegurando o cumprimento das normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho.

29. Ratificar a Convenção 156 da OIT (Organização Internacional do Trabalho) que trata da igualdade de Oportunidades e de Tratamento para Trabalhadores e Trabalhadoras com responsabilidades familiares e a garantia de 6 (seis) meses do tempo de licença maternidade no setor público e privado para todas as trabalhadoras bem como garantir aos pais e companheiros(as) a licença paternidade de 30 (trinta) dias.

30. 30. Reavaliar e não aprovar a proposta da Reforma da Previdência, para que os direitos já adquiridos pelas mulheres sejam mantidos, caso contrário gerará impacto muito grande na saúde física e psicológica das mulheres trabalhadoras.

31. Retirar a mulher da proposta da Reforma da Previdência, visto que a mesma fere o princípio de equidade, pois desconsidera as condições desiguais das mulheres.

32. Exigir que o INSS: a) redefina os protocolos consensuados pelo Ministério da Saúde, para avaliação de doença, incapacidades físicas e/ou mentais, que levam ao afastamento para o trabalho, incluindo a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF); b) repasse as informações referentes às Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT), mesmo as recusadas, ao Ministério do Trabalho, aos órgãos de Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS e aos sindicatos; c) considerem os laudos estabelecidos pelo SUS, tanto médico como dos demais profissionais da área da saúde; d) aplique o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP) na realização das perícias do INSS; e) aceite as Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) emitidas pelo SUS e sindicatos de trabalhadores e trabalhadoras; e que nenhuma negativa de nexo com o trabalho seja produzida sem a investigação e realização de perícia nos locais de trabalho, com a presença da trabalhadora e do trabalhador e respectivo sindicato; f) no caso de afastamentos por agravos mentais, que seja reconhecida a autoridade da(o) psicóloga(o) em diagnosticar e fornecer laudos, e não apenas dos psiquiatras.

33. Garantir a manutenção dos direitos e regulamentações trabalhistas e previdenciárias por meio de legislação junto à união, estados e municípios, envolvendo os sindicatos e outros setores, com vista à participação popular.

34. Garantir a integralidade na atenção à saúde das trabalhadoras, inserindo em todas as instâncias da Rede da Atenção à Saúde do SUS e nas políticas públicas de saúde transversais a saúde da trabalhadora. Incluir ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme as necessidades e particularidades de cada território. Criar leis que garantam às mulheres a valorização profissional, com todos os direitos adquiridos, como licença maternidade e direito à amamentação;

salário igualitário para mulheres e homens; aposentadoria para todas as mulheres aos 55 (cinquenta e cinco) anos de idade; qualificação profissional para mulheres, inserção no mercado de trabalho, assegurando oportunidades de ocupar cargos de chefia e outros cargos em órgãos públicos e privados.

35. Criar mecanismos para garantir o cumprimento das leis que proporcionem às mães trabalhadoras comprovar a sua ausência no trabalho quando participarem de reuniões escolares e consultas de suas filhas e filhos, e crianças e adolescentes sob sua guarda. Ampliar, padronizar e efetivar a obrigatoriedade do cumprimento da Lei nº 11.770/2008, principalmente ao direito à licença maternidade de 180 (cento e oitenta) dias, nos âmbitos público, privado, rural e urbano, além de garantir que as gestantes não percam benefícios.

36. Garantir o direito trabalhista das mulheres ribeirinhas, quilombola, do campo, indígenas, não indígenas e autônomas, povos e comunidades tradicionais.

37. 37. Garantir que os profissionais médicos cumpram com a aplicação da (NR33), sobre o devido preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), garantindo a todas as mulheres seus direitos previdenciários.

38. Garantir que, nas empresas, sejam contratadas no mínimo 50% de mulheres, assegurando a equidade salarial e de gênero, reduzindo a carga horária 30 hs (trinta horas) para trabalhadoras que estiverem expostas a ambiente insalubre, sem redução de salário.

39. Estimular a fiscalização e normatização a fim de minimizar a exposição das trabalhadoras aos principais riscos e causas que provocam seus adoecimentos relacionados ao trabalho.

40. Garantir às mulheres trabalhadoras (formais e informais) e em situação de vulnerabilidade, o atendimento e acompanhamento humanizado para doenças e agravos, situações de abortamento e violência de gênero, respeitando a orientação sexual e identidade de gênero, criando mecanismos que garantam seu direito de afastamento do exercício do trabalho, sem perda dos direitos trabalhistas.

41. Garantir para a mulher o direito de dispensa do trabalho no atendimento de pré-natal com a equipe multiprofissional (atendimento com nutricionista, enfermeiro, odontólogo, entre outros). Para estes atendimentos não deverá ser exigido reposição do período de trabalho.

42. Assegurar os direitos trabalhistas e previdenciários já conquistados, considerando a dupla jornada de trabalho da mulher, assim como a regulamentação da Lei nº 13.287/2016 de forma a minimizar os efeitos discriminatórios da lei, especificando assim a necessária gradação da insalubridade no ambiente de trabalho, garantindo melhor qualidade de vida das trabalhadoras. Isso, de modo a ressaltar a implementação de programas e projetos de inserção e manutenção da mulher no mercado de trabalho.

43. Garantir níveis salariais igualitários sem discriminação de gênero.

44. Garantir a aplicabilidade dos direitos da trabalhadora gestante, lactante, e/ou de licença-maternidade, preservando o direito ao salário integral e garantia do emprego nesse período. Proibindo condições insalubres.

45. Criar e garantir programas de incentivo para inserção da mulher negra, com deficiência, indígena e LGBT no mercado de trabalho.

46. Manter e garantir todos os direitos trabalhistas e previdenciários conquistados.

47. Garantir os direitos trabalhistas com equidade para as mulheres com a valorização da remuneração e 180 (cento e oitenta) dias de licença-maternidade para as trabalhadoras urbanas e rurais, públicas e privadas e a não aprovação da PEC nº 287/2016, mantendo a idade de 55 (cinquenta e cinco) anos e/ou 30 (trinta) anos de contribuição (a regra dos 85 anos), salvo as aposentadorias especiais.

48. Inserir na política nacional de atenção integral à saúde das mulheres, ações que levem em consideração a sua crescente inserção no mundo do trabalho, promovendo estratégias para combater o assédio moral e sexual. Nos casos em que o assédio ocorrer, estimular a denúncia, oferecer escuta e executar medidas cabíveis, além de garantir a proteção do emprego, promovendo campanhas de conscientização contra todo tipo de assédio moral, sexual, psicológico e físico que as mulheres enfrentam no ambiente de trabalho. Assim, de modo a consolidar e fortalecer a política nacional de enfrentamento a violência contra as mulheres, principalmente no ambiente de trabalho, intensificando e implementando as políticas de saúde da mulher no ambiente de trabalho e a informação sobre tipos de violências nas empresas públicas e privadas, garantindo o direito da mulher de acordo com a lei vigente.

49. Garantir trabalho, moradia e assistência psicossocial a mulheres, bem como a punição aos agentes causadores nos casos de violência e assédio moral e sexual no ambiente de trabalho.

50. Inserir as práticas integrativas nas unidades básicas de saúde fomentando o bem-estar da mulher, incluindo atividades relacionadas à saúde (ginástica laboral, técnicas de relaxamento etc.) nas empresas públicas e privadas para todos os trabalhadores, em especial as mulheres. Implantando o programa de qualidade de vida no trabalho com inclusão de práticas integrativas e complementares visando a saúde da mulher trabalhadora para proporcionar e ampliar as práticas integrativas voltadas para o autoconhecimento da mulher com o intuito do seu empoderamento.

51. Garantir e ampliar agendamento anual, para exames específicos voltados para cada categoria profissional da mulher e ampliando e colocando em prática as políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres e fortalecendo as políticas públicas existentes, aumentando a oferta dos serviços. As empresas públicas e privadas devem disponibilizar anualmente exames de prevenção voltados à saúde da mulher.

52. Reestruturar a saúde do trabalhador e da trabalhadora, incluindo as especificidades da condição feminina com objetivo da promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher através de indicadores específicos do universo feminino com ênfase na qualificação de informações na Ficha de Notificação.

53. Garantir a integralidade na atenção à saúde das trabalhadoras, inserindo as ações em todas as instâncias da Rede de Atenção à Saúde do SUS incluindo ações de formação/informação, promoção, proteção/prevenção e recuperação da saúde, respondendo às necessidades de cada território e fortalecendo a estrutura da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST).

54. Criar uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, considerando a prevenção da violência contra trabalhadoras em empresas públicas e privadas. Fortalecer e ampliar as delegacias de mulheres com implantação de equipe multidisciplinar. Qualificar profissionais dos serviços de saúde, segurança e assistência social voltados ao atendimento às mulheres em situação de violência e sofrimento mental, garantindo a assistência psicossocial humanizada. Fortalecer a Política Nacional de Saúde Mental, com garantia de apoio familiar e assistencial, visando também diminuir os índices de depressão pós-parto e outros transtornos. Promover a inclusão das mulheres em programas de economia solidária e ao mercado de trabalho formal.

55. Criar e assegurar nas empresas públicas e privadas, programas e serviços que visem ações de promoção e prevenção, controle de acesso ao tratamento de câncer, com atenção ao de mama e colo uterino, distúrbios osteomusculares e doenças crônicas.

56. Garantir que a Política de Saúde das mulheres trabalhadoras, incluindo vigilância, promoção, assistência, recuperação da saúde, reabilitação profissional, normatização, fiscalização seja praticada com intersetorialidade territorializada abrangendo o SUS, Previdência, Trabalho e Emprego e, também, Educação e Segurança/Justiça.

57. Implementar e garantir a promoção e proteção da saúde de todas as mulheres trabalhadoras, independente de sua localização, forma de inserção no mercado de trabalho, vínculo empregatício (seja ele: público, privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado) por meio do fortalecimento e implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), regulada pela Portaria GM/MS nº1823/2012, assegurando o direito ao meio ambiente de trabalho saudável, incentivando a participação da mulher nos empreendimentos financeiros através de estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao trabalho incluindo doenças e acidentes, estabelecendo de forma eficiente o nexo de causalidade entre trabalho e doença.

58. Garantir atenção integral em saúde, em todos os níveis de atenção, às mulheres trabalhadoras rurais: assentadas pela reforma agrária, Indígenas, Quilombolas, Extrativistas, do Campo, da Floresta e das Águas.

59. Realizar ações para garantir a segurança e a saúde da mulher trabalhadora, criando serviços de supervisão clínica periódica e efetivando medidas de controle, para redução de riscos, assim como implementação de medidas educativas continuadas de conscientização sobre questões de gênero.

60. Avaliação das principais causas de afastamento por doença, por meio do estabelecimento do perfil epidemiológico de trabalhadores formais, informais e terceirizados de área urbana e rural.

61. Promover inspeções periódicas da saúde do trabalhador e do ambiente de trabalho.

62. Que o Governo Federal assegure a implantação de mecanismos de proteção coletiva mediante políticas públicas nas três esferas de gestão, em todos os locais de trabalho, evitando riscos e agravos à saúde das mulheres trabalhadoras, especificamente povos e comunidades tradicionais, mulher do campo, marisqueiras, indígenas, quilombolas, LBT (lésbicas, bissexuais, transexuais), mulheres privadas de liberdade, mulheres em sofrimento mental, comunidades tradicionais de matriz africana, ressaltando comunidades quilombolas.

63. Garantir a fiscalização das condições de trabalho e segurança das mulheres que são expostas a agentes químicos, físicos, biológicos e fisiológicos.

64. Garantir meios para que a mulher/mãe, lésbica, travesti, transexual possa exercer a sua função no mercado de trabalho, como por exemplo: a criação de creches em tempo integral e capacitação dos profissionais que são responsáveis pelo cuidado dessas crianças, a fim de que seja assegurada a igualdade de oportunidades e inserção no mercado de trabalho, equiparação salarial bem como melhores condições de trabalho, sem discriminação de gênero, raça e etnia. Cumprindo-se os direitos assegurados por lei durante a maternidade, bem como para mães adotivas.

65. Ampliar e fortalecer, nos serviços de saúde do CAPS, NASF e Atenção Básica, atividades voltadas à saúde mental das mulheres, decorrente dos agravos relacionados ao mundo do trabalho (formal e informal), especialmente os ocasionados pelo assédio econômico, moral e sexual, criando e garantindo a execução de um centro de referência em sofrimento mental desencadeado pelo trabalho.

66. Garantir o direito à educação com oferta de cursos de aperfeiçoamento para criar oportunidade de trabalho e reinserção social às mulheres privadas de liberdade.

67. Ampliar a estrutura física e os recursos humanos garantindo aos profissionais de saúde melhores condições de trabalho (ambientes adequados, logística, reconhecimento, remuneração); e que seja cumprido o dimensionamento dos profissionais de saúde, bem como jornada de trabalho de 30hs (trinta horas) para profissionais da saúde que na sua maioria são mulheres, além da garantia de 1% (um por cento) do PIB municipal, estadual e da união para políticas públicas voltadas às mulheres.

68. Implementação de programas nos locais de trabalho voltados à qualidade de vida e saúde das trabalhadoras.

69. Garantir a qualificação profissional para inserção no mercado de trabalho das mulheres vítimas de violência nos municípios, estados e união.

70. Fortalecer a contratação de profissionais por meio de Concursos Públicos, a fim de manter o vínculo com a comunidade atendida, visando à qualidade do atendimento prestado, como forma de combater a rotatividade de profissionais do quadro existente, já que os profissionais celetistas, principalmente na área de saúde, migram facilmente de trabalho, devido à fragilidade do vínculo empregatício.

71. Garantir por meio dos órgãos federativos, em médio prazo, a construção de creche e escola de tempo integral aos filhos das trabalhadoras, com profissionais capacitados para o atendimento de mães trabalhadoras que não podem exercer seu trabalho por não terem onde deixar seus filhos, assim como a construção de uma casa de acolhimento para mulheres ribeirinhas e da zona rural que não tenham moradia na cidade.

72. Viabilizar estudo científico voltado à identificação de transtornos psiquiátricos das mulheres, com foco na prevenção dos mesmos; e implantar práticas voltadas para a saúde da mulher no ambiente de trabalho, considerando os aspectos físicos e mentais. Exemplo: atividades físicas laborais, atendimento psicológico, etc.

73. Que os entes federados proponham e aprovem os projetos de Leis para a redução da carga horária de trabalho para as mulheres, para 30hs (trinta horas) semanais sem diminuição salarial, visto que as mulheres trabalhadoras têm dupla ou até tripla jornada de trabalho (serviços de casa, filhos, marido e vida social).

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

O Eixo III debateu propostas relativas à dimensão plural das mulheres e de suas vulnerabilidades exigindo que a Política agregue em sua revisão essa diversidade e amplie sua abrangência reconhecendo todas essas mulheres, definindo estratégias e ação programática especifica para a promoção da saúde com equidade. Alguns temas como atenção obstétrica, canceres ginecológicos, organização das redes de atenção básica, de combate e tratamento as IST/HIV/AIDS, atenção psicossocial e de urgência e emergência precisam incluir uma abordagem que considere essas pluralidades femininas e uma abordagem de gênero para acolher com humanização e respeito a todas as mulheres.

As 105 (cento e cinco) propostas aprovadas neste eixo indicam que é imperativo o investimento público na organização da rede, tendo a atenção primária à saúde, como coordenadora e ordenadora da rede com o modelo da estratégia da saúde da família - ESF e a concepção da humanização no acolhimento e cuidado às mulheres sem discriminação de gênero, raça, orientação sexual, das mulheres em situação de privação de liberdade ou vivendo com deficiências e IST/HIV/AIDS, e, tendo como prioridade as pessoas em situação de vulnerabilidades diversas. Para assegurar os recursos para a estrutura de rede básica, especializada, de internação incluindo e de UTI's; aquisição de equipamentos; para contratação de pessoal e para potencializar a gestão pública da rede de atenção integral a saúde das mulheres, essencial para a redução da morbidade e mortalidade entre as mulheres e a mortalidade materna.

Destaca-se ainda neste eixo o estabelecimento de ação Intersetorial que assegure rede especializada de enfrentamento a violência contra as mulheres que articule e integre a saúde, assistência, articulação com o Ministério Público – MP, defensorias, delegacias especializadas com atendimento 24 horas, Secretaria de Assistência Social, Centros de Referências (CREAS e CRAS), Secretaria da Mulher, Casas de Abrigos e similares, Serviços de Saúde e Instituto Médico Legal.

Propostas Aprovadas

1. Implementar a política nacional voltada para saúde da mulher garantindo todas as especificidades em todos os ciclos de vida; normatizar a implantação da casa de saúde da mulher; promover a formação continuada e campanha de conscientização sobre saúde da mulher de ampla abrangência com participação do homem neste contexto.

2. Organizar a Rede de Atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde, como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede, pautada no Modelo de Estratégia da Saúde Família, garantindo assistência integral à saúde, com enfoque nas políticas voltadas para mulheres, tendo como prioridade as pessoas em situação de vulnerabilidades diversas, promovendo uma atenção à saúde, assegurada pela Política de Humanização, fortalecida a partir da implantação dos Centros de Partos Normais, dos serviços voltados para situações de violência e da garantia de atendimento em saúde mental às mulheres.

3. Implantar programa de apoio aos familiares de pacientes com Alzheimer e Parkinson e de Atendimento Domiciliar (AD).

4. Garantir os direitos de atenção integral às mulheres em situação de migração, regulamentando as formas de acesso aos bens e serviços no SUS, implementando financiamento para as localidades com fluxos intensificados, seja temporário ou permanente.

5. Incluir profissionais geriatras como serviço especializado com o intuito de atender às necessidades da saúde da mulher idosa nos Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), hospitais da rede pública, entre outros serviços de referência e contra referência do SUS.

6. Implantar e Implementar ações que contribuam para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, ampliando, qualificando e humanizando a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

7. Desenvolver e implantar nas três esferas de governo, uma agenda prioritária de indicadores para o monitoramento das condições de saúde da mulher que transversalize a saúde sexual, reprodutiva e obstétrica, saúde mental, saúde ocupacional e violência doméstica.

8. Assegurar a aplicação do orçamento de recursos destinados à saúde das mulheres, nos serviços de baixa, média e alta complexidade e operacionalizar os sistemas de referência e contra referência, visando o atendimento humanizado e resolutivo às mulheres bem como àquelas com deficiência.

9. Garantir nos serviços públicos de atendimento, a interdisciplinaridade e a integração, de forma unificada, articulada, humanizada e eficiente dos serviços psicológicos, jurídicos, social, médico, policial e pericial.

10. Promover a equidade a fim de garantir a integralidade do SUS, buscando superar a discriminação de gênero.

11. Qualificar a rede de atenção integral à saúde das mulheres, por meio de pactuações e estruturação de serviços que garantam o acesso em tempo oportuno de exames/consultas/procedimentos básicos, assim como de média e alta complexidade.

12. Aplicar recursos financeiros de forma a garantir a implementação da Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher, considerando as necessidades territoriais em saúde.

13. Atender a mulher de forma integral, observando suas especificidades de forma regionalizada.

14. Implementar na política nacional de saúde, tratamentos especializados de lúpus, garantindo exames sorológicos, medicações específicas, assim como protetor solar.

15. Implantar um centro de atendimento especializado da saúde das mulheres que garanta a realização e celeridade nos exames bem como, acompanhamento integral para o diagnóstico e tratamento de agravos a saúde das mulheres.

16. Garantir o cumprimento de todas as normativas que disciplinam a atenção integral da saúde das mulheres em todos os ciclos de vida.

17. Fortalecer as articulações intersetoriais para ações de prevenção e promoção da saúde das mulheres, a partir da troca de experiências exitosas e capacidades técnicas entre entidades governamentais e organizações da sociedade civil.

18. Que o Governo Federal implante e garanta as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na Política de Atenção à Saúde das Mulheres nas três esferas de governo, garantindo acesso às terapias individuais e coletivas para prevenir, promover e recuperar a saúde em todos os ciclos de vida.

19. Assegurar o acesso à terapia hormonal nos três níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária).

20. Implantar e garantir atendimento móvel multiprofissional em saúde voltado para as mulheres das populações do campo, das florestas e das águas com devido suporte técnico e logístico de transporte.

21. Fortalecer e ampliar ações e serviços de saúde relativos à proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, e reabilitação das pessoas com cânceres ginecológicos, de mama, próstata, pênis (mucosa da vagina da pessoa trans), com garantia da acessibilidade e mobilidade da pessoa com deficiência, obesa e outras especificidades e vulnerabilidades, garantindo o cumprimento da Lei nº 12.732/2012, conhecida como “lei dos 60 dias”, assegurando os recursos, insumos e equipamentos necessários para diagnóstico e tratamento precoces, implementando atividades educativas e campanhas publicitárias que esclareçam e informem sobre o assunto.

22. Ampliar a cobertura e as informações de ações de atenção ao câncer de mama e de colo uterino, priorizando o acesso às consultas e exames, em conformidade com os protocolos do Ministério da Saúde vigentes, com ênfase na ampliação da atenção em alta complexidade, de acordo com a hierarquização no SUS, especializados (três esferas de governo), possibilitando o acesso à reconstrução mamária em tempo oportuno conforme a Lei nº 12.802/2013, observando as questões emocionais e estéticas, possibilitando o acesso ao tratamento de radioterapia e garantindo medicações melhores indicadas para o tratamento individual para cada tipo de patologia, ampliando a oferta de hospitais de referência, aprimorar e aperfeiçoar o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), e seu monitoramento para intensificar e qualificar a busca ativa das mulheres com agravos, com o objetivo de promover o bem-estar e a qualidade de vida dessas mulheres.

23. Que o Ministério da Saúde atualize os protocolos de aquisição de equipamentos de alta resolutividade para diagnóstico e tratamento de câncer de mama atendendo a necessidade das populações e localidades longínquas, respeitando a legislação vigente e a acessibilidade.

24. Fomentar as ações dos serviços em rede intersetorial para o efetivo suporte às mulheres em todos os ciclos de vida, em situações de vulnerabilidade e violência e para a redução da morbimortalidade materna e por câncer do colo do útero e de mama.

25. Que o Governo Federal fortaleça e priorize a Política de Atenção à Saúde ampliando os recursos federais para os programas de saúde da mulher na

sua integralidade dando ênfase a rede cegonha, a prevenção, rastreamento, detecção e tratamento imediato do câncer de mama e colo do útero garantindo a lei dos 60 (sessenta) dias.

26. Alocar, no orçamento, recursos financeiros em cumprimento à Lei nº 12.802/2013, que obriga o SUS a realizar a reconstituição mamária para as mulheres acometidas por câncer de mama.

27. Implantar e implementar Centros de Oncologia para Mulheres nas regiões de saúde, visando maior agilidade e eficiência (Portaria/MS nº 1.220/2014) no atendimento às mulheres com câncer contemplando mulheres cisgêneras, transexuais e travestis, facilitando o acesso a tratamentos até então disponibilizados somente na capital, contemplando a reconstrução das mamas quando necessário.

28. Garantir o cumprimento da Lei nº 11.664/2008 vigente no Brasil sobre a oferta de mamografia para as mulheres acima de 40 (quarenta) anos, bem como todos os exames preventivos de câncer unificados em todas as esferas, Nacional, Estadual, do Distrito Federal e Municipal.

29. Garantir o acesso das mulheres ao rastreamento, procedimentos e tratamento de câncer de colo do útero e mama, aumentando o valor da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde(SIA/SUS) para estes procedimentos.

30. Garantir junto ao governo federal recursos específicos (financiamento) para aquisição de mamógrafo, por polos regionais, a fim de promover uma assistência integral e equânime, conforme preconiza a Lei nº 11.664/2008.

31. Garantir a aquisição de mamógrafos, conforme o plano de regionalização de saúde.

32. Garantir a obrigatoriedade da reconstrução mamária nas mulheres mastectomizadas, durante e pós-cirurgia, de acordo a Lei nº 9.797/1999 e a Lei nº 12802/2013, garantindo através da lei que mulheres mastectomizadas unilateral e bilateral sequeladas sejam consideradas mulheres com deficiência física, assegurando o atendimento psicológico as mulheres em tratamento oncológico.

33. Implantar uma rede de apoio para as mulheres vítimas de violência e risco de morte contemplando o núcleo de apoio nos municípios assegurando o protocolo/fluxo de atendimento à saúde das mulheres priorizando o atendimento e sigilo como medida de segurança, garantia do aborto legal e seguro conforme previsto em lei e acolhimento das vítimas de aborto doméstico com respeito e dignidade humana, contemplando o atendimento de mulheres negras, indígenas, com deficiências, LBT, povos tradicionais e povos de matriz africana, por sofrimento, violência simbólica, racismo e suas interfaces na saúde mental.

34. Garantir o cumprimento da legislação que trata da descriminalização do aborto e da interrupção voluntária da gestação nos casos previstos em lei (gravidez resultante de violência sexual, quando há risco de vida para a mulher e gestação de fetoanencéfalo), bem como o cumprimento da Lei nº 12.015/2009 sobre o cuidado no caso de estupro de vulnerável e das Normas Técnicas de Prevenção e Tratamento de Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres, Adolescentes com Atenção Humanizada ao Abortamento.

35. Criar espaços de acolhimento e apoio para mulheres e suas famílias em situação de violência física e psicológica.

36. Ampliar e qualificar o atendimento à mulher vítima de violência na atenção psicossocial e na política de saúde mental, considerando suas singularidades, com fortalecimento do Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Estratégias de Saúde da Família(NASF/ESF), permitindo a atuação de profissionais capazes de incentivar ações que empoderem a mulher a quebrar o ciclo da violência, ofertar ações educativas, apoio em situações de perdas fetais e às diversidades promovendo ações intersetoriais nas políticas.

37. Criar, implantar e custear programa de acolhimento e apoio no SUS para mulheres em situação de violência, com equipe multiprofissional capacitada para a atenção psicossocial, integrado com a rede de enfrentamento à violência contra a mulher enquanto persistir a situação de violência. Ofertar "Casa de Apoio e Acolhimento para Saúde da Mulher", vinculado a um conselho de direito, com espaço físico residencial para acolhimento temporário, para atendimento a situações de violência física, moral, psicológica, sexual e outras. Essas casas de apoio devem incluir apoio e acolhimento a transexuais e travestis, às gestantes em situação de vulnerabilidade, mulheres com depressão pós-parto e outros agravos, financiada pelo Fundo Nacional de Saúde.

38. Consolidar e fortalecer a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres com a plena implementação e repactuação em todos os estados do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, garantindo a ampliação orçamentária para sua execução. Garantir a execução e implementação das ações do Pacto de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres com permanente controle e monitoramento dos recursos com transparência, diagnósticos e avaliação, garantindo também a participação dos movimentos sociais e a inclusão das perspectivas étnicos-raciais, geracionais, de orientação sexual, identidade de gênero, de classe, religião, mulheres com deficiência, rurais, urbanas, migrantes, imigrantes, quilombolas, indígenas, comunidades tradicionais de matrizes africanas e de terreiros, assentadas e na agricultura familiar, ciganas, profissionais do sexo, mulheres em situação de rua e catadoras de materiais recicláveis.

39. Implementar o atendimento a todas as mulheres em situação de violência, em todos os ciclos de vida, em todos os níveis de atenção, nas emergências e demais serviços de saúde. Dando cumprimento à Lei nº 12.845/2013, à Lei nº 13.427/2017 e à Portaria GM nº 485/2014, em todos seus aspectos, seguindo os eixos da linha de cuidado, garantindo atendimento ininterrupto de psicólogos e assistentes sociais nas emergências 24 horas por dia, 7 dias na semana.

40. Assegurar acompanhamento multiprofissional (jurídica, psicológica, social, acolhimento temporário, entre outros) para a mulher vítima de violência.

41. Garantir a aplicabilidade da Lei Maria da Penha, com maior abrangência e efetividade de proteção contra violência física, sexual, psicológica, das mulheres lésbicas, as transexuais e bissexuais, intensificando a notificação compulsória e qualificando os profissionais para o atendimento humanizado, com garantia dos serviços de referências municipais, ao atendimento às mulheres em situação de violência e garantindo a estabilidade no emprego.

42. Articular uma rede especializada de enfrentamento à violência contra as mulheres, disponibilizando serviços, atendimento e campanhas, em parcerias com as instituições com sistema de justiça, educação e Organizações Não-Governamentais.

43. Divulgar, implementar e tornar público o fluxo dos serviços essenciais implantados para assistência às mulheres e crianças vítimas de violência.

44. Ampliar os instrumentos legais que garantam o abortamento seguro e acompanhamento psicossocial às mulheres vítimas de violência e exploração sexual desencadeada pela especulação dos grandes empreendimentos.

45. Implementar, implantar e garantir o atendimento integral as mulheres vítimas de violência (incluindo transexuais, travestis, mulheres com deficiências, raça e cor), com assistência acolhimento e resolutividade.

46. Instituir nas três esferas de governo, uma rede integrada de atendimento às mulheres em situação de violência, incluindo a obstétrica, que adotem um fluxo de acolhimento de encaminhamento das denúncias recebidas pelo “Ligue 180” em articulação com o Ministério Público (MP), Defensoria Pública, delegacias especializadas com atendimento 24 horas, Secretaria de Assistência Social, Centros de Referências (CREAS e CRAS), Secretaria da Mulher, casas-abrigo e similares, serviços de saúde e Instituto Médico Legal.

47. Garantir à gestante com ou sem deficiência, das zonas rurais e urbanas, negras, quilombola, indígena e privadas de liberdade, dentre outras, o acompanhamento humanizado durante os períodos de pré-natal, parto e pós-parto, garantindo a permanência do (a) acompanhante na hora do parto, assegurando a essas mulheres o histórico médico, permitindo-lhes a escolha do tipo de parto, em todas as esferas de governo (Municipal, Regional, Estadual e Nacional).

48. Ampliar os Centros de Parto Normal com fluxos estruturados à rede de urgências e emergências obstétricas de alto risco, implementando ações de fiscalização obstétrica para fortalecimento do acompanhamento pré-natal com criação de Lei que permita a presença do acompanhante em toda consulta gestacional, sem perdas salariais.

49. Elaborar caderneta da gestante para as mulheres indígenas, atendendo as especificidades dessa população ainda não contemplada com o projeto.

50. Efetivar ações de redução a mortalidade materna e neonatal reestruturando serviços de atenção obstétrica e neonatal nos municípios e regiões de saúde com participação do Estado e com base na linha de cuidado obstétrica preconizada na rede cegonha, utilizando os dispositivos da política nacional de humanização, na execução de boas práticas para o nascimento.

51. Assegurar e reajustar a tabela SUS, implementar novo modelo de Atenção Obstétrica no Brasil, desde a Atenção Primária à Saúde e em todos os níveis de atenção, para detecção e controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/Aids, garantindo o teste rápido; com corresponsabilização da parceira e do parceiro, educação em saúde para profissionais, usuárias e usuários, centrado no protagonismo das mulheres e em seus direitos sexuais e reprodutivos. Estruturar a educação permanente em saúde de atenção ao pré-natal, baseado em evidências para profissionais do SUS e da Saúde Suplementar, em sintonia com a estratégia dos Sentidos do Nascer. Implementar

práticas informadas em evidências na atenção a gestação, parto, nascimento, puerpério e situações de abortamento, de acordo com as Diretrizes Nacionais de Atenção ao Parto da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC/MS) e Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, com destaque para o compromisso dos hospitais de ensino com a formação teórica e prática. Assegurar a atuação da enfermagem obstétrica nas maternidades do SUS e da Saúde Suplementar nos plantões, preferencialmente cuidado 1 (um) para 1 (um): 1 (uma) Enfermeira Obstétrica ou Obstetriz; e 1 (uma) Doula para cada parturiente nas maternidades do SUS e da Saúde Suplementar. Ampliar e sensibilizar equipe hospitalar e multidisciplinar com foco na humanização do parto e nascimento. Assegurar o direito à maternidade segura e o direito dos bebês à permanência com sua mãe e família, com o acesso e cuidado à saúde, inclusive aquelas em situação de rua, em situação de privação de liberdade, com deficiência, com ou sem necessidades e demandas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas; aprimorar e adequar processos de trabalho, fluxos, ações de formação e de educação permanente, com vistas a eliminar a quebra de sigilo e a falta de ética profissional, preconceitos, atos que resultem em violência obstétrica, racismo institucional e separação indevida de mãe e filho; buscando fortalecer o acolhimento nos equipamentos de saúde, de acordo com critérios de avaliação de gravidade, risco e vulnerabilidade e abordagem de saúde mental. Coibir a violência obstétrica com a responsabilização da autora e do autor, caso ocorra.

52. Atendimento aos serviços oferecidos pela rede de saúde com maior rigor às leis que priorizam os direitos das mulheres, com direito ao parto humanizado, sob pena cível, criminal e administrativamente a todo e qualquer profissional que realiza práticas consideradas enquanto violência obstétrica.

53. Assegurar a assistência integral à saúde das mulheres, mulheres com deficiências, mulheres travestis, transexuais, lésbicas e homens trans, em todos os pontos de atenção, desde o pré-natal, parto e puerpério, incluindo a atenção humanizada às mulheres no climatério, portadoras de câncer, e as vivendo com HIV/AIDS.

54. Promover a assistência obstétrica qualificada e humanizada, incentivando a presença de doulas, obstetrizes e enfermeiras obstétricas, e ampliar os programas existentes e a criação de campanhas a fim de prevenir a violência obstétrica desde o início do pré-natal, incluindo situações de aborto, atenção ao abortamento inseguro como forma de reduzir a mortalidade materna e outras violências.

55. Atendimento humanizado aos serviços oferecidos pela rede de saúde com maior rigor as leis que priorizam os direitos das mulheres, com direito ao parto humanizado, sob pena civil criminal e administrativamente a todo e qualquer profissional que pratica ações consideradas violência obstétrica.

56. Garantir a autonomia das mulheres, respeitando-se os direitos sexuais e direitos reprodutivos, a partir da alteração da Lei nº 9.263/1996, que versa sobre o Planejamento Familiar, extinguindo a necessidade de autorização do parceiro, bem como o impedimento da realização da esterilização no período puerperal imediato e mediato.

57. Assegurar os direitos sexuais e reprodutivos respeitando a autonomia das mulheres e sua diversidade.

58. Garantir a manutenção dos exames de CD4 e Carga Viral (CV) para as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

59. Disponibilizar método contraceptivo subdérmico de longa duração para grupos vulneráveis (adolescentes, mulheres com transtornos mentais, usuárias de álcool e outras drogas e mulheres vivendo com HIV/AIDS).

60. Fortalecer o planejamento reprodutivo, considerando a autonomia da mulher quanto à escolha do método cirúrgico e contraceptivo, garantindo a disponibilização dos insumos integrados à ações qualificadas de educação em saúde a fim de efetivar o planejamento familiar.

61. Realizar a laqueadura pós-parto quando houver indicação de cesárea, salientando que este procedimento deverá ser realizado mediante a comprovação do planejamento familiar e parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, e capacitação de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família para inserção de DIU.

62. Fortalecer as Políticas Públicas de combate e tratamento às IST/HIV/AIDS garantindo a ampliação e a interiorização do número dos Serviços de Acompanhamento Especializado em HIV/Aids (SAEs).

63. Viabilizar ações em saúde que garantam os direitos sexuais e reprodutivos, tais como: alteração da Lei nº 9.263/1996 (Planejamento Familiar), que estabelece os critérios para o procedimento da laqueadura, revogando a questão da necessidade de autorização do cônjuge para realizar o procedimento e facilitar o acesso, sem entraves burocráticos, religiosos ou sociais. Aumentar a oferta de métodos contraceptivos de longa duração para mulheres, tais como: DIU medicado, implantes subcutâneos e outras novas tecnologias similares que forem surgindo, além dos outros métodos contraceptivos aos quais, melhor, as mulheres se adaptem e não causem disfunção sexual e reprodutiva.

64. Ampliação da oferta de métodos contraceptivos hormonais mais modernos, com menos efeitos colaterais.

65. Fortalecer as políticas públicas para a promoção do direito da mulher ao acesso e ao planejamento reprodutivo em todos os espaços de saúde coletivos e individuais, universalizando práticas de orientação e distribuição de insumos sobre a concepção (fertilização) e contracepção para que a população em geral tenha condições de escolha e acompanhamento adequado a fim de preservar a sua autonomia.

66. Fomentar a discussão da necessidade de alteração da lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1.996), em seu artigo 10, inciso I, visando que o direito a laqueadura seja dado a mulheres com capacidade civil plena, maiores de 21 anos.

67. Implementar ações de prevenção para HIV, IST e Tuberculose para mulheres em situações de vulnerabilidade (prisional, mulheres negras, indígenas, idosas, em situação de rua, lésbicas, transexuais, com deficiência, ribeirinhas, rurais e trabalhadoras sexuais), visando: o acolhimento, como prevê a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH);Educação Permanente e Educação Popular em Saúde com ações nas escolas, em articulação com as Secretarias de Educação e de Saúde.

68. Reorganizar os serviços e programas de saúde mental, com base na Lei Federal nº 10.216/2001 e nos princípios da desinstitucionalização e do cuidado em liberdade, efetivando a Rede de Atenção Psicossocial com todos os seus dispositivos, conforme definido pelo Decreto nº 7.508/2011 e normatizado pela Portaria nº 3.088/2011, com vistas a fortalecer as políticas públicas que promovam a inclusão social, reduzam as desigualdades e considerem o território e a acessibilidade como elementos fundamentais.

69. Garantir a implementação e ampliação da rede de atenção psicossocial substitutiva com redução de leitos em hospitais psiquiátricos, e com a habilitação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, implantação de CAPS, Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental, de NASF, PNAISP, e de uma política de educação permanente para todos os trabalhadores, levando em consideração as mulheres que vivem com transtornos mentais e/ou usuárias de álcool e outras drogas.

70. Implementar os serviços de atenção à saúde mental, através de ações voltadas para mulheres com problemas psiquiátricos e ou dependência química.

71. Garantir a ampliação de pontos de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

72. Que o Governo Federal garanta, disponibilize e facilite o acesso às Políticas de Saúde Mental, principalmente no combate à psicofobia e, sobretudo, contra qualquer tipo de violência que fere a dignidade moral, profissional, ética e afetiva das mulheres com transtornos mentais para a prevenção e enfrentamento da violência contra as mulheres nos três entes federados à luz da Política Nacional de Educação Permanente.

73. Equipar e adaptar as unidades de saúde da atenção básica e especializada para atendimento às mulheres e meninas com deficiência, conforme a Lei Brasileira de Inclusão.

74. Garantir a acessibilidade para o atendimento de todas as mulheres com deficiência em consultas e exames, com tradutor intérprete de libras (TILS) para mulheres surdas e com guias-intérpretes para as mulheres surdo-cegas; melhorar a estrutura nos consultórios e ambulatórios para mulher com deficiência.

75. Garantir o acesso e acessibilidade física, tecnológica, atitudinal, metodológica e instrumental na rede atenção a saúde das mulheres; Garantir à mulher com deficiência, acessibilidade na rede de enfrentamento a violência contra a mulher e de outros agravos, em todos os níveis de atenção à saúde, além equipes multidisciplinares que possam atender a essas mulheres em sua integralidade.

76. Garantir a identificação de pessoa com deficiência no cartão do cadastro do SUS com o objetivo de identificar as necessidades que cada deficiência requer no ato do atendimento pelas equipes de saúde.

77. Assegurar que as mulheres com filhos com algum tipo de deficiência tenham assistência garantida nas instituições sejam elas, na Saúde, na Educação ou em qualquer área assistencial.

78. Criar unidade móvel garantindo o direito à acessibilidade da mulher com deficiência, cadeirantes e/ou muletante, composta por equipe multiprofissional para atender as mulheres de comunidades rurais e de difícil acesso. Esta unidade deve ser equipada com aparelhos, por exemplo, mamógrafos, USG, entre outros.

79. Incluir e garantir a implementação da Portaria nº 2803/MS, de novembro de 2013, na Política Nacional de Saúde das Mulheres, que regulamenta e amplia o processo transexualizador, no âmbito do SUS, bem como a adoção e respeito ao nome social nas Unidades de Saúde.

80. Implantar, ampliar e garantir a rede de assistência quanto aos serviços de prevenção de doenças relacionadas as mulheres, lésbicas, travestis, transexuais em todos os estados da federação. Com garantia de autonomia da mulher, respeitando as diferentes etnias, povos, culturas e limites de idade legalmente instituídos; e no planejamento familiar que ela possa se decidir, sem que necessite da permissão do companheiro, cônjuge ou marido, quanto a quantidade de filhos que queira e possa ter.

81. Garantir acesso ao tratamento transexualizador e implementação da política de hormonioterapia nas 3 (três) esferas de governo de homens e mulheres trans e travestis para retirada da mama e histerectomia total.

82. Habilitação de serviços para realização de cirurgias de redesignação e de procedimentos de transexualização, que inclua a terapia hormonal e acompanhamento multidisciplinar por meio da Implementação dos ambulatórios multiprofissionais para transexuais e travestis.

83. Implantar programas de ambulatórios de referência com equipe interdisciplinar em cada unidade da federação com incentivos do Ministério da Saúde para acesso aos pacientes transexualizados.

84. Definir e implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, através de estudos realizados a partir dos perfis socioeconômico epidemiológicos por regiões e microrregiões, levando em consideração as políticas específicas da população de mulheres negras, indígenas, pessoas com deficiências, quilombolas, mulheres do campo, da floresta e das águas, LBT, privadas de liberdade, HIV/AIDS.

85. Criar Política Nacional de Promoção e Atenção Integral à Saúde das Mulheres em Situação de Vulnerabilidade, contemplando as mulheres negras, indígenas, ciganas, campesinas, assentadas, das águas, das florestas, lésbicas, transexuais, travestis, em situação de rua, profissionais do sexo, grávidas, portadoras de HIV/AIDS, de baixa escolaridade e renda, dependentes químicas, portadoras de necessidades especiais e de transtornos mentais, vítimas de violência, privadas de liberdade, adolescentes, idosas, entre outras.

86. Revisar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das mulheres no sentido de: incluir a mulher com deficiência, com ênfase na acessibilidade universal aos serviços de saúde, em garantia ao atendimento das necessidades da deficiência apresentada e ainda do direito à saúde sexual e reprodutiva; Garantir dotação orçamentária para a execução da política para as mulheres do campo, da floresta e das águas; Ampliar e garantir o acesso ao planejamento reprodutivo (capacitar o profissional sobre os direitos sexuais e reprodutivos, ampliar e garantir o acesso aos métodos, incluindo novos insumos e tecnologias).

87. Garantir proteção à maternidade e atendimento adequado aos filhos e filhas das mulheres privadas de liberdade, com direito a educação e continuidade dos estudos durante o período de privação de liberdade.

88. Fortalecer a atenção básica para as mulheres em situação de prisão e de rua com integralidade do acesso, por meio da abordagem preventiva e de promoção à saúde

89. Implantar programas, como política de estado, que garanta o atendimento integral a saúde das mulheres privadas de liberdade na perspectiva de respeito às diversidades e redução das desigualdades sociais, étnico-raciais, religiosa, de gênero e de orientação sexual.

90. Garantir e executar ações para as mulheres em reclusão voltadas para o desenvolvimento socioeconômico, cultural, educacional e religioso, que possam proporcionar saúde e bem-estar, promovendo o acesso à saúde de forma humanizada às mulheres encarceradas garantindo exames de rotina, acompanhamento pré-natal, obstétrico e psicológico de modo que a reinserção social e afetiva dessas mulheres seja uma realidade.

91. Definir e pactuar, com as 3 (três) esferas do governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;

92. Divulgar e garantir o cumprimento da Portaria nº 344/2017, que dispõe sobre a coleta, processo e análise de forma qualificada e permanente dos dados desagregados por raça/cor, padronizar a coleta dos dados sobre raça e cor nos sistemas de informação em saúde, que deverão seguir a classificação do IBGE, que define cinco categorias autodeclaradas, sendo elas branca, preta, amarela, parda e indígena. A medida permitirá a produção de estudos mais detalhados do perfil epidemiológico e da situação de saúde da população brasileira segundo critérios étnicos e raciais.

93. Garantir a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Plano Nacional de Saúde da Mulher.

94. Implementar no espaço escolar e Unidades de Saúde as atividades de promoção da saúde voltadas para as questões de gênero, racismo, gravidez na adolescência, grupos específicos (negros, ciganos, quilombolas, índios, LGBT, religiosos e deficientes) e violência contra a mulher.

95. Construir o hospital da mulher com política diferenciada de saúde contemplando a diversidade das mulheres da população LGBT, da população negra, das comunidades tradicionais de matriz africana, indígenas, quilombolas, mulheres ciganas, das mulheres em situação de rua, das mulheres com deficiência, das mulheres idosas, das mulheres apenadas, em situação de privação de liberdade, trabalhadoras sexuais e trabalhadoras do campo, das florestas e das águas, respeitando a acessibilidade de acordo com a LBI (Lei Brasileira de Inclusão nº 13.146/2016), sobretudo, garantindo a aquisição de equipamentos acessíveis em âmbito estadual com recursos ministeriais.

96. Garantir o atendimento integral e humanizado as mulheres em suas diversidades (negras, quilombolas indígenas, ciganas, LGBTT, com deficiência, mulheres do campo, das águas, da cidade etc.,) assegurando o direito de acessibilidade nos serviços de saúde qualificados e agilidade nos processos de consultas e exames.

97. Inserir na equipe multidisciplinar: psicólogos, assistente social, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas e educadores físicos, médicos, enfermeiros para atender as demandas, priorizando a contratação de profissionais indígenas/quilombolas para suas terras e a efetivação dos polos bases.

98. Criar um protocolo intra e intersetorial de atenção à saúde da mulher em situação de vulnerabilidade, envolvendo os setores de assistência social, educação, saúde, cultura, esportes, conselhos e iniciativa privada, orientando as ações que facilitem o acesso, a vinculação e o acompanhamento destas mulheres e efetivá-lo por meio da educação permanente dos profissionais da rede.

99. Garantir o financiamento específico para que sejam desenvolvidas ações prioritárias e resolutivas às mulheres em situação de vulnerabilidade utilizado para estruturação de equipes, logística, procedimentos em saúde e ações educativas.

100. Implantar e garantir atendimento móvel multiprofissional em saúde voltado para as mulheres das populações do campo, das florestas e das águas com devido suporte técnico e logístico de transporte.

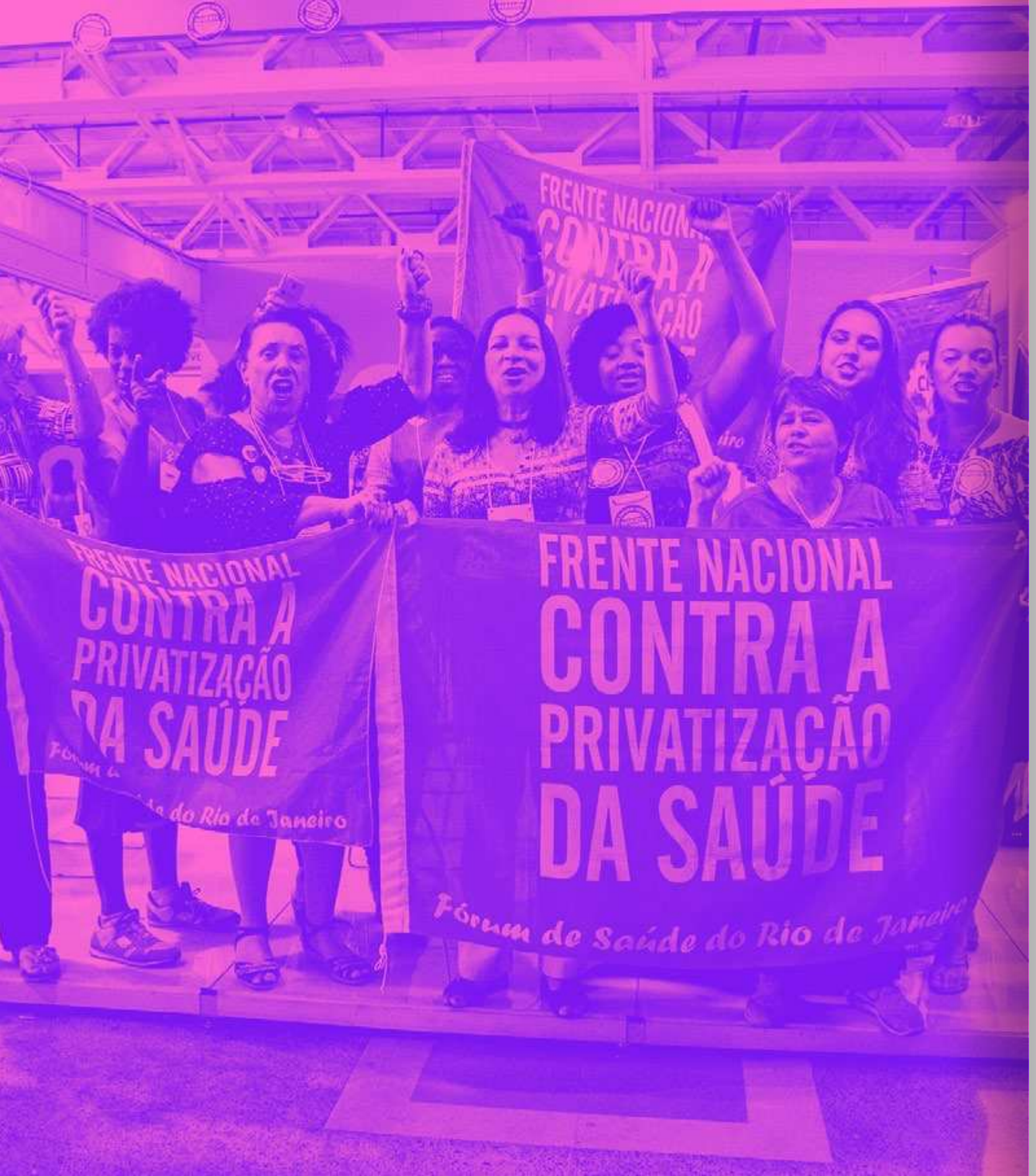
101. Implantar programas, como política de estado, que garanta o atendimento integral a saúde das mulheres privadas de liberdade na perspectiva de respeito às diversidades e redução das desigualdades sociais, étnico-raciais, religiosa, de gênero e de orientação sexual.

102. Garantir atenção às mulheres em sua língua materna nos diferentes serviços de saúde.

103. Implantar e implementar assegurando para todas os municípios do Estado do Pará, serviços públicos garantindo o cumprimento da norma técnica do Ministério da Saúde na atenção às mulheres vítimas de violência sexual, lesbofobia, transfobia, homofobia e outras violências, ofertadas nos serviços de urgência, emergência e centros especializados, as profilaxias de doenças sexualmente transmissíveis, garantindo a qualificação dos profissionais com a educação permanente nos protocolos de violência, em parceria com outros órgãos públicos com a Assistência Social e Segurança Pública (Delegacia da Mulher). Garantir atenção às mulheres em sua língua materna nos diferentes serviços de saúde.

104. Organizar a Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (ampliando a rede cegonha para garantir o princípio da integralidade do SUS), com a obrigatoriedade do financiamento do pacto pela saúde, tendo em vista que é uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar as mulheres o direito do planejamento reprodutivo e a atenção humanizada a gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar aos nascituros o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, garantindo o registro de nascimento dos RN dentro do hospital, assim como a imunização e cartão SUS, promover a implementação do programa de valorização das parteiras tradicionais, assegurando o resultado dos exames laboratoriais em tempo hábil. Ampliar o número de vagas no que se refere ao atendimento à gestante de alto risco nos hospitais regionais e Unidades de Referência, inclusive com a criação de novos leitos de UTI neonatal e educação permanente dos profissionais.

105. Garantir a equidade de acesso, através de políticas específicas e ampliação de serviços às mulheres e suas diversidades em situação de vulnerabilidade como trabalhadoras da mineração, alojadas ou em troca de turno, mulheres do campo, em situação de rua, indígenas, ribeirinhas e as atingidas por barragens, idosas, adolescentes, LBTT, com deficiência, doenças crônicas, hemorrágicas e raras.



Eixo IV - Políticas Públicas para Mulheres e Participação Social

O Eixo IV debateu a importância da participação das mulheres na elaboração, na implementação e no monitoramento das políticas públicas e em especial, na saúde. Considera que o protagonismo dos movimentos de mulheres é uma marca dessa caminhada e que ainda não está expressa na mesma dimensão da organização do controle social no SUS. Neste eixo aprovou-se a realização das Conferências de Saúde das Mulheres a cada quatro anos para que não seja iniciativa de uma gestão do CNS, mas um compromisso com o fortalecimento do protagonismo das mulheres no controle social do SUS.

Dentre as 23 (vinte e três) propostas aprovadas neste eixo destaca-se viabilizar a criação do Disque Denúncia SOS Saúde da Mulher nos três âmbitos: municipal, estadual e federal; estabelecimento de Programa Nacional de Fiscalização da utilização da rede pública pela Saúde Suplementar garantindo que todos os ressarcimentos devidos ao SUS pelos planos de saúde privados sejam feitos de forma ágil e que os débitos inscritos na dívida ativa sejam cobrados com efetividade e encaminhados diretamente aos fundos estaduais e municipais de saúde; adoção de um Sistema online pelo SUS em toda a rede nas três esferas de governo para que a mulher acompanhe o seu atendimento através do prontuário eletrônico; bem como, de um programa de incentivo a implantação no SUS das Práticas Integrativas e Complementares, nos três entes da federação (Federal, Estadual/Distrito Federal Municipal).

Destaca-se ainda neste eixo deliberações que reafirma a posição pela revogação da EC 95 de 2016 e posição contra a Lei nº 13.429/2017 (terceirização sem limites), a Lei nº 13.467/2017 (reforma trabalhista), a PEC 287/2016 (reforma da previdência), o PL nº 6.583/2013 (estatuto da família) o PL nº 5.069/2013 (estatuto do nascituro).

Propostas Aprovadas

1. Garantir que toda emenda constitucional, projeto de emenda complementar, projeto de lei que sejam de interesse público e que impactem de forma negativa na vida da população sejam submetidos a um plebiscito/referendo.

2. Universalizar o Programa Saúde na Escola - PSE/Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas - SPE em todas as unidades escolares.

3. Garantir que o MS normatize as estratégias de integração intersetorial de forma a garantir a expansão e ampliação de recursos relacionados à saúde da mulher, bem como a qualificação de serviços que atendam mulheres em situação de vulnerabilidade, promovendo o monitoramento e avaliação de ações destinadas à ampliação do acesso às mulheres do campo, floresta, águas, mulheres LBT, indígenas, quilombolas, idosas e com deficiência.

4. Estabelecer mecanismos que garantam a efetiva execução das políticas públicas intersetoriais das mulheres, trabalhando o protagonismo destas, para construção de entidades representativas. Inserir ações que otimizem as despesas constitucionais no âmbito da seguridade social (saúde, assistência social e previdência social).

5. Intensificar parcerias intersetoriais entre os órgãos competentes na questão de prevenção à prostituição e ao tráfico de pessoas.

6. Incentivar e capacitar a população em geral (urbana, ribeirinha, rural, assentamentos, indígenas, ciganas, e comunidades quilombolas) a autonomia da prática da farmácia viva em parceria com Embrapa, Ministério da Saúde, Projeto Rondon e demais órgãos competentes.

7. Promover formação de mulheres para propiciar condições de implantação e fiscalização de políticas públicas, nas instâncias de controle social.

8. Criar e garantir projeto de lei determinando que hospital público, privado e UPA sejam adequados com equipamentos para fomentar o acesso para o atendimento às necessidades das mulheres. Capacitação e sensibilização dos profissionais da saúde para um atendimento especializado das mulheres respeitando a diversidade de mulheres ciganas, indígenas, negras, rurais (campo, cerrado e das águas), negras, quilombolas, com deficiência, idosas, LGBT, catadoras, em situação de rua, privadas de liberdade e priorizando as vítimas de violência. Que tenham profissionais preparados e especializados, sensibilizados para entender, compreender, respeitar e atender as necessidades dessas especificidades.

9. Efetivar, na matriz curricular, estudos de gênero e direitos humanos, com maior ênfase nos direitos da mulher, na saúde e no mercado de trabalho com recorte de especificidades étnico raciais, e tudo que nos garante a Constituição Cidadã, nos anos iniciais do ensino fundamental e níveis subsequentes, nas redes de ensino dos Municípios, Estados, Distrito Federal e União.

10. Inserção na proposta curricular, a partir do ensino fundamental, do conhecimento da Constituição Federal e políticas setoriais no fortalecimento para o exercício da cidadania.

11. Assegurar que as ações de fiscalização da saúde suplementar ocorram de forma permanente, garantindo que todos os ressarcimentos devidos ao SUS sejam pagos de forma ágil e que os débitos inscritos na dívida ativa sejam cobrados com efetividade e encaminhados diretamente aos fundos estaduais e municipais de saúde.

12. Garantir a execução da Lei Federal nº 12.732/2012, que estabelece o prazo máximo de 60 dias para atendimento das neoplasias malignas, inclusive o câncer de mama, assegurando retorno e conhecimento das mamografias laudadas realizadas em campanhas, realização de outros exames específicos, disponibilidade de medicamentos prescritos e tratamento adequado inclusive biopsicossocial da mulher com câncer, bem como garantir referências oncológicas para continuidade do tratamento nos moldes da lei federal.

13. Alterar a Portaria GM/MS nº 1.253/2013 afim flexibilizar a faixa etária para rastreamento da realização de exames do câncer de mama.

14. Assegurar nos Conselhos de Saúde e outros, a lei da acessibilidade estabelecendo convênios com as associações de pessoas surdas ou mudas para proporcionar assessoria de intérpretes de sinais e documentos em Braille.

15. Disponibilizar recursos materiais e humanos habilitados em tiflologia (braile), bem como na LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) nos espaços de discussão das políticas públicas voltadas às mulheres.

16. Implantação de Políticas públicas de inclusão dos direitos da mulher na realidade contextual do SUS (amamentação, parto humanizado/compartilhado), e que seja garantido às trabalhadoras Licença Maternidade de 180 (cento e oitenta) dias e Licença Paternidade de 30 (trinta) dias.

17. Ampliar as cotas para exames e consultas especializadas.

18. Promover Audiências Públicas regularmente, a fim de estimular a discussão das Políticas Públicas voltadas às Mulheres e também monitorar, avaliar e fiscalizar as ações implementadas no território.

19. Reeditar o Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014, que institui a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS).

20. Criar Centros Especializados para atendimento à criança com microcefalia com acolhimento para a família e garantia do tratamento e medicação.

21. Fomentar, fortalecer, implementar, sensibilizar e conscientizar a população quanto às Políticas de Proteção às Mulheres, Crianças e Adolescentes, iniciando já na educação infantil em parceria com as secretarias de Educação, Assistência Social, Conselho Tutelar, Atenção Básica e Segurança ressaltando a vulnerabilidade da mulher adolescente em ambientes sociais.

22. Criar o “Disque Denúncia SOS Saúde da Mulher”, nos três âmbitos: municipal, estadual/Distrito Federal e União.

23. Criar Plano de Ação Nacional “Dia D” da Saúde da Mulher do Campo, Águas e Floresta, visando ampliar, fortalecer e garantir os serviços de saúde às trabalhadoras rurais, incluindo acesso às especialidades médicas, assegurar o financiamento do SUS na garantia de políticas públicas de saúde da mulher e promover a Saúde Psicossocial da mulher do Campo, incentivando as produções culturais, favorecendo o acesso aos meios de proteção à violência doméstica.

24. Garantir a implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, nas três esferas do Sistema Único de Saúde, respeitando os saberes ancestrais e populares, em especial das parteiras, doulas, rezadeiras, ervateiras, benzedeiras, investindo na formação permanente dos profissionais de saúde dos Municípios, Estados, Distrito Federal e União (Educação Permanente em Saúde).

25. Fortalecer e garantir a implementação de Políticas Práticas Integrativas e Complementares (PICS), e incluir no atendimento as mulheres com deficiência, como parte de reabilitação continuada e tratamento de dor crônicas.

26. Propor alteração da política nacional de planejamento familiar para que a mulher tenha autonomia sobre sua saúde sexual e direito reprodutivo, ampliando o escopo de métodos contraceptivos pelo SUS (métodos naturais, de barreira [camisinha feminina, masculina, diafragma], anel vaginal DIU, hormonais, métodos definitivos [vasectomia e laqueadura]) e de concepção, bem como a reprodução assistida pelo SUS.

27. Direito ao tratamento de fertilização para mulheres que não consegue engravidar, custeado pelo Sistema Único de Saúde, implantando ambulatório estadual de infertilidade.

28. Reformular e atualizar a legislação do Planejamento Familiar, que é de 1996, em relação à vasectomia e laqueadura com revisão dos pré-requisitos: estado civil, idade e número de filhos.

29. Reformular a Lei nº 9.263/1996 para facilitar o direito da mulher que não quer ter filhos, mesmo que ela não tenha filhos, independente de seu estado civil, colocando em prática a Rede Cegonha.

30. Que o Governo Federal garanta a manutenção e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e as conquistas sociais já alcançadas pela população brasileira, em cumprimento aos direitos previstos na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080/1990 e na Lei nº 8.142/1990 (Leis Orgânicas do SUS).

31. Promover uma mobilização nas três esferas de poder em defesa do SUS 100 % público e contra o atual congelamento, assegurando a luta permanente e constante pelo fortalecimento do SUS.

32. Realizar conferências municipais, estaduais/Distrito Federal e nacional de saúde da mulher de 4 (quatro) em 4 (quatro) anos.

33. Garantir recursos específicos para a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

34. Efetivar a Política Nacional das mulheres negras, indígenas, lésbicas, bissexuais, transexuais, quilombolas, ciganas, com deficiência e em situação de rua, vinculadas às Secretarias da Saúde.

35. Ampliar os canais da interação com o usuário para fortalecer o controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde Municipais, Estaduais/Distrito Federal e o Nacional, garantindo e fortalecendo as políticas públicas para as mulheres, considerando as especificidades dos contextos de trabalho que impactam as condições de saúde, assegurando que os direitos adquiridos na CF de 1998 e na CLT sejam mantidos e ampliados. Combater os projetos de lei que visam retirar os direitos das mulheres.

36. Promover a articulação entre os conselhos de saúde, conselhos de políticas setoriais e os movimentos sociais e sindicais, para o enfrentamento de iniquidades em saúde que atingem determinados grupos, tais como: mulheres privadas de liberdade e egressas; indígenas; quilombolas; em sofrimento psíquico; com deficiência; em situação de rua; mulher LBT (lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais); negras; do campo, da floresta e das águas; ribeirinhas; imigrantes e refugiadas; ciganas; indígenas; vivendo com HIV/AIDS; profissionais do sexo; pessoas com deficiência; usuárias de álcool e outras drogas, dentre outras, em todos os seus ciclos vitais (infância, adolescência, idade adulta e velhice).

37. Garantir aplicação de recurso federal no percentual mínimo para saúde, educação e assistência social, empoderando os conselhos para realizar fiscalização efetiva da aplicação dos recursos

38. Integração entre os conselhos de políticas públicas com conselhos de defesa de direitos em âmbito federal, estadual e municipal de forma a estabelecer normativas conjuntas de atenção integral à mulher.

39. Estabelecer estratégias para mobilização social e política de fortalecimento da participação através de dotação orçamentária destinada aos conselhos com a criação de fundos de conselhos com os seguintes objetivos: pesquisas na área da mulher; campanha sistemática da Lei Maria da Penha; campanhas de saúde da mulher, e, principalmente, financiamento de projetos sociais apresentados por movimentos de mulheres na área da saúde da mulher

40. Garantir mínimo de 50% de participação de mulheres nas gestões, nos cargos de decisão, e conselhos participativos da saúde a nível nacional, estadual/Distrito Federal, municipal, regional e local.

41. Fomentar os conselhos e órgão de direitos de defesa do controle social a fim de que possam desenvolver as ações em rede.

42. Garantir e incentivar espaços de participação popular das mulheres, nos Conselhos Municipais de Saúde, por meio de rodas de conversa nas escolas e comunidades em conjunto com profissionais de saúde, em locais de acesso ao público, para divulgar o atendimento no SUS (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990) bem como os serviços ofertados no município, incentivando as associações, grupos, a levar os anseios/demandas aos órgãos públicos, conscientizando as mulheres de que é necessário lutar por seu espaço, em movimentos que defendam seus direitos, garantindo nas Unidades Básicas de Saúde pontos de discussão de direitos: Implantando Conselhos Locais de Saúde e realizando reuniões itinerantes do Conselho Municipal de Saúde estimulando a participação social; Apoiando a qualificação de líderes comunitárias e militantes de movimentos de mulheres e feminista, na defesa dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres, a partir de perspectivas de gênero,

raça/etnia, povos tradicionais, geração e orientação sexual; Desenvolvendo grupos temáticos e específicos com as mulheres do território com o propósito de prevenir o adoecimento, levando em consideração a realidade do meio em que atuam; Garantindo o funcionamento em redes através do planejamento nas três esferas de governo; Engajamento maior de todos os setores de saúde e demais áreas para promoção da saúde das mulheres, para proteção dos direitos das mulheres e proporcionando à população usuária avaliação das instituições prestadoras de serviços de saúde.

43. Promover a igualdade de gênero dentro dos segmentos de composição dos espaços de controle social na construção da política da Saúde das Mulheres.

44. Implantar campanhas publicitárias contínuas e permanentes, nos três níveis de Governo incentivando a participação das mulheres no controle social.

45. Ampliar, estimular e fortalecer a participação e o controle social na elaboração e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

46. Realizar ampla mobilização da sociedade organizada, por meio de caravanas populares, passeatas, marchas e coleta de assinaturas contra: EC 95 do teto dos gastos públicos da Saúde e Educação; A Lei nº 13.429/2017, que dispõe sobre terceirização sem limites; A Lei nº 13.467/2017, que aprova a reforma trabalhista; A PEC 287/2016, que propõe a reforma da previdência; O PL 6.583/2013 (Estatuto da Família); O PL 5.069/2013 (Estatuto do Nascituro), criminalização do aborto.

47. Estimular a criação, fortalecimento e apoio às associações e cooperativas voltadas para as mulheres, mulheres travestis e transexuais, incentivando a adesão a cargos representativos, por parte das três esferas do governo, para que alcancem reconhecimento com apoio das políticas sociais às suas histórias de lutas e conquistas.

48. Ampliar e unificar os serviços e sistemas de informação do Sistema Único de Saúde, atualizar os preços na tabela SIGTAP para a atenção a saúde, como também garantir os medicamentos de assistência farmacêutica para todos os níveis de complexidade.

49. Implementar um sistema online pelo SUS em toda a rede Federal, Estadual e Municipal onde a mulher possa acompanhar o seu atendimento através de prontuário eletrônico (com referência e contra referência).

50. Que o Governo Federal amplie e assegure incentivos financeiros no âmbito federal e estadual para investimento e custeio nos serviços/ações de Atenção Básica (incluindo Saúde Bucal) e Vigilância à Saúde, principalmente nos municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), garantindo acesso e qualidade, com ênfase na saúde da mulher, com aporte de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para as ações de saúde, nos termos que preconiza a PEC nº 01/2015.

51. Melhorar os incentivos financeiros para unidades de atenção primária e secundária à saúde situadas em municípios de pequeno porte com até 10.000 (dez mil) habitantes, garantindo assistência e disponibilizando recursos financeiros para construção de laboratório de análises clínicas e maternidades, disponibilizando transporte para garantir o acesso das

mulheres rurais à saúde, fortalecendo e ampliando, no âmbito do SUS, a participação das mulheres da zona rural e urbana nas políticas públicas de saúde e no controle social.

52. Assegurar a aplicação do orçamento de recursos destinados à saúde das mulheres, nos serviços de baixa, média e alta complexidade e operacionalizar os sistemas de referência e contra referência, visando o atendimento humanizado e resolutivo às mulheres bem como àquelas com deficiência

53. Definir nas três esferas de governo, política estruturada de financiamento para a organização e fortalecimento das secretarias estaduais e municipais de políticas para mulheres.

54. Garantir recursos para desenvolvimento de estratégias de comunicação, divulgação de direitos e participação social, em especial para população do campo, da floresta e das águas.

55. Consolidar e fortalecer a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres com a plena implementação e repactuação em todos os estados do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, garantindo a ampliação orçamentária para sua execução. Garantir a execução e implementação das ações do Pacto de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres com permanente controle e monitoramento dos recursos com transparência, diagnósticos e avaliação, garantindo também a participação dos movimentos sociais e a inclusão das perspectivas étnico-raciais, geracionais, de orientação sexual, identidade de gênero, de classe, religião, mulheres com deficiência, rurais, urbanas, migrantes, imigrantes, quilombolas, indígenas, comunidades tradicionais

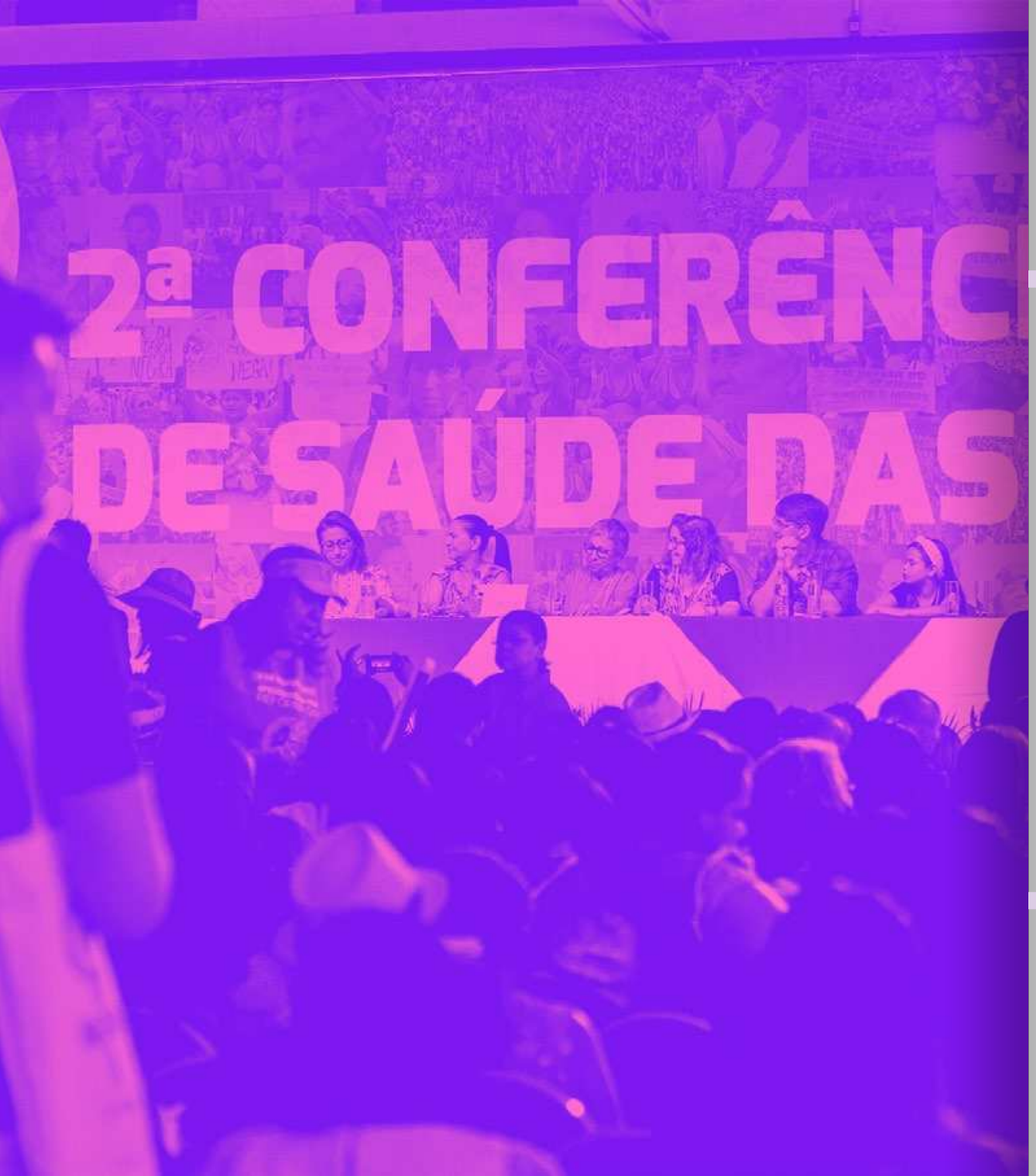
de matrizes africanas e de terreiros, assentadas e na agricultura familiar, ciganas, profissionais do sexo, mulheres em situação de rua e catadoras de materiais recicláveis.

56. Reconhecer a violência (violência de gênero, mulheres privadas de liberdade, mulheres com deficiências, mulheres negras, idosas, povos tradicionais e povos tradicionais de matriz africana) como violência estrutural e histórica sendo embasadas na segurança, justiça e saúde pública e reativar a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, incentivar a criação/manutenção das secretarias estaduais e municipais.

57. Regulamentar mecanismos de combate ao feminicídio para fortalecer as políticas de combate a violência contra as mulheres e garantindo subsídios de sobrevivências das mulheres em situação de risco e vulnerabilidade.

58. Instituir integração do sistema de informação da saúde com demais políticas públicas de atenção às mulheres vítimas de violências para garantir atenção intersetorial e integral das vítimas.

59. Fortalecer a participação e o controle social das mulheres por meio da participação integral nos planos e elaboração das políticas públicas, sobretudo orçamentária, a fim de que as políticas públicas voltadas para as mulheres e suas diversidades sejam concretizadas em nível dos entes federativos.



Moções Aprovadas

Moções de Apoio

Nº 01

DESTINATÁRIAS/OS: Prefeito Alexandre Kallil – Belo Horizonte (BH), Secretaria Municipal de Saúde de BH, Conselho Municipal de Saúde de BH.

PROPONENTE (OPCIONAL): Lourdes A Machado.

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: Moção de apoio de abertura da Maternidade Leonina Leonor que representa a luta das mulheres e trabalhadoras do SUS/BH, para implementar a assistência humanizada ao parto e nascimento, além de formação das profissionais de saúde no modelo de atenção baseada no direito das mulheres e das crianças e nas evidências científicas. A maternidade está pronta há 9 anos e é compromisso do governo e tornou-se um símbolo do descaso dos gestores com a redução da mortalidade materna e infantil e eliminação da violência contra a mulher no parto em Belo Horizonte, em Minas Gerais e no Brasil. Moção de apoio ao movimento #Nasceleonina!

Nº 02

DESTINATÁRIAS/OS: Fundação Nacional do Índio/Ministério da Justiça (FUNAI/MJ).

PROPONENTE (OPCIONAL): Mulheres indígenas participantes da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: Que o Estado Brasileiro através da FUNAI/MJ, garanta e priorize a continuidade do reconhecimento, demarcação, homologação e desintrusão das terras tradicionalmente ocupadas pelos povos indígenas existentes no Brasil. Tendo em vista a total violação dos direitos originários que estão garantidos na Constituição Federal de 1988, porque para nós, mulheres indígenas, a saúde na integralidade e equidade só existe com a garantia e a proteção dos territórios.

Moções de Apelo

Nº 01

DESTINATÁRIAS/OS: Secretaria de Política para as Mulheres do Governo Federal.

PROPONENTE (OPCIONAL):

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: Inauguração imediata das Casas da Mulher Brasileira, em especial a do Maranhão, que se encontra construída, mobiliada, com todas as licitações realizadas, empresas contratadas e órgãos (MP, DPE, TJ, etc.) prontas para iniciar seus trabalhos na casa. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a violência contra a Mulher é uma questão de saúde pública. As mulheres negras, jovens e pobres são as maiores vítimas de violência doméstica, familiar e de gênero,

que resulta em um número alto e crescente de feminicídios. A Casa da Mulher Brasileira é uma importante ferramenta de combate às violências que vitimam as mulheres diariamente, nela funcionarão todos os órgãos de atendimento às mulheres: psicossocial, DEAM, MP, DPE, SINE Mulher, Casa de Passagem e Patrulha Maria da Penha.

Nº 02

DESTINATÁRIAS/OS: Conselho Nacional de Saúde.

PROPONENTE (OPCIONAL): Marilene A. Maia Lima. Delegada de Tocantins. “O apelo objetiva dar subsídios aos Tribunais de Contas dos Estados e dos Municípios na adoção de melhores práticas administrativas em auxílio aos Conselhos Gestores.

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: Reestruturação dos Conselhos de Direito/Seguridade Social: Conselhos Municipais e Estaduais da Mulher, do Idoso, da Criança e Adolescentes, da Pessoa com Deficiência, da Saúde, da Assistência Social, Saneamento Básico, de Política sobre Drogas, da Segurança Pública. A fiscalização do Tribunal de Contas e Ministério Público na estruturação dos Conselhos Municipais e Estaduais.

Nº 03

DESTINATÁRIAS/OS: Governo do Estado de Minas Gerais.

PROPONENTE (OPCIONAL): Neusa Pereira de Freitas. Delegada Minas Gerais. CI: MG 10.951.473

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: Nós delegadas e delegados da 2° Conferência Nacional de Saúde das Mulheres manifestamos o apelo pelo NÃO fechamento do Hospital Ortopédico Galba Velloso, em Belo Horizonte/MG, proposto pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e exigimos investimentos financeiros nesta importante unidade hospitalar que é referência em cirurgias ortopédicas de todo o estado de Minas Gerais.

Nº 04

DESTINATÁRIAS/OS: Ministério da Saúde.

PROPONENTE (OPCIONAL): Andrea Chaves de Cabral. Delegada Titular, Rio Grande do Sul (RS); Ana Mossatte. Delegada Titular, RS; Idalina Ferreira da Costa. Usuária, RS; Alessandra Santos. Trabalhadora, RS.

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: Apelo por garantia e aumento dos repasses da estratégia de saúde da família dos municípios de Viamão, Gravataí, Alvorada, Cachoeirinha e Porto Alegre (região metropolitana), do Estado do Rio Grande do Sul. OBS. O apelo se estende ao município de Canoas/RS e ao Brasil, nos 27 estados federados. E repudiamos as mudanças no Plano Nacional de Atenção Básica, sem ampla discussão com a população.

Nº 05

DESTINATÁRIAS/OS: Ministério da Saúde.

PROPONENTE (OPCIONAL):

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: Ampliar o atendimento às mulheres vítimas de queimaduras, feridas, mutiladas no âmbito geral pelo SUS, para que sejam feitas cirurgias plásticas reparadoras dentro do atendimento da Atenção Primária, conforme já conquistado pelas vítimas de câncer de mama, estendendo as vítimas de carbonização e queimaduras do Movimento GVT.

Moção de Proposição

Nº 01

DESTINATÁRIAS/OS: Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Estaduais, Todas/os as/os Delegadas/os da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.

PROPONENTE (OPCIONAL):

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: A conjuntura nacional vem demonstrando um aprofundamento nos ataques aos direitos sociais, bem como sérios retrocessos que atingem gravemente a classe trabalhadora, especialmente as mulheres. Tendo em vista este cenário profundamente adverso e por reconhecer a importância em fortalecer o trabalho de base para barrar as contrarreformas e revogar os retrocessos; e, por compreender que somente a unidade na luta entre os trabalhadores é capaz de derrotar o ilegítimo governo Temer e tecer as bases para a construção

de outra sociabilidade, que a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde apresenta a presente moção de proposição.

Moções de Repúdio

Nº 01

DESTINATÁRIAS/OS: Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul/ Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

PROPONENTE (OPCIONAL): Delegação de Mato Grosso do Sul (18 mulheres).

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: As/os participantes da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres repudiam a postura autoritária do Governo do Estado de Mato Grosso do Sul que, por meio da Secretaria de Saúde, não honrou com o compromisso de garantir a participação das delegadas eleitas na 1ª CESMu/MS, não custeando as passagens intramunicipais e para Brasília, inclusive, desrespeitando decisões do Conselho Estadual de Saúde e obrigando a sua paralisação. A realidade do desmonte do SUS em Mato Grosso do Sul tem sido implementada com desrespeito ao controle social e a participação dos movimentos sociais.

Nº 02

DESTINATÁRIAS/OS: Supremo Tribunal Federal.

PROPONENTE (OPCIONAL):

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: Nós mulheres de todo o país, delegadas da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, vimos a público manifestar repúdio, em nome de toda mulheres impactadas pelo EC 95/2016, do congelamento dos gastos com a saúde pública, ação que nos afetam diretamente uma vez que na vida daquelas que necessitam que seja garantida com qualidade e equidade o direito a saúde constitucional, fruto da democracia que historicamente garantido conquistamos em nosso país. Nenhum direito a menos para as mulheres. O SUS é nosso, ninguém tira da gente. Direito garantido não se compra e não se vende.

#Nãoaoretrocesso #Juntassomosmaisfortes.

Nº 03

DESTINATÁRIAS/OS: Ministério da Saúde, Congresso Nacional.

PROPONENTE (OPCIONAL):

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: Nós, ACS e ACE de todo o Brasil e demais defensores da Atenção Básica qualificada, das visitas domiciliares casa a casa, por ACS e ACE reunidos na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, no dia 18 de agosto de 2017, vimos veementemente repudiar a atitude nefasta do atual ministro, onde o mesmo apoiou a proposta de reformular a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que causará grave retrocesso a Atenção Básica e a Estratégia da Família, bem como a Vigilância em Saúde.

Nº 04

DESTINATÁRIAS/OS: Prefeitura Municipal de Cubatão/Governo do Estado de São Paulo.

PROPONENTE (OPCIONAL):

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: Contra o fechamento do Hospital Municipal de Cubatão/SP. Após eleições de 2016, o prefeito eleito do PSDB decidiu, sem consulta pública, para o fechamento do único Hospital Municipal da cidade, que tem 157 mil habitantes. Há mais de 7 (sete) meses não nasce uma criança na cidade. As mulheres têm que migrar para outros municípios para ter seus bebês. É inadmissível a irresponsabilidade com a saúde de um povo. Cubatão é um dos maiores polos industriais da América Latina, hoje 2017, não tem o que é mais precioso, a saúde, que é um direito de vida e constitucional. Não temos médicos, leitos, remédios, estão brincando com a vida. Dignidade e respeito ao povo Cubatense.

Nº 05

DESTINATÁRIAS/OS: Coordenação e Organização da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.

PROPONENTE (OPCIONAL):

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: Nós, mulheres transexuais e travestis participantes da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher, enquanto cidadãs dignas de direitos em atenção a identidade de gênero e amparadas pelo Decreto Federal nº 8727, de 28 de abril de 2016, que dispõe sobre o uso do nome social na administração pública federal direta, autárquica e funcional, bem como o documento orientador desta conferência, repudiamos o desrespeito da organização desta conferência em expor o nome de registro civil nas listas de grupos de trabalho, expondo-nos ao constrangimento e humilhação e reforçando o preconceito e estigma a nós vinculados.

Nº 06

DESTINATÁRIAS/OS: Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Governador Pezão.

PROPONENTE (OPCIONAL): Rita Ramalho.

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: Eu, Rita Ramalho, usuária, servidora pública, conselheira municipal de saúde e militante do movimento de mulher, venho pedir apoio a moção de repúdio ao Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e ao Governador, Pezão. Nossa região serrana e demais regiões do estado não tiveram seus transportes aéreos garantidos por um governo que não está nem aí pela causa da mulher. Estou aqui porque pessoas que conhecem meu trabalho me ajudaram na minha vinda. A volta ainda preciso de R$200,00 (duzentos reais) para inteirar para pagar a pessoa que tirou no cartão para que eu pudesse ter vindo. Não passei dias dentro de uma conferência regional e estadual, deixando meus afazeres para um governo que tira nossos direitos sem o menor escrúpulo.

Nº 07

DESTINATÁRIAS/OS: Ministério da Saúde.

PROPONENTE (OPCIONAL): Federação Nacional dos Farmacêuticos.

QUANTIDADE DE ASSINATURAS: 391

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: O plenário da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres expressa sua moção de repúdio apresentada pela federação nacional dos farmacêuticos, face a decisão do governo federal, por meio do Ministério da Saúde, visando o fim do Programa Farmácia Popular. O presidente Michel Temer determinou em abril último o fechamento das trezentas e noventas e três farmácias que compunham o programa. Pelo programa eram disponibilizados 112 tipos de medicamentos à população de forma gratuita ou com até 90% de desconto, para tratamento de doenças DCNT e distúrbios psíquicos, além de contraceptivos e fraldas geriátricas. Considerando que o programa estava voltado para a população de baixa renda, o fechamento trará impactos negativos na economia e descontinuidade do tratamento.

Nº 08

DESTINATÁRIAS/OS: Ao Congresso Nacional.

PROPONENTE (OPCIONAL): Regina Apa. B. Bail. RG 3117.106. Delegada de Santa Catarina.

FATO OU CONDIÇÃO QUE MOTIVA OU GERA A MOÇÃO E PROVIDÊNCIA REFERENTE AO PLEITO: Moção de Repúdio à PEC nº 287, que dispõe sobre a Seguridade Social, estabelece regras de transição e dá outras providências. Não concordamos com o aumento da idade mínima de 65 anos para aposentadoria das mulheres sem diferenciação, levando em consideração a tripla jornada de trabalho desenvolvida pelas mesmas. Somos contrários a contribuição do INSS pelas trabalhadoras rurais e aumento da idade mínima de 65 anos como regra, justificando o desgaste físico das mulheres e desestímulo para permanência na área rural.

Da Cobertura da 2ª Conferência Nacional de Saúde das MulhereS

CANAL SAÚDE FIOCRUZ

A divulgação da Conferencia foi feita por meio do Site do Conselho Nacional de Saúde/CNS e intervenções mensais (março, abril, maio e junho) nas Reuniões Ordinárias/RO do CNS com palestrantes convidadas para abordarem os quatro eixos temáticos definidos para a Conferencia provocando a discussão entre Conselheiras/os em tempo real para todo o Brasil. Ocorreram outras Atividades promovidas pelos Conselhos Estaduais e Municipais e pelas/os Conselheiras/os do CNS em seus Estados além de atividades das organizações da Sociedade Civil.

Houve também uma Programação no Canal Saúde (vide links) com foco nos temas da Conferência no processo de sua construção como também, após seu encerramento para apresentar os resultados da 2ª CNSMu.

ATIVIDADES PROGRAMADAS

- Sala de Convidados (27/06/17) – Etapa estadual Rio Grande do Sul
  https://www.facebook.com/2cnsmu/videos/1418786414863601/

- Em Pauta na Saúde (28/08/17)
  http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=em-pauta-na-saude-28082017-EPA-0067

- Sala de Convidados (29/08/17)
  http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=2a-conferencia-nacional-de-saude-das-mulheres-SDC-0403

- Mulheres Trabalhadoras
  http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=2a-cnsmu-mulheres-trabalhadoras-BPS-0691

- Mulheres Indígenas e Mulheres Quilombolas
  http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=2a-cnsmu-mulheres-indigenas-e-mulheres-quilombolas-BPS-0692

- Interprograma
  https://www.facebook.com/2cnsmu/videos/1420630334679209/

- Canal Saúde na Estrada - Ambulatório Trans, em Lagarto (SE)
  http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=se-sergipe-lagarto-ambulatorio-trans-CSE-0116

- Canal Saúde na Estrada - Projeto Barriguda, em Macaíba (RN)
  http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=rn-macaiba-projeto-barriguda-cse-0124

- Canal Saúde na Estrada - Projeto TransformaDor, Pará
  http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=pa-belem-projeto-transformar-cse-0119

- Canal Saúde na Estrada - Mulheres da AP 2.2, Rio de Janeiro
  http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=rj-rio-de-janeiro-mulheres-da-ap-22-CSE-0118

2ª CNSMu E A ARTICULAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS DE MULHERES E O CONTROLE SOCIAL DO SUS

Neste ponto foi valiosa a contribuição de lideranças dos movimentos de mulheres que falam de diferentes espaços da luta social de mulheres no Brasil sobre sua percepção e avaliação da 2ª CNSMu e qual seu impacto nas lutas gerais das mulheres brasileiras. Momento importante de análise e avaliação desta experiência coletiva dos movimentos sociais de mulheres na luta exercício do direito a saúde Os links e as relações entre movimentos sociais de mulheres e a participação e controle social para superar o desafio da integralidade na oferta de serviços do SUS para mulheres, especialmente, as que estão em situação de vulnerabilidades. A seguir o registro de manifestações de mulheres do movimento feminista, da academia e do movimento sanitário que representam campos da Luta Social e da Saúde para fortalecimento da força das mulheres para o desafio do exercício do direito à saúde e a importância para as lutas gerais das mulheres no Brasil.

TEMPO DE DESAFIOS: REAFIRMAÇÃO DE CONQUISTAS E DE LUTAS POR NOVAS VITÓRIAS

Levaram para o palco, tiraram do silêncio, em pleno cenário de retrocesso político, em um governo golpista, milhares de mulheres e homens de todos os Estados brasileiros, de gênero, etnia e papéis sociais diversos - o lugar de fala- para dar vida a questões não resolvidas nesses 30 anos.

A 2ª CNSMu foi o momento de resgate, entre outros temas, da discussão da legalização do aborto, do enfrentamento da morte de mulheres em consequência do aborto clandestino, do efetivo controle da mortalidade materna e também da abordagem do preconceito racial na sociedade e nas instituições. Estes últimos, fatores que impedem a igualdade e o tratamento justo à demanda dos serviços de saúde.

A discussão aberta da liberdade de sentimentos entre pessoas do mesmo sexo, transgêneros e travestis, sinalizaram a contemporaneidade da 2ª CNSMu. Um momento de novas vitórias e ratificação de antigas conquistas. Que venha a 3ª CNSMu, que possa ser construída e realizada num Brasil democrático.”

Graça Ohana Pinto (Coordenadora da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher de 1986).

AS CONQUISTAS RELATIVAS À SAÚDE DAS MULHERES SEMPRE FORAM FEITAS DE LUTA

Luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, direito à atenção respeitosa, singular, integral, universal e equânime; direito de escolha; direito às ações de promoção e prevenção da saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral de Saúde das Mulheres (PNAISM, MS/2004), normativa que orienta as ações de saúde no Sistema Único de Saúde - SUS, relativas às mulheres, é conquista dos movimentos organizados de mulheres e dos movimentos feministas.

A 2ª conferência Nacional de Saúde das Mulheres reafirma esta política e estes direitos, e propõe pautas para o que ainda precisa ser construído para que as mulheres, cada vez mais, sejam sujeitos de direitos, livres e autônomas.

A realização da 2ª conferência Nacional de Saúde das Mulheres, no momento onde há ameaças aos direitos das mulheres e ao SUS, é um marco importante nesta luta, reiterando que saúde das mulheres não se constrói sem a luta pela terra, pelo trabalho, por educação e moradia, e sem o fim de todas as formas de violência contra as mulheres.

Que as deliberações produzidas na 2ª conferência sejam orientadoras das políticas públicas de saúde, tornando o SUS mais acolhedor e justo para toda e qualquer mulher.

Maria Esther Vilela (Coordenadora Geral da Saúde Mulher/Ministério da Saúde)

IMPORTANTE VITÓRIA DO CONTROLE SOCIAL E DA LUTA E RESISTÊNCIA DAS MULHERES

No ano de 1986, o jovem movimento feminista no Brasil, uma das forças propulsoras dos ventos democráticos que sopravam em nossas terras, conseguia ver realizada a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Marco na vida democrática, a conferência se situa na história do Conselho Nacional de Saúde como o êxito de um controle social comprometido com os direitos sociais do povo brasileiro, e assim, também o fortalece. Os resultados desta conferência tornam-se referência para as demandas específicas das mulheres na área da saúde, para as bandeiras e ações de luta dos movimentos sociais, de mulheres e feministas, que se organizavam por todo o Brasil e entre eles, as entidades emancipacionistas que começavam a surgir, estruturando as bases de nossa União Brasileira de Mulheres, criada em 1988.

Nosso lema, Por um Mundo de Igualdade, Contra toda Opressão, trazia a marca daquele momento e do objetivo maior de nossa organização: lutar por um mundo novo, com igualdade de condições para homens e mulheres viverem a vida de forma emancipada. E nesta luta, ao longo dos anos, garantimos a criação de secretarias da mulher, conferências e políticas públicas voltadas para empoderar as mulheres em relação a seus corpos, seus prazeres, suas necessidades e possibilidades, bandeiras de autonomia que encontraram seu suporte nas deliberações e orientações daquela conferência e exigem o permanente aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde. Entretanto, os avanços sociais esbarram nas correntes conservadoras da sociedade machista e patriarcal, hierarquizada e sustentada na divisão social e sexual do trabalho, nas relações sociais e práticas culturais.

Foi no embate cotidiano possibilitado pela vivência democrática ao longo de 30 anos que nós do movimento social de mulheres fomos nos fortalecendo a ponto de conquistarmos, no mar revolto do ano de 2016, a efetivação da 2ª Conferência Nacional de Saúde das mulheres, com o tema “Saúde das Mulheres: desafios para a integralidade com equidade.” Esta realização honrou as mulheres brasileiras e particularmente as mulheres da UBM, representadas no espaço de controle social que é o CNS, e responsáveis pela direção daquele processo.

Novamente, a conferência é marco de luta das mulheres brasileiras. Mobilizou a diversidade de mulheres e movimentos sociais realizando uma plenária nacional marcada pelo debate democrático entre setores conservadores e progressistas onde as deliberações aprovadas indicaram o caminho trilhado: resistência ao atraso e humanização da vida!! Abaladas pelo golpe que atingiu uma mulher idônea retirando-a da presidência da República, fomos estimuladas por suas primeiras palavras como presidenta: As Mulheres Podem!! (Dilma Rousseff) E registramos nos anais que aqui vão impressos, as conquistas que já forjam o caráter das aguerridas jovens que hoje defendem com consciência o direito a serem donas de seu corpo e de seus destinos, e nas ruas enfrentam as forças do atraso na defesa da democracia e de um futuro de igualdade, contra toda opressão!!

Lucia Rincon (Presidenta da União Brasileira de Mulheres - UBM, mandato 2014 /2017).

UMA PRIMAVERA DE DIVERSIDADE

Como mulher, negra, jornalista e feminista, estar na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres foi uma imensa oportunidade de crescimento pessoal, político e profissional. Era poder, ao mesmo tempo, estar ali registrando um momento histórico para as mulheres brasileiras, e também estar ali como ativista, testemunhando a construção das políticas públicas de saúde para mulheres.

Em minha cobertura jornalística fiz questão de mostrar aquilo que mais me chamou atenção e que acredito ter sido a principal diferença entre uma conferência e outra (que tiveram um hiato de cerca de 30 anos para acontecer, há de se destacar): a diversidade de mulheres estampada nos rostos de cores e etnias diferentes, nas bandeiras de sexualidades e classes diferentes e também na resistência daquelas que mesmo que em um cenário que se abre para a interseccionalidade, ainda precisam lutar para protagonizar este espaço. Não hei de esquecer o momento em que Lucia Quilombola ocupou a mesa de abertura e emocionou toda a multidão de pessoas com seu depoimento. É um recado de que não deixaremos mais nos apagar.

Eram mulheres negras, quilombolas, bissexuais, lésbicas, prostitutas, agricultoras, ribeirinhas, indígenas, brancas, de classe média, moradoras de rua, trabalhadoras, idosas, jovens, de religiões diferentes. Uma primavera se fez nesta que para mim, foi a conferência da “normalidade”. Isto porque, o que estamos tentando fazer não cabe mais na palavra “diversidade”.

Dar voz a quem não tem voz, fazer-nos vistas todas e nossas pautas interseccionadas ali. Fazer valer uma democracia em um cenário político confuso, golpeado, fragilizado, controverso e polarizado. Ver milhares de mulheres resistindo ante ao conservadorismo em pautas necessárias e já antigas como a do aborto.

Que honra ajudar a escrever essa história. Que honra estar ao lado dessas mulheres, que honra estar aqui neste livro. Que este seja só o caminho e o começo – para todas nós.

Ellen Paes (Jornalista da FIOCRUZ).

CONSOLIDAÇÃO TEMÁTICA DAS PROPOSTAS DA 2ª CNSMu E A REVISÃO DA PNAISM (CISMu/CNS)

AGROECOLOGIA	
PROPOSTA PRIORIZADA	**ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO**
Criar um mês específico – Mês Verde – para fortalecer as Políticas de Promoção da Saúde com foco no consumo de produtos orgânicos, redução do uso indiscriminado de agrotóxicos e na fiscalização da aplicação da legislação de mananciais para protegê-las da ação de agrotóxicos e minerais.	1-O CNS deverá encaminhar o processo de criação do “Mês Verde”; 2-Promover, durante todo o mês, ações de educação em saúde com populações vulnerabilizadas sobre os riscos dos agrotóxicos e a exposição excessiva ao sol pela prática da agricultura, junto aos sindicatos e grupos de mobilização pró-agricultura familiar; 3-Alertar a população sobre os riscos do uso e consumo do agrotóxico para o desenvolvimento de cânceres e incentivar o cultivo e consumo de produtos orgânicos; 4-Incentivar o cultivo de horta comunitária para a distribuição e o incentivo ao consumo de produtos orgânicos; 5-Incentivar a mobilização social junto aos poderes públicos por medidas eficazes de proteção contra agentes cancerígenos e de estímulo ao uso de técnicas saudáveis de plantio; 6.Garantir, por Lei, a proibição do uso de agrotóxicos prejudiciais à saúde e à vida das trabalhadoras e dos trabalhadores rurais e da população em geral, seja fiscalizada pelo poder competente com a participação das trabalhadoras/res rurais, através do seu Sindicato;
Desenvolver pesquisas sobre os impactos dos agrotóxicos na vida e saúde das mulheres, aperfeiçoando os mecanismos da vigilância em saúde.	Garantir o monitoramento contínuo de populações expostas a agrotóxicos e outros contaminantes químicos, identificando áreas contaminadas, cobrando, quando necessário, o cumprimento da legislação vigente e prevenindo os possíveis agravos à saúde das mulheres.

CIDADE SAUDÁVEL	
PROPOSTA PRIORIZADA	**ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO**
Pautar no controle social do SUS o desenvolvimento do projeto das cidades saudáveis com a participação popular na construção ascendente do Plano de Ação Intersetorial Cidade Saudável do Município.	1.Incentivar a participação social na realização do diagnóstico situacional do perfil epidemiológico da cidade; 2.Estimular a formação dos conselhos comunitários para que apresentem as necessidades de cada território / região, bem como suscitem propostas resolutivas; 3.Instigar a gestão pública municipal, através dos conselhos e comissões intersetoriais, a desenvolver um plano de ações baseado no diagnóstico realizado e que atenda às necessidades por ele apontadas; 4. Instigar a fiscalização e monitoramento, por parte da população, da execução e efetividade do plano de ação elaborado.
Que as três esferas de governo garantam recursos públicos para: a área de vigilância em saúde ambiental, capacitações e atuação da saúde no monitoramento da qualidade da água para consumo humano, populações expostas a solo contaminado, poluentes atmosféricos e para projetos de saneamento.	Criação de consórcios municipais para regular, tratamento e destinação final de resíduos sólidos, incluindo os resíduos hospitalares e o fortalecimento das cooperativas de coleta seletiva realizada por mulheres.
Vincular o controle das arboviroses às ações de saneamento básico., ~~com implantação de painel de monitoramento da situação, com transparência e acesso à sociedade, contendo informações epidemiológicas, ambientais e gerenciais.~~	1.Fortalecimento das ações de vigilância ambiental; 2.Implantação de painel de monitoramento da situação, com transparência e acesso à sociedade, contendo informações epidemiológicas, ambientais e gerenciais.

FINANCIAMENTO SUS	
PROPOSTA PRIORIZADA	**ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO**
Fortalecer a Agenda Nacional pela revogação da Emenda Constitucional - EC 95/2016 fazendo valer a Constituição Federal que determina o financiamento da saúde no marco da seguridade social garantindo direitos e proteção social.	1- Articular ações coletivas que ampliem o protagonismo do controle social do SUS junto ao Estado, pela retomada do financiamento do piso constitucional, com a revogação da EC 95. 1.1- Alcançar a meta dos 3 milhões de assinaturas na campanha "Amigas e Amigos da Causa" na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5.658 junto ao STF pela inconstitucionalidade da EC nº 95/2016; 2- Garantir financiamento suficiente para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), especialmente na (s): 2.1- Criação de incentivos financeiros para as equipes da ESF e NASF's que atuam na zona rural dos municípios. 2.2- Atenção qualificada nas maternidades e/ou hospitais que realizam partos assegurando atenção qualificada e integral à saúde materna e infantil.; 2.2- Promoção, proteção e prevenção, no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e do colo do útero; 2.3- Aquisição de mamógrafo, por polos regionais, undamental para a assistência integral e equânime definida na Lei nº 11.664/2.008; 2.4- Ações específicas de proteção à saúde das mulheres de comunidades tradicionais: camponesas, pescadoras, marisqueiras, indígenas, ciganas, pomeranas, negras e quilombolas e mulheres vivendo com deficiências e com HIV; 2.5- Instituirção de metas que assegurem em toda região de saúde os serviços necessários ao diagnóstico, estadiamento e tratamento, inclusive cirurgias; 2.6- Garantia do acesso das mulheres ao rastreamento, procedimentos e tratamento de câncer de colo do útero e mama; 2.7- Ações para o acolhimento, diagnóstico e o tratamento das mulheres negras; indígenas; lésbicas; transexuais; das mulheres privadas de liberdade; com deficiências, com problemas de saúde mental, com dependência química e mulheres vivendo com HIV e AIDS; 2.8- Ampliarção de recursos das políticas públicas para mães infectadas e filhos portadores de microcefalia e outras arboviroses. 3- Que o Governo Federal garanta o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no bloco de vigilância e saúde, nos âmbitos Estaduais e Municipais para vigilância e saúde do trabalhador e da trabalhadora (VISAT) e amplie o financiamento na Rede Nacional de Saúde do trabalhador e da trabalhadora (RENAST) conforme prevê a Lei nº 141, de 13 de janeiro 2012. 4- Revisar os recursos destinados à saúde como suas funções e subfunções diante da necessidade de aumento de recursos financeiros para os Municípios implementarem maior número de ações voltadas à Saúde das Mulheres, a partir das seguintes iniciativas: 4.1- Garantir de forma efetiva que recursos desviados retornem para os cofres dos municípios e dos estados de onde foram desviados para investimentos nas políticas públicas de saúde; 4.2- Garantir uma porcentagem sobre a compensação de grandes transações financeiras (CGTF) e a tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas multinacionais, atualmente isentas, para à saúde das mulheres. 5- Atualizar o valor da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) que assegure o financiamento dos programas priorizados na Agenda Nacional da Saúde e ampliar os financiamentos estaduais e federais para os municípios. 6- Aprimorar o sistema de fiscalização da gestão de recursos e repasse. 7-Aplicar recursos financeiros de forma a garantir a Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher, considerando as necessidades territoriais em saúde. 8-Desenvolvimento de políticas públicas para mães infectadas e filhos portadores de microcefalia pelo vírus Zika, e outras arboviroses ampliando os recursos financeiros para os municípios.

TRABALHO	
PROPOSTA PRIORIZADA	**ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO**
Ampliar a estrutura física e da força de trabalho garantindo condições de trabalho (ambientes adequados, logística, reconhecimento, remuneração).	1.Garantir que seja realizado e cumprido o dimensionamento dos profissionais de saúde; 2. Promover a jornada de trabalho de 30hs (trinta horas) para profissionais da saúde que na sua maioria são mulheres; 3. Garantir 1% (um por cento) do PIB municipal, estadual e da união para políticas públicas voltadas às mulheres.
Fortalecer a contratação de profissionais por meio de Concursos Públicos, a fim de manter o vínculo com pessoas e comunidades do território de saúde, visando à qualidade do atendimento prestado, como forma de combater a rotatividade de profissionais do quadro existente, já que os profissionais celetistas, principalmente na área de saúde, migram facilmente de trabalho, devido à fragilidade do vínculo empregatício.	Garantir Plano de cargos Carreiras e Salários para .os três entes federados;
Garantir por meio dos órgãos federativos, em médio prazo, a construção de creche e escola de tempo integral aos filhos das trabalhadoras, com profissionais capacitados para o atendimento de mães trabalhadoras que não podem exercer seu trabalho por não terem onde deixar seus filhos, assim como a construção de uma casa de acolhimento para mulheres ribeirinhas e da zona rural que não tenham moradia na cidade.	1.Criação de creche e escola de tempo integral aos filhos das trabalhadoras, com profissionais capacitados para o referido atendimento; 2. Criação de uma casa de acolhimento para mulheres ribeirinhas e da zona rural que não tenham moradia na cidade.
Que o Governo Federal garanta o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no bloco de vigilância e saúde, nos âmbitos Estaduais e Municipais para vigilância e saúde do trabalhador e da trabalhadora (VISAT).	1.Ampliação do financiamento na Rede Nacional de Saúde do trabalhador e da trabalhadora (RENAST) conforme prevê a Lei nº 141, de 13 de janeiro 2012.
Fiscalizar e punir produtores e empregadores que usam agroquímicos proibidos, bem como incentivar a pesquisa, educação em saúde e comunicação nacional sobre os malefícios de seus usos, os malefícios dos agrotóxicos e utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), sendo esses fornecidos pelo Governo Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal, inclusive na agricultura familiar, bem como capacitar as profissionais de saúde da Atenção Primária (APS) para o acolhimento, manejo, notificação e encaminhamento para serviço especializado (utilização de linhas Guias).	1.Que os proprietários, produtores e empresas que pulverizam e aplicam agrotóxicos sem respeitar a legislação vigente, sejam executados de forma efetiva e transparente, com fiscalização permanente dos órgãos competentes. 2. Criar um Fundo de recursos oriundos dessas punições para tratamento e indenização de pessoas e/ou comunidades vítimas de agravos ocorridos pela contaminação com agrotóxicos; 3. Qualificar profissionais de todos os níveis de atenção à saúde, para identificar, notificar e tratar os agravos decorrentes do uso de agrotóxicos e demais agentes químicos desencadeadores de patologias relacionadas ao trabalho das mulheres, criando, fortalecendo a ação dos CEREST nos níveis nacional, estadual e os CEREST rurais nas macrorregionais garantindo e assegurando a realização do exame de colinesterase semestralmente para todas as trabalhadoras expostas aos riscos e manuseio de produtos agrotóxicos.
Avançar a luta contra o assédio moral e sexual nos locais de trabalho, criando o “dia de conscientização a saúde das mulheres nas instituições públicas e privadas” no cumprimento das normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho (MTE), como parte da educação permanente para erradicar preconceitos e constrangimentos à mulher em ambiente de trabalho, na luta pela valorização à dignidade profissional e no combate ao assédio moral e sexual.	1. Construir campanhas permanentes de combate ao assédio moral e sexual no trabalho ativando serviços de saúde de ouvidorias e comissões de trabalho e estabelecendo critérios para penalidades administrativas aos assediadores. 2. Inserir na política nacional de atenção integral à saúde das mulheres, ações que promovam combate ao assédio moral e sexual. 3. Consolidar a política nacional de enfrentamento a violência contra as mulheres, principalmente no ambiente de trabalho, intensificando e implementando as políticas de saúde da mulher no ambiente de trabalho e a informação sobre tipos de violências nas empresas públicas e privadas.
Garantir recursos para implementação de políticas públicas da saúde da mulher inclusive para a criação e execução de políticas para suporte e atendimento psicológico com ênfase na prevenção aos trabalhadores dos setores públicos, utilizando os instrumentos de gestão e orçamento, LOAS, PAS, planos etc, e garantir o BPC (Benefício de Prestação Continuada) para as crianças e as mães de crianças com microcefalia, visto que a mãe é impossibilitada de trabalhar devido ao cuidado da criança em tempo integral.	1 Garantia do BPC (Benefício de Prestação Continuada) para as crianças e as mães de crianças com microcefalia, visto que a mãe é impossibilitada de trabalhar devido ao cuidado da criança em tempo integral..

Incentivar a Educação Permanente para a Saúde do/a Trabalhador/a visando conquistar o reconhecimento legal das doenças e agravos relacionados ao trabalho, garantindo sua devida notificação nos sistemas de informação do SUS (SIM e SINAN), considerando os dados epidemiológicos relacionados à mulher.	1.Estimular a fiscalização e normatização a fim de minimizar a exposição das trabalhadoras aos principais riscos e causas que provocam seus adoecimentos relacionados ao trabalho. 2.Realizar ações para garantir a segurança e a saúde da mulher trabalhadora, criando serviços de supervisão clínica periódica e efetivando medidas de controle, para redução de riscos, assim como implementação de medidas educativas continuadas de conscientização sobre questões de gênero.
Implantar na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Trabalhadora diretrizes para as adequadas condições de trabalho (nos âmbitos público, privado, rural e urbano) às gestantes: 1.Licença maternidade ampliada para 180 dias; 2.Aleitamento materno nos primeiros dois anos de vida; 3. Garanta de creches.	1.Ratificar a Convenção 156 da OIT (Organização Internacional do Trabalho) que trata da igualdade de Oportunidades e de Tratamento para Trabalhadores e Trabalhadoras. 2.Garantir a aplicabilidade dos direitos da trabalhadora gestante, lactante, e/ou de licença-maternidade, preservando o direito ao salário integral e garantia do emprego nesse período. Proibindo condições insalubres. 3. Ampliar e efetivar a obrigatoriedade do cumprimento da Lei nº 11.770/2008.
Exigir que o INSS: a) redefina os protocolos consensuados pelo Ministério da Saúde, para avaliação de doença, incapacidades físicas e/ou mentais, que levam ao afastamento para o trabalho, incluindo a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF); b) repasse as informações referentes às Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT), mesmo as recusadas, ao Ministério do Trabalho, aos órgãos de Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS e aos sindicatos; c) considerem os laudos estabelecidos pelo SUS, tanto médico como dos demais profissionais da área da saúde; d) aplique o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP) na realização das perícias do INSS; e) aceite as Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) emitidas pelo SUS e sindicatos de trabalhadores e trabalhadoras; e que nenhuma negativa de nexo com o trabalho seja produzida sem a investigação e realização de perícia nos locais de trabalho, com a presença da trabalhadora e do trabalhador e respectivo sindicato; f) no caso de afastamentos por agravos mentais, que seja reconhecida a autoridade da (o) psicóloga (o) em diagnosticar e fornecer laudos, e não apenas dos psiquiatras.	1.Estimular a fiscalização e normatização a fim de minimizar a exposição das trabalhadoras aos principais riscos e causas que provocam seus adoecimentos relacionados ao trabalho. 2.Garantir que os profissionais médicos cumpram com a aplicação da (NR33), sobre o devido preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), garantindo a todas as mulheres seus direitos previdenciários.

Fortalecer e implementar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), regulada pela Portaria GM/MS nº1823/2012.	1.Garantir a integralidade na atenção à saúde das trabalhadoras, inserindo em todas as instâncias da Rede da Atenção à Saúde do SUS e nas políticas públicas de saúde transversais a saúde da trabalhadora. 2.Garantir que a Política de Saúde das mulheres trabalhadoras, incluindo vigilância, promoção, proteção, assistência, recuperação da saúde, reabilitação profissional, normatização, fiscalização seja praticada com intersetorialidade territorializada abrangendo o SUS, Previdência, Trabalho e Emprego e, também, Educação e Segurança/Justiça. 3-Implementar e garantir a promoção e proteção da saúde de todas as mulheres trabalhadoras, independente de sua localização, forma de inserção no mercado de trabalho, vínculo empregatício. 4- Incluir ações de promoção, prevenção de agravos relacionados ao trabalho incluindo doenças e acidentes, estabelecendo de forma eficiente o nexo de causalidade entre trabalho e doença, bem como proteção e recuperação da saúde, conforme as necessidades e particularidades de cada território.
Criar mecanismos para garantir o cumprimento das leis que proporcionem às mães trabalhadoras comprovar a sua ausência no trabalho quando participarem de reuniões escolares e consultas de suas filhas e filhos, e crianças e adolescentes sob sua guarda.	Garantir os direitos trabalhistas com equidade para as mulheres com a valorização da remuneração e 180 (cento e oitenta) dias de licença-maternidade para as trabalhadoras urbanas e rurais, públicas e privadas e a não aprovação da PEC nº 287/2016, mantendo a idade de 55 (cinquenta e cinco) anos e/ou 30 (trinta) anos de contribuição (a regra dos 85 anos), salvo as aposentadorias especiais.
Garantir que, nas empresas, sejam contratadas no mínimo 50% de mulheres, assegurando a equidade salarial e de gênero, regulamentando a carga horária 30 (trinta) horas para trabalhadoras que estiverem expostas a ambiente insalubre sem redução salarial.	Garantir níveis salariais igualitários sem discriminação de gênero.
Ampliar a estrutura física e os recursos humanos garantindo aos profissionais de saúde condições de trabalho (ambientes adequados, logística, reconhecimento, remuneração); e que seja cumprido o dimensionamento dos profissionais de saúde, bem como jornada de trabalho de 30hs (trinta horas) para profissionais da saúde que na sua maioria são mulheres, além da garantia de 1% (um por cento) do PIB municipal, estadual e da união para políticas públicas voltadas às mulheres.	Cumprimento do dimensionamento dos profissionais de saúde, bem como jornada de trabalho de 30hs (trinta horas) para profissionais da saúde que na sua maioria são mulheres.

Garantir para a mulher o direito de dispensa do trabalho no atendimento de pré-natal com a equipe multiprofissional (atendimento com nutricionista, enfermeiro, odontólogo, entre outros). Para estes atendimentos não deverá ser exigido reposição do período de trabalho	Garantia de dispensa do trabalho remunerado para o atendimento de pré-natal com a equipe multiprofissional.
Inserir as práticas integrativas nas unidades básicas de saúde fomentando o bem-estar da mulher, incluindo atividades relacionadas à saúde (ginástica laboral, técnicas de relaxamento etc) nas empresas públicas e privadas para todos os trabalhadores, em especial as mulheres. Implantando o programa de qualidade de vida no trabalho com inclusão de práticas integrativas e complementares visando a saúde da mulher trabalhadora para proporcionar e ampliar as práticas integrativas voltadas para o autoconhecimento da mulher com o intuito do seu empoderamento.	1.Ampliação da oferta de práticas integrativas voltadas para o autoconhecimento da mulher com o intuito do seu empoderamento..
Garantir a integralidade na atenção à saúde das trabalhadoras, inserindo as ações em todas as instâncias da Rede de Atenção à Saúde do SUS incluindo ações de formação/ informação, promoção, proteção/prevenção e recuperação da saúde, respondendo às necessidades de cada território e fortalecendo a estrutura da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST).	1-Garantir e ampliar agendamento anual, para exames específicos voltados para cada categoria profissional da mulher e ampliando e colocando em prática as políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres e fortalecendo as políticas públicas existentes, aumentando a oferta dos serviços. As empresas públicas e privadas devem disponibilizar anualmente exames de prevenção voltados à saúde da mulher. 2-Reestruturar a saúde do trabalhador e da trabalhadora, incluindo as especificidades da condição feminina com objetivo da promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher através de indicadores específicos do universo feminino com ênfase na qualificação de informações na Ficha de Notificação.
Realizar ações para garantir a segurança e a saúde da mulher trabalhadora, criando serviços de supervisão clínica periódica e efetivando medidas de controle, para redução de riscos.	Implementação de medidas educativas continuadas de conscientização sobre questões de gênero.

EDUCAÇÃO PERMANENTE	
PROPOSTA PRIORIZADA	**ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO**
Garantir e implementar a educação permanente em todos os níveis de atenção na metodologia da educação popular, para profissionais de saúde, educação e assistência social, na modalidade presencial, considerando as mulheres em suas diversidades: orientação sexual, identidades de gênero, geração, com deficiência, negras, em situação de rua, migrantes, indígenas, lésbicas, transexuais, profissionais do sexo, mulheres do campo, da floresta e das águas e mulheres ciganas, nos temas dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, interrupção voluntária de gravidez (aborto legal), redução de danos para dependentes químicas e o enfrentamento da discriminação.	1. Promover ações de promoção da saúde no processo de educação permanente em saúde para o controle social que contemple as especificidades de grupos de mulheres em toda a sua diversidade e vulnerabilidade a partir das comunidades tradicionais. 2. Realizar ações de educação em saúde, proteção, prevenção e diagnóstico precoce para cânceres ginecológicos com mulheres com deficiência, pessoas transexuais, profissionais do sexo, em situação de rua e demais mulheres em condições de vulnerabilidade.
Intensificar ações de educação permanente para o controle social sobre a atual configuração econômica, política e social para reverter o quadro de sequestro recursos do orçamento da saúde, para apropriação privada no processo de mercantilização que produz expansão e aprofundamento do sucateamento do SUS.	Realizar ações de educação em saúde para a população sobre: o SUS universal, o financiamento do sistema e das políticas e a importância da gestão com participação social:
Garantir a qualidade do pré-natal por meio de recursos e da capacitação permanente dos Profissionais de Saúde da Gestão e Assistência, assegurando a oferta de exames às gestantes em tempo e quantidade oportunos.	1. Promover ações de mobilização popular junto ao poder público municipal e estadual para conquistar investimento em políticas públicas de saúde voltadas à prevenção, proteção, diagnóstico e tratamento de pessoas com câncer de mama e colo de útero. 2. Solicitar audiências públicas para discussão sobre efetividade das políticas públicas de saúde a nível local e instigar concessões de investimento para o setor, principalmente no que concerne a oncologia. IV 3. Incentivar o monitoramento dessas políticas através dos conselhos municipais. IV

Promover debates entre categorias profissionais e cursos universitários da saúde e assistência social com vistas a discutir a qualificação destes profissionais para abordar temáticas da Saúde da Mulher, apontando potencialidades e entraves da formação. Incentivar a Academia a realizar as mudanças curriculares e estruturais necessárias à qualificação dos futuros profissionais para lidar com a diversidade de público e situações, específicas da área de saúde da mulher.	Realizar ações de educação permanente sobre Redes de Atenção à Saúde e sobre Saúde da Mulher, junto ao poder público, para os profissionais dos três níveis de complexidade assistencial, proporcionando aprimoramento de conhecimento e instigando a promoção do acesso aos serviços de forma equânime e universal por parte de toda a população feminina.

VULNERABILIDADE E EQUIDADE NA SAÚDE DAS MULHERES

PROPOSTA PRIORIZADA	ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO
Que o Governo Federal assegure políticas públicas nas três esferas de gestão, na proteção da saúde e prevenção de riscos e agravos à saúde das mulheres trabalhadoras, especificamente povos e comunidades tradicionais, mulher do campo, marisqueiras, indígenas, quilombolas, LBTT (lésbicas, bissexuais, transexuais), mulheres privadas de liberdade, mulheres em sofrimento mental, comunidades tradicionais de matriz africana, ressaltando comunidades quilombolas	1. Implantar ações que contribuam para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, ampliando, qualificando e humanizando a atenção integral à saúde das mulheres no Sistema Único de Saúde-SUS; 2. Mobilizar ações de visibilidade social junto aos diversos grupos de mulheres, construindo com elas o conhecimento sobre o direito à saúde e criminalização dos preconceitos; 3. Discutir junto à população os conceitos de universalidade, equidade, integralidade e controle social, visando fortalecer a luta pela garantia de direitos; 4. Realizar ações de integração dos grupos femininos de vulnerabilidade (negras, quilombolas, LGBTT, com deficiência, mulheres do campo, entre outras), através de ações de educação em saúde e assistência social para desconstrução de preconceitos e combate à discriminação no acesso aos serviços de saúde; 5. Impulsionar atividades de educação permanente dos profissionais de saúde para a construção e atuação em rede de atenção à saúde da mulher junto as secretarias municipais e estaduais de saúde.
Garantir a equidade de acesso, através de políticas específicas e ampliação de serviços às mulheres e suas diversidades em situação de vulnerabilidade como trabalhadoras da mineração, alojadas ou em troca de turno, mulheres do campo, em situação de rua, indígenas, ribeirinhas e as atingidas por barragens, idosas, adolescentes, LBTT, com deficiência, doenças crônicas, hemorrágicas e raras.	1-Realizar ações de prevenção e diagnóstico precoce de cânceres mais incidentes na população de mulheres: marisqueiras, pescadoras e agricultoras, com foco na prevenção do câncer de pele. 2- Promover, junto a estes coletivos de mulheres, calendário de coleta do Papanicolau, realização da mamografia e exame clínico para detecção do câncer de pele. 3- Criar e garantir programas de incentivo para inserção da mulher negra, com deficiência, indígena e LBTT no mercado de trabalho.
Criar e implantar programa de acolhimento e apoio no SUS para mulheres em situação de violência, com equipe multiprofissional capacitada para a atenção psicossocial, integrado com a rede de enfrentamento à violência contra a mulher enquanto persistir a situação de violência.	1- Fortalecer ação Intersetorial com as delegacias de mulheres com implantação e qualificação de equipe multidisciplinar dos serviços de saúde, segurança e assistência social no atendimento às mulheres em situação de violência e sofrimento mental, garantindo a assistência psicossocial humanizada. 2- Promover acompanhamento em “Casas de Apoio e Acolhimento para Saúde da Mulher”, vinculado a um conselho de direito, no atendimento a situações de violência física, moral, psicológica, sexual e outras. 3- Essas casas de apoio devem incluir apoio e acolhimento a transexuais e travestis, às gestantes em situação de vulnerabilidade, mulheres com depressão pós-parto e outros agravos, financiada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).
Que o Ministério da Saúde valorize efetivamente o parto normal no SUS através da melhoria da formação dos profissionais de saúde a oferta de parto humanizado, construção de centro de parto normal, fiscalização das Redes de Atenção à Saúde da Mulher, para que realizem o parto humanizado combatendo e punindo a violência obstétrica.	1. Organizar a Rede de Atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde, como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede, pautada no Modelo de Estratégia da Saúde Família, garantindo assistência integral à saúde, com enfoque nas políticas voltadas para mulheres, tendo como prioridade as pessoas em situação de vulnerabilidades diversas, promovendo uma atenção à saúde, assegurada pela Política de Humanização, fortalecida a partir da implantação dos Centros de Partos Normais, dos serviços voltados para situações de violência e da garantia de atendimento em saúde mental às mulheres. 2. Fortalecer a Política Nacional de Saúde Mental, com garantia de apoio familiar e assistencial, visando também diminuir os índices de depressão pós-parto e outros transtornos.

Que o Governo Federal fortaleça e priorize a Política de Atenção à Saúde ampliando os recursos federais para os programas de saúde da mulher na sua integralidade dando ênfase a rede cegonha, a prevenção, rastreamento, detecção e tratamento imediato do câncer de mama e colo do útero garantindo a lei dos 60 (sessenta) dias.	1. Compilar dados acerca do quantitativo de usuárias com câncer de mama em cada região, junto às bases dos sistemas de informação em saúde municipal, estadual e do INCA, bem como dados demográficos junto ao IBGE. 2. Divulgar os dados e informações obtidas a partir desse levantamento para a população, com vistas a incentivar o controle sobre as ações do Estado, bem como realizar campanhas comunitárias em prol da aquisição de mamógrafos para as regiões de maior incidência de câncer de mama e público-alvo. 3. Promover atividades de detecção precoce através de exames preventivos, mamografias e ultrassonografias mamárias em espaços. 4. Elaborar projeto, junto às instituições de tratamento oncológico, para conseguir a concessão de mamógrafos para cada região de saúde, buscando apoio nos Conselhos Municipais de Saúde. 5. Incentivar o registro, monitoramento, compilação e divulgação de dados referentes à incidência e morbimortalidade por tipo de câncer em mulheres, por parte dos profissionais, professores e pesquisadores da saúde; 6. Acompanhar e monitorar, junto à população, a execução do acesso pleno e ágil às consultas e exames por parte destes grupos.
Implantar programa de apoio aos familiares de pacientes com Alzheimer e Parkinson e de Atendimento Domiciliar (AD).	Criação de Atendimento interprofissional domiciliar (AD).
Reorganizar os serviços e programas de saúde mental, com base na Lei Federal nº 10.216/2001 e nos princípios da desinstitucionalização e do cuidado em liberdade, efetivando a Rede de Atenção Psicossocial com todos os seus dispositivos, conforme definido pelo Decreto nº 7.508/2011 e normatizado pela Portaria nº 3.088/2011, com vistas a fortalecer as políticas públicas que promovam a inclusão social, reduzam as desigualdades e considerem o território e a acessibilidade como elementos fundamentais.	1. Garantia da ampliação da rede de atenção psicossocial substitutiva com redução de leitos em hospitais psiquiátricos, e com a habilitação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, implantação de CAPS, Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental, de NASF, PNAISP; 2. Impulsionar a educação permanente para profissionais da saúde para qualificar o cuidado de mulheres que vivem com transtornos mentais e/ou usuárias de álcool e outras drogas.

Adaptar e adequar os serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade, em especial os serviços oncológicos, para a promoção da acessibilidade de mulheres em situação de vulnerabilidade social, como mulheres com deficiência, travestis, transexuais, lésbicas e homens trans, do campo, em situação de rua, idosas adolescentes, negras, entre outras;	Promoção da acessibilidade para mulheres em situação de vulnerabilidade social,
Capacitar os profissionais de saúde de serviços municipais, estaduais e privados para o atendimento humanizado, equânime, universal e integral destes grupos: 1. Habilitar os profissionais de saúde para a abordagem de pacientes surdos, ofertando capacitação em LIBRAS; 2. Mobilizar as secretarias municipais e estaduais para a disposição de intérpretes de LIBRAS para mulheres surdas e guias-intérpretes para mulheres surdo-cegas.	1.Criação de serviços com profissionais de saúde habilitados para a abordagem de pacientes surdos, ofertando capacitação em LIBRAS; 2. Oferta de serviços nas secretarias municipais e estaduais com a garantia de intérpretes de LIBRAS para mulheres surdas e guias-intérpretes para mulheres surdo-cegas.
Exigir, através das secretarias, que os serviços de saúde públicos e privados cumpram a Lei Brasileira de Inclusão vigente, adaptando e adequando seus espaços físicos, suas tecnologias e profissionais para o atendimento integral das mulheres com deficiência;	Desenvolvimento de plano de acessibilidade e inclusão no cumprimento da Lei de Inclusão.

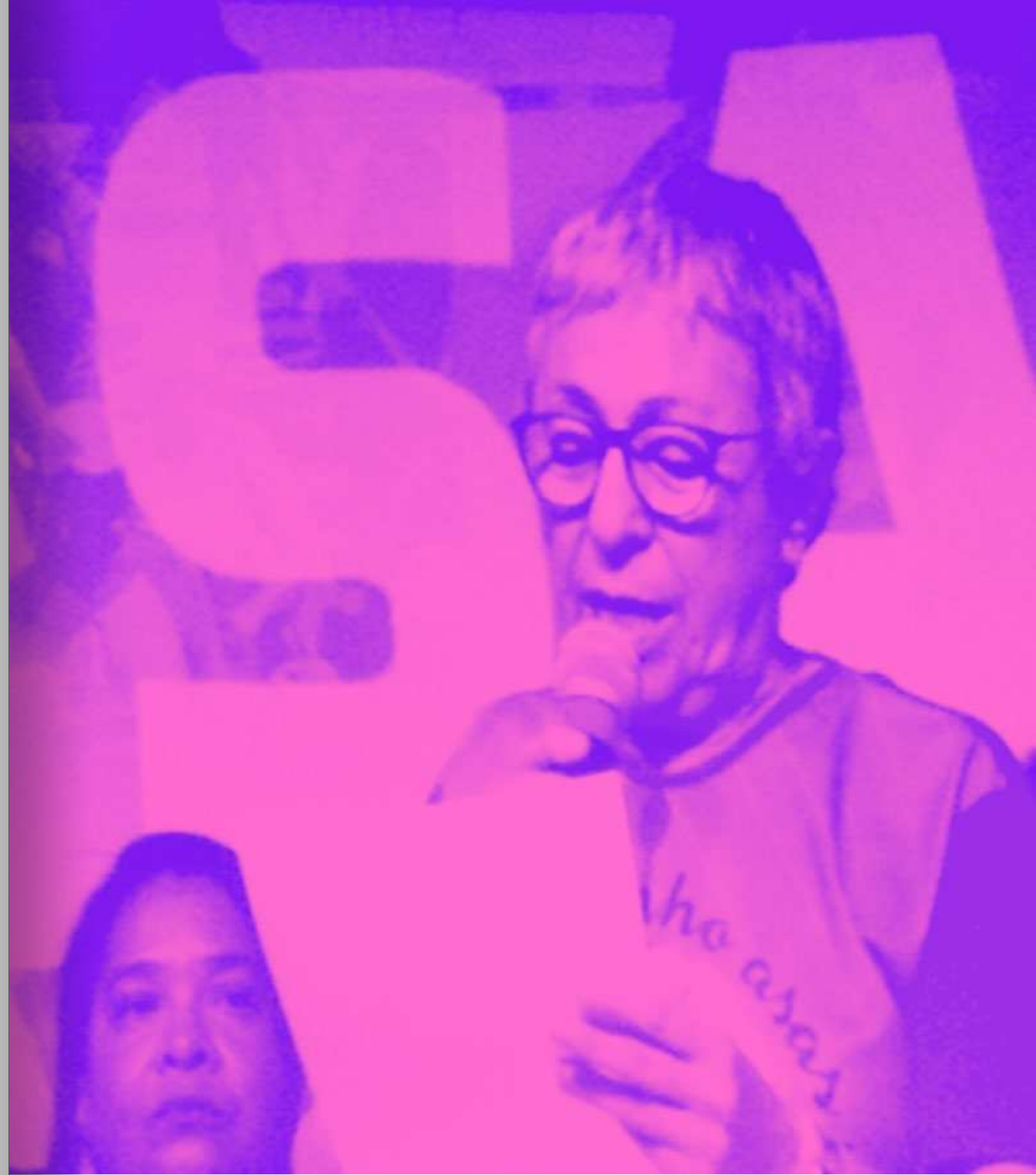
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE PICS

PROPOSTA PRIORIZADA	ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO
Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), com o uso de práticas integrativas e complementares (PICS) em apoio à medicina tradicional, por meio de ações de prevenção, de proteção, de diagnóstico e de tratamento: do câncer de mama e do colo do útero, das infecções sexualmente transmissíveis (IST), da gravidez precoce, do abuso sexual e suas consequências, das situações de vulnerabilidade, da saúde da mulher idosa e no tratamento das doenças emocionais e psicossomáticas. Bem como no acolhimento, o diagnóstico e o tratamento das mulheres negras, indígenas, lésbicas, transgêneros, das mulheres privadas de liberdade do sistema prisional, das mulheres com deficiência, mulheres com problemas de saúde mental, de dependência química e mulheres portadoras de HIV.	Divulgar os benefícios das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), com base em estudos científicos, para a prevenção e tratamento dos agravos, especialmente na reabilitação de pacientes com câncer. Capacitar profissionais de saúde para o conhecimento e a abordagem destas práticas nos diversos serviços. Realizar ações de educação em saúde para conscientizar e sensibilizar a população quanto aos benefícios da adoção das PICS.
Potencializar a educação permanente em saúde com foco na humanização em saúde, nas questões relacionadas à mortalidade materna, planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva, saúde da trabalhadora, diversidade sexual, superação do racismo, saúde mental, violência institucional em casos de abortamento inseguro, qualificação do atendimento e preenchimento correto dos instrumentais de registros compulsórios, em especial ao item cor, raça e etnia e sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vivendo com HIV/AIDS.	1.Qualificação do atendimento por meio da educação permanente em saúde com foco na humanização em saúde e preenchimento correto dos instrumentais de registros compulsórios, em especial ao item cor, raça e etnia e sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vivendo com HIV/AIDS. 2. Desenvolver ações de educação em saúde com a população feminina, apresentando meios para promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos agravos, bem como direitos relacionados à saúde e assistência social da mulher;

MULHERES E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

PROPOSTA PRIORIZADA	ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO
Promover ações de mobilização popular junto ao poder público municipal e estadual para conquistar investimento em políticas públicas de saúde integral a pessoas com câncer de mama e colo de útero.	Divulgar a Lei nº 12.732/2012 nos meios de comunicação, através de campanhas e ações de educação em saúde para todas as comunidades, abordando do que se trata, a quem ela protege e qual sua importância para a promoção da equidade e integralidade da assistência. Realizar capacitações com os profissionais de saúde sobre a Lei dos 60 dias e como cada um deve e pode atuar para sua consolidação. Monitorar as ações governamentais, em conjunção com os conselhos municipais de saúde, fiscalizando o retorno e conhecimento das mamografias e exames preventivos realizados em campanhas. Buscar apoio do CMS para averiguar se as mulheres estão recebendo as medicações para tratamento de câncer de forma adequada. Reunir os grupos de mulheres junto aos conselhos municipais e estaduais para mobilização pela flexibilização da faixa etária indicada ao rastreamento pela mamografia, com base em dados sobre incidência do câncer mama antes dos 50 anos. Compilar dados sobre exames e consultas especializados realizados mensalmente nos municípios. Pactuar convênios com empresas e associações privadas que possibilitem ampliar a oferta de exames e consultas especializadas, estendendo-as às populações mais vulneráveis.
Criar e mobilizar grupos de mulheres nas comunidades urbanas e rurais, através das UBS e dos CRAS, para a discussão sobre políticas públicas de saúde da mulher, SUS e Redes de Atenção à Saúde (RAS), construindo o conhecimento acerca dessas temáticas junto à população feminina.	1.Incentivar grupos a monitorar e fiscalizar a assistência ofertada às mulheres em todos os serviços de saúde, com vistas a perceber, denunciar e solucionar situações abusivas e que restrinjam seus direitos. 2.Instigar aos conselhos e comissões municipais a fiscalização e garantia do cumprimento dos direitos e promoção da autonomia das mulheres dentro do setor saúde, não permitindo discriminação por gênero, etnia, orientação sexual, condição de deficiência, entre outros.

Divulgar as informações apuradas para a população e os profissionais de saúde, com vistas a incentivar a mobilização social em prol da garantia do direito da mulher realizar a mamografia pelo SUS a partir dos 40 anos.	1.Realizar mobilização e campanhas nas redes sociais argumentando para que o governo cumpra com a Lei nº 11.664/2008, que garantem acesso à mamografia para mulheres acima de 40 anos. 2.Instigar as secretarias municipais e estaduais, através dos conselhos, que recorram ao governo federal para a liberação da realização dos exames de mamografia a partir dos 40 anos, com base na incidência nessa faixa etária. 3.Estimular os movimentos sociais e a mobilização dos conselhos para requerer que o governo aprimore e aperfeiçoe os serviços ambulatoriais do SUS, aumentando o investimento para procedimentos de rastreamento e tratamento de câncer de mama e colo de útero.
Fiscalizar, através dos conselhos municipais, os planos de ação pactuados entre os municípios e com o estado para promoção do acesso aos procedimentos básicos, de média e alta complexidade.	Solicitar das secretarias municipais de saúde a inserção da construção e/ou ampliação de centros de atendimento especializado à saúde da mulher dentro dos planos de ações do governo municipal, monitorando com os conselhos municipais de saúde o cumprimento das atividades pactuadas.
Mobilizar estes conselhos para inserirem representantes mulheres de suas comunidades nos órgãos políticos e de defesa dos direitos das mulheres, fortalecendo a luta pelo espaço e garantia dos direitos da mulher.	1.Promover rodas de conversa nas comunidades, através das UBS, CRAS e movimentos sociais organizados, discutindo com a população conceitos de participação e controle social, assim como planos e elaboração de políticas orçamentárias, incentivando a criação e/ou empoderamento dos conselhos comunitários.



4. **Considerações finais / recomendações**

A Conferência ganhou força e protagonismo no processo coletivo da construção do Relatório Final da 2ª CNSMU com a ampliação da mobilização e engajamento das mulheres na sua diversidade, nos espaços dos movimentos sociais de mulheres e na formulação de uma agenda política de resistência e de lutas contra qualquer retrocesso na saúde, na cultura, na política e pela igualdade de gênero. Importante ação coletiva contra a EC 95/2016 e contra a mercantilização/privatização do SUS que afrontam 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.

Por fim, vale destacar que toda a mobilização das etapas, desde as municipais, macrorregionais, estaduais até a nacional, a diferença, a marca foi dada pelas conferências livres que mobilizaram as mulheres a partir dos seus lugares de sujeitos políticos, a partir de sua vivência, suas dificuldades e potencialidades de saúde, a partir de sua dimensão de cidadã, trazendo a voz e garra da ousadia dessas mulheres que não se vergam e nem se calam diante das injustiças e que querem participar com direito a voz mas também com direito a vez. A Conferência Nacional foi palco dessa diversidade de militância, das que vem da caminhada do feminismo, das que vem da trajetória sindical, do movimento comunitário, dos movimentos sociais de rua, de jovens, de idosas, de deficiência, do adoecimento, de organizações sociais plurais, e essa troca permitiu um outro olhar sobre como caminhar, agregou conhecimento, experiência, afeto**!** Palavra que muitas vezes, parece não caber na militância, mostramos que é possível, que a emoção alimenta sonhos, que os sonhos se fortalecem nos afetos, que as diferenças podem ser respeitadas, que a democracia deve ser alimentada pelo diálogo e pela construção coletiva. Precisamos agora dar continuidade a esse processo rico de participação social, que tem a coragem de romper com a burocracia representativa para dar lugar a participação popular**,** a democracia participativa, que faz do espaço de participação social um lugar de escuta e de respeito. Ousamos quebrar protocolos, incomodamos às vezes, mas seguimos nossos corações, nossos desejos de ver o palco mais horizontal, dando visibilidade a todas, reconhecendo em todas e em cada uma sua luz, sua liderança, de norte a sul, de leste a oeste, as mulheres se viram, se reconheceram na conferência! Choramos e sorrimos! Chegamos aqui e não queremos apenas cumprir uma etapa oficial, de aprovar uma resolução que reconhece e legitima o relatório final consolidado. Queremos agregar a esse processo a ousadia da mudança, a ousadia de dizer que as conferencias precisam se alimentar do povo, da participação popular, que os conselhos de saúde precisam ampliar seu diálogo com a sociedade para de fato conseguir barrar todo retrocesso e defender o SUS. A sociedade brasileira precisa sentir pertencimento ao SUS! Estamos colocando uma semente, que ela se espalhe, cresça e ocupe os corações e as mentes, reencantando a todos nessa luta em defesa da saúde e da vida das mulheres e homens.

Eis o desafio, cabe agora ao Conselho Nacional de Saúde, aos conselhos estaduais e municipais, acolherem essas mulheres, não apenas instituindo as Comissões Intersetoriais de Saúde das Mulheres, mas acolhe-las em seus espaços colegiados, reconhecendo nossa luta e nossa representatividade, ampliando nossa participação e nosso lugar.

Daremos na CISMU/CNS continuidade a essa caminhada de ampliar o debate, de debruçar sobre o relatório final e junto as organizações e movimentos de mulheres, com esse pleno, e com outras instâncias do controle social, dar efetividade de forma participativa à revisão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres à luz das contribuições de todas as mulheres e homens, mais de 70 mil, que contribuíram com essas propostas que compõem o Relatório Final Consolidado.

Relatório Final Consolidado e encaminhamentos para CISMU / CNS

Resolução e propostas aprovadas no Pleno do CNS consolidando / referenciando o Relatório Final Consolidado das Propostas, Moções e Manifesto.

Resolução nº 561, de 6 de outubro de 2017

Anexos

- Relatório do 2º Seminário Nacional de Saúde das Mulheres
- Relatórios das Conferências Livres
- Relatórios das Conferências Estaduais
- Relatos das Experiências Premiadas – Parceria OPAS
- Relatório
- Poesia e Saudação da Senadora Vanessa Graziottin
- Relatório das Tendas Maria Theresa e Nise da Silveira
- Relatório Comunicação
- Perfil Participantes (com análise da realidade das mulheres e participação na 2ª CNSMulheres)

Ficha Técnica

Comitê Executivo

- **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 Nacional Organizadora

- **Ronald Ferreira dos Santos - Coordenação Geral**
  Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)
- **Carmen Lucia Luiz - Coordenação Geral Adjunta**
  União Brasileira de Mulheres (UBM)
- **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**
  Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA)
- **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**
  Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- **Jupiara Gonçalves de Castro**
  Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA)

- **Marema de Deus Patrício**
  Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)
- **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)

Comissão de Formulação e Relatoria

- **Elaine Maria Silva das Neves**
  Central Única dos Trabalhadores (CUT)
- **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**
  Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO)
- **Francisca Valda da Silva**
  Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn - Coordenadora
- **Heliana Hemetério**
  Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT)
- **Katia Maria Barreto Souto**
  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 de Comunicação e Mobilização

- **Maria Soraya Pinheiro Amorim**
  Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR) - Coordenadora
- **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)

Relatoras e Relatores da Etapa Nacional da Conferência

Eixo I – Conjuntura atual e seu impacto na vida e na Saúde das Mulheres

- **Adelina Maria Melo Feijão (DF)**
- **Claudia Coimbra do Espirito Santo (MG)**
- **Isabella Vitral Pinto (DF)**
- **Joice Pacheco (SC)**
- **Luíza Helena Salviano dos Santos Montes Almeida (DF)**
- **Mara Verlaine Oliveira do Canto (RS)**
- **Maria Moro (DF)**
- **Maria da Gloria Campos da Silva (DF)**
- **Viviane de Souza Torres (SP)**

Eixo II – O Mundo do Trabalho e a Saúde das Mulheres

- **Débora da Costa Queiroz (MG)**
- **Ítalo de Araujo Verlangieri (DF)**
- **Ivone Evangelista Cabral (RJ)**
- **Jaíra Leite Ramos (DF)**
- **Jaqueline Siqueira do Sacramento (RS)**
- **Jéssica Monique Batista (DF)**
- **Maria Luiza da Costa (SP)**
- **Maria Rocineide Ferreira da Silva (CE)**
- **Rosely Fabrícia de Melo Arantes (PE)**
- **Sandra Schmitt (RS)**

Eixo III – Vulnerabilidades nos ciclos de vida das Mulheres na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

- **Maria Eliane Liégio Matáo (DF)**
- **Damiana Berardo de Oliveira Neto (DF)**
- **Flávia de Jesus Costa (SP)**
- **Gisely Gleice Pasquini Danielli (DF)**
- **Isabella M.C. D. M. Nepomuceno de Souza (DF)**
- **Juliana Sampaio (PE)**
- **Marissa Peu de Castro e Borges (DF)**
- **Mirleanes Monteiro Guimarães (MA)**
- **Nilza Alves Marques Almeida (GO)**
- **Paloma Abelin Saldanha Marinho (DF)**
- **Roberta Fernandes de Souza (GO)**

Eixo IV – Políticas Públicas para as Mulheres e participação social:

- **Adriana Lohanna dos Santos (SE)**
- **Amanda Fagundes Nery (SP)**
- **Ana Valéria Escolástico Mendonça (CE)**
- **Carla Larissa Cunha Sottomaior (DF)**
- **Cleuza Pedrosa Odorico (MS)**
- **Jane Chantre Timóteo de Menezes (RJ)**
- **Juliana Michelotti Fleck (DF)**
- **Miranice Nunes dos Santos Crives (RN)**
- **Paula Oliveira Alves de Brito (MG)**
- **Rejane Vieira (PB)**
- **Silvia Leite (MA)**

EQUIPES DE APOIO / TRABALHO: CNS / DATASUS / SAS / MS

SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

- **Ana Carolina Dantas Souza** - Secretária Executiva do CNS
- **Marco Aurélio Pereira** - Secretário Executivo Substituto

CNS

- **Adriana Lemos dos Santos**
- **Agda Cristina Santos Bernardes**
- **Andrey Roosewelt Chagas Lemos**
- **Carolina Terra Magagnin**
- **Claudia karoline dos Santos Macedo**
- **Cristiane Pereira Dos Santos**
- **Danilo Cézar Castro Lima**
- **Deise Cristiane Rodrigues dos Santos**
- **Denise de Paula Cardoso**
- **Djeimy Luzia Biesek**
- **Eliana Bohland**
- **Erlen da Silva Matta**
- **Eveni Meireles Costa dos Santos**
- **Francisca Francineide Vieira da Silva**
- **Francisco Rozsa Funcia**
- **Fredson Oliveira Carneiro**
- **Jaci de Jesus Santos Silva**
- **Jessica Mayara Silva Oliveira**

- **Júlia Fonseca Trindade**
- **Juliana Mendes Astun**
- **Laura Janice Xavier Fernandes**
- **Lidia Pinheiro Gilson**
- **Lizandra Nunes Coelho Conte**
- **Lucas Betti de Vasconcellos**
- **Lucas Santiago Gonçalves dos Anjos**
- **Maicon Vinicius de Camargo**
- **Maria Camila Borges Faccenda**
- **Maria do Socorro Pereira da Silva**
- **Maria Eufrasia de Oliveira Lima**
- **Maria Eugênia Carvalhaes Cury**
- **Marimi Melo Da Silva**
- **Marina Jonas Smith**
- **Marta Valeria das Graças Miranda**
- **Mirian Benites Falkenberg**
- **Natalina de Andrade Campos**
- **Neide Rodrigues dos Santos** ***(in memoriam)***
- **Neuza Viana Castanha**
- **Nubia Brelaz Nunes**
- **Patrícia Araújo Gonçalves**
- **Priscila Paz Godoy**
- **Rosa Amélia Pereira Dias**
- **Suetônio Queiroz de Araujo**
- **Viviane Claudino da Silva**
- **Wagner De Almeida Muniz**
- **Willian de Lima Barreto**

DATASUS

- **Gilson Fraga Guimarães**
- **Gleide Isaac Costa Tanios Nemer**
- **Juliana Pires de Abreu Batista**
- **Marilene Souza das Virgens**
- **Ricardo Silva Fernandes**
- **Rosália Pereira Matos**
- **Sandra Schmitt**
- **Tania Maria Barbosa**

ISBN: 978-65-5462-011-6