

resumo do relatório
‘SO WHAT?’
uma análise

**Uma análise sobre
se integrar um enfoque
de gênero aos programas
produz diferença
nos resultados**



**Organização
Mundial da Saúde**



resumo do relatório
‘SO WHAT?’
uma análise

**Uma análise sobre
se integrar um enfoque
de gênero aos programas
produz diferença
nos resultados**

Julho de 2006



**Organização
Mundial da Saúde**



Agradecimentos

Este resumo foi preparado por Charlotte Feldman-Jacobs do Escritório de Referência Populacional (PRB), em colaboração com a Dra. Peju Olukoya da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Sra. Michal Avni da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). Estende-se um agradecimento especial aos autores do Relatório “So what?” original, Carol Boender, Diana Santana, Diana Santillán, Karen Hardee, Margaret E. Green e Sidney Schuler, assim como a Mai Hijazi e Diana Prieto da Repartição da USAID para a Saúde Global e os seguintes revisores: Manisha Mehta de EngenderHealth; Jane Cottingham e Manuella Colombini da OMS; Waafas Ofosu-Amah e Elizabeth Lule do Banco Mundial; e Judith Bruce e Saumya Ramarao do Conselho Populacional. Estendemos um agradecimento especial à Unidade de Gênero, Etnia e Saúde (GH) da Organização Pan Americana da Saúde por seu apoio técnico a este relatório, à Sra. Janete Sarmento da Silva que gentilmente revisou esta versão e à Sra. Carla Salas-Rojas por seu aporte técnico na finalização desta versão.

Esta publicação foi produzida pelo Escritório de Referência Populacional para o Grupo de Trabalho Interinstitucional de Gênero (IGWG), uma rede que compreende organizações não-governamentais (ONGs), organismos de cooperação (OC) e o Escritório para Saúde Global da USAID. O financiamento foi proporcionado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (sob o projeto BRIDGE, GPO-A-00-00004-00) e pelo Departamento de Gênero, Mulher e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. Os exemplos fornecidos nesta publicação incluem experiências de outras organizações além da USAID e da OMS. Esta publicação não oferece orientação oficial da OMS ou USAID nem endossa um enfoque ou outro. Em vez disso, o documento apresenta exemplos de enfoques inovadores para integrar considerações de gênero aos programas de saúde reprodutiva e traz um resumo das comprovações de suas repercussões até o momento.

As designações usadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam na expressão de opinião de espécie alguma por parte da Organização Mundial da Saúde a respeito da condição jurídica de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou a respeito da delimitação de suas fronteiras ou limites.

A menção de empresas específicas ou de produtos de certos fabricantes não implica que estes são endossados ou recomendados pela OMS de preferência a outros de natureza semelhante não mencionados. À exceção de erros ou omissões, os nomes dos produtos patenteados estão diferenciados por letras iniciais maiúsculas.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela OMS para verificar as informações apresentadas nesta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer tipo de garantia, explícita ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai no leitor. Em nenhuma circunstância a OMS será responsável por danos decorrentes do seu uso.



Índice

Introdução	1
Gravidez indesejada	3
Morbidade e mortalidade materna	6
Doenças sexualmente transmissíveis (DST)/HIV/AIDS	9
Iniciativas para qualidade da atenção	12
Conclusão	14
Referências	16
Apêndice: Guia rápido de referência	18

I. Introdução

Transcorreu-se mais de uma década desde a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) no Cairo. Naquele momento, o Programa de Ação, com sua ênfase na melhoria da saúde reprodutiva e promoção da equidade de gênero, foi um marco para uma mudança fundamental nas políticas nacionais e estratégias dos doadores sobre população, em âmbito mundial. Agora, porém, governos e organizações em toda a parte estão formulando uma pergunta que vai um passo adiante: A adoção de uma abordagem de gênero para política e programação como proposto no Programa de Ação tem um efeito sobre a saúde e, em especial, sobre os resultados em saúde reprodutiva?

O Grupo de Trabalho Interinstitucional de Gênero (IGWG) da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) avaliou alguns dos programas de saúde reprodutiva formulados desde a CIPD, que integram aspectos de gênero. Em uma extensa publicação de 2004 avaliando estas intervenções, conhecida como o “Relatório ‘So what?’: Uma análise sobre se integrar um enfoque de gênero aos programas produz diferença nos resultados”, o IGWG concluiu que **a evidência sugere que integrar a perspectiva de gênero aos programas de saúde reprodutiva tem um impacto positivo na obtenção de resultados em saúde reprodutiva.**

Este resumo sobre essa extensa análise destina-se a apresentar aos formuladores de políticas e gerentes de programas uma imagem clara e acessível do que ocorre quando as questões de gênero são integradas a programas de saúde reprodutiva. Não se trata de uma tentativa de atualizar as informações ou dados contidos no relatório original de 2004. Contudo, em alguns casos em que há estimativas globais mais recentes, fez-se uma observação a respeito nas notas de rodapé.¹

Metodologia

Em 2001, um grupo-tarefa do IGWG começou uma análise das evidências existentes de que a integração da perspectiva de gênero aos programas de saúde reprodutiva faz diferença nos resultados — tanto resultados de saúde reprodutiva como de gênero. A análise concentrou-se em quatro componentes de programas de saúde reprodutiva, incluídas intervenções para:

- Reduzir a gravidez indesejada e o aborto;
- Reduzir a morbidade e mortalidade materna;
- Controlar DST/HIV/AIDS;
- Melhorar a qualidade da atenção.

Depois de cuidadosa consideração de aproximadamente 400 intervenções de saúde reprodutiva realizadas por programas para tratar de barreiras relacionadas ao gênero, o grupo-tarefa do IGWG concentrou seu foco em 25 intervenções que satisfaziam seus critérios. Para ser incluída nesta análise, a intervenção tinha de responder afirmativamente as três seguintes perguntas:

1. A intervenção integra considerações de gênero?
2. A intervenção tem resultados quantificados de saúde reprodutiva?
3. A intervenção foi avaliada?

Enfoques à integração da perspectiva de gênero

A integração da perspectiva de gênero refere-se a estratégias que levam em consideração normas de gênero e compensam as desigualdades de gênero. No domicílio e na comunidade, os papéis e o poder relativo de mulheres e homens configuram a divisão de trabalho, a distribuição de responsabilidades e o comportamento que afeta a saúde reprodutiva e a utilização de serviços de saúde.²

Há em geral três tipos de estratégias de integração do enfoque de gênero: as que **exploram as desigualdades de gênero**, as que **conciliam as diferenças entre os gêneros** e as que efetivamente **transformam as relações de gênero.**

Nem todas as intervenções procuram transformar as relações de gênero, embora, da perspectiva de gênero, este seria o resultado preferido. Algumas intervenções podem, em realidade, *explorar as desigualdades de gênero* na busca da saúde reprodutiva e metas demográficas. A situação das mulheres pode piorar, por exemplo, quando o uso de líderes masculinos de opinião ou imagens dinâmicas masculinas em slogans de marketing dirigidos aos homens reforça a predominância masculina de autoridade de tomada de decisão e recursos.

1. Este informe resumido não fornece informação detalhada sobre cada uma das intervenções, mas os especialistas em gênero e saúde reprodutiva que queiram maiores informações podem ter acesso ao relatório original (adiante denominado Boender et al., 2004), que pode ser encontrado no website do IGWG, www.igwg.org/pubstools.htm, ou pedido a prborders@prb.org.
2. Caro et al., 2003.

Outras intervenções conciliam as diferenças entre os gêneros. Tais intervenções facilitam à mulher cumprir as responsabilidades atribuídas a ela pelo papel do seu gênero, sem tentar reduzir a desigualdade de gênero. Tais estratégias podem incluir a distribuição baseada na comunidade, mudanças nas horas de serviço, formação especial de mulheres provedoras, provisão de creche dentro das clínicas ou isenção de taxas.

As intervenções que procuram *transformar as relações de gênero* podem levar mais tempo para produzir resultados, mas tais mudanças têm mais probabilidade de trazer benefícios sustentáveis a longo prazo às mulheres e famílias.

Programas e políticas podem transformar as relações de gênero através de:

- Incentivo à conscientização crítica sobre os papéis e normas de gênero;
- Promoção da posição da mulher em relação ao homem;
- Contestação do desequilíbrio de poder, distribuição de recursos e alocação das tarefas entre mulheres e homens; ou
- Abordagem das relações desiguais de poder entre as mulheres e os provedores de saúde.

Muitos programas de integração de gênero concentram-se em envolver aos homens na saúde reprodutiva e vários exemplos são incluídos nesta análise. A participação masculina é crítica para a promoção de equidade de gênero na saúde reprodutiva e outros programas de desenvolvimento, mas só isso não garante a promoção da equidade de gênero.

Avaliação

As intervenções selecionadas para serem incluídas neste documento foram limitadas àquelas que foram avaliadas — em outras palavras, àquelas que estabeleceram critérios para avaliação que estavam claramente relacionados com os objetivos da intervenção e procederam segundo o desenho da avaliação, tanto quantitativo como qualitativo ou ambos. Contudo, as avaliações das 25 intervenções sobre as quais se baseia este relatório são de qualidade e grau de minuciosidade diversas. Além disso, ao avaliar a repercussão da integração de gênero é difícil isolar os efeitos de uma perspectiva de gênero na programação. E, embora algumas das avaliações poderiam ter sido realizadas com maior rigor científico, os autores consideraram que os exemplos reunidos aqui compreendiam as evidências mais sólidas disponíveis até o momento sobre este tema.

Métodos de avaliação e problemas

Os membros do grupo de estudos encontraram muitos obstáculos na busca de intervenções com avaliação adequada. Em condições ideais, a avaliação do impacto dos resultados da integração da perspectiva de gênero à saúde reprodutiva compreenderia desenhos de pesquisas operacionais com áreas experimentais e de controle e medidas pré e pós-intervenção dos resultados de interesse. Nestas condições, seria dado tempo suficiente entre as intervenções e as avaliações. Infelizmente, poucos estudos assim haviam sido realizados na época em que o grupo-tarefa do IGWG realizou sua avaliação, em geral devido à falta de recursos.

No entanto, os estudos de intervenção compreendidos nesta avaliação usaram uma variedade de métodos de avaliação (qualitativos e quantitativos), incluindo grupo experimental pré e pós-intervenção; grupo de controle pré e pós-intervenção; estudo com grupo de controle pós-intervenção ou controle aleatório, grupo experimental pós-intervenção apenas e serviço ou dados nacionais foram usados para fins de comparação.

Aspectos gerais

Os seguintes capítulos estão organizados por temas de saúde reprodutiva: morbidade e mortalidade materna, gravidez indesejada, DST/HIV/AIDS e qualidade da atenção. Contudo, muitas das intervenções escolhidas documentaram efeitos em mais de uma destas áreas. Estas iniciativas foram dispostas nos capítulos segundo o resultado mais significativo que elas documentam e os resultados de saúde reprodutiva das intervenções descritas.

Os resultados na área de gênero não são tão claros em muitos dos estudos, talvez porque estes resultados são tão raramente medidos. Alguns dos resultados de gênero mencionados, particularmente na análise qualitativa, são maior mobilidade e alfabetização das mulheres, maior autoconfiança e auto-estima e maior comunicação com os parceiros (ver apêndice, Quadro A.2, para uma lista dos resultados de gênero das intervenções avaliadas).

II. Gravidez indesejada

Métodos seguros e confiáveis de planejamento familiar e serviços de saúde reprodutiva para todos até 2015 são as principais metas do *Programa de Ação* da CIPD. A fecundidade declinou em muitos países em todo o mundo à medida que os programas de planejamento familiar passaram a atender às necessidades dos casais e indivíduos de métodos contraceptivos para reduzir a fertilidade. No mundo em desenvolvimento como um todo, a taxa de fecundidade total (TFT), ou a média de nascimentos por mulher, caiu de 5,7 nascimentos por mulher em 1970 para 3,5 em 2000, com exceção da China.³ Ainda assim, um terço dos nascimentos (32%) no mundo em desenvolvimento são inoportunos ou indesejados, como documentado nas estimativas dos Levantamentos Demográficos e de Saúde para 51 países em desenvolvimento.⁴

A gravidez indesejada afeta o bem-estar das mulheres, das crianças e das famílias. De fato, alguns especialistas em saúde acreditam que as gravidezes indesejadas levadas a termo têm maior probabilidade de apresentar complicações.⁵ Mulheres com gravidezes indesejadas podem estar sujeitas a mais maltratos físicos por seus parceiros durante a gravidez.⁶

Além disso, muitas gravidezes indesejadas acabam em aborto.⁷ Das 46 milhões de gravidezes interrompidas anualmente em todo o mundo, em 2000 calcula-se que 19 milhões foram realizadas em condições inseguras. Segundo a OMS, anualmente, 68 mil mulheres morrem de complicações de aborto realizado por pessoas não qualificadas ou em condições não higiênicas, ou ambos; muitas resultam em incapacidades sérias, muitas vezes permanentes.⁸

A gravidez indesejada resulta de muitos fatores, entre eles a falta de acesso a métodos anticoncepcionais. Cerca de 114 milhões de mulheres — mais de uma em cada seis — no mundo em desenvolvimento não têm satisfeitas suas necessidades de contracepção, com frequência por falta de acesso para escolher métodos modernos.

Barreiras relacionadas ao gênero para reduzir a gravidez indesejada

Numerosas barreiras relacionadas ao gênero contribuem para a gravidez indesejada, algumas a nível institucional e de política e outras

nos níveis da família e da comunidade. Com frequência, as mulheres são consideradas como alvo dos programas de planejamento familiar em vez de parceiras e beneficiárias dos serviços de saúde reprodutiva. As mulheres muitas vezes são impedidas pelas normas de gênero de pedir e receber informações de saúde reprodutiva e, ao mesmo tempo, o estereótipo de gênero de que o planejamento familiar constitui um problema da mulher é um dos motivos pelos quais os programas têm sido lentos em envolver os homens.

O equilíbrio de poder entre homens e mulheres no domicílio também tem implicações para o uso de métodos anticoncepcionais e a redução da gravidez indesejada. Mulheres que não dispõem de suas próprias fontes de renda podem não ser capazes de obter serviços de planejamento familiar que requerem pagamento.⁹ Os homens com frequência regulam o acesso das mulheres a serviços de saúde por meio do controle das finanças, mobilidade das mulheres, meios de transporte e decisões de assistência de saúde.¹⁰

Quando as mulheres têm acesso a serviços de saúde, podem ter de enfrentar relações de poder desigual com os provedores de planejamento familiar, que com frequência adotam um papel autoritário e esperam que as pacientes sejam passivas.¹¹ As clientes podem permanecer em silêncio e ter perguntas não respondidas ou preocupações que afetam o sucesso do uso dos métodos de planejamento familiar.¹² O Projeto de Estudos das Mulheres realizado em oito países, conduzido pela Family Health International (FHI), revelou que as “mulheres... desejam mais provedores do sexo feminino, mais apoio emocional, ajuda com os efeitos colaterais e maiores informações sobre métodos anticoncepcionais”.¹³

3. Nações Unidas, 2000.

4. Westoff, 2001.

5. Instituto de Medicina, 1988.

6. Goodwin et al., 2000.

7. Está proibido usar fundos da USAID para pagar a realização de aborto como um método de planejamento familiar ou incentivar ou coagir alguém a praticar um aborto. O trabalho da OMS na área de aborto está em linha com o acordo de consenso ICPD+5 que, em circunstâncias onde o aborto não é contra a lei, os sistemas de saúde devem formar e equipar os provedores dos serviços de saúde e devem adotar outras medidas para assegurar que tal aborto seja acessível e seguro.

8. OMS, 2004.

9. Schuler et al., 2002b.

10. Robey et al., 1998; Goldberg e Toros, 1994.

11. DiMatteo, 1994.

12. Schuler et al., 1985; Schuler e Hossain, 1998.

13. Barnett e Stein, 1998: xiii

Outra barreira é que as normas de gênero com frequência impõem que as mulheres — especialmente as jovens — pareçam ser ignorantes sobre assuntos sexuais.¹⁴ As mulheres que procuram as clínicas para obter anticoncepcionais podem ser estigmatizadas como sendo promíscuas ou independentes demais, principalmente nos lugares onde a mobilidade física das mulheres fora de casa é limitada.¹⁵ Algumas mulheres podem ter de usar métodos anticoncepcionais em segredo quando seus maridos os desaprovam.¹⁶ Isto é especialmente válido para as mulheres que vivem sob a ameaça de maltrato físico por parte de seus parceiros. As jovens podem cair em um círculo vicioso: a falta de informação leva à gravidez na adolescência que leva a abandonar a escola e à dependência econômica.

Intervenções relacionadas com a gravidez indesejada

Os programas de planejamento familiar desenvolveram várias estratégias para contornar as barreiras ao uso de métodos anticoncepcionais, com frequência conciliando as diferenças entre os gêneros. Uma de tais estratégias é a distribuição com base na comunidade (CBD), que fornece serviços de planejamento familiar em diversos locais da comunidade, com frequência no domicílio das clientes, em vez de em clínicas fixas. A CBD tem sido tema de muito debate, já que se destina a superar os obstáculos práticos impostos pela desigualdade de gênero — como restrições na mobilidade das mulheres ou falta de acesso ao dinheiro — sem confrontar a questão da desigualdade por se.¹⁷

Outra estratégia comum é oferecer serviços gratuitos ou de baixo custo às mulheres que não têm acesso ao dinheiro doméstico, ou controle dele, para despesas de assistência de saúde. Algumas clínicas também oferecem serviço de creche às clientes durante suas consultas, tornando mais fácil às mulheres utilizar os serviços, ou fazer com que os homens participem ao proporcionar a eles serviços de saúde reprodutiva, particularmente nos ambulatórios exclusivos para homens.¹⁸

O grupo-tarefa do IGWG identificou nove das intervenções avaliadas relacionadas com a gravidez indesejada que têm como objetivo transformar as relações de gênero. Muitos dos programas são realizados em ambientes onde as mulheres têm pouca autonomia em sua vida cotidiana e pouca confiança em si mesmas nas relações com seus maridos e com provedores de assistência de saúde. Para que haja mudanças no comportamento dessas

As nove intervenções na área de gravidez indesejada são:

- Estímulo do diálogo através de programas de rádio (Zâmbia)
- Autodiagnóstico através do projeto ReproSalud (Peru)
- Treinamento de instrutores em saúde e participação ativa no processo decisório (México)
- Programa para mães adolescentes (Jamaica)
- Programa de Opções para uma Vida Melhor (BLP Better Life Options Programme) (Índia)
- Maridos e atenção pós-aborto (Egito)
- Papel paterno no planejamento familiar pós-parto (Turquia)
- Chegando até os homens por meio do âmbito da agricultura (Honduras)
- Educadores de idioma maia em gênero e planejamento familiar (Guatemala)

mulheres, elas necessitam de habilidades práticas para pensar a longo prazo, resolver problemas e tomar decisão e possuir um senso de auto-eficácia. Muitas das estratégias programáticas incluem o desenvolvimento destas capacidades em mulheres e meninas e a convicção de que elas são capazes de tomar decisões importantes sobre si mesmas e sua saúde. As técnicas participativas de trabalho comunitário que promovem reflexão e discussão são importantes para este enfoque, e os programas com grupos de participantes continuados e de longo prazo têm maior probabilidade de causar repercussão positiva. Algumas dessas intervenções defendem o empoderamento das mulheres como uma meta explícita ou educam as mulheres sobre direitos reprodutivos e humanos.

As intervenções com êxito também atendem às solicitações das mulheres por serviços ou atividades específicas, tais como envolver os homens ou vincular a distribuição de anticoncepcionais a organizações comunitárias. Muitas delas oferecem capacitação além da área de saúde reprodutiva, tais como alfabetização, habilidades para o trabalho,

14. Bezmalinovic et al., n.d.; Conselho Populacional, 2000b

15. Schuler et al., 1994.

16. Castle et al., 1999.

17. Veja Boender et al., pp. 11–13 para uma discussão mais aprofundada da Integração de Gênero e Distribuição na Comunidade.

18. Ojeda, 1998.

direitos legais, como ser pai/mãe, saúde da criança e mobilização social. Outras se concentram no reforço da voz das mulheres no planejamento comunitário, ao trazer certos temas a atenção de autoridades públicas e organizações doadoras e educar os homens sobre a importância da saúde reprodutiva da mulher e planejamento familiar.

Resultados em saúde reprodutiva das intervenções

As nove intervenções que foram examinadas quanto à gravidez indesejada mostraram evidências dos seguintes resultados de saúde reprodutiva¹⁹:

- Maior uso do planejamento familiar
- Maior conhecimento dos métodos anticoncepcionais
- Menor número de óbitos de crianças
- Menor fecundidade
- Menor número de gravidezes na adolescência
- Aumento da idade ao casar-se
- Maior receptividade à informação de planejamento familiar

Duas das intervenções são descritas no quadro a seguir na esperança de que sejam úteis aos planejadores de programas como exemplos de como a integração da perspectiva de gênero aos programas de saúde reprodutiva pode ter efeito positivo no que se refere à gravidez indesejada.

19. Veja o quadro A2 do Apêndice para a lista completa das intervenções em que cada um dos resultados de saúde reprodutiva foi monitorado e avaliado.

Quadro 2

Exemplos de intervenções dirigidas à gravidez indesejada

Projeto/Intervenções	Resultados de saúde reprodutiva	Resultados de gênero
Peru: Autodiagnóstico e ReproSalud		
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho com grupos de mulheres • Retro-alimentação obtida em seminários • Uso de sociodramas, relato de histórias, mapeamento do corpo, fluxograma de problemas • Inclusão dos maridos na educação 	<p>Aumento em 14 dos 15 indicadores de conhecimento e prática de saúde reprodutiva</p> <p>Exemplo: Uso de anticoncepcionais por mulheres cresceu de 58,4% a 71,8%</p>	<p>Aumento entre homens e mulheres em 14 das 15 atitudes e práticas equitativas de gênero</p> <p>Exemplo: Maior tomada de decisão conjunta sobre sexo, planejamento familiar e número de filhos</p>
Índia: Programa de Opções para uma Vida Melhor (BLP)		
<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento de adolescentes do sexo feminino de 6 a 10 meses • Educação sobre a vida em família • Alfabetização e capacitação vocacional • Informações sobre saúde, especialmente saúde reprodutiva 	<p>Observou-se que os participantes tinham</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos filhos e menor mortalidade infantil • Idade mais avançada ao casar-se (18 anos de idade em comparação a 17,6 dos controles) <p>Além disso, houve uma maior tendência entre os participantes em comparação aos controles de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutir o planejamento familiar com os maridos (55% mais) • Usar métodos anticoncepcionais (36% comparados a 27%) • Vacinar os filhos (63% vs. 32%) 	<p>Os participantes tinham maior tendência que o grupo de controle de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter taxas de alfabetização maiores (95% vs. 68%) • Usar transporte público (58% vs. 25%) • Decidir com autonomia quando se casar (25% vs. 7%)

III. Morbidade e mortalidade maternas

A redução de mortalidade materna, a morte de mulheres por causas relacionadas à gravidez e parto, é outro dos principais objetivos do *Programa de Ação* da CIPD, assim como da Iniciativa da Maternidade Segura.²⁰ A meta da CIPD era reduzir os níveis de mortalidade materna medidos em 1990 pela metade até o ano 2000. Contudo, os níveis de mortalidade maternos continuam altos.

Cada ano, mais de meio milhão de mulheres morre por causas relacionadas com a gravidez, a maioria delas no mundo em desenvolvimento.²¹ Cerca de 40% das mulheres grávidas têm problemas de saúde relacionados com a gravidez, com 15% sofrendo complicações sérias ou de longo prazo. Cerca de 300 milhões de mulheres sofrem incapacitação, como anemia, prolapso uterino (protrusão do útero para fora da vagina), fístulas (orifícios no canal de parto que possibilitam fugas da bexiga ou reto para a vagina), doença inflamatória pélvica ou infertilidade, como resultado de ter tido complicações na gravidez e parto.²²

A morte de uma mãe tem amplas implicações para a família e a sociedade. Não é raro para as mulheres na África, quando estão para dar à luz, se despedirem de seus filhos mais velhos dizendo a eles: “Vou ao mar para buscar um bebê, mas a viagem é longa e perigosa e talvez eu não volte”.²³ Uma adolescente grávida corre risco ainda maior de morte relacionada com a gravidez — o risco é até cinco vezes maior para mães menores de 15 anos.²⁴ Além disso, a saúde e nutrição maternas precárias contribuem para o baixo peso ao nascer de 20 milhões de bebês todos os anos — quase 20% de todos os nascimentos.²⁵

As cinco grandes causas médicas diretas de saúde materna precária são: hemorragia, trabalho de parto obstruído, aborto induzido, sepse (infecção) e distúrbios hipertensivos, e representam aproximadamente 80% de todos os óbitos maternos.²⁶ A nutrição materna deficiente está também associada a um maior risco de mortalidade materna e saúde precária.²⁷ As carências nutricionais preexistentes à gravidez com frequência se agravam como consequência dela.

A falta de atenção pré-natal e pós-parto e a falta de atendentes de parto qualificados contribuem para a saúde materna precária.

No entanto, há um grande corpo de experiências de pesquisas e programas que “demonstram que a gravidez e o parto não devem representar um risco significativo para a maioria das mulheres”.²⁸ As políticas e programas de assistência de saúde podem ser melhorados para reduzir a morbidade e mortalidade maternas. A participação da comunidade em intervenções locais de maternidade segura, a referência a centros médicos, antibióticos e cirurgia podem fazer toda a diferença.

Barreiras à redução da morbidade e mortalidade maternas relacionadas ao gênero

As normas de gênero e a condição da mulher desempenham um papel importante em dar feição aos riscos associados à maternidade. A falta de poder das mulheres para a tomada de decisão pode limitar seu acesso à assistência de saúde e afetar negativamente os resultados em saúde materna. O acesso limitado à educação se traduz na compreensão precária dos conceitos básicos de assistência de saúde — incluindo os sinais de perigo durante a gravidez. As mulheres que não desempenham um papel fora de casa podem sentir-se muito incômodas na esfera pública, inclusive em clínicas e hospitais, onde podem não conseguir fazer perguntas ou expressar suas preocupações aos provedores de saúde.

Em muitas sociedades, os homens controlam as despesas domésticas e a tomada de decisão na família. As famílias podem relutar em usar seus escassos recursos para a assistência de saúde ou necessidades nutricionais da mulher. Embora os homens possam ser os principais responsáveis pela tomada de decisão na busca de serviços de saúde,

20. O Grupo Interinstitucional para Maternidade Segura (IAG) lançou a Iniciativa de Maternidade Segura em 1987 (ver www.safemotherhood.org). Para informações atualizadas sobre saúde materno-infantil, ver www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_31-en.pdf.

21. De acordo com novas estimativas da OMS, ocorrem atualmente 529.000 óbitos maternos por ano, resultando em uma proporção global de 400 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

22. Starrs, 1998; Fortney e Smith, 1996; Stewart et al., 1997.

23. Brundtland, 1999.

24. Dept. das Nações Unidas de Economia e Assuntos Sociais Internacionais, 1991.

25. Bellamy, 1998.

26. Organização Mundial da Saúde, 1997.

27. Huffman et al., 2001; Mackey, 2000.

28. Ransom e Yinger, 2002.

pode existir pouca comunicação com as mulheres sobre a saúde delas durante a gravidez e o período pós-parto.

Durante o trabalho de parto, pode-se esperar que as mulheres demonstrem sua força ou que agüentem o trabalho de parto ou o parto com pouca ou nenhuma ajuda. Embora muitos estudos tenham demonstrado a repercussão benéfica das acompanhantes de trabalho de parto nos resultados clínicos, médicos e outros provedores de serviço obstétrico ainda relutam em permitir que familiares e outras pessoas de apoio participem da atenção de uma mulher em trabalho de parto.

Intervenções que reduzem a morbidade e mortalidade maternas

Algumas intervenções para uma maternidade segura conciliam as diferenças entre os gêneros para prevenir as quatro demoras que podem causar o óbito materno — demora em reconhecer sinais de perigo, em decidir buscar assistência, em buscar assistência e em receber assistência em locais que prestam assistência de saúde.²⁹ Em vez de contestar as normas de gênero, essas intervenções centram-se em conscientizar as mulheres de que é importante obter a permissão de seus maridos (antes que o trabalho de parto comece) para a assistência de saúde necessária, ou ensinar os homens a reconhecer e responder aos sinais de perigo.

Outras intervenções concentram-se em transformar os papéis de gênero para melhorar a saúde materna. Algumas das estratégias neste capítulo de intervenções visam a aumentar o acesso e o controle das mulheres sobre os recursos, nos casos em que os homens dominam a tomada de decisão financeira em casa e menosprezam a assistência de saúde de suas mulheres. Vários estudos mostraram uma correlação positiva entre as contribuições individuais das mulheres à renda doméstica e a gasto doméstico com a assistência de saúde.³⁰ Duas das intervenções usam grupos de crédito e poupança e fundos para empréstimos de emergência, fornecidos por meio da produção de cooperativas agrícolas de mulheres ou atividades de mercado, como uma maneira de aumentar a capacidade financeira das mulheres de cuidar de si mesmas durante os anos reprodutivos.

Alguns programas tiveram o propósito de renegociar o equilíbrio de poder entre as mulheres e os provedores de saúde; por exemplo, por meio do treinamento de pessoal em assuntos de gênero ou maior controle das mulheres sobre quem estará presente durante o trabalho de parto e parto.

Outros procuraram reduzir as disparidades entre os funcionários da área de saúde do governo, que com frequência residem nas capitais, e as mulheres de áreas remotas que identificaram suas necessidades de saúde reprodutiva. Dois dos programas aqui apresentados foram parcialmente efetivos porque grupos de mulheres das próprias comunidades identificaram as questões de saúde reprodutiva importantes para elas e escreveram cartas aos funcionários do governo pedindo maior acesso aos serviços em seus povoados distantes.

Fazer com que os parceiros, família ampliada e membros da comunidade considerem seus papéis neste contexto e dêem mais prioridade à assistência de saúde da mulher durante gravidez e no período pós-parto foi uma estratégia bem-sucedida em muitos programas. Infelizmente, testaram-se poucas estratégias voltadas à participação dos homens. O Projeto Warmi na Bolívia (ver quadro abaixo) demonstra a importância de dar aos homens informação sobre gravidez e parto e envolvê-los durante a gravidez. No projeto Pati Sampark da Índia, quando agentes comunitários do sexo masculino tiveram como alvo os maridos das mulheres grávidas, o comparecimento das mulheres nas clínicas pré-natais aumentou.

As três intervenções foram as seguintes:

- Projeto Warmi na zona rural boliviana
- Advocacia e geração de renda entre mulheres indianas
- *Pati Sampark* (Contato com o marido) (Índia)

Em resumo, as estratégias usadas nas iniciativas de saúde materna, aqui examinadas, incluem: (1) formação de grupos de mulheres nas comunidades, (2) empoderamento econômico das mulheres, (3) aproximação aos homens por meio de agentes comunitários do sexo masculino, e (4) campanhas para redigir cartas aos funcionários de saúde para que eles defendam maior acesso a clínicas, médicos e serviços públicos. Os programas mais efetivos mantiveram os grupos de mulheres por vários meses, permitindo-lhes elaborar suas prioridades e atividades.

29. Ransom e Yinger, 2002.

30. Quisumbing e Maluccio, 1999; Thomas, 1997; Grasmuck e Espinal, 2000.

Resultados em saúde reprodutiva das intervenções

As três intervenções avaliadas sob morbidade e mortalidade maternas evidenciaram os seguintes resultados em saúde reprodutiva:

- Aumento no uso da atenção capacitada à gravidez
- Maior conhecimento dos sinais de advertência na gravidez
- Melhor nutrição

- Maior conhecimento por parte dos homens do atendimento pré-natal das mulheres
- Menos complicações obstétricas
- Melhor recuperação pós-aborto
- Menor mortalidade materna

Duas das intervenções são descritas no quadro que segue na esperança de que elas sejam exemplos úteis de como a integração da perspectiva de gênero a programas de saúde reprodutiva pode ter um efeito positivo sobre a morbidade e mortalidade maternas.

Quadro 3

Exemplos de intervenções dirigidas à morbidade/mortalidade maternas

Projeto/Intervenções	Resultados de saúde reprodutiva	Resultados de gênero
<p>Bolívia: Projeto Warmi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de mulheres formados para identificar problemas e soluções • Mulheres receberam cursos de alfabetização, exercícios para expressarem-se e informações sobre seus direitos • Arrecadação de verbas de cultivos familiares para o fundo para empréstimos de emergência • Campanha para redigir cartas ao Ministério da Saúde reivindicando melhores serviços 	<p>Redução das taxas de mortalidade materna – de 141 por 10.000 nascimentos totais na linha de base para 99 pós-intervenção</p> <p>Redução das taxas de mortalidade neonatal – de 70 por 1.000 nascidos vivos na linha de base para 16 pós-intervenção</p> <p>Redução das taxas de mortalidade perinatal – de 102 por 1.000 nascimentos totais na linha de base para 38 pós-intervenção</p>	<p>Aumento nos grupos de mulheres – em algumas áreas de 30% para 69%</p> <p>Aumento no número de mães pertencentes aos grupos de mulheres – em algumas áreas de 7% para 57%</p>
<p>Índia: Advocacia e geração de renda entre mulheres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de projetos de agricultura comunitária com homens para apresentar o programa de saúde reprodutiva para mulheres • Formação de grupos de mulheres e campanhas para escrever cartas • Formação das atendentes tradicionais de parto • Início de grupos de crédito e poupança 	<p>Depois da intervenção, houve um aumento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas pré-natal • Conhecimento sobre HIV • Uso de métodos anticoncepcionais 	<p>Aumento nos indicadores da condição da mulher, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em política, a participação das mulheres cresceu de 17% para 77% • Maior convicção no “direito à mobilidade”, de 57% para 95%

IV. Doenças sexualmente transmissíveis (DST)/ HIV/AIDS

Em 1999, cerca de 34,3 milhões de pessoas em todo o mundo estavam vivendo com AIDS. No mesmo ano, mais 5,4 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV, das quais 2,3 milhões de mulheres. No final de 1999, estima-se que 18,8 milhões de pessoas haviam morrido de AIDS em todo o mundo. Os números são assombrosos e simplesmente continuam crescendo. Na África, o HIV/AIDS é agora a principal causa de morte e as mulheres HIV-positivas ultrapassam em número os homens infectados. O HIV/AIDS é a quarta causa mais comum de morte em todo o mundo. Ao final de 1999, cerca de 13,2 milhões de crianças, a maioria delas na África, haviam perdido a mãe ou ambos os genitores em decorrência da AIDS.³¹

A pandemia da AIDS está causando um sofrimento inestimável às pessoas, famílias e sociedades. A AIDS é exacerbada pela pobreza e, por sua vez, as famílias devastadas pela doença são com frequência impulsionadas para a pobreza. Os demais familiares, em particular as mulheres, têm de “fazer escolhas difíceis quanto à alocação de seu tempo entre a produção, suprimento das necessidades domésticas, cuidado das crianças e atenção dos doentes”.³²

As evidências que surgem ilustram o papel crucial do gênero e da sexualidade ao influenciar as interações sexuais e a capacidade de homens e mulheres de adotar comportamentos seguros. Os estudos incluídos neste capítulo destacam a importância de aumentar o acesso das mulheres à informação e educação, habilidades, serviços e apoio social para reduzir sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS e melhorar seus resultados de saúde reprodutiva.³³

Barreiras relacionadas ao gênero para a redução de DST/HIV/AIDS

As normas de gênero e o desequilíbrio de poder entre homens e mulheres têm um impacto direto sobre o comportamento sexual e assim o risco de contrair DST. As normas podem desencorajar as mulheres de mostrar conhecimento e comunicar-se sobre sexo e temas relacionados com seus

parceiros e até mesmo com profissionais da saúde. Os padrões de virgindade pré-matrimonial podem limitar o acesso das jovens a informação sobre sexo e até mesmo levar a comportamentos sexuais de maior risco, como o sexo anal. A promiscuidade masculina é considerada normal em muitas regiões do mundo e com frequência inclui a aceitação de frequentar profissionais do sexo.³⁴ Nos lugares onde o sexo é visto como um dever da esposa, as mulheres podem ter de enfrentar zombaria, violência ou divórcio caso se recusem a ter relações sexuais devido à preocupação de que seus maridos possam ter contraído DST de outras parceiras.³⁵

O estigma e a discriminação estão no centro da pandemia da AIDS, na medida que o temor, a vergonha e a ignorância fazem com que as pessoas deixem de praticar a prevenção e buscar atendimento. As mulheres, devido ao desequilíbrio de gênero em muitas sociedades, se deparam com um duplo estigma e discriminação com respeito ao HIV/AIDS. Muitas são “culpadas” se elas ou seu parceiro contraem o HIV e, como resultado, algumas são maltratadas ou rejeitadas.³⁶

A desvantagem econômica das mulheres em muitas sociedades leva a uma falta de poder de negociação sexual. A necessidade das mulheres de receber sustento econômico por parte dos maridos ou parceiros — em particular se o casal têm filhos — pode fazer com que as mulheres continuem a ser omissas sobre assuntos de sexo e fidelidade nas relações que conferem um certo grau de segurança econômica. As estratégias de sobrevivência de algumas mulheres pobres incluem prostituição e a provisão de sexo a diversos parceiros que oferecem presentes materiais em troca. Embora os programas cada vez mais promovam o uso de preservativos, muitas vezes as mulheres são incapazes de negociar tal proteção por temor ao abandono. No caso das profissionais do sexo, elas com frequência ficam à mercê de cafetões, clientes e até mesmo de policiais.³⁷

31. UNAIDS, 2000. As estimativas de 2004 divulgadas pela UNAIDS e OMS são que, em escala mundial, 39,4 milhões de pessoas estão vivendo com o HIV e que pouco menos da metade delas são mulheres. Na África subsaariana, quase 57% dos infectados pelo HIV são mulheres e meninas. Em 2004, estima-se que cerca de 3,1 milhões de pessoas morreram de Aids.

32. Loewenson, 2001.

33. Weiss e Gupta, 1998.

34. Leynaert et al., 1998; Padian et al., 1997.

35. Hoang Tu Anh et al., 2002.

36. Nyblade et al., 2002.

37. Adeokun et al., 2002; Chikamata et al., 2002.

As mulheres HIV-positivas podem ser estigmatizadas em serviços de assistência de saúde ao buscarem serviços de saúde reprodutiva. As mulheres HIV-positivas grávidas podem ter negada a assistência pré-natal ou ao parto; algumas mulheres são pressionadas a fazer um aborto em vez de arriscarem-se a ter um bebê HIV-positivo.

Intervenções relacionadas com a redução de DST/HIV/AIDS

Algumas das intervenções existentes para prevenir a transmissão de DST/HIV são dirigidas a grupos de alto risco, como profissionais do sexo, motoristas de caminhão, homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis e, com frequência, acomodam as realidades de gênero em vez de tentar mudá-las. Por exemplo, as estratégias para proteger os profissionais do sexo de contrair DST ou HIV/AIDS tem incluído passar conhecimentos para donos de bordel ou sancionar leis para obrigar o uso de preservativos entre os clientes. Além disso, os preservativos femininos e potenciais microbicidas são com frequência vistos como opções atrativas porque são de controle da mulher e, portanto, não requerem que os parceiros sejam persuadidos a usar preservativo.

No entanto, a transformação das relações de gênero é essencial para terminar a propagação de DST e HIV. Em particular, os programas para adolescentes são dirigidos a atitudes e contextos sociais que aumentam a vulnerabilidade a DST/HIV, como a aceitação dos homens como machos e predadores sexuais. Muitos programas reúnem os adolescentes do sexo masculino e feminino e fazem com que participem de projetos e discussões centrados na identidade de gênero.³⁸ Em Uganda, um dos únicos países na África subsaariana onde a incidência do HIV tem diminuído, o Ministério da Informação publica um encarte de jornal mensal que proporciona um fórum para que os jovens expressem suas opiniões e preocupações sobre sexo e relacionamentos.³⁹

Nesta revisão, a maioria das intervenções dirigidas a DST/HIV/AIDS tenta transformar as relações de gênero. Alguns visam aos grupos de alto risco para DST/HIV; outras tentam chegar a usuários de outros serviços de saúde reprodutiva ou membros de bairros selecionados. A maioria é levada a cabo em áreas urbanas.

A mudança no equilíbrio de poder é fundamental ao desenho dessas intervenções. Muitos programas obtiveram êxito ao estimular o diálogo entre os beneficiários sobre a relação entre as normas de gênero e o comportamento sexual.

Ainda outros programas usam estratégias de comunicação para a mudança de comportamento e incorporam a capacitação de mulheres em negociação e comunicação, para aumentar a confiança em si mesmas na comunicação com os parceiros sobre temas relacionados com sexo, DST/HIV/AIDS e a dupla proteção/uso de métodos duais. Muitos desses programas contestam a aceitação da promiscuidade e infidelidade dos homens e as normas de ignorância sexual das mulheres. Os educadores de seus próprios pares (peer educators) também abordaram assuntos delicados como a virgindade, o comportamento sexual e temor das mulheres de abuso físico e sexual, desamparo financeiro ou maior infidelidade em represália ao pedido para os parceiros usarem preservativos.

As 10 intervenções de DST/HIV/AIDS foram as seguintes:

- **Capacitação para negociação sexual entre mulheres da zona urbana** (Estados Unidos)
- **Profissionais do sexo em Sonagachi e outros locais** (Índia)
- **Empoderamento das mulheres para fazer escolhas de métodos anticoncepcionais seguros** (México)
- **Educação pré-natal de clientes em DST/HIV** (Guatemala)
- **Integração da prevenção de DST/HIV aos serviços de planejamento familiar** (Brasil)
- **Educação de pares entre operários** (Tailândia)
- **Falando sobre sexualidade com mulheres pobres da zona urbana** (Brasil)
- **Fortalecimento das associações tradicionais de mulheres** (Senegal)
- **Falando sobre a violência como barreira para o uso de preservativos** (África do Sul)
- **Educação de pares entre meninas adolescentes** (Brasil)

Para ajudar as mulheres a evitar o sexo transacional, os programas educacionais têm oferecido treinamento vocacional em atividades geradoras de renda. O projeto Sonagachi na Índia

38. de Keijzer et al., 2002.

39. Henry, 1995: 32.

se concentra na formação das profissionais do sexo como educadoras de suas companheiras em DST/HIV/AIDS e auto-estima, procurando aumentar o conhecimento e o poder de tomada de decisão das profissionais do sexo, que tipicamente estão indefesas em relação aos donos de bordel, clientes e a polícia. Outra intervenção mostra como o fortalecimento de outros grupos de mulheres, como organizações tradicionais senegalesas que tratam da fecundidade, também pode aumentar o uso de preservativos.

Resultados em saúde reprodutiva das intervenções

As dez intervenções examinadas com relação a DST/HIV/AIDS evidenciaram os seguintes resultados de saúde reprodutiva:

- Maior conhecimento sobre a transmissão e prevenção de HIV/AIDS
- Maior uso de preservativos
- Redução de DST
- Maior conhecimento dos sintomas de DST

Três das intervenções são descritas no quadro que segue, na esperança de que elas sejam exemplos úteis de que integrar a perspectiva de gênero aos programas de saúde reprodutiva pode ter um efeito positivo sobre a redução de DST/HIV/AIDS.

Quadro 4

IV. Exemplos de intervenções dirigidas à doenças sexualmente transmissíveis (DST)/HIV/AIDS

Projeto/Intervenções	Resultados de saúde reprodutiva	Resultados de gênero
<p>México: Mulheres e escolhas de métodos anticoncepcionais seguros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleção para o uso seguro de DIU em ambulatório • Um grupo passou por um curso sobre métodos anticoncepcionais e DSTs, dado por enfermeiras • Grupo instruído permitiu a “auto-seleção” do método anticoncepcional adequado 	<p>No grupo de auto-seleção, 52% das mulheres infectadas optaram corretamente por não usar DIU</p> <p>No grupo com escolha do médico, 5% optaram corretamente por não usar DIU</p>	<p>Não avaliado</p>
<p>Tailândia: Educação de pares entre operários</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sessão de educação de pares com grupos de apenas um dos sexos ou ambos • Líderes de grupo treinados foram os que subsequentemente recrutaram os grupos • Dez sessões de 2 horas, usando revistas em quadrinhos e romances • Maior conscientização dos operários jovens e solteiros quanto ao risco do HIV 	<p>Depois da intervenção, os participantes souberam identificar melhor comportamentos de risco, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pressão do grupo (de 41% para 70%) • Promiscuidade masculina (de 59% para 75%) 	<p>Depois da intervenção, houve uma maior convicção de que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As meninas poderiam falar sobre HIV/AIDS com os meninos (de 29,9% para 42,3%) • As meninas deveriam levar consigo preservativos (de 47,7% para 84,6%)
<p>Senegal: Fortalecimento das associações tradicionais de mulheres (ATM)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso das ATM para divulgar informações referentes a DST/HIV/AIDS, preservativos • Cerimônias públicas, dança, música, encenação • Grupos de discussão na comunidade de bairro 	<p>Depois da intervenção, maior conhecimento sobre DST/HIV entre as mulheres, inclusive sobre como ocorre a transmissão do HIV</p> <p>Depois da intervenção, as mulheres referiram maior uso de preservativos. Em um local, o uso cresceu de 28 para 35 (N=80)</p>	<p>Maior convicção entre as mulheres de que elas têm o direito de pedir aos maridos para usar preservativos (de 25% para 32%)</p>

V. Iniciativas para a qualidade da atenção

As iniciativas para a qualidade da atenção são tratadas em separado porque abordam todos os componentes da saúde reprodutiva. A melhoria da qualidade da atenção no planejamento familiar e saúde reprodutiva passou a ser uma prioridade na década passada. As iniciativas para melhorar a qualidade da atenção na saúde reprodutiva baseiam-se no marco de referência de Bruce-Jain⁴⁰ e nos enfoques para melhoria contínua da qualidade que adaptam os princípios de gestão da qualidade total para uso na assistência de saúde.⁴¹ Em ambos os enfoques, as necessidades dos clientes são o foco central dos programas. O marco de referência de Bruce-Jain identifica seis elementos relevantes para melhorar a qualidade da atenção nos programas de planejamento familiar: escolha dos métodos, informação correta, competência técnica dos provedores, boa interação entre cliente-provedor, continuidade da atenção e adequação e aceitabilidade da atenção.

Os enfoques para a melhoria da qualidade adotam uma visão baseada em sistemas de prestação de serviços de saúde e procuram atender às necessidades dos clientes. O ambiente organizacional deve ser estruturado para otimizar o atendimento de qualidade para os clientes. Ao usar métodos científicos e estatísticos para identificar problemas e elaborar soluções, os gerentes e o pessoal melhoram continuamente os serviços prestados por seus programas. A Iniciativa Maximizar o Acesso e a Qualidade (www.maqweb.org) e métodos para aperfeiçoamento do desempenho⁴² também se destinam a melhorar a qualidade dos serviços e da atenção.⁴³

As iniciativas dirigidas por uma perspectiva de qualidade de atenção podem integrar as questões de gênero ao introduzir melhorias para tratar das barreiras de gênero relativas à qualidade da atenção. Por exemplo, o Projeto de Garantia da Qualidade (QAP, por sua sigla em inglês), financiado pela USAID e executado pelo Centro para Serviços Sociais (www.qaproject.org) adota um marco de qualidade de atenção que é baseado em sistemas, centrado nos clientes, baseado no trabalho de equipe e fundamentado por dados. No enfoque do QAP, grupos para a qualidade são formados em diferentes níveis do sistema de atenção a saúde que são responsáveis por monitorar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. As equipes para a qualidade (formadas por provedores de assistência de saúde, gerentes e às vezes membros

de comunidade) analisam a prestação de serviços como um todo, examinando diversas dimensões da qualidade: desempenho técnico, efetividade, eficiência, segurança, acesso, relações interpessoais, continuidade, aspectos físicos e escolha.⁴⁴ Em sua análise, as equipes podem identificar as barreiras à qualidade da atenção que resultam de relações e normas desiguais de gênero.

Embora o acesso seja com frequência tratado em separado da qualidade da atenção, o acesso é aqui incluído como um componente principal da qualidade. O grupo-tarefa do IGWG acredita que esses aspectos da assistência de saúde estejam vinculados de modo inextricável e que serviços de saúde de qualidade não podem existir se os clientes se deparam com importantes obstáculos à utilização do serviço. Portanto, as iniciativas para a qualidade, principalmente quando se abordam as questões de gênero, devem incluir a atenção às barreiras que afetam o acesso.

As três intervenções foram as seguintes:

- **Provedores do sexo feminino em MaxSalud** (Peru)
- **Apoio das parentes durante o trabalho de parto** (Botswana)
- **Programa Paciente Inteligente** (Indonésia)

Barreiras relacionadas ao gênero para a melhoria da qualidade de atenção

As barreiras relacionadas ao gênero para a qualidade de atenção são comuns a vários locais de assistência de saúde. Tais barreiras incluem o acesso limitado de mulheres aos serviços de saúde por causa das restrições em sua mobilidade — como normas sociais ou responsabilidades das mulheres de tomar conta de outros membros da sua família (crianças, pessoas idosas ou doentes).

40. Bruce, 1990.

41. Hardee e Gould, 1993.

42. Caiola e Sullivan, 2000.

43. Várias ferramentas foram criadas para avaliar e melhorar a qualidade da atenção (ver www.erc.msh.org), inclusive a técnica COPE de EngenderHealth's (orientado pelo cliente e eficiente para o provedor) e o Manual para Avaliar a Qualidade da Atenção de uma Perspectiva de Gênero do IPPF/Região das Américas/ (ver IPPF, 2000). Além disso, veja o Enfoque Estratégico da OMS para Fortalecer as Políticas e Programas de Saúde Reprodutiva, www.who.int/reprodutivo-saude/strategic_approach/index.htm.

44. Massoud et al., 2001.

As normas de gênero com frequência colocam a saúde das crianças e dos homens acima da saúde da mulher e as mulheres podem não conseguir buscar assistência ou acompanhamento no momento adequado nem dispor dos recursos necessários para fazê-lo. As mulheres podem ser muito “tímidas” para fazer perguntas durante as consultas de saúde ou podem ficar constrangidas pelos modelos paternalistas de tomada de decisão e comunicação entre os provedores de assistência de saúde e clientes. Algumas vezes, os “avanços” da medicina fazem com que as mulheres fiquem sozinhas em hospitais, embora elas estejam acostumadas a estar com a família e as atendentes tradicionais de parto em seus próprios lares. Com frequência também existem normas de masculinidade que mantêm os homens distantes dos serviços de saúde ou limitam a participação deles na assistência de saúde de suas parceiras ou filhos.

Intervenções que melhoram a qualidade da atenção

A maioria das intervenções que abordaram as barreiras de gênero para a qualidade da atenção concilia as diferenças entre os gêneros em vez de contestar as relações de gênero. Por exemplo, um centro de saúde pode decidir incluir um pequeno local para cuidado de crianças para que as mães possam ir a serviços de assistência de saúde mesmo quando não tenham alguém com quem deixar seus filhos. Alguns serviços de saúde tentaram tornar estes ambientes mais amigáveis aos homens, por exemplo, oferecendo um horário de funcionamento vespertino, permitindo a presença dos parceiros durante o parto ou introduzindo o aconselhamento

de casais. Outros ainda, reconhecendo a falta de recursos econômicos das mulheres, reduziram suas taxas para tornar os serviços mais acessíveis.

Os três programas descritos no Relatório “So What?” completo, tentaram melhorar a qualidade da atenção desde uma perspectiva de gênero. Depois que as mulheres da comunidade expressaram sua preferência por provedoras do sexo feminino, o MaxSalud no Peru reintegrou uma parteira `clínica e a utilização dos serviço teve um rápido crescimento. O estudo Paciente Inteligente (Smart Patient) na Indonésia orientou as clientes de planejamento familiar para que tivessem mais autoconfiança frente os clínicos, o que aumentou as chances de expressarem suas preocupações e fazerem perguntas. Em Botswana, os resultados obstétricos melhoraram ao permitir às mulheres escolher um familiar do sexo feminino para acompanhá-las durante o parto. Aumentar o poder das mulheres durante o trabalho de parto, ao lhes permitir ser acompanhadas por um familiar é uma intervenção de muito baixo custo e, portanto, facilmente reproduzível em diversos meios. Cada uma destas intervenções implicou em tornar os serviços mais centrados nas clientes e atender às solicitações, preocupações, perguntas e escolhas das mulheres.

Resultados em saúde reprodutiva das intervenções

As três intervenções avaliadas com relação à qualidade da atenção evidenciaram os seguintes resultados em saúde reprodutiva:

- Aumento no número de consultas ambulatoriais
- Melhor interação entre cliente e provedor.

Quadro 5

Exemplos de intervenções dirigidas à qualidade da atenção

Projeto/Intervenções	Resultados de saúde reprodutiva	Resultados de gênero
Botswana: Apoio das parentes no trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> • Em serviços hospitalares • Foi permitido às mulheres escolher uma parente para acompanhá-las durante o trabalho de parto e parto 	Resultou em menor número de partos cesárea (6% vs 13%), extrações a vácuo (4% vs 16%) e menor uso de ocitocina (13% vs 30%)	Não avaliado
Indonésia: Programa Paciente Inteligente <ul style="list-style-type: none"> • Em clínicas de planejamento familiar • Sessões individuais com educadores de pacientes antes das consultas • Instruídas sobre o direito de falar abertamente e capacitação para fazer perguntas claras e buscar esclarecimento 	Uso de anticoncepcionais maior em clientes aos 8 meses após a intervenção	As mulheres que receberam instrução para as pacientes fizeram mais perguntas (6,3 vs 4,9) As clientes do grupo de intervenção receberam melhor informação por parte dos provedores

VI. Conclusão

“É pouco provável que formuladores de políticas e gerentes de programas encontrem atalhos aos programas que integrem uma perspectiva de gênero, mas ao reconhecer as conexões entre gênero e acesso e utilização dos serviços de saúde reprodutiva por parte das mulheres, talvez consigam reduzir a discriminação em razão do gênero e, com o tempo, modificar os programas para que eles contribuam mais ao empoderamento das mulheres.”⁴⁵

Já se passou mais de uma década desde que o Programa de Ação do Cairo proclamou que a equidade de gênero era um componente-chave para a saúde reprodutiva. Esta análise contribui com a discussão em curso, ao examinar as evidências de que um enfoque de gênero nas políticas e programação, como proposto no Programa de Ação, surte efeito sobre os resultados em saúde reprodutiva.

De fato, as intervenções aqui destacadas proporcionam tais evidências. As intervenções e seus resultados demonstram que a integração de considerações de gênero aos programas de saúde reprodutiva parece realmente ter um impacto positivo sobre os resultados em saúde reprodutiva, seja explorando, conciliando ou transformando as desigualdades de gênero.

Além disso, entre as intervenções que mediram os resultados de gênero, foram também obtidos resultados positivos. Especificamente, os dados qualitativos em particular demonstraram maior poder de tomada de decisão e participação política na comunidade por parte das mulheres, maior conhecimento por parte das mulheres de seus direitos legais e maior respeito social para as mulheres. Quando havia dados quantitativos disponíveis, demonstrou-se que os programas sensíveis às diferenças de gênero haviam estimulado conversações entre homens e mulheres sobre planejamento familiar e DST/HIV; levaram a um maior apoio mútuo entre os parceiros; aumentaram as chances das meninas de continuar com sua educação; aumentaram o conhecimento dos homens sobre a assistência de saúde das mulheres; reduziram os casos de violência contra a mulher; resultaram em maior eficácia própria, autoconfiança, determinação por parte das mulheres e aumentaram as chances de discutir assuntos sensíveis com outras pessoas e aumentaram as atitudes equitativas de gênero

quanto à criação dos filhos, divisão de trabalho e assuntos de saúde reprodutiva.

Há muito trabalho ainda a ser feito para melhorar a metodologia de avaliação a este respeito. Em condições ideais, a avaliação do impacto da integração dos aspectos de gênero nos resultados de saúde reprodutiva incluiria desenhos de pesquisas operacionais com áreas experimentais e de controles e com medições antes e depois dos resultados de interesse. Infelizmente, têm sido realizados poucos estudos deste tipo, embora existam atualmente alguns em curso.

Recomendações

Esta análise proporcionou muitas lições importantes para os pesquisadores e profissionais da área de saúde reprodutiva, mas muitas das lições são de particular interesse também aos formuladores de políticas e gerentes de programas. De fato, várias delas podem ser aplicadas a assuntos de saúde não-reprodutiva, quando apropriado.

1. Integrar as considerações de gênero aos programas para obter resultados positivos na área de saúde reprodutiva.

Com bem poucas exceções, os programas que integraram a perspectiva de gênero obtiveram resultados positivos em saúde reprodutiva. Foi mais provável observar mudanças no conhecimento e nas atitudes que nas práticas, talvez porque leva muito tempo para haver mudanças nas relações de gênero e, habitualmente, as avaliações foram feitas em curto prazo.

2. Enfocar em estratégias de participação comunitária ou de empoderamento da comunidade ao buscar transformar as relações de gênero.

Os componentes dos programas de saúde reprodutiva que integram os aspectos de gênero, estão com frequência incorporados em iniciativas participativas ou de empoderamento da comunidade. Esses programas podem não apenas dar maior poder de decisão para as mulheres frente aos homens, como também empoderar a comunidade em geral. Muitas vezes suas metas cruzam setores de desenvolvimento para incluir a agricultura, a educação, o desenvolvimento econômico e a gestão de recursos naturais.

45. Barnett e Stein, 1998.

3. Apoiar uma avaliação mais rigorosa das intervenções que integram a perspectiva de gênero.

Maiores esforços para refinar os métodos de avaliação e indicadores, principalmente os indicadores de gênero, são necessários para produzir um conjunto sólido de evidências com respeito ao valor da integração de gênero. Os indicadores de gênero ainda estão sendo elaborados e testados. Pesquisadores e responsáveis pela implementação de programas precisam ser capacitados no uso efetivo destes instrumentos de medida. O financiamento para avaliação precisa ser alocado e expandido e ser a longo prazo. São necessários tempo e financiamento suficientes para que os programas mostrem seus efeitos.

4. Reconhecer a singular contribuição que a integração das considerações de gênero traz ao sucesso das intervenções de DST/HIV, com a obtenção de resultados de saúde sustentáveis e maior equidade de gênero.

Dez dos programas avaliados se centraram na redução de DST/HIV, mais que em qualquer outra área. Como tratado no capítulo sobre DST/HIV, as questões de gênero têm recebido mais atenção no esforço de prevenção de DST/HIV devido ao vínculo transparente entre relações de gênero desiguais e a propagação de DST e HIV/AIDS. O comportamento sexual é fortemente regulado pelas normas de gênero e as desigualdades econômicas entre mulheres e homens deixam-nas sem poder nas transações sexuais.

Referências

- Adeokun L et al. Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 2:87-95.
- Barnett B, Stein J (1998). Women's Voices, Women's Lives: *The Impact of Family Planning*. A Synthesis of Findings from the Women's Studies Project. Research Triangle Park, NC, Family Health International.
- Bellamy C (1998). *The state of the world's children 1998*. New York, UNICEF.
- Bezmalinovic B et al. (n.d.). Guatemala City women: empowering a vulnerable group to prevent HIV transmission. Report-in-Brief, Women and AIDS Research Programme. Washington, DC, ICRW.
- Boender C et al. (2004). *The 'so what?' report: a look at whether integrating a gender focus into programmes makes a difference to outcomes*. Washington, DC, PRB for the USAID's Interagency Gender Working Group.
- Bruce J. Fundamental elements of quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning*, 1990, 2:61-91.
- Brundtland Gro Harlem. Speech to the maternal mortality advocacy meeting, Maputo, Mozambique, World Health Organization, April 19, 1999.
- Caiola N, Sullivan R (2000). *Performance improvement: a strategy for reproductive health service delivery*. Available online at www.reproline.jhu.edu.
- Caro D et al. (2003). *A manual for integrating gender into reproductive health and HIV programmes: from commitment to action*. Washington, DC, PRB for the USAID's Interagency Gender Working Group.
- Castle S et al. A qualitative study of clandestine contraceptive use in urban Mali. *Studies in Family Planning*, 1999, 3: 231-248.
- Chikamata DM et al. Dual needs: contraceptive and sexually transmitted infection protection in Lusaka, Zambia. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 2:87-95.
- de Keijzer B et al. (2002). Constructing new, gender-equitable identities: Salud y Género's work in Mexico." In: *Involving men to address gender inequities: three case studies*. Washington, DC, PRB for USAID's Interagency Gender Working Group.
- DiMatteo MR. The physician-patient relationship: effects on the quality of health care. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1994,1:149-161.
- Fortney J, Smith JB eds. (1996). *The base of the iceberg: prevalence and perceptions of maternal morbidity in four developing countries*. Research Triangle Park, NC, Family Health International.
- Goldberg HI, Toros A. The use of traditional methods of contraception among Turkish couples. *Studies in Family Planning*, 1994, 2:122-128.
- Goodwin MM et al. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997. *Maternal and Child Health Journal*, 2000, 20:85-92.
- Grasmuck S, Espinal R. Market success or female autonomy? Income, ideology, and empowerment among micro-entrepreneurs in the Dominican Republic. *Gender and Society*, 2000, 2:231-255.
- Hardee K, Gould B. A process for service quality improvement in family planning. *International Family Planning Perspectives*, 1993, 4:147-152.
- Henry K. Straight talk for youth: Ugandan girls and boys learning to escape gender stereotypes. *AIDS Captions*, 1995, pp.32-33.
- Hoang T et al. (2002). *Impact of the Cairo programme of action: gender, women's empowerment, and reproductive health in 4 Vietnamese communities*. Research Results Report. Hanoi, Vietnam, Population and Development International.
- Huffman S et al. (2001). *Essential health sector actions to improve maternal nutrition in Africa*. Washington, DC, The LINKAGES Project.
- Institute of Medicine (IOM) (1988). *Prenatal care reaching mothers, reaching infants*. Washington, DC, National Academy Press.
- International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region (2000). *Manual to evaluate quality of care from a gender perspective*. New York. IPPF/WHR.
- IPAS.www.ipas.org
- Leynaert B, Downs AM, de Vincenzi I. Heterosexual transmission of Human Immunodeficiency Virus: variability of infectivity throughout the course of infection." European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. *American Journal of Epidemiology*, 1998, 148:88-96.
- Loewenson R (2001). *HIV/AIDS implications for poverty reduction*. New York, United Nations Development Programme.
- Mackey M (2000). *Improving nutrition and reproductive health: the importance of micronutrient nutrition*. Washington, DC, The Futures Group International.
- Massoud R et al. (2001). *A modern paradigm for improving healthcare quality*. QA Monograph Series 1(1). Bethesda, MD, Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.

- Nyblade L et al. (2002) *Choosing between two stigmas: the complexities of childbearing in the face of HIV infection in sub-Saharan Africa*. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, May 9-11, 2002.
- Ojeda Gabriel (1998). *Profamilia centers for men*. Paper presented at the FAO/WHO/UNFPA Thematic Workshop on Male Involvement in Sexual and Reproductive Health Programmes. Rome, November 9-13, 1998.
- Padian NS et al. Heterosexual transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Northern California: results from a ten-year study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 146:350-357.
- Population Council (2000). Love, sex, and abortion among unmarried youth in Ho Chi Minh City: implications for policy and programme interventions. Unpublished paper.
- Quisumbing AR, Maluccio JA (1999). *Intrahousehold allocation and gender relations: new empirical evidence*. Working Paper Series No. 2, World Bank Development Research Group/Poverty Reduction and Economic Management Network. Washington, DC, World Bank.
- Ransom E, Yinger N (2002). *Making motherhood safer: overcoming obstacles on the pathways to care*. Washington, DC, Population Reference Bureau.
- Robey B et al. (1998). *Men: key partners in reproductive health*. A report on the first conference of French-speaking African countries on men's participation in reproductive health, March 30-April 3, Ouagadougou, Burkina Faso. Baltimore, MD, JHU/CCP.
- Schuler SR, Bates L, Islam MK. Reconciling cost recovery with health equity concerns in a context of gender inequality and poverty. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 4:196-204.
- Schuler SR, Choque ME, Rance S. Misinformation, mistrust, and mistreatment: family planning among Bolivian market women. *Studies in Family Planning*, 1994, 4:211-221.
- Schuler SR et al. Barriers to the effective use of family planning services in Kathmandu. *Studies in Family Planning*, 1985, 16, no.5 :26-27.
- Schuler SR, Hossain Z. Family planning clinics through women's eyes and voices: a case study from rural Bangladesh." *International Family Planning Perspectives*, 1998,4:170-175, 205.
- Starrs A. *The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade*. A report on the Safe Motherhood technical consultation in Sri Lanka, October 1997. New York, Family Care International in collaboration with the Inter-Agency Group for Safe Motherhood, 1998.
- Stewart MK, Stanton CK, Ahmed O (1997). *Maternal health care*. DHS Comparative Studies, no. 25. Calverton, MD, Macro International, Inc.
- Thomas D (1997). Incomes, expenditures, and health outcomes: evidence on intra-household resource allocation. In: Haddad L, Hoddinott J, Alderman H, eds, *Intra-household resource allocation in developing countries: models, methods, and policy*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.
- United Nations (1999). *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, New York, United Nations (A/S-21/5/Add.1)*. Accessed online at <http://www.un.org/popin/unpopcom/32ndsess/gass.htm> on July 8, 2005.
- United Nations (2000). *World population prospects: the 2000 revision*. New York, United Nations Population Division.
- UNAIDS, WHO (2004). *AIDS epidemic update 2004*, UNAIDS/04.45E. Accessed online at http://www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004_html_en/epi04_00_en.htm on July 8, 2005.
- UNAIDS (2000). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Accessed online on www.UNAIDS.org/epidemic_update/report, July 1, 2003.
- United Nations Department of International Economics and Social Affairs (1991). *The world's women: trends and statistics 1970-90*. New York, United Nations.
- Weiss E, Gupta GR (1998). *Bridging the gap. addressing gender and sexuality in HIV prevention*. Washington DC, International Centre for Research on Women.
- Westoff CF (2001). *Unmet need at the end of the century*. Demographic and Health Surveys Comparative Reports no. 1. Calverton, MD, Macro International.
- who.int/reproductive-health/strategic_approach/index.htm.
- World Health Organization (WHO) (2005). *The World Health Report 2005: make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2004). *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (1997). *Coverage of maternity care: a listing of available information, fourth edition*. Geneva, World Health Organization.

Apêndice: Guia rápido de referência

Os seguintes quadros resumem os resultados nas áreas de saúde reprodutiva e de gênero das intervenções tratadas neste relatório. Eles se destinam a proporcionar, em uma vista rápida, detalhes sobre os programas descritos nos diversos capítulos. Este relatório está organizado por tópicos na área de saúde reprodutiva (gravidez indesejada, morbidade/mortalidade maternas, DST/HIV/AIDS e qualidade da atenção). No entanto, muitas iniciativas documentaram efeitos em mais de uma destas áreas e foram dispostas nos capítulos segundo o resultado mais significativo que produziram. Portanto, os seguintes quadros são úteis para identificar intervenções que cruzam várias áreas de saúde reprodutiva.

Quadro A.1

Resultados em saúde reprodutiva das intervenções

Resultados de saúde reprodutiva

Intervenções

Gravidez indesejada

Maior uso de planejamento familiar

Egito – Maridos e atenção pós-aborto
 Guatemala – Educadores de idioma maia em gênero e planejamento familiar
 Índia – Advocacia e geração de renda entre mulheres indianas
 Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor
 Peru – Autodiagnóstico através do Projeto ReproSalud
 Turquia – Papel paterno no planejamento familiar pós-parto

Menor fecundidade

Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor

Menor número de gravidezes na adolescência

Jamaica – Programa para mães adolescentes

Menos óbitos infantis

Bolívia – Projeto Warmi na zona rural boliviana
 Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor

Aumento da idade ao casar-se

Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor

Maior conhecimento sobre anticoncepcionais

Brasil – Falando de sexualidade com mulheres pobres da zona urbana
 Honduras – Chegando até os homens por meio do âmbito da agricultura
 Índia – Pati Sampark: “Contato com o marido”
 México – Treinamento de instrutores em saúde e participação ativa no processo decisório
 Peru – Autodiagnóstico através do Projeto ReproSalud

Maior receptividade a informações sobre planejamento familiar

Zâmbia – Estímulo do diálogo através de programas de rádio

Morbidade/mortalidade maternas

Menor mortalidade materna

Bolívia – Projeto Warmi na zona rural boliviana

Maior atenção obstétrica qualificada

Bolívia – Projeto Warmi na zona rural boliviana
 Índia – Promoção de causa e geração de renda entre mulheres indianas
 Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor
 Peru – Autodiagnóstico através do Projeto ReproSalud

Conhecimento masculino da atenção pré-natal das mulheres

Índia – Pati Sampark: “Contato com o marido”

Melhor recuperação pós-aborto

Egito – Maridos e atenção pós-aborto

Menos complicações obstétricas

Botswana – Apoio das parentes durante o trabalho de parto

Melhor nutrição

Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor
 México – Treinamento de instrutores em saúde e participação ativa no processo decisório

Maior conhecimento dos sinais de advertência da gravidez

Honduras – Chegando até os homens por meio do âmbito da agricultura
 México – Treinamento de instrutores em saúde e participação ativa no processo decisório
 Peru – Autodiagnóstico através do Projeto ReproSalud

Resultados em saúde reprodutiva das intervenções (continuação)

Resultados de saúde reprodutiva	Intervenções
DST/HIV/AIDS	
Redução de DST	Índia – Organização das profissionais do sexo em Sonagachi e outros locais África do Sul – Falar de violência como uma barreira ao uso de preservativos
Maior conhecimento dos sintomas de DST	Honduras – Chegando até os homens por meio do âmbito da agricultura Peru – Autodiagnóstico através do Projeto ReproSalud
Maior uso de preservativos	Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor Índia – Organização das profissionais do sexo em Sonagachi e outros locais México – Treinamento de instrutores em saúde e participação ativa no processo decisório Senegal – Fortalecimento das associações tradicionais de mulheres África do Sul – Falar de violência como uma barreira ao uso de preservativos Estados Unidos em população de baixa renda – Capacidade de negociação sexual entre mulheres da zona urbana
Maior conhecimento da transmissão e prevenção de HIV/AIDS	Brasil – Integração da prevenção de DST/HIV em serviços de planejamento familiar Brasil – Educação de pares entre adolescentes Guatemala – Educação de clientes de pré-natal sobre DST/HIV Honduras – Chegando até os homens por meio do âmbito da agricultura Índia – Promoção de causa e geração de renda entre mulheres indianas Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor Índia – Organização das profissionais do sexo em Sonagachi e outros locais México – Treinamento de instrutores em saúde e empoderamento Senegal – Fortalecimento das associações tradicionais de mulheres Tailândia – Educação de pares entre operários
Qualidade da atenção	
Aumento das visitas aos consultórios	Peru – Autodiagnóstico através do Projeto ReproSalud Peru – Provedores do sexo feminino em MaxSalud
Melhor interação entre cliente-provedor	Indonésia – Programa Paciente Inteligente

Resultados em gênero das intervenções destacadas nesta avaliação

Resultados em matéria de gênero	Intervenções
Maiores pontuações na escala de empoderamento	México – Treinamento de instrutores em saúde e empoderamento
Aumento das atitudes de gênero equitativas e conscientização sobre direitos	Brasil – Educação de pares entre adolescentes Brasil – Falando de sexualidade com mulheres pobres da zona urbana Índia – Promoção de causa e geração de renda entre mulheres indianas Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor Jamaica – Programa para mães adolescentes Peru – Autodiagnóstico através do Projeto ReproSalud Senegal – Fortalecimento das associações tradicionais de mulheres Tailândia – Educação de pares entre operários
Maior mobilidade das mulheres	Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor
Maior disposição das mulheres em denunciar ou buscar ajuda para violência doméstica	Índia – advocacia e geração de renda entre mulheres indianas Peru – Autodiagnóstico através do Projeto ReproSalud
Maior nível de alfabetização de mulheres	Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor
Maior educação formal para mulheres ou meninas	Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor Jamaica – Programa para mães adolescentes
Maior participação ou liderança das mulheres na comunidade	Bolívia – Projeto Warmi na zona rural boliviana Índia – advocacia e geração de renda entre mulheres indianas Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor Zâmbia – Estímulo do diálogo através de programas de rádio
Maior autoconfiança ou auto-estima das mulheres	Brasil – Educação de pares entre adolescentes Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor Jamaica – Programa para mães adolescentes Zâmbia – Estímulo do diálogo através de programas de rádio
Maior poder de tomada de decisão das mulheres	Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor Peru – Autodiagnóstico através do Projeto ReproSalud
Maior comunicação entre parceiros sobre a saúde reprodutiva/sexual ou planejamento familiar	Brasil – Integração da prevenção de DST/HIV em serviços de planejamento familiar Guatemala – Educação de clientes de pré-natal sobre DST/HIV Honduras – Chegando até os homens por meio do âmbito da agricultura Peru – Autodiagnóstico através do Projeto ReproSalud
Maior capacidade de negociação sexual das mulheres	Estados Unidos em população de baixa renda – Capacidade de negociação sexual entre mulheres da zona urbana
Aumento dos ingressos gerados por mulheres	Índia – Programa de Opções para uma Vida Melhor
Maior apoio (emocional, instrumental, planejamento familiar ou apoio geral) dos parceiros	Egito – Maridos e atenção pós-aborto Guatemala – Educadores de idioma maia em gênero e planejamento familiar Honduras – Chegando até os homens por meio do âmbito da agricultura
Maior autoconfiança das mulheres nas interações entre cliente-provedor	Indonésia – Programa Paciente Inteligente

GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL DE GÊNERO

(IGWG), estabelecido em 1997, é uma rede formada por organizações não-governamentais (ONG), a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), organismos de cooperação (OC) e a Repartição da USAID para a Saúde Global (GH). O IGWG promove equidade de gênero por meio de programas populacionais, de saúde e nutrição com a meta de melhorar os resultados de saúde reprodutiva/HIV/AIDS e fomentar o desenvolvimento sustentável. Para maiores informações, acesse <http://www.igwg.org>.

A **Organização Mundial da Saúde** (OMS), o organismo especializado em saúde das Nações Unidas, foi criada em dia 7 de abril de 1948. O objetivo da OMS, como expresso em sua Constituição, é a obtenção por todos os povos do nível mais elevado possível de saúde. A saúde é definida na Constituição da OMS como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de afecções ou doenças. Para maiores informações, acesse <http://www.who.int>.

Para outras cópias, entre em contato com:

Population Reference Bureau
1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009-5728
www.prb.org
telefone: (202) 483-1100
fax: (202) 328-3937
e-mail: prborders@prb.org.

Departamento de Género, Mulher e Saúde
Saúde Familiar e Comunitária
Organização Mundial da Saúde
Av. Appia 20
CH-1211 Genebra 27
Suíça
www.who.int/gender/
e-mail: genderandhealth@who.int.

