

RELATÓRIO FINAL

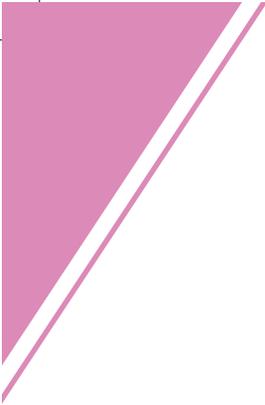


**I CONFERÊNCIA ESTADUAL
DE SAÚDE DAS MULHERES**



I CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DAS MULHERES





FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte

São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde.
1º Conferência Estadual de Saúde das Mulheres. / organizado por
Belfari Garcia Guiral – São Paulo: SES/SP, 2017.
54 p.

1. Sistema Único de Saúde 2. Conferência de Saúde 3.
Participação Social 4. Saúde da Mulher.

SES/CCD/CD 53/17

WA670

“Tu és, divina e graciosa, estátua majestosa
do amor, por Deus esculpida
e formada com o ardor,
da alma da mais linda flor, de mais ativo olor
e que na vida é a preferida pelo beija-flor.”

Pixinguinha

REALIZAÇÃO

Secretário de Estado da Saúde

David Everson Uip

Secretário de Estado Adjunto da Saúde

Eduardo Ribeiro Adriano

Chefe de Gabinete

Nilson Ferraz Paschoa

Secretário Executivo do Conselho Estadual de Saúde

Belfari Garcia Guiral

Comissão Organizadora da 1ª CESMu

Ana Lucia de Matos Flores – **Coordenadora**

Arnaldo Marcolino da Silva – **Coordenador Adjunto**

Neide Aparecida Sales Biscuola – **Relatora Geral**

Representantes do Segmento Usuário

Gloria de Almeida Saraiva Massoni

Maria Cristina Silveira Prado Martins

Rosane Victória da Silva

Rosilânia Correia Lima

Sheila Ventura Pereira

Representantes do Segmento Trabalhador

Ana Lúcia de Mattos Flores

Natanael da Costa

Neide Aparecida Sales Biscuola



Representantes do Segmento Gestor

Jovana Thomaz C. Mascarenhas

Maria Erminia Ciliberti

Representantes da Secretaria Executiva

Belfari Garcia Guiral

Cássia Marinho Tubone

Representantes da Área Técnica

Marisa Ferreira da Silva Lima

Suely Vallin

Equipe de Relatoria

Belfari Garcia Guiral

Cássia Marinho Tubone

Cleonice Teresa Silva Areias

Fausto Soriano Estrela Neto

Fernanda Lemos Soares

Flavia Kimura Okamoto

João Henrique Tavares A. da Silva

Jovana Mascarenhas

Maria Cristina Silveira Prado Martins (Iyá Cristina D'osun)

Marili Lopes

Neide Biscuola

Paula Pozzi

Roberta Ricardes Pires

Sandra Nascimento

Sandra Regina Antoniete Neves Cason

Silvia Bastos

Silvia Simões Teixeira Nicolau



Solange Aparecida Gomes

Sonia Maria Olhas Gouvêa

Vinicius Vinci

Secretaria Executiva

Equipe Técnica

Belfari Garcia Guiral

Cássia Marinho Tubone

Shirley Geni Hioni

Solange Aparecida de Camargo Gomes

Equipe Administrativa

Eleonora Aparecida Ferraz

Mara Rosana do Nascimento Oliveira

Maria Palmira Moura Martins

Ohana Renata Bernardes Souza

Rosa Cristina Floreste

Rosilene Cristina N. Soares Dell Áquila

Silvia Maria Tropardi Ferreira

Fotos

Ohana Renata Bernardes Souza

Vinicius Vinci

Conselheiros Estaduais Titulares

David Everson Uip (Presidente do Conselho)

Ana Lúcia de Mattos Flores

Aparecida Jacinto dos Santos

Benedito Alves de Souza

Carmino Antônio de Souza

Claudia Sofia Indalecio Pereira

Douglas Nogueira Alves

Expedito Pedro do Nascimento

Flávio José Dantas

Gustavo Pereira Fraga

Idreno de Almeida

João Inácio Mildner

José Augusto Queiroz

José Carlos Souza Trindade Filho

Lázaro Cesar da Silva

Leônides Gregório da Silva

Ligia Rosa da Costa Pereira

Luis Fernando Nogueira Tofani

Luiz José de Souza

Marcelo Luis Gratão

Maria Aparecida Novaes

Maria Lucia Zarcos Varellis

Marília Cristina Prado Louvison

Mauri Bezerra dos Santos Filho

Meire Cristina Nunes Vieira Rosa Ghilarducci

Natanael da Costa

Neide Aparecida Sales Biscuola

Roseli Sinkivicio M.B. Rezende

Rosilânia Correia Lima

Sheila Ventura Pereira

Conselheiros Estaduais Suplentes

Adriana Martins de Paula

Affonso Viviani Jr

Arnaldo Marcolino da Silva Filho

Carlos Botazzo

Carlos José Xavier Tomanini

Claudio Toledo Soares Pereira

Cleonice Caetano

Erica Beatriz Lemes Pimentel

Francisco de Assis Gonçalves Valério

Gerson Sobrinho Salvador de Oliveira

Glória de Almeida Saraiva Massoni

Ismael Gianeri

João Cassiano de Oliveira

Joffre Setterval Moraes

Laura Magrini Luiz Alonso

Luis Augusto Passeri

Luiz Carlos Medeiros de Paula

Mara Christiane de Vasconcelos Liberato

Maria Alessandra da Silva

Maria Cristina Silveira Prado Martins
(Iyá Cristina D'osun)

Maria Dalva Amim dos Santos

Maria Isabel Cristina Martins Boniolo

Maria José Majô Jandreice

Oldimar Sergio Alves dos Santos

Omar Braga Mendonça

Rosane Victória da Silva

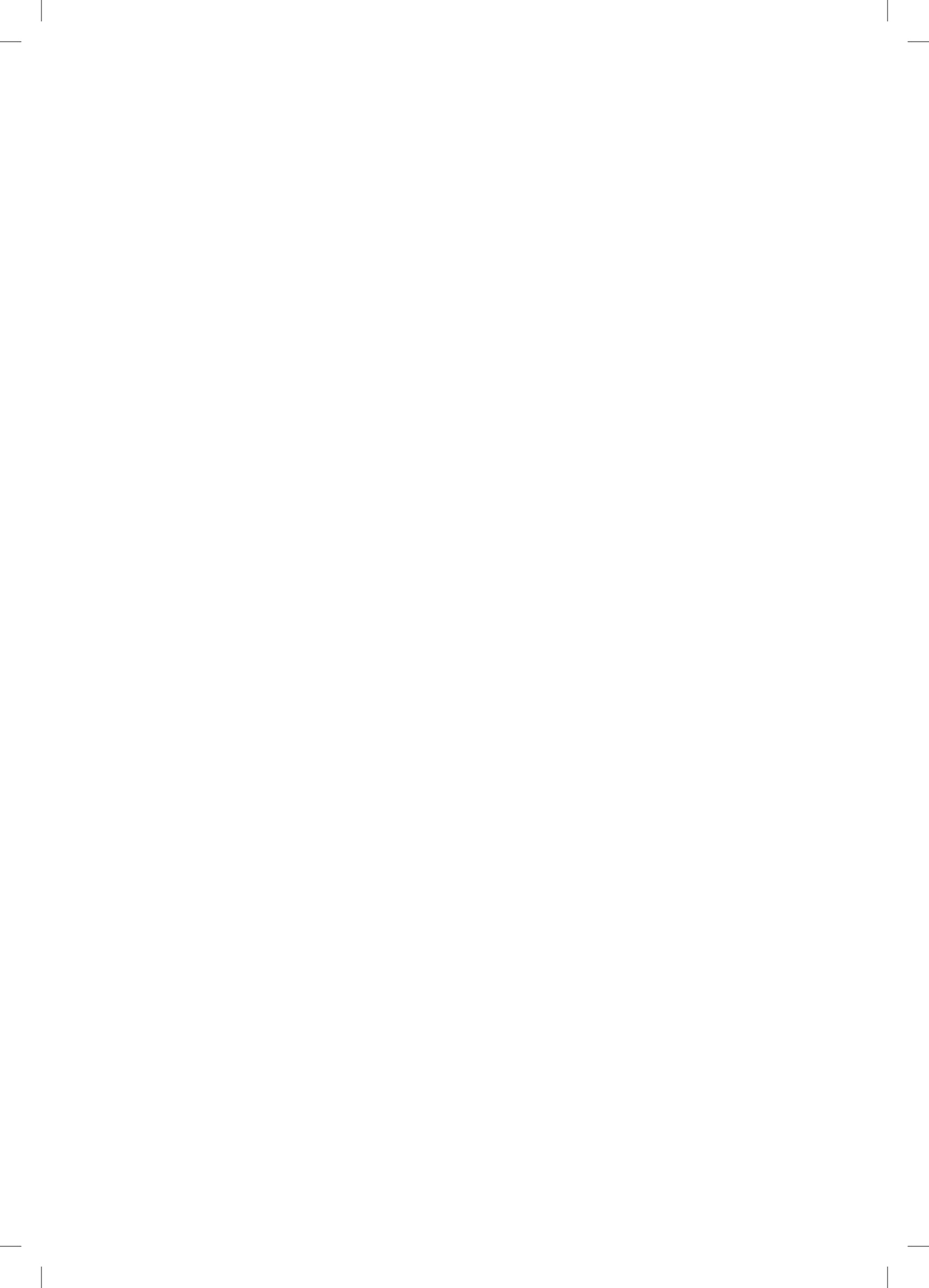
Silke Anna Theresa Weber

Silvany Lemes Cruvinel Portas

Suely Stringari de Souza

ÍNDICE

1.	Prefácio	13
2.	Introdução	14
3.	Desenvolvimento	15
3.1	Construção das Propostas	15
3.2	Conferências e Plenárias Livres	16
3.3	Moções	16
4.	Etapas Macrorregionais	17
4.1	Execução das Etapas Macrorregionais	19
5.	Etapa Estadual	34
5.1	Programação	35
5.2	Propostas Priorizadas	37
5.3.1	Âmbito Estadual	37
5.3.2	Âmbito Nacional	40
6.	Referências	43
7.	Anexos	44
8.	Glossário	45



1. PREFÁCIO

Apresentamos o relatório final da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres do Estado de São Paulo (1ª CESMu), realizada nos dias 6, 7 e 8 de junho de 2017, no município de Águas de Lindóia, no Estado de São Paulo, e suas etapas Macrorregionais.

Convocada pelo Decreto 62.433 de 20 de janeiro de 2017, a 1ª CESMu corresponde à Etapa Estadual da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher, conforme Portaria MS nº 1.016, de 11 de maio de 2016.

Para dar cumprimento à execução desse importante evento, a Comissão Organizadora, apoiada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), optou por elaborar o Regimento Interno da Conferência, colocado em consulta pública no Diário Oficial do Estado e pelas redes sociais por dezenove dias, além de realizar uma audiência pública que contou com a participação de vários representantes da sociedade civil e de conselheiros de saúde das três esferas de governo.

Definidas as questões regimentais aprovadas em reunião ordinária do CES, a 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres foi realizada em três dias, onde o objetivo principal foi fortalecer e identificar as diretrizes para o Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de consolidar uma política pública e participativa para a Saúde das Mulheres, fundamentada nas ações, programas e questões que envolvem a temática das relações entre a saúde e as mulheres, com produto advindo de todas as regiões do Estado de São Paulo.

Participaram do encontro 360 delegadas (os), eleitas (os) nas oito Etapas Macrorregionais realizadas entre os meses de março e maio de 2017, contemplando todo o Estado de São Paulo, além de Conselheiros Estaduais de Saúde representantes dos três segmentos (usuário, trabalhador e gestor/prestador de serviço de saúde).

O tema central que orientou os debates durante todas as etapas foi **“Saúde das Mulheres: Desafios para a Integralidade com Equidade”**, o qual foi desenvolvido em um eixo principal: “Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres”, além de quatro subeixos que sustentaram todas as discussões, sendo eles:

- 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.

Nessas etapas, foram elaboradas propostas que pudessem nortear na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, nos processos de negociação, intervenção e definição, considerando o desenvolvimento econômico, ambiental e social das mulheres, em âmbito municipal, regional, estadual e nacional.

Esse trabalho foi desenvolvido ao longo de 2016 e 2017 pelo Conselho Estadual de Saúde através da Comissão Organizadora Estadual junto às Comissões Organizadoras Macrorregionais, e da Capital do Estado.

O relatório final é fruto de todas as discussões que ocorreram de forma ascendente, começando pelas etapas municipais, regionais até a etapa estadual da conferência, com a participação da sociedade, trabalhadores e de gestores que de mãos dadas executaram todas as etapas de maneira exitosa, sendo este um importante documento que registra o produto dos debates e propostas trazidas pela sociedade civil, sendo norteador para a gestão estadual e dando suporte para o controle social.

Neide Aparecida Sales Biscuola
Relatora Geral - 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres

2. INTRODUÇÃO

A 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres (1ª CESMu) discutiu temas que contemplaram o eixo principal da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher (2ª CNSMu) relacionados à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres e as políticas de equidade: da População Negra (racismo, desigualdades étnico-raciais e racismo institucional), População LGBT (discriminação por orientação sexual e identidade de gênero/preconceito e estigma social), População em Situação de Rua (reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos) e da População do Campo, da Floresta e das Águas (redução de riscos decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas).

A mulher vem ocupando um novo espaço na sociedade, uma mudança que vem se expressando de forma globalizada, colocando em discussão a estrutura social e os moldes sob os quais calcamos nossas relações. No Brasil essa concepção histórica não é diferente. O Estado de São Paulo, por sua vez, concentra uma grande diversidade social e econômica, conforme traduz o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) que usa indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade. A mulher paulista tem o desafio de protagonizar e produzir sua vida em um cenário bastante complexo e diverso.

As mulheres representam aproximadamente 53% da população paulista, segundo estimativa da Fundação SEADE (2015), e hoje cada vez mais organizam suas vidas para além da maternidade. Tal fato é evidenciado por indicadores de saúde que demonstram uma queda da taxa de fecundidade total, ou seja, uma diminuição do número médio de filhos que uma mulher teria até o fim de seu período reprodutivo (de 1,78 em 2009 para 1,63 em 2013; essa taxa indica uma fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional) e da taxa bruta de natalidade (de 19,99 em 1991 para 14,68 em 2011) que expressa a frequência anual de nascidos vivos, sendo influenciada pela estrutura da população, com relação à idade e sexo. (IBGE).

Essas mudanças acrescidas a um contexto de maior inserção no mercado de trabalho, ainda que desigual, trazem novos desafios para a construção de políticas públicas mais abrangentes e participativas. Cada vez mais as mulheres se organizam politicamente questionando valores e práticas, ocupando espaços e conquistando direitos civis, econômicos, políticos e sociais em um mundo culturalmente pertencente ao homem.

A luta pela cidadania plena da mulher em suas especificidades não é recente, muito pelo contrário. Emerge nos anos 70 em um processo histórico de construção de força, que foi tecido com lutas cotidianas locais, regionais, nacionais e em escala mundial. No entanto, mesmo com os avanços, ainda observa-se pouca representatividade política nas esferas nacional, estadual e municipal.

Novas e antigas questões entram em cena para compor as atuais agendas políticas de discussão na área da saúde da mulher. As reivindicações dos movimentos sociais de

mulheres negras, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis, trabalhadoras da cidade e do campo, mulheres com deficiência, entre outras, traduzem um pouco do anseio por uma política mais plural, que coloque em discussão temas prioritários e presentes no contexto atual da saúde da mulher, inclusive o cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos.

Nesse sentido, um espaço como a 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres foi fundamental para fomentar importantes discussões, colocando em pauta os novos desafios à luz do cenário político e econômico atual. Foi um momento para reafirmar a importância dos direitos conquistados e da participação social como estimulador de uma Política de Estado, ponderando objetivos e desafios próprios do Estado de São Paulo.

3. DESENVOLVIMENTO

Em maio de 2016, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Portaria nº 1.016 de 11 de maio de 2016, convocou a 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher (2ª CNSMu), cujo tema central foi “Saúde das mulheres: Desafios para a integralidade com equidade”, considerando a necessidade de avaliar e discutir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

A 2ª CNSMu foi antecedida por Etapas Estaduais, as quais ocorreram a partir de março de 2017. Para isso, o governo do estado de São Paulo publicou o Decreto nº 62.433 de 20 de janeiro de 2017, convocando a 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres (1ª CESMu), precedida de conferências macrorregionais que abrangessem todo o Estado, utilizando a divisão geopolítica de macrorregiões, com abrangência dos dezessete Departamentos Regionais de Saúde (DRS), e considerando o número total de municípios e sua população, cabendo ao Conselho Estadual de Saúde (CES) a coordenação e organização para realização da mesma.

3.1 Construção das Propostas

Inicialmente, as propostas foram formuladas nas Conferências Municipais, Plenárias Municipais, Conferências Intermunicipais, Conferências Livres, de entidades ou instituições que pudessem vir a contribuir. Nos termos do Regimento Interno da 1ª CESMu, com exceção das Conferências Municipais que indicavam propostas e delegados, as outras formas não poderiam indicar ou eleger delegados, somente propostas. Com o propósito de atender às necessidades específicas de cada território, o produto das discussões nos espaços de conferências e plenárias resultou em propostas encaminhadas que seguiram para as macrorregionais da 1ª CESMu.

Nas Etapas Macrorregionais, todo o material oriundo dos municípios ou Plenárias Livres foi discutido em salas divididas por subeixos. Importante lembrar que foi reservado somente a este momento a possibilidade de criação, alteração, modificação ou exclusão de propostas, garantindo amplo discernimento do grupo para refletir com fidelidade a imagem



da macrorregião. Para todo o produto das discussões foi garantida a identificação neste relatório final. No entanto, o grupo tinha a responsabilidade de priorizar algumas das propostas discutidas, as quais foram levadas às Plenárias Finais que, novamente, e por votação direta, elencaram vinte propostas contemplando todos os subeixos.

Portanto, das Etapas Macrorregionais foram priorizadas o total de 160 propostas que após análise da Comissão de Relatoria Estadual, trabalhadas num processo de consolidação e qualificação por meio de critérios que levaram em consideração objetivos comuns entre as mesmas, foram reescritas sem alteração do conteúdo de cada uma das propostas.

Desta forma, foram levadas para discussão nas salas da 1ª CESMu 45 propostas do subeixo I, 37 do subeixo II, 42 do subeixo III e 39 do subeixo IV. Considerando o quantitativo de delegados, o regulamento previu as discussões em duas salas para cada subeixo temático. As salas refletiram sobre os temas, priorizando cinco propostas por sala, totalizando até 10 propostas priorizadas por subeixo. No entanto, pela baixa adesão de delegados no subeixo I, a comissão organizadora optou pela junção das duas salas. Nos subeixos III e IV, a adesão de delegados foi grande, porém o tempo para discussão considerado restrito pelos participantes dos grupos. Por isso, de comum acordo entre os delegados e a comissão de relatoria, entendeu-se que, do total de propostas, uma sala discutiria a primeira metade, e a outra as subsequentes, priorizando cinco em cada sala, totalizando até 10 propostas do subeixo para serem levadas à plenária final para votação.

3.2 Conferências e Plenárias Livres

Estavam previstas Conferências Livres, como também houve a construção de propostas por meio de Plenárias Municipais e Conferências Intermunicipais, visto que muitos municípios não tinham condições temporais e financeiras para a execução de conferências temáticas, ressaltando que os municípios tem por obrigação legal, neste ano de 2017, realizar as Conferências de Saúde.

3.3 Moções (disponíveis na versão eletrônica)

Em todas as Conferências, seja nas Etapas Macrorregionais, quanto na Estadual, apresentaram-se moções que fazem parte do anexo.

Como houve liberdade para que as Comissões Organizadoras Macrorregionais definissem seus critérios de assinatura, as moções foram apresentadas por dois critérios: Quando solicitado o quantitativo de cinquenta por cento mais um dos delegados participantes, as mesmas foram lidas nas plenárias finais, considerando que o quantitativo de assinaturas já correspondia ao desejo da maioria simples. Nos casos onde não era exigido o percentual de cinquenta por cento mais um, as moções foram lidas e votadas nas plenárias finais.

4. ETAPAS MACRORREGIONAIS

A 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres (1ª CESMu) foi precedida por oito Etapas Macrorregionais, com a participação direta de 1597 pessoas, entre delegados e convidados, alcançando o elevado índice de 87% de mulheres debatendo sobre saúde das mulheres, superando o que preconizou o Regimento Interno da 1ª CESMu, de um mínimo de 60% de mulheres na delegação dos três segmentos.

No segmento dos usuários ocorreu a maior participação em todas as etapas, representando 46% do total de presentes. A Etapa da região da Grande da São Paulo foi a que apresentou o maior número de municípios presentes na Conferência, com 77% do total de municípios pertencentes à região, enquanto a Etapa de Piracicaba apresentou o menor número de municípios presentes em relação à totalidade de municípios da macrorregião (42%). Na Etapa de Registro, todos os municípios da DRS IV da Baixada Santista estiveram presentes.

As Etapas Macrorregionais tiveram como principal objetivo elaborar propostas para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, considerando as discussões e a situação de saúde das mulheres de cada região, além das necessidades de saúde de cada território.

Das propostas aprovadas em cada macrorregião, 20 foram priorizadas e encaminhadas à Conferência Estadual.

Tabela 1. Participantes das Etapas Macrorregionais da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres, segundo gênero e segmento.

DATA	ETAPA MACRORREGIONAL	LOCAL	Nº PARTICIPANTES			SEGMENTO				Convidados
			Homem	Mulher	TOTAL	Usuário	Trabalhador	Gestor	TOTAL	
07/08 março	Grande São Paulo - DRS I	Osasco	26	187	213	81	37	40	158	55
29/30 março	Taubaté	Campos do Jordão	22	230	252	81	47	45	239	13
04/05 abril	Piracicaba - DRS X, Campinas - DRS VII, São João da Boa Vista - DRS XIV	Piracicaba	31	133	164	49	37	21	107	57
11/12 abril	São José do Rio Preto - DRS XV, Araçatuba - DRS II	São José do Rio Preto	33	236	269	106	54	59	219	50
18 abril	Ribeirão Preto - DRS XIII, Araraquara - DRS III, Barretos - DRS V, Franca - DRS VIII	Ribeirão Preto	23	198	221	84	51	30	165	56
25/26 abril	Registro - DRS XII, Baixada Santista - DRS IV, Sorocaba - DRS XVI	Registro	30	193	223	76	42	41	159	64
29/30 abril	São Paulo-SP DRS I	São Paulo	-	-	550	-	-	-	-	-
03/04 maio	Presidente Prudente - DRS XI, Marília - DRS IX, Bauru - DRS VI	Marília	34	221	255	108	59	59	226	29
TOTAL DAS MACROS			199	1398	1597	585	327	295	1273	324

Legenda: (-) Dado não informado.

Fonte: Etapas Macrorregionais.

Tabela 2. Municípios com e sem delegação nas Etapas Macrorregionais.

MACRO/REGIONAL	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS PERTENCENTES À MACRORREGIÃO	MUNICÍPIOS COM DELEGAÇÃO NA ETAPA MACRORREGIONAL	MUNICÍPIOS SEM DELEGAÇÃO NA ETAPA MACRORREGIONAL
GRANDE SÃO PAULO	38 municípios	29 MUNICÍPIOS (77%) SÃO BERNARDO DO CAMPO; MOGI DAS CRUZES; RIO GRANDE DA SERRA; ITAPEVI; SANTO ANDRÉ; DIADEMA; SUZANO; GUARULHOS; ARUJÁ; ITAQUAQUECETUBA; FERRAZ DE VASCONCELOS; GUARAREMA; POÁ; BIRITIBA-MIRIM; CAEIRAS; MAIRIPORÁ; FRANCISCO MORATO; FRANCO DA ROCHA; COTIA; EMBU GUAÇU; SÃO LOURENÇO DA SERRA; TABOÃO DA SERRA; OSASCO; CARAPICUBA; BARUERI; JANDIRA; SANTANA DE PARNAÍBA; PIRAPORA DO BOM JESUS; CAJAMAR.	9 municípios (23%)
TAUBATÉ/DRS TAUBATÉ	39 municípios	18 MUNICÍPIOS (46%) AREIA, CAÇAPAVA, CARAGUATATUBA, GUARATINGUETÁ, CAMPOS DO JORDAO, IGARATÁ, ILHA BELA, JAMBEIRO, JACAREÍ, LORENA, ROSEIRA, SÃO LUIZ DO PARAITINGA, SÃO SEBASTIÃO, PINDAMONHANGABA, POTIM, TAUBATÉ, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, APARECIDA.	21 municípios (54%)
PIRACICABA/DRS CAMPINAS; DRS PIRACICABA E DRS SÃO JOÃO DA BOA VISTA	88 municípios	37 MUNICÍPIOS (42%) AGUAÍ; ÁGUAS DE LINDÓIA; AMERICANA; ATIBAIA; CACONDE; CAMPINAS; CAMPO LIMPO PAULISTA; ITAPIRA; ITATIBA; JUNDIAÍ; LEME; LIMEIRA; MOCOCA; MOGI GUAÇU; MOGI MIRIM; PIRACICABA; RIO CLARO; SANTA BÁRBARA D OESTE; SANTA MARIA DA SERRA; SANTO ANTÔNIO DO JARDIM; SÃO JOÃO DA BOA VISTA; SÃO JOSÉ DO RIO PARDO; SÃO PEDRO; SÃO SEBASTIÃO DA GRAMA; SERRA NEGRA; SOCORRO; SUMARÉ; VÁRZEA PAULISTA; VINHEDO; AMPARO; ARARAS; PIRACAIA; SERRA NEGRA; SÃO SEBASTIÃO DA GRAMA; DIVINOLÂNCIA; CHARQUEADA; ESPÍRITO SANTO DO PINHAL.	51 municípios (58%)
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/DRS ARAÇATUBA E DRS SÃO JOSE DO RIO PRETO	142 municípios	83 MUNICÍPIOS (58%) ADOLFO; ALTO ALEGRE; ALVARES FLORENCE; AMÉRICO DE CAMPOS; ANDRADINA; APARECIDA D OESTE; ARAÇATUBA; BENTO DE ABREU; BIRIGUI; BREJO ALEGRE; BURITAMA; CARDOSO; CATANDUVA; CLEMENTINA; DIRCE REIS; ESTRELA D OESTE; FERNANDO PRESTES; FERNANDÓPOLIS; GENERAL SALGADO; GUAPIAÇU; GUARAÇÁ; GUARANI D'OESTE; GUARARAPES; IBIRA; ILHA SOLTEIRA; INDIAPORÁ; IRAPUÁ; JACI; JALES; JOSE BONIFACIO; MACAUBAL; MACEDÔNIA; MARINÓPOLIS; MENDONÇA; MERIDIANO; MIRA ESTRELA; MIRASSOL; MIRASSOLÂNDIA; MIRASSOLÂNDIA; MONTE APRAZÍVEL; MURUTINGA DO SUL; NHANDEARA; NIPOÁ; NOVA GRANADA; NOVA INDEPENDÊNCIA; NOVAIS; NOVO HORIZONTE; ORINDIUA; OUROESTE; OUROESTE; PALMEIRA D OESTE; PARANAPUÁ; PARIS; PEDRANÓPOLIS; PENÁPOLIS; PINDORAMA; PIRANGI; PLANALTO; POLONI; PONTALINDA; RIOLÂNDIA; SANTA ADÉLIA; SANTA FÉ DO SUL; SANTA RITA D OESTE; SANTA SALETE; SANTANA DA PONTE PENSA; SANTO ANTONIO DO ARACANGUÁ; SANTÓPOLIS DO AGUAPEÍ; SÃO FRANCISCO; SÃO JOÃO DAS DUAS PONTES; SÃO JOÃO DE IRACEMA; SÃO JOSE DO RIO PRETO; SEBASTIANÓPOLIS DO SUL; TANABI; TRÊS FRONTEIRAS; TURIUBA; TURMALINA; UBARANA; URÂNIA; VALENTIM GENTIL; VALPARAISO; VITÓRIA BRASIL; VOTUPORANGA.	59 municípios (42%)
RIBEIRÃO PRETO/DRS BARRETOS, DRS-FRANCA E DRS – RIBEIRÃO PRETO	90 municípios	58 MUNICÍPIOS (64%) ALTINÓPOLIS; AMÉRICO BRASILIENSE; ARAMINA; ARAQUARA; BARRETOS; BEBEDOURO; BOA ESPERANÇA DO SUL; BORBOREMA; CAJURU; CÂNDIDO RODRIGUES; CRISTAIS PAULISTA; DESCALVADO; DOBRADA; DOURADO; FRANCA; GAVIÃO PEIXOTO; GUAÍRA; GUATAPARA; IBATÉ; IBITINGA; IGARAPAVA; IPUÁ; ITÁPOLIS; ITUVERVAVA; JABORANDI; JABOTICABAL; JARDINÓPOLIS; JERIQUEARA; MATÃO; MIGUELÓPOLIS; MONTE ALTO; MONTE AZUL PAULISTA; MORRO AGUDO; NOVA EUROPA; OLÍMPIA; ORLANDIA; PONTAL; PORTO FERREIRA; PRADÓPOLIS; PRADÓPOLIS; RESTINGA; RIBEIRÃO BONITO; RIBEIRÃO CORRENTE; RIBEIRÃO PRETO; SALES OLIVEIRA; SANTA ERNESTINA; SANTA RITA PASSA QUATROS; SANTA ROSA DE VITERBO; SANTO ANTÔNIO DA ALEGRIA; SÃO CARLOS; SÃO JOAQUIM DA BARRA; SÃO JOSÉ DA BELA VISTA; SERRANA; SERTÃOZINHO; SEVERÍNIA; TABATINGA; TAQUARITINGA; TRABJUI.	32 municípios (36%)
REGISTRO/DRS BAIXADA SANTISTA, DRS REGISTRO E DRS SOROCABA	72 municípios	42 MUNICÍPIOS (58%) ALUMÍNIO; ANGATUBA; ARAÇARIGUAMA; BARRA DO TURVO; BERTIOGA; BOITUVA; BURI; CAJATI; CAMPINA DO MONTE ALEGRE; CAPÃO BONITO; CAPELA DO ALTO; CESÁRIO LANGE; CUBATÃO; ELDORADO; GUARUJÁ; ILHA COMPRIDA; IPERÓ; ITANHAÉM; ITAPETININGA; ITARARÉ; ITARIRI; JACUPIRANGA; JUQUIÁ; MAIRINQUE; MIRACATU; MONGAGUÁ; PARIQUERA-AÇU; PEDRO DE TOLEDO; PERUÍBE; PIEDADE; PILAR DO SUL; PRAIA GRANDE; REGISTRO; SANTOS; SÃO MIGUEL ARCANJO; SÃO ROQUE; SÃO VICENTE; SETE BARRAS; SOROCABA; TIETÉ; VOTORANTIM.	30 municípios (42%)
SÃO PAULO	1 município	SÃO PAULO	0
PRESIDENTE PRUDENTE/DRS MARILIA, DRS PRESIDENTE PRUDENTE	175 municípios	83 MUNICÍPIOS (47%) ADAMANTINA; ALVARES MACHADO; ANHUMAS; ARCO IRIS; AREIÓPOLIS; ASSIS; BAURU; BERNARDINO DE CAMPOS; BORÁ; BOTUCATU; BROTAS; CAIABÚ; CAIÚÁ; CAMPOS NOVOS PAULISTA; CÂNDIDO MOTA; CHAVANTES; DRACENA; ESP. SANTO DO TURVO; ESTRELA DO NORTE; EUCLIDES DA CUNHA PAULISTA; FERNÃO; FLORA RICA; FLÓRIDA PAULISTA; FLORÍNEA; GARÇA; GETULINA; GUAIMBÉ; HERCULÂNDIA; IARAS; IBIRAREMA; IEPÉ; INDIANA; INÚBIA PAULISTA; IRAPURU; ITATINGA; JAU; JÚLIO MESQUITA; JUNQUEIROPOLIS; LARANJAL PAULISTA; LINS; LUCÉLIA; MANDURI; MARABÁ PAULISTA; MARILIA; MARTINÓPOLIS; MIRANTE DO PARANAPANEMA; NARANDIBA; NOVA GUATAPORANGA; ORIENTE; OSCAR BRESSANE; OSVALDO CRUZ; OURINHOS; OURO VERDE; PANORAMA; PARAGUAÇU PAULISTA; PAULICÉIA; PEDRINHAS; PAULISTA; PIRAJU; PIRAPOZINHO; POMPÉIA; PRACINHA; PRESIDENTE BERNARDES; PRESIDENTE EPITÁCIO; PRESIDENTE PRUDENTE; PRESIDENTE VENCESLAU; PROMISSÃO; QUATÁ; QUEIROZ; RIBEIRÃO DO SUL; RINÓPOLIS; ROSANA; SAGRES; SALMOURÃO; SALTO GRANDE; SANTO EXPEDITO; SÃO JOÃO DO PAU D ALHO; SÃO PEDRO DO TRUVO; SARUTAIA; TACIBA; TAQUARITUBA; TARABAI; TUPÁ; TUPI PAULISTA.	92 municípios (53%)

Fonte: Etapas Macrorregionais.

4.1 Etapa Grande São Paulo

Correspondente ao Departamento Regional de Saúde I, o DRS I é composto por 38 municípios, dos quais 31 participaram. Etapa realizada no município de Osasco nos dias 07 e 08 de março de 2017. Contou com 213 participantes, sendo 187 mulheres, correspondendo a 88% do total de conferencistas. Com relação aos segmentos, participaram 81 delegados do segmento usuário, 37 do segmento trabalhador e 40 do segmento gestor. Além disso, o evento contou com 55 convidados presentes.





Etapa Taubaté

Correspondente ao Departamento Regional de Saúde XVII (DRS XVII), composto por 39 municípios, dos quais 18 participaram. Etapa realizada em Campos do Jordão nos dias 29 e 30 de março de 2017, com um total de 252 participantes, sendo em sua maioria representados por mulheres (91%). Dos segmentos, participaram 81 usuários, 47 trabalhadores e 45 gestores, além de 13 convidados.





Etapa Piracicaba

A Etapa Macrorregional de Piracicaba foi composta pelos municípios da área de abrangência dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS XIV São João da Boa Vista, com 20 municípios; DRS X Piracicaba com 26 municípios e DRS VII Campinas com 42 municípios. Dos 88 municípios que compõem a Etapa, 37 participaram nos dias 4 e 5 de

abril de 2017 na cidade de Piracicaba, com a presença de 164 delegados, dentre eles 133 mulheres, o que corresponde a 81% do total de conferencistas, sendo estes 49 pessoas do segmento usuário, 37 do segmento trabalhador e 21 do segmento gestor/prestador. Estiveram presentes ainda, 57 pessoas convidados.





Etapa São José do Rio Preto

A Etapa de São José do Rio Preto abrangeu os Departamentos Regionais de Saúde – DRS II Araçatuba, composto por 40 municípios e DRS XV São José do Rio Preto, composto por 102 municípios. Dos 142 municípios pertencentes à macrorregião, 83 estiveram presentes. Realizou-se nos dias 11 e 12 de abril de 2017, na cidade de São José do Rio Preto, e contou com 269 participantes, sendo 88% dos participantes mulheres. Dos segmentos, tiveram 106 usuários, 54 trabalhadores e 59 gestores, e ainda 50 pessoas convidadas.





Etapa Ribeirão Preto

Etapa realizada com os municípios da área de abrangência dos Departamentos Regionais de Saúde DRS III Araraquara, composto por 24 municípios; DRS XIII Ribeirão Preto, com 26 municípios; DRS V Barretos, com por 18 municípios e DRS VIII Franca, com por 22 municípios, totalizando 90 municípios abrangentes pela macrorregião. Desse, 58 participaram do evento. Realizada no município de Ribeirão Preto, em 18 de abril de 2017, a conferência reuniu 221 pessoas, dentre elas 198 mulheres, correspondendo a

cerca de 90% dos presentes. Ainda do total de participantes, 84 pertenciam ao segmento usuário, 51 trabalhadores e 30 gestores, além de 56 participantes como convidados.





Etapa Registro

Formada pelos municípios da área de abrangência dos Departamentos Regionais de Saúde DRS XII Registro (15 municípios); DRS IV Baixada Santista (9 municípios) e DRS XVI Sorocaba (48 municípios). Dos 72 municípios pertencentes à macrorregião, 42 estiveram presentes na conferência. A Etapa Macrorregional de Registro foi realizada nos

dias 25 e 26 de abril de 2017, na cidade de Registro, e contou com 223 participantes, sendo 193 mulheres (87%). Dos 223 presentes, 76 eram do segmento usuário, 42 do segmento trabalhador e 41 do segmento gestor, além de 64 convidados.





Etapa São Paulo

Correspondente à Capital do Estado, contou com 550 participantes, realizada no município entre os dias 28 e 30 de abril de 2017. Essa etapa contou ainda com a realização de pré-conferências com o objetivo de ampliar a discussão em todo o município.





Etapa Marília

Correspondente à área de abrangência dos Departamentos Regionais de Saúde DRS XI Presidente Prudente, composto por 45 municípios, DRS IX Marília, composto por 62 municípios e DRS VI Bauru, composto por 68 municípios. Destes, 83 participaram em relação ao total de 145 municípios pertencentes à macrorregião. Realizada nos dias 3 e 4 de maio de 2017, no município de Marília, com 255 participantes, dentre os quais 221 eram mulheres (86%). Com relação ao segmento, 108 participantes do segmento usuário, 59 trabalhadores e 59 gestores. Contou ainda com 29 convidados.





5. ETAPA ESTADUAL

A 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres aconteceu nos dias 6, 7 e 8 de junho de 2017, no município de Águas de Lindóia. Contou com a participação de 360 pessoas, sendo 153 delegados representando o segmento usuário, 81 delegados representando o segmento trabalhador e 74 delegados representando o segmento gestor/prestador, 17 convidados, além dos integrantes da comissão organizadora. Foram três dias com o propósito de discutir temas relacionados à saúde das mulheres, através dos subeixos temáticos. No último dia, aconteceu a homologação das 12 propostas priorizadas de âmbito estadual e das 12 propostas priorizadas de âmbito nacional que seguiram para a 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher, com o objetivo de implementar e discutir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

5.1 Programação

PROGRAMAÇÃO

06 de junho de 2017

14h às 19h – Credenciamento das (os) delegadas (os) titulares

18h às 20h – Jantar

19h às 19:45h – Solenidade de abertura

20h às 21h – Palestra magna – Albertina Duarte Takiuti

07 de junho de 2017

8h às 10:30h – Credenciamento das (os) delegadas (os) titulares

9h – Eixo principal -“Implementação da política nacional de atenção integral à saúde das mulheres” – Isabel Cristina Esposito Sorpreso

9:30h – Subeixo II - O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres – Katia Boulos

10:30h – Subeixo III - Vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres – Silvia Helena Bastos

11h – Subeixo IV - Políticas Públicas para as mulheres e a participação social – Dra. Muna Zeyn

11h às 13h – Credenciamento das (os) delegadas (os) suplentes para delegada (o) titular.

12h às 13h – Almoço

13:30h às 18:30h – 08 grupos de discussão (02 grupos para cada subeixo)

19h às 20h – Jantar

20h – Sessão cinema

08 de junho de 2017

9h às 12h – Plenária final - Priorização das propostas por subeixos.

12h às 13:45h – Almoço

14h às 16h – Plenária final - homologação das propostas

16h às 18h – Plenária final - eleição e homologação das (os) delegadas (os)



Da esquerda para a direita: Maria Teresa Machado de Ávila Ferraz, Secretária de Saúde do município de Águas de Lindóia; Sheila Ventura Pereira, Conselheira Estadual segmento usuário; Ana Lucia de Mattos Flores, Conselheira Estadual e Coordenadora da Comissão Organizadora da I CESMu; Dra. Marisa Ferreira da Silva Lima, da Área Técnica da Saúde da Mulher da Secretaria Estadual de Saúde e Clara Alice Franco de Almeida Carvalho, Secretária de Saúde do município de Mogi Guaçu, representando o Presidente do CO-SEMS, Dr. Carmino Antonio de Souza.



Marisa Ferreira da Silva Lima, da Área Técnica da Saúde da Mulher da Secretaria Estadual de Saúde, representando o Excelentíssimo Sr. Secretário Estadual de Saúde Dr. David Everson Uip, acompanhada do Secretário Executivo do Conselho Estadual de Saúde, Belfari Garcia Guiral.

5.2 Propostas Priorizadas

De acordo com o regulamento da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres, a composição do relatório final conta com as 12 (doze) propostas priorizadas no âmbito Estadual e as 12 (doze) propostas priorizadas no âmbito Nacional, sendo 3 (três) propostas de cada subeixo temático. O processo de priorização se deu no momento da plenária final da Conferência.

Portanto, as 12 (doze) propostas priorizadas distribuídas nos subeixos temáticos para o âmbito Estadual e as 12 (doze) propostas priorizadas distribuídas nos subeixos temáticos para o âmbito Nacional foram, respectivamente:

5.2.1 Âmbito Estadual:

Subeixo I – O Papel do Estado no Desenvolvimento Socioeconômico e Ambiental e seus Reflexos na Vida e na Saúde das Mulheres.

1. Garantir a continuidade do SUS resgatando o financiamento que foi garantido pela Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080, com real cumprimento do artigo 198 na sua totalidade, como também a aprovação do “Saúde + 10”, e o cumprimento do pacto federativo, para que o Estado possa também colocar recursos no SAMU e nas UPAS.

- 
2. Implementação da lei que garante a criação do hospital da mulher regional, contemplando a efetivação dos direitos das mulheres, em especial as em situação de vulnerabilidade/violência. Garantindo a provisão de recursos suficientes para a abertura de serviços especializados de referência a mulher, incluindo a mulher LBT, sem distinção étnico racial, religião, idade, renda, com deficiência, mobilidade reduzida, situação de rua, de privação de liberdade ou em dependência química. Prover maior articulação intersetorial de serviços, unidades de saúde, assistência psicológica, jurídica e promoção social, estando esses serviços capacitados para lidar com questões como o depoimento único, encaminhamento de mulheres em situação de violência para Casa Abrigo, entre outras.
 3. Que Município, Estado e União reconheçam como lei obrigatória e não opcional a licença maternidade de 6 meses (180 dias), garantindo a estabilidade da mulher trabalhadora de pelo menos um ano quando do retorno ao trabalho.

Subeixo II – O Mundo do Trabalho e Suas Consequências na Vida e na Saúde das Mulheres.

4. Criar o Estatuto da Mulher, considerando que as mulheres enfrentam discriminação no mercado de trabalho e barreiras para o acesso ao mercado, tais como: cargos inferiores, dificuldades para promoção a cargo de chefia, exerce em sua grande maioria funções análogas a do homem com salários inferiores, bem como a dupla jornada de trabalho com os afazeres domésticos e cuidados com os filhos, o que reflete na sua saúde, causando um maior desgaste físico e emocional.
5. Assegurar dentro das empresas públicas e incentivar o setor privado a promoção de ações de prevenção, controle e garantia de acesso ao tratamento do câncer de mama e colo uterino, com a realização de exames preventivos e campanhas de conscientização. O sistema público de saúde deve promover ações para prevenção das doenças do trabalho e melhorar o atendimento público, criando um sistema de atendimento para todas as trabalhadoras, com ou sem carteira assinada, ampliando o atendimento, a oferta e o acesso facilitado aos exames específicos para a população feminina, assegurando o diagnóstico precoce e, nos casos em que for necessário, garantir tratamento. O CEREST deve coletar dados e analisar a situação das doenças do trabalho, considerando raça, etnia, geração, orientação sexual, identidade de gênero, classe, religião, mulheres com deficiência, rurais, urbanas, migrantes, imigrantes, quilombolas, indígenas, comunidades tradicionais de matrizes africanas e de terceiros, assentadas e na agricultura familiar, ciganas, profissionais do sexo e mulheres em situação de rua.
6. Criação de incentivo financeiro para implantação e implementação de Centro de Referência e Apoio em Saúde da Mulher, que funcione em horários estendidos e alternativos, como aos sábados ou horários diferenciados, bem como o funciona-

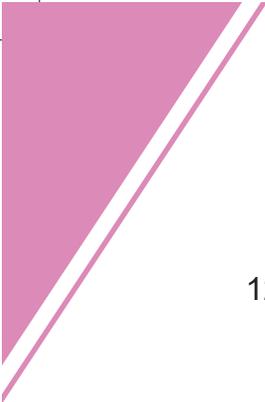
mento da Atenção Básica, com a finalidade de assegurar o acesso e integralidade da assistência à saúde da mulher, com uma equipe multiprofissional, escuta qualificada e atenção para as condições de trabalho, identificação de doenças adquiridas no trabalho e tratamento, além das violências sofridas no ambiente de trabalho.

Subeixo III – Vulnerabilidades e Equidades na Vida e na Saúde das Mulheres.

7. Promover assistência obstétrica qualificada e humanizada, incentivando a presença de doulas, obstetrias e enfermeiras obstétricas. Ampliar os programas existentes e estimular a criação de campanhas a fim de prevenir a violência obstétrica desde o início do pré-natal, incluindo situações de aborto e atenção ao abortamento inseguro como forma de reduzir a mortalidade materna e outras violências.
8. Implantar o Centro de Referência e Tratamento à Mulher Transsexual e Travesti (CRTT) de forma regional e municipal, garantindo o processo transsexualizador com dotação orçamentária das três esferas de governo, com garantia de capacitação dos trabalhadores de saúde para o atendimento e acolhimento dessa população, respeitando o uso do nome social, identidade de gênero e pertencimento étnico-racial.
9. Assegurar nas três esferas o acesso e cuidado de saúde às mulheres em situação de alta vulnerabilidade, inclusive em situação de rua, com ou sem necessidades e demandas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, trabalhando para adequar processos de trabalho, fluxos, ações de formação e de Educação Permanente em Saúde, com vistas a minimizar preconceitos e atos que resultem em violência institucional e comprometam a qualidade do cuidado, buscando fortalecer o acolhimento nos equipamentos de saúde, de acordo com critérios de avaliação de gravidade, risco e vulnerabilidade.

Subeixo IV – Políticas Públicas para Mulheres e Participação Social.

10. Ampliar a estrutura 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 e adequação para os profissionais de enfermagem, fonoaudiólogos, psicólogos, farmacêuticos e nutricionais, bem como jornada de trabalho de 30 horas para profissionais da saúde que na sua maioria são mulheres, além da garantia de 1% do PIB municipal, estadual e da união para políticas públicas voltadas às mulheres.
11. Garantir a execução da Lei Federal 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 a garantir referências oncológicas para continuidade do tratamento nos moldes da lei federal.

12. Ampliar a implementação da Delegacia Especial de Atendimento à Mulher e Rede de Serviços de Atendimento às mulheres incluindo a diversidade de gêneros, efetivando o cumprimento na íntegra da Lei 11.340/2006 (Maria da Penha) em todos os municípios independentemente do número de habitantes, com atendimento diário de 24 horas por equipe multiprofissional capacitada para acolhimento das vítimas e do agressor, monitorado pelo controle social.

5.2.2 Âmbito Nacional

Subeixo I – O Papel do Estado no Desenvolvimento Socioeconômico e Ambiental e seus Reflexos na Vida e na Saúde das Mulheres.

1. Considerando que o conceito de saúde não é apenas ausência de doença, mas é vista como necessidade humana cuja satisfação associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços como moradia, educação, saneamento, transporte, trabalho, lazer resolve: ratificar a proposta do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de ação direta de inconstitucionalidade da Emenda Constitucional nº 95 junto ao STF na luta contra a PEC 241/55- 2016. Entendendo as mudanças como prejudiciais aos direitos fundamentais dos cidadãos, principalmente a saúde e educação, e apontando a necessidade de um melhor gerenciamento dos recursos públicos em todas as esferas do governo e incorporar projeto de lei Federal para acompanhar os calendários do plano de metas e do orçamento municipal (LDO + PPA) para as políticas públicas das mulheres, posterior aos calendários das Conferências de Saúde das Mulheres, com publicização, permitindo alinhamento das propostas aprovadas com sua implantação garantida pelo orçamento e plano de metas do mesmo período.
2. Viabilizar ações em saúde que garantam os direitos sexuais e reprodutivos, tais como: alteração da lei 9.263 (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.
3. 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

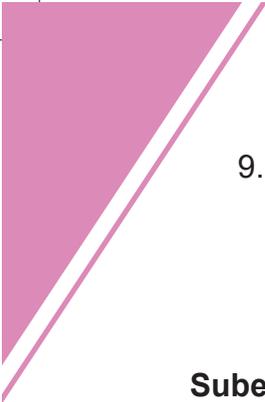
forma a garantir que a mulher seja contemplada em sua integralidade, não permitindo a igualdade de idade entre sexos para aposentadoria.

Subeixo II – O Mundo do Trabalho e Suas Consequências na Vida e na Saúde das Mulheres.

4. Não à aprovação das Reformas da Previdência Social e Trabalhistas.
5. Garantir e implantar política nacional de atenção integral a saúde da mulher trabalhadora inferindo nas condições de trabalho público e privado adequado as 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.
6. 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 garantia de 6 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 dias.

Subeixo III – Vulnerabilidades e Equidades na Vida e na Saúde das Mulheres.

7. 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.
8. Promover assistência obstétrica qualificada e humanizada, incentivando a presença de doulas, obstetrias e enfermeiras obstétricas, e ampliar os programas existentes e 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.

- 
9. 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 guia-intérpretes para mulheres surdocegas; melhorar estrutura nos consultórios e ambulatórios para mulher com deficiência.

Subeixo IV – Políticas Públicas para Mulheres e Participação Social.

10. Garantir a execução da Lei Federal 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 a garantir referências oncológicas para continuidade do tratamento nos moldes da lei federal.
11. Solicitar a revogação da PEC 55/241, mantendo-se a constituinte no que se refere aos direitos da saúde com o envolvimento dos Conselhos e do mecanismo de controle social, assegurando os recursos necessários à manutenção do SUS.
12. 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 30 horas para profissionais da saúde que na sua maioria são mulheres; além da garantia de 1% do PIB municipal, estadual e da união para políticas públicas voltadas às mulheres.

6. REFERÊNCIAS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016, de 11 de maio de 2016, que convoca a 2º Conferência Nacional de Saúde da Mulher. Imprensa Oficial DOU Nº 91, Brasília, DF, 13 de mai. De 2016. Seção 1, p. 81.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº537, de 19 de setembro de 2016, que aprova o Regimento da 2º Conferência Nacional de Saúde das Mulheres. Imprensa Oficial DOU Nº 217, Brasília, DF, 11 de nov. de 2016. Seção 1, p. 63 e 34.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº538, de 10 de novembro de 2016, que aprova o Cronograma e publico o Anexo I previsto no artigo 22 do Regimento da 2º Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu) e dá outras providencias. Imprensa Oficial DOU Nº 9, Brasília, DF, 12 de jan. de 2017. Seção 1, p. 27.

SÃO PAULO. Decreto Nº 62.433, de 20 de janeiro de 2017, que convoca as Conferências Estaduais que especifica e dá providências correlatas. Imprensa Oficial DOE: Vol. 127 Nº 15, São Paulo, SP, 21 de jan. de 2017.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Reunião ordinária súmula de deliberação 260º, nº04 que aprova o regimento interno da 1º Conferência Estadual de Saúde das Mulheres. São Paulo, SP, 20 de jan. de 2017.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Comunicado com o Regimento Interno da 1º Conferência Estadual de Saúde das Mulheres. Imprensa Oficial DOE Nº21, São Paulo, SP, 02 de fev. de 2017. Seção 1, p.37.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Comunicado que define a composição da Comissão Organizadora da 1º Conferência Estadual de Saúde das Mulheres. Imprensa Oficial DOE Nº30, São Paulo, SP, 14 de fev. de 2017. Seção 1, p.52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2º Conferência Nacional de Saúde das Mulheres: Desafios da Integralidade com Equidade. Brasília, DF: Editora do MS, 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Imprensa Oficial, São Paulo, 2015.

7. ANEXOS (Disponíveis na versão eletrônica)

- Anexo 1 - Portaria do Ministério da Saúde N° 1.016, de 11 de maio de 2016 que convoca a 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher.
- Anexo 2 – Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 537, de 19 de setembro de 2016 que aprova o Regimento da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.
- Anexo 3 – Resolução N° 538 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de novembro de 2016 que aprova o Cronograma da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.
- Anexo 4 - Decreto Estadual N° 62.433, de 20 de janeiro de 2017 que convoca as Conferências Estaduais.
- Anexo 5 – Reunião ordinária súmula de deliberação 260º do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, de 20 de janeiro de 2017 que aprova o regimento interno da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres.
- Anexo 6 – Comunicado que define a composição da Comissão Organizadora da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres de 14 de fevereiro de 2017.
- Anexo 7 - Regimento Interno da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres.
- Anexo 8 – Regulamento da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres.
- Anexo 9 – Documento orientador da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres.
- Anexo 10 – Documento orientador da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.
- Anexos 11 – Propostas originais por Macrorregião.
- Anexo 12 – Moções por Macrorregião.
- Anexo 13 – Moções da Etapa Estadual.

8. GLOSSÁRIO

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES – Conselho Estadual de Saúde
CESMu – Conferência Estadual de Saúde das Mulheres
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSMu – Conferência Nacional de Saúde das Mulheres
CRTT – Centro de Referência e Tratamento à Mulher Transsexual e Travesti
DIU – Dispositivo Intra-Uterino
DOE – Diário Oficial Estadual
DOU – Diário Oficial da União
DRS – Departamento Regional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBT – Lesbicas, Gays, Bissexuais e Travestis
MS – Ministério da Saúde
OIT – Organização Internacional do Trabalho
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PIB – Produto Interno Bruto
PPA – Plano Plurianual
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
STF – Supremo Tribunal Federal
SUS – Sistema Único de Saúde
TILS – Tradutor Intérprete de Libras
UPA – Unidade de Pronto Atendimento





I CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DAS MULHERES

www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude

