



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24-28 de junho de 2002

Tema 4.11 da Agenda Provisória

CE130/18 (Port.)

23 abril 2002

ORIGINAL: INGLÊS

MULHER, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

Este relatório apresenta o mandato, os desafios, as áreas estratégicas e o que já conseguiu o Programa sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento (MSD), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O principal alvo do programa é reduzir as iniquidades desnecessárias, evitáveis e injustas em matéria de saúde entre homens e mulheres. Oferece também um breve apanhado de como as iniquidades de gênero afetam a situação de saúde, a atenção e o acesso das mulheres, em comparação com o dos homens. Ademais, identifica ações para que o MSD, a OPAS e os Estados Membros atinjam aquele alvo.

O mandato central do MSD é dar à questão do gênero uma posição central dentro dos programas e políticas da OPAS, das representações da OPAS/OMS e dos Estados Membros, a fim de reduzir as iniquidades de gênero em saúde no contexto dos princípios de equidade e pan-americanismo esposados pela OPAS.

O MSD identificou cinco áreas estratégicas para focar essas iniquidades da maneira mais efetiva:

- (1) Incorporar uma perspectiva de gênero na análise da situação de saúde, a fim de dar melhor orientação às políticas e programas;
- (2) Formular e monitorizar políticas para reduzir as iniquidades de gênero em saúde;
- (3) Fortalecer o modelo pelo qual a violência baseada no gênero é enfocada nos níveis de política, setor e comunidade, e usar esse tipo de modelo para lograr a participação do homem nas decisões sobre saúde reprodutiva e fazer face às iniquidades em saúde mental;
- (4) Fazer-se ouvir usando estratégias de informação, educação e comunicação, bem como materiais para defesa da causa e treinamento, especialmente por via de “canais virtuais”; e
- (5) Colaborar com os programas da OPAS e dos Estados Membros para incorporar uma perspectiva de equidade de gênero na pesquisa, nas políticas e nos programas.

A comemoração do 100º aniversário da OPAS oferece uma excelente oportunidade para o MSD, a OPAS e os Estados Membros renovarem seu empenho em cobrir a lacuna da igualdade de gênero em saúde nas Américas.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Significado de Equidade de Gênero em Saúde.....	3
2. O Desafio: Avaliação e Fechamento das Brechas de Gênero em Saúde.....	4
2.1 O impacto das iniquidades de gênero em saúde	4
2.2 Falta de informação desagregada por sexos para planejamento e avaliação	7
3. Progresso no Fechamento da Lacuna de Gênero.....	8
4. Como Podem os Países Fechar a Brecha de Gênero em Saúde?.....	9
5. Como pode a OPAS Apoiar os Estados Membros para Fazer Face ao Desafio?.....	11
5.1 Áreas estratégicas para colaboração técnica	12
6. Conclusão	22
7. Ação solicitada do Comitê Executivo	22

Fechando A Brecha De Gênero Em Saúde Nas Américas

Este relatório apresenta os desafios, as áreas estratégicas e o que já conseguiu o Programa sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento (MSD), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As três primeiras partes apresentam um breve apanhado conceptual da natureza das iniquidades de gênero em saúde e descrevem os desafios e as oportunidades encontradas pelo Programa no cumprimento do mandato institucional de reduzir essas iniquidades. As duas últimas partes descrevem em linhas gerais as estratégias e realizações do MSD no fechamento da lacuna de gênero em saúde e identificam ações necessárias do MSD, da OPAS e dos Estados Membros para atingir esse alvo.

1. Significado de Eqüidade de Gênero em Saúde

Gênero não é o mesmo que sexo. Ao passo que sexo denota as diferenças biológicas entre homens e mulheres, gênero se aplica ao significado social atribuído a tais diferenças. Em matéria de gênero, o foco de interesse não é o homem ou a mulher em si, mas a desigualdade nas relações sociais entre homens e mulheres e o seu impacto na sociedade em seu todo.

Eqüidade não é o mesmo que igualdade. Eqüidade é um conceito ético baseado nas idéias de lisura e justiça social. Eqüidade pressupõe a consideração mais da necessidade do que da vantagem social nas decisões sobre alocação de recursos.¹ Nem todas as desigualdades são iniquidades. Iniquidades são as desigualdades consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas.² Assim, eqüidade de gênero em saúde não significa que homens e mulheres estejam sujeitos às mesmas taxas de mortalidade e morbidade, ou que recebam parcelas iguais na distribuição de serviços. Em vez disso, o que pede é igual oportunidade de gozar de saúde e não adoecer, sofrer incapacitação ou morrer prematuramente em virtude de causas evitáveis. Significa uma distribuição dos recursos de saúde condizentes com as diferentes oportunidades oferecidas a homens e mulheres, dadas as diferenças nos respectivos fatores biológicos de risco e papéis sociais. Implica, ademais, o recebimento de serviços de saúde de acordo com essa diferença de necessidades, independentemente da capacidade de pagar e de que o pagamento de serviços de saúde seja feito de acordo com a capacidade econômica.

¹ Braveman, P. *Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low- and Middle-Income Countries*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, WHO/CHS/HSS/98.1, 1998.

² Definição da OMS adotada pela OPAS. Ver uma discussão detalhada em Whitehead, M. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Documento EUR/ICP/RPD/414, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990.

2. O Desafio: Avaliação e Fechamento das Brechas de Gênero em Saúde

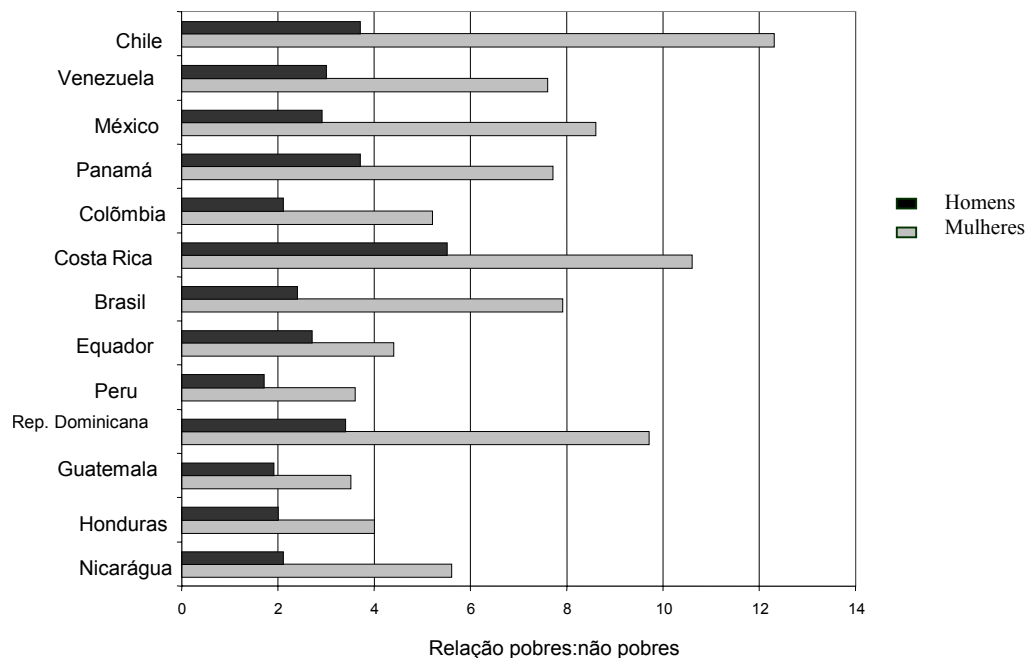
2.1 O Impacto das Iniquidades de Gênero em Saúde

As disparidades de gênero no acesso aos recursos e no controle destes afetam a situação de saúde de ambos os sexos, tanto como o financiamento da atenção de saúde, o acesso a ela e a participação na sua provisão. Elas interagem com outros determinantes, tais como a pobreza, o grau de instrução e a etnicidade, e são por eles intensificadas.

2.1.1 As iniquidades de gênero afetam a situação de saúde

Na maioria dos países do mundo, a mulher vive mais do que o homem. A pobreza, porém, tem um efeito negativo na propensão da mulher a viver mais do que o homem (Figura #1).

Figura 1. Relação pobres:não pobres entre mulheres e homens de 15 a 59 anos quanto à probabilidade de morrer (por 1.000) em 13 países da América Latina e do Caribe.

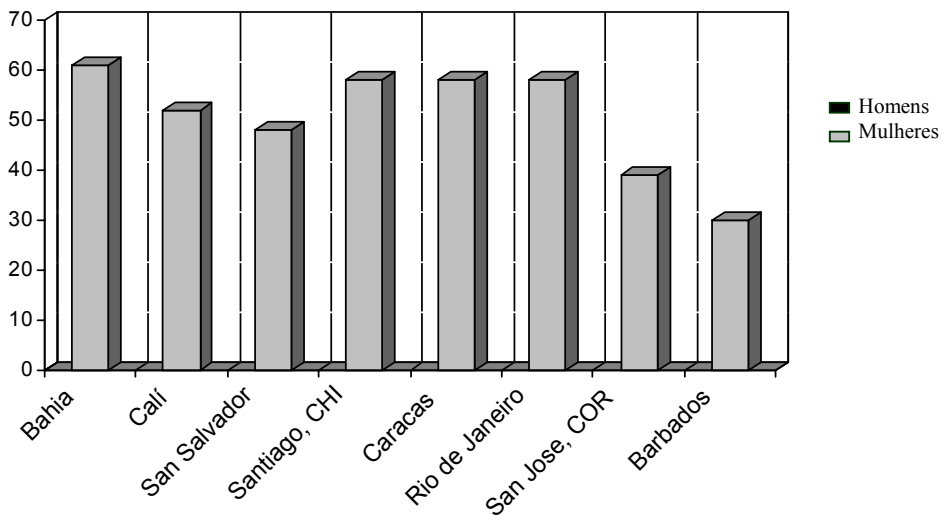


Adaptado do Anexo Estatístico do *Relatório sobre a Saúde no Mundo 1999*, da OMS.

As causas e, conseqüentemente, a prevenção de doenças e mortes são diferentes entre homens e mulheres. Conforme o comprovam os índices inaceitavelmente elevados de mortalidade materna na Região, as complicações da gravidez e do parto permanecem entre as principais causas de morte de mulheres em idade fecunda. Entre homens do mesmo grupo de idade, a mortalidade está acentuadamente relacionada com comportamentos de risco: acidentes, violência, câncer pulmonar, abuso de substância e HIV/AIDS.

A manifestação mais inquietadora da iniquidade baseada no gênero é a violência baseada no gênero (VBG), que afeta entre 33% e 60% das mulheres em toda a Região e é causada principalmente por seus parceiros nas relações íntimas (Figura #2).

Figure 2: Percentagem de mulheres que sofreram ataques violentos de seus parceiros na década de 90 - em oito cidades da América Latina e Caribe.

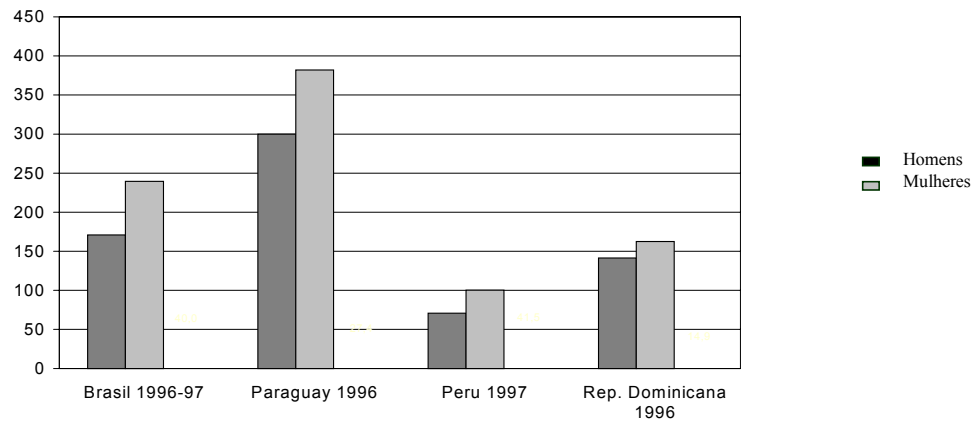


Fonte: LSMS Survey: Bolívia, Colômbia, Equador, Nicarágua, Venezuela, 1994.

2.1.2 *As iniquidades baseadas no gênero afetam o acesso à atenção de saúde*

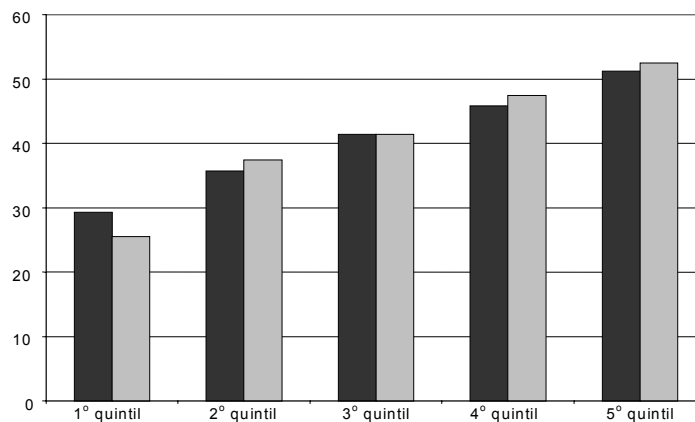
Em geral, as mulheres tendem a usar os serviços de saúde mais do que os homens, devido a uma necessidade maior resultante do seu papel reprodutivo, ao fato de adoecerem mais freqüentemente e a terem uma esperança de vida mais longa. Como mostra a Figura 3, contudo, quando a necessidade é levada em conta, as mulheres pobres nem sempre usam serviços de saúde mais freqüentemente do que os homens. Alguns sistemas de financiamento da atenção de saúde discriminam contra a mulher por causa do seu papel reprodutivo, razão pela qual as mulheres pagam prêmios de seguro mais caros que os homens. Além disso, por terem maior necessidade de atenção, as mulheres fazem mais despesas do próprio bolso para manter a saúde (Figura #3).

Figura 3. Despesas de saúde pagas do próprio bolso por mulheres e homens em quatro países latino-americanos.



Fonte: PAHO/SMS Survey for Brazil, Paraguay, and Peru. DHS Survey for Rep. Dominicana.
(Dólares dos Estados Unidos)

Figura 4. Percentagem de pessoas com problemas de saúde que procuram serviços de saúde, por sexo e nível de despesas familiares em cinco países da América Latina, 1994-1996.



Fonte: LSMS Survey: Bolívia, Colômbia, Equador, Nicarágua, Venezuela, 1994.

2.1.3 *As iniquidades baseadas no gênero afetam a distribuição do poder e das recompensas no trabalho em saúde*

Embora representem aproximadamente 80% da mão-de-obra remunerada no setor da saúde, as mulheres continuam sub-representadas nos escalões decisórios e predominam nos níveis mais baixos de renda e prestígio. Ademais, são elas as principais provedoras de atenção e promoção da saúde na família e na comunidade, onde mais de 80% da atenção de saúde ocorrem fora dos serviços de saúde formais e são proporcionados principalmente pelo trabalho não reconhecido e não remunerado da mulher.

2.2 *Falta de Informação Desagregada por Sexos para Planejamento e Avaliação*

Na maioria dos países da Região, é insuficiente a geração e disseminação de informações desagregadas por sexo, idade, status socioeconômico e outros indicadores relevantes. O desenvolvimento de estatísticas vinculadas ao gênero ainda está nas fases iniciais e não foi perfilhado pelos serviços nacionais de estatística.³ Não obstante o progresso feito nos últimos 25 anos, em muitas áreas ainda há resistência à idéia de considerar o gênero como uma questão relevante, e o setor da saúde não é exceção.

³ Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, *Platform for Action* (Anexo).

Os mandatos sobre a desagregação por sexo no levantamento, processamento e publicação de dados não são prioritários ou simplesmente não existem e, mesmo que existissem, seriam insuficientes em si mesmos para estimular a introdução de uma perspectiva de gênero no trabalho estatístico. Para ser efetivo, é preciso que esse tipo de mandato seja acompanhado de propostas de trabalho concretas, bem como de recursos técnicos e financeiros para iniciar a sua implementação.

Além dos dados epidemiológicos sobre saúde e seus determinantes (inclusive a atenção de saúde), é necessário melhorar o levantamento de dados sobre a contribuição total de mulheres e homens no desenvolvimento da saúde, incluindo a sua participação no trabalho em saúde que não faz parte das contas nacionais, como, por exemplo, a atenção dos doentes, incapacitados e idosos no domicílio. Isso deve ser feito visando reconhecer a contribuição econômica da mulher para a atenção de saúde e tornar visível a desigualdade na distribuição do trabalho remunerado e não remunerado entre mulheres e homens.⁴

3. Progresso no Fechamento da Lacuna de Gênero

Não obstante a incontestável persistência de obstáculos que têm de ser reconhecidos e enfrentados, há também elementos muito positivos que facilitam os esforços para chegar à equidade de gênero em saúde. Nesse particular, foram decisivos os seguintes fatores:

- compromisso assumido pelos Estados Membros em conferências das Nações Unidas na última década. Dentre esses fóruns, os mais críticos no que tange ao mandato da MSD foram: a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Assembléia Geral, Nova York, 1993); a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994); e a Conferência do Quarto Mundo sobre a Mulher (Beijing, 1995). No nível interamericano, um importante catalisador é a Convenção sobre a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher (Belém do Pará, 1995).
- A crescente influência do movimento sobre a saúde das mulheres, que veio fomentar o debate tanto nacional como internacionalmente. Esse movimento exerce crítica advocacia pela proteção da saúde como direito humano, pelo reconhecimento dos direitos da mulher quanto à saúde reprodutiva como direitos humanos e pela necessidade de transformações sociais baseadas nos princípios de solidariedade e justiça social.

⁴ Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995).

- O reconhecimento relativamente recente da violência contra a mulher como problema de saúde pública que requer uma resposta multissetorial coordenada. O movimento pela mulher e as conferências internacionais acima mencionadas foram forças propulsoras desse reconhecimento. A OPAS e seus Estados Membros vêm desempenhando papel de liderança no equacionamento dos problemas desde princípios da década de 1990.
- O aparecimento de ministérios ou departamentos de defesa da mulher na maioria dos países da Região e a redação de planos de igualdade entre os sexos num número crescente de Estados Membros.
- O apoio incipiente que os organismos governamentais de alguns países estão dando ao desenvolvimento de sistemas de informação estatística sensíveis à questão do gênero.
- O firme apoio oferecido ao MSD pelas organizações irmãs das Nações Unidas e por outros organismos de cooperação internacional que apoiam as metas de equidade de gênero.

4. Como Podem os Países Fechar a Brecha de Gênero em Saúde?

Embora seja fato geralmente reconhecido que a saúde é afetada por determinantes tanto sociais como biológicos, a idéia de gênero continua sendo secundária para a maioria dos analistas e autoridades normativas. As iniquidades em saúde perdurarão enquanto não houver decidido empenho de incluir a questão do gênero no levantamento e análises de dados sobre saúde, na formulação e monitoramento de políticas, no desenho de programas inovadores e integrados e na formação de provedores de atenção de saúde.

Quase todos os Estados Membros ratificaram as convenções mundiais e regionais pertinentes. Para mobilizar a resposta do setor da saúde à violência baseada no gênero, os Estados Membros apoiaram o Plano de Ação do Simpósio 2001: Violência de Gênero, Saúde e Direitos nas Américas. Como representantes do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento do Comitê Executivo, os países redigiram diversas recomendações visando promover a equidade de gênero em saúde nos Estados Membros. Com base nesses compromissos, o MSD oferece aos Estados Membros as seguintes recomendações para fechar a brecha de gênero e saúde nas Américas:

- Melhorar o levantamento de dados sobre a contribuição total de mulheres e homens para a economia, inclusive a sua participação em trabalho não remunerado que não aparece nas contas nacionais, como, por exemplo, dar atenção aos doentes, aos incapacitados e aos idosos (Beijing);
- Em cooperação com mulheres e organizações de base comunitária, desenhar e implementar programas de saúde sensíveis à questão de gênero, que considerem as necessidades da mulher durante toda a sua vida e levem em conta os seus múltiplos papéis e responsabilidades, o tempo que é delas exigido e a diversidade das suas necessidades (Beijing);
- Preparar pessoal e consignar recursos para produzir e disseminar informações sobre gênero e saúde necessárias para orientar as políticas de saúde e monitorizar o cumprimento dos compromissos nacionais e internacionais sobre equidade de gênero em saúde (19ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento do Comitê Executivo);
- Assegurar a participação dos usuários e produtores de estatísticas, no governo e na sociedade civil, na definição do conteúdo e no processo de produção, disseminação, análise e monitoramento da informação sobre gênero e saúde (19ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento do Comitê Executivo);
- Formular e implementar políticas, programas e treinamento para detectar, enfrentar a VBG (Beijing, Cairo e Belém do Pará);
- Assegurar que o gênero seja componente explícito do contexto de saúde mental na OPAS (19ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento do Comitê Executivo); que os serviços de saúde mental sejam integrados nos sistemas de atenção de saúde primária; e que os trabalhadores em atenção de saúde primária recebam treinamento para reconhecer e dar atenção a meninas e mulheres de todas as idades que tenham passado por qualquer forma de violência, especialmente a violência doméstica, as sevícias sexuais e outras formas de abuso resultantes de conflitos armados ou não armados (Beijing);
- Estimular e capacitar os homens a assumir responsabilidade pelo seu comportamento sexual e reprodutivo e por seus papéis sociais e familiares, bem como incrementar a sua participação e partilha da responsabilidade na prática de planejamento familiar (Cairo);

- Promover e fortalecer a participação social da mulher em estruturas comunitárias para a tomada de decisões sobre saúde, sem aumentar a sua carga de trabalho (18ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento do Comitê Executivo); e
- Assegurar a inclusão nos currículos de formação médica e de outras formas de treinamento em atenção de saúde de cursos abrangentes e compulsórios sobre a saúde das mulheres, os quais sejam sensíveis às questões de gênero (Beijing).

5. Como Pode a OPAS Apoiar os Estados Membros para Fazer Face ao Desafio?

O MSD foi criado para apoiar os Estados Membros na efetivação de uma maior equidade de gênero nas suas políticas e programas de saúde. A OPAS e seus Corpos Dirigentes adotaram diversas resoluções (CSP22.R12, da 22ª Conferência Sanitária Pan-Americana; e CD32.R9, CD33.R6 e CD34.R5, do 32º, 33º e 34º Conselho Diretor, respectivamente) que definem o mandato e as operações do MSD. Uma das suas grandes metas é integrar o conceito de gênero nos programas e políticas da OPAS, nas representações nos países e nos Estados Membros, a fim de reduzir as iniquidades de gênero em saúde no contexto dos princípios de equidade e pan-americanismo esposados pela Organização.

Os Corpos Dirigentes criaram também o Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, que se reúne duas vezes por ano para identificar questões relevantes de gênero e saúde e fazer recomendações ao Comitê Executivo e ao Diretor da OPAS para equacioná-las.

O mandato do MSD pede a redistribuição de responsabilidades e poderes entre homens e mulheres, a fim de melhorar o bem-estar físico, psicológico e social da população. Nesse contexto, o MSD procura identificar e reduzir as iniquidades desnecessárias, evitáveis e injustas entre homens e mulheres em matéria de saúde; melhorar o acesso à atenção de saúde apropriada; e promover uma participação mais equitativa no trabalho de atenção de saúde. O programa observa os seguintes compromissos de caráter geral:

- Conferência de poderes à mulher e participação desta e da comunidade no controle da sua saúde;
- Melhoria da capacidade das interessadas no nível local no setor da saúde e na área da formulação de políticas para aprimorar a advocacia, a atenção e a promoção da saúde; e

- Colaboração intersetorial entre o setor público, a sociedade civil e as associações de mulheres e os doadores e organismos internacionais.

5.1 *Áreas Estratégicas para Colaboração Técnica*

Com base nos compromissos e necessidades dos Estados Membros, o MSD definiu cinco áreas estratégicas como a maneira mais efetiva de reduzir as iniquidades baseadas no gênero:

- Incorporar uma perspectiva de gênero na análise da saúde a fim de orientar mais efetivamente as políticas e programas;
- Formular e monitorizar as políticas que visam a redução das iniquidades de gênero em saúde;
- Formular e pôr em prática modelos que equacionem as iniquidades de gênero em saúde de uma forma integrada;
- Apoiar atividades de extensão com estratégias de informação, educação e comunicação, assim como material para defesa da causa e treinamento; e
- Integrar uma perspectiva de gênero na pesquisa, nas políticas e nos programas da OPAS e dos Estados Membros.

Essas áreas estratégicas, que foram discutidas minuciosamente com a rede de contatos nacionais do Programa e de organizações regionais de mulheres, servem de base para o plano bienal do MSD para 2002-2003.

5.1.1 *Incorporação de uma perspectiva de gênero na análise de saúde a fim de dar às políticas e programas uma orientação mais efetiva*

O MSD e seus constituintes identificaram claramente a importância de produzir informação sobre as iniquidades de gênero em saúde existentes. Embora as organizações de mulheres e os organismos internacionais hajam defendido com êxito convenções internacionais e leis, políticas e programas nacionais para reduzir essas iniquidades, são poucos os países que atualmente desagregam seus dados de saúde por sexo e que usam uma perspectiva de gênero nas suas análises. Muitas das convenções—e aqueles que as apóiam—estão acordos em considerar esse tipo de informação essencial para fazer alvo das iniquidades e para monitorizar o efeito da reforma do setor da saúde (RSS) e de outras mudanças de política.

O MSD atribuiu a mais alta prioridade à produção desse tipo de informação. Assim, o Programa postula a inclusão incluíam da análise de gênero na formulação de

políticas pelos Estados Membros. Desenvolveu para isso indicadores e instrumentos de análise de gênero e saúde, proporcionou treinamento a parceiros nos países e oferece colaboração técnica para produzir essa informação. Ademais, o Programa planeja desenvolver um folheto estatístico bienal e uma publicação abrangendo aspectos gerais da situação regional da equidade de gênero no que se refere à saúde.

Melhoria da situação e da análise de gênero em saúde. Melhorar a situação da saúde e a sua análise pelo prisma do gênero foi o tema da 19ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o desenvolvimento (março de 2001). O Subcomitê apresentou diversas recomendações ao Comitê Executivo, tais como:

- Que fossem compilados, processados e analisados dados estatísticos desagregados por sexo e idade, para refletir e monitorizar as iniquidades de gênero; e que incluíssem a contribuição não remunerada da mulher para a atenção de saúde;
- Que fossem estabelecidos sistemas de informação para orientar as políticas de saúde e monitorizar o cumprimento dos compromissos nacionais e internacionais relativos à equidade de gênero em saúde;
- Que os usuários de estatísticas no governo e na sociedade civil participassem na definição do conteúdo e dos processos para a produção, disseminação, análise e monitoramento da informação sobre gênero e saúde; e
- Que fosse dada prioridade ao treinamento, a fim de implementar análises e intervenções quantitativas e qualitativas com uma perspectiva de gênero.

Fortalecimento da capacidade nacional para levar a cabo a análise de gênero e saúde. Consoante o compromisso da OPAS de pôr em prática as recomendações do Subcomitê, o Programa está colaborando com suas contrapartes nacionais para fortalecer a sua capacidade de análise em relação ao gênero. Em 2001, ele facilitou a participação de representantes dos ministérios da saúde e das repartições estatísticas nacionais de quatro países centro-americanos num curso sobre gênero e estatística apresentado pelo Instituto Nacional de Estatística do México (INEDI), pelo Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Mulher (UNIFEM) e pela OPAS. No decorrer do próximo biênio, o MSD planeja fortalecer a capacidade de equipes multissetoriais de usuários e produtores de informação de diferentes setores do governo e da sociedade civil no Chile e no Peru, bem como expandir a capacitação de equipes centro-americanas.

O MSD promove o monitoramento da equidade de gênero na Região e é membro do “Grupo de Trabalho sobre Instrumentos e Indicadores da Análise, Monitoramento e Avaliação do Impacto do Gênero”, coordenado pela Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina e o Caribe (CEPAL). O grupo de trabalho formula e aplica indicadores para monitoramento da observância por parte da ONU das convenções de Beijing e do Cairo. A OPAS, o UNIFEM e a CEPAL realizaram uma reunião conjunta em Brasília para definir os indicadores de VBG. O Programa patrocinou participantes de sete países que vêm implementando sistemas de vigilância de VBG como parte de projetos da OPAS sobre violência dentro da família em dez países.

O MSD formulou indicadores e instrumentos de análise de saúde e gênero que serão testados no Chile e no Peru. Em 2002-2003, o Programa colocará esses instrumentos à disposição de suas contrapartes em todos os países da Região e proporcionará cooperação técnica direta para a realização de uma análise de gênero e situação da saúde em cinco países.

Promoção da pesquisa para informação ao formuladores de políticas. O MSD facilita o relacionamento com pesquisadores e formuladores de políticas para planejamento e execução de pesquisas visando melhorar as políticas sobre gênero e saúde. Recentemente, o Programa coordenou uma iniciativa de pesquisa—“Equidade de Gênero no Acesso à Atenção de Saúde”—em seis países: Barbados, Brasil, Chile, Colômbia, Equador e Peru. Embora os resultados hajam variado entre os países, dados de pesquisas domiciliares confirmaram que, de modo geral, as mulheres têm mais necessidade de serviços, fazem mais uso dele e gastam mais dinheiro do próprio bolso em saúde. Dados do Equador e do Peru, contudo, indicaram que, apesar de terem maiores necessidades, as mulheres pobres nem sempre fazem uso dos serviços mais freqüentemente do que os homens. Os dados indicaram também que os prêmios de seguro saúde baseados no risco, na forma em que os promovem os serviços privados, tendem a marginalizar os que deles mais necessitam, como as mulheres em idade fecunda, os pobres, os idosos e os doentes crônicos.

5.1.2 *Formulação e monitoramento de políticas para reduzir as iniquidades em saúde baseadas no gênero*

Uma meta chave da análise de gênero e saúde é corrigir políticas que ignoram, geram ou acentuam iniquidades de saúde entre homens e mulheres. Isto se aplica particularmente aos processos de RSS que muitos países estão pondo em prática. Há indicações de que certos modelos de financiamento da atenção de saúde promovidos por esses processos podem marginalizar ainda mais os pobres, os idosos, certos grupos étnicos e especialmente as mulheres, em todas essas categorias. Ademais, na maioria dos países, as organizações de mulheres e outras interessadas importantes são excluídas da definição de políticas de RSS e do monitoramento dos resultados.

Formulação de uma estratégia para reduzir as iniquidades de gênero na reforma do setor da saúde. O MSD, em colaboração com outros programas da OPAS e seus correspondentes nacionais, formulou uma estratégia para identificar e focar a atenção nessas iniquidades, envolvendo ao mesmo tempo as interessadas, especialmente as organizações de mulheres, no equacionamento delas a cada etapa do processo. Essa estratégia inclui:

- Desenvolvimento de informação sobre iniquidades de gênero e saúde e sua relação com as políticas de saúde;
- Disseminação estratégica de informação às interessadas no setor da saúde e em outros setores, bem como na sociedade civil, especialmente organizações de defesa da saúde da mulher; e
- Institucionalização do envolvimento dessas interessadas bem informadas na formulação de políticas melhores e no monitoramento da sua implementação e do seu efeito sobre mulheres e homens.

O MSD formulou essa estratégia em consulta com especialistas de organizações regionais de mulheres (especialmente a Rede Latino-Americana e Caribenha sobre a Saúde da Mulher), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e universidades de diversos países, durante uma reunião regional de peritos em gênero e RSS (1998). Em consultas posteriores, o MSD organizou, com outros programas da OPAS, da OMS, do Governo do Chile, do UNIFEM, do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) e da CEPAL, o primeiro seminário-oficina internacional sobre inclusão de indicadores de gênero nas contas nacionais sobre saúde (Chile, 2001). Equidade de Gênero e RSS foi o tema da 18ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento (1999), que recomendou que a OPAS apoiasse e seus Estados Membros incluíssem critérios de equidade de gênero e a participação das interessadas nos seus processos de RSS em andamento.

Implementação de estratégias para reduzir as iniquidades baseadas no gênero na reforma do setor da saúde. Para implementar e testar sua estratégia sobre gênero e RSS, o Programa, com apoio a Fundação Ford e da Fundação Rockefeller, está coordenando um projeto para três anos. O projeto inclui um componente regional referente ao aperfeiçoamento dos instrumentos conceituais e metodológicos e da colaboração interinstitucional, bem como um componente nacional para integrar equidade de gênero na RSS no Chile e no Peru.

O MSD preparou diversos documentos e instrumentos conceituais com vistas a aumentar o conhecimento e a participação social para promover a equidade de gênero na

RSS. O documento “Equidade de Gênero na Reforma do Setor da Saúde na América Latina e no Caribe” foi preparado para a 8ª Conferencia Regional das Nações Unidas sobre a Mulher na América Latina e no Caribe (CEPAL, 2000, Lima) e tem tido ampla circulação como principal recurso nesta matéria. Esses documentos e a colaboração técnica da OPAS contribuirão para o seminário regional do Banco Mundial, “Adaptação à Mudança: a RSS e os direitos sexuais e reprodutivos” e para outros seminários regionais de treinamento sobre esta questão.

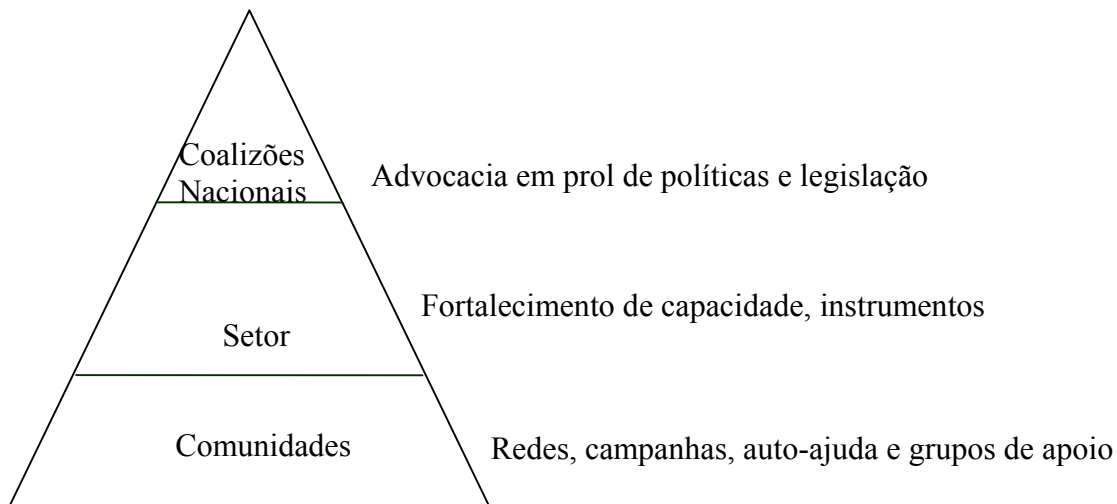
O MSD elaborou o “Guia Indicador para Análise e Monitoramento da Equidade de Gênero em Saúde” e um “Guia para Avaliação da Equidade de Gênero na RSS”, tendo também incorporado indicadores de gênero nos instrumentos da OPAS/USAID (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional) para avaliar o monitoramento do desempenho na RSS. Nos próximos dois anos, esses instrumentos serão testados e posteriormente disseminados por toda a Região.

O componente nacional do projeto sobre equidade de gênero e RSS implementado no Chile (2001) e no Peru (2002) proporcionará lições para outros países. No âmbito do projeto trienal recentemente negociado para a América Central, apoiado pelos Governos da Noruega e da Suécia, os instrumentos metodológicos serão aplicados em El Salvador (2003), na Guatemala, Honduras e Nicarágua.

No Chile, o projeto facilitou a participação das interessadas no debate em nível nacional e provincial das políticas de RSS recentemente formuladas. Uma equipe de projeto da OPAS teve papel decisivo no apoio ao Comitê Consultivo sobre Gênero, formado pela Ministra da Saúde para assegurar que o gênero seja levado em conta durante todo o processo de reforma. O comitê preparou um documento estratégico que a Ministra da Saúde apresentou à Comissão Nacional, e, sob a sua liderança, esse documento foi debatido com participação da sociedade civil, no nível central, e em duas províncias. Em todas as ocasiões, a equipe do projeto ofereceu treinamento para envolver organizações e interessados no debate sobre RSS, que incluiu as Ministras da Saúde e de Assuntos da Mulher (SERNAM), bem como legisladores.

5.1.3 *Desenvolvimento e implementação de modelos que consideram de uma forma integrada as iniquidades em saúde baseadas no gênero*

Desde princípios da década de 1990, o MSD, em parceria com o setor da saúde e outros setores, vem atuando nos níveis políticos regionais e nacionais, bem como no nível comunitário, para fomentar a causa, fortalecer a capacidade e envolver as comunidades na formulação de melhores políticas de saúde e no melhoramento da prevenção e da atenção da VBG. Em resultado, o MSD e suas múltiplas contrapartes desenvolveram um Modelo Integrado para Enfocar as Iniquidades de Gênero.



Este modelo está sendo implantado para fazer face à VBG e para envolver o homem em programas de saúde reprodutiva. Seu uso na área da saúde mental está incluído no plano para 2002-2003 acima mencionado.

Equacionamento da violência baseada no gênero. Desde 1995, o MSD pôs em prática este modelo para enfrentar a VBG em dez países (sete países centro-americanos, Bolívia, Equador e Peru), com apoio dos Governos da Holanda, Noruega e Suécia. O modelo, mundialmente reconhecido como um método de fazer face à VBG, foi adaptado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento em seis outros países e é promovido pela OMS em outras regiões.

Nos dez países do projeto, o modelo da VBG resultou em mais de 100 redes comunitárias intersetoriais que apóiam, encaminham e dão atenção e mulheres e famílias que vivem em situações violentas, e formulam campanhas de educação e divulgação sobre prevenção. Em todos aqueles países, as entidades contrapartes formularam e adotaram módulos de treinamento, procedimentos e sistemas de vigilância para provedores de atenção de saúde. Fortaleceram também as coalizões nacionais que se batem por leis melhores e pela institucionalização daquilo que os projetos já conseguiram. No nível regional, o Programa tem operado com organismos das Nações Unidas para implementar convenções internacionais e regionais, visando mobilizar o setor da saúde no equacionamento da violência baseada no gênero.

Uma recente avaliação põe em destaque os êxitos do modelo aplicado na América Central, especialmente nos níveis de política e comunidade, resumindo também as lições aprendidas com vistas aos desafios futuros. A avaliação inclui uma ampla revisão da documentação, entrevistas e grupos de foco, com mais de 300 formuladores de políticas, provedores de serviços e mulheres clientes. Seus resultados foram apresentados às

interessadas do projeto e de outros países, visando melhorar as respostas à VBG. As lições aprendidas servirão de base para uma publicação sobre o Modelo Integrado para Equacionamento da VBG, no centenário da OPAS. O projeto resultou nas seguintes realizações:

Realizações no nível regional

- Organizou o *Simpósio 2001: Violência Baseada no Gênero, Saúde e Direitos nas Américas*, com o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), o UNIFEM, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o PNUD, a Comissão Interamericana de Mulheres, da Organização dos Estados Americanos (CIM/OEA), e o Centro de Pesquisas sobre a Saúde da Mulher, da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (CIDA). O “Chamado à Ação” do Simpósio visa mobilizar o setor da saúde e outros setores para fortalecer as políticas e a capacidade de detectar e prevenir a violência e para proporcionar atenção e apoio a mulheres e famílias que vivem em situações violentas.
- Facilitou o intercâmbio entre países do Caribe e da América Central, com vistas a implementar o Modelo Integrado em cinco países caribenhos.
- Promoveu projetos de intercâmbio técnico entre seis países, em temas que foram da promoção de políticas ao treinamento de provedores de atenção e ao estabelecimento de redes e grupos de apoio.
- Incluiu a prevenção da violência baseada no gênero em fóruns de política regional e sub-regional tais como a Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), o Parlamento Latino-Americano (PARLATINO), reuniões de Primeira Damas e reuniões de cúpula regionais.

Realizações no nível de política nacional

- Foram formadas coalizões multissetoriais em dez países.
- Foram aprovadas leis em dez países e formados grupos de monitoramento em seis países centro-americanos.
- Foram publicados resultados da pesquisa “O Caminho Crítico Tomado pelas Mulheres Afetadas pela Violência Intrafamiliar” em dez países, incluindo um estudo sobre prevalência da violência enfrentada por mulheres e do papel dos

- homens na promoção da violência na Bolívia; e um estudo sobre conhecimento, atitudes e práticas no Peru.
- Foram elaborados e implementados instrumentos (normas e protocolos em dez países, sistemas de vigilância em cinco e módulos de treinamento em dez países); e mais de 15.000 representantes do setor da saúde e de outros setores receberam treinamento.
 - Modelo Integrado sobre VBG nos processos de reforma do setor da saúde foi adotado em cinco países.
 - O estudo da violência foi incluído no currículo escolar primário em Belize e no Peru, bem como nos currículos universitários em três países.

Realizações no nível comunitário

- Foram formadas 100 redes comunitárias, compreendendo os setores da saúde e da educação, o judiciário, a polícia, igrejas, líderes comunitários e organizações de mulheres.
- Foram treinados e estão funcionando grupos de apoio comunitário em oito países.
- Foram formados grupos de apoio para homens e mulheres em cinco países.

Participação do homem em programas sobre saúde reprodutiva. Em sete países centro-americanos, o MSD, em colaboração com a Divisão de Promoção e Proteção da Saúde e com apoio do Governo da Alemanha, está formulando modelos para a participação masculina na saúde reprodutiva. O projeto, que foi lançado em quatro países (El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua) em 2001, consiste em estudos participativos sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos homens com relação à saúde reprodutiva própria e de suas respectivas famílias. Com base nos resultados, o MSD e o Programa sobre Saúde Familiar e População, da OPAS, coordenarão com os ministérios da saúde, organizações masculinas e outros parceiros o desenvolvimento de modelos masculinos em centros de saúde de sete países, bem como um centro de lazer ou esportes nos quatro países estudados.

Enfoque da Equidade de Gênero e da Saúde Mental. O Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001—Saúde Mental: Uma nova compreensão, identifica a depressão como

problema prioritário de saúde e indica uma prevalência maior de transtornos depressivos entre mulheres (os estados analisados mostram coeficientes mulheres/homens de entre 15:1 e 2:1), ao passo que o abuso de substância e os transtornos de personalidade anti-social são mais comuns no sexo masculino.

Através do seu Modelo Integrado para fazer face à VBG, o Programa já está examinando os problemas de saúde mental, especialmente por intermédio de grupos de ajuda mútua de base comunitária. Durante uma recente reunião de representantes e coordenadores de grupos de apoio na América Central, os participantes concordaram quanto ao valor desses grupos, embora reconhecessem que a carência de financiamento e estratégias os impediam de estabelecer tais grupos da maneira mais efetiva.

Em 2001, pessoas que atuam como contatos do MSD participaram numa reunião de planejamento do Programa de Saúde Mental da OPAS e em atividades na América Central, especialmente em áreas sujeitas a catástrofes. Elas se reuniram com o Coordenador do Programa de Saúde Mental para promover o uso de enfoques comunitários e do Modelo Integrado no equacionamento da saúde mental e do gênero dentro dos seus países e na América Central. Esta colaboração será consolidada em 2002 através de um projeto formulado para fortalecer os enfoques comunitários da equidade de gênero e saúde mental.

5.1.4 *Extensão com uso de estratégias de informação, educação e comunicação e materiais para advocacia e treinamento*

Um dos principais objetivos do MSD é proporcionar informação atualizada, um banco de dados de treinamento e canais de comunicação virtual à sua rede de contatos, contrapartes, interessadas, profissionais de saúde e de gênero, e defensores da causa em toda a Região.

Provisão de acesso à informação para advocacia e treinamento através do sítio da OPAS na Internet. O MSD disseminará várias das suas publicações em forma impressa e através do seu site interativo GENSALUD, www.paho.org/genderandhealth, na Internet. O sítio inclui também uma base de dados interativa de cursos e especialistas em treinamento sobre questões de gênero e saúde, informativos mensais sobre questões de gênero e saúde e documentação de apoio compreendendo um informativo, uma exposição do problema e uma apresentação computadorizada de slides (PowerPoint). Até agora, o MSD elaborou documentação de apoio sobre tráfico de mulheres, com a Comissão Interamericana de Mulheres da OEA; e está sendo preparada documentação de apoio sobre HIV/AIDS e sobre VBG. O servidor de listas GENSALUD, do Programa MSD (gensalud@paho.org) atualmente proporciona a mais de 400 assinantes informação sobre sítios na Internet, publicações, conferências e outras informações relevantes, bem como folhas informativas mensais.

Estabelecimento de um centro virtual de informação sobre mulher, gênero, saúde e desenvolvimento. A Biblioteca Virtual do GENSALUD está sendo atualmente transformada num centro regional virtual de informação sobre mulher, gênero, saúde e desenvolvimento, como parte da Biblioteca Virtual de Saúde da OPAS/BIREME. No momento, o Sistema de Informação sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento (SIMUS) proporciona informações solicitadas e acesso a uma base de dados bibliográficos anotados, <http://www.metabase.net/miembros/vermiembros.phtml/SIMUS-OPS>.

Provisão de acesso a currículos virtuais sobre gênero e saúde. Durante o próximo biênio, o MSD vai colaborar com o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS e outros organismos da ONU para desenvolver um protótipo de currículo virtual sobre saúde e gênero para o Campus Virtual da Saúde. Esse currículo será posto à disposição das instituições de capacitação em gênero e saúde e das universidades de toda a Região. Seus primeiros módulos serão sobre VBG e saúde reprodutiva.

5.1.5 *Integração do gênero nas políticas e programas da OPAS e dos Estados Membros*

O MSD colabora com a maioria das divisões da OPAS para realizar seu mandato de incorporar a equidade de gênero na colaboração técnica, nas atividades e nas políticas da Organização. Para isso foi preparado um “Manual de Treinamento em Gênero e Saúde”, que tem amplo uso em toda a Região. No próximo biênio, o Programa coordenará a participação interprogramática na adaptação e implementação da política sobre gênero recentemente aprovada pela OMS (março de 2002).

Nos últimos dois anos, o MSD bateu-se pela desagregação de indicadores por sexos para inclusão na Base de Dados Central da OPAS, administrada pelo Programa de Análise de Saúde (SHA), e incorporou indicadores de gênero nos instrumentos de monitoramento da reforma do setor da saúde (Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde), bem como em sistemas de vigilância da violência (Divisão de Doenças Não-transmissíveis). Ademais, integrou o gênero no treinamento, nas atividades e nas políticas do projeto Aspectos Ocupacionais e de Meio Ambiente a Exposição de Pesticidas no Istmo Centro Americano (PLAGSALUD) (Divisão de Saúde e Meio Ambiente); e está colaborando com esta divisão num projeto participativo para desenvolver padrões de saúde para os trabalhadores em indústrias exportadoras.

Durante o próximo biênio, a prioridade do MSD será colaborar com a Divisão de Prevenção e Controle de Doenças para fortalecer sua extensão junto a organizações de

mulheres. A OPAS está planejando associar-se com essas organizações para conferir poderes às mulheres, especialmente as que se acham em risco, para se protegerem contra tais riscos, e para promover formas saudáveis de comportamento para evitar o HIV/AIDS e as doenças crônicas, como o câncer cervical, por exemplo.

6. Conclusão

A comemoração do Centenário da OPAS traz uma excelente oportunidade para que o MSD, a Organização e seus Estados Membros renovem o seu empenho em cobrir a decalagem na equidade de gênero nas Américas. O programa está empenhado em colaborar com os colegas da OPAS e as contrapartes nacionais para aprimorar a informação, a fim melhor orientar e monitorizar as políticas e programas que visam reduzir essas iniquidades; em desenvolver e fortalecer modelos e abordagens integradas; em proporcionar informações para treinamento e defesa da causa; e em integrar a questão do gênero nos programas da OPAS.

7. Ação Solicitada do Comitê Executivo

Solicita-se que o Comitê Executivo, com base na informação apresentada:

- Considere as estratégias apresentadas com relação ao que a PAHO poderá fazer juntamente com os países para assegurar que a equidade de gênero seja incorporada com êxito nas políticas e programas da Organização e dos Estados Membros.
- Recomende medidas que a OPAS e os Estados Membros possam tomar para garantir a promoção e implementação mais ampla e mais rápida das recomendações para cobrir a lacuna de equidade em saúde baseada no gênero.
- Sugira que a OPAS e seus países membros desagreguem os dados de saúde por sexo, que apliquem uma análise de gênero e que disseminem amplamente a informação junto às interessadas, a fim de envolvê-las na formulação e monitoramento das políticas de saúde.