



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



136ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Buenos Aires, Argentina, 20-24 de junho de 2005

Tema 3.3 da Agenda Provisória

CE136/7 (Port.)
17 maio 2005
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO DA 21ª SESSÃO DO SUBCOMITÊ SOBRE A MULHER, A SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO

O Diretor tem a satisfação de submeter ao Comitê Executivo o Relatório Final da 21ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, do Comitê Executivo, realizada na Sede da OPAS de 14 a 15 de março de 2005.

A Sessão contou com a presença de representantes dos Membros do Subcomitê eleitos pelo Comitê Executivo ou nomeados pelo Diretor: Cuba, Dominica, Honduras, Paraguai e Estados Unidos. Os representantes da Argentina e Canadá participaram na qualidade de observadores. Também estiveram presentes representantes da Organização Mundial da Saúde (OMS), quatro outros organismos das Nações Unidas, outras duas organizações intergovernamentais e uma organização não-governamental.

Foram eleitos para fazer parte da mesa da 21ª Sessão a Dra. Wilma Basualdo, da Paraguai, para a Presidência da Sessão; o Sr. Richard Walling, do Estados Unidos, para a Vice-Presidência, e a Sra. Shirley Augustine, de Dominica, para o cargo de Relatora. A Dra. Elsa Gómez (assessora regional para a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento) atuou como secretária técnica.

Durante as Sessões, o Subcomitê discutiu os seguintes temas:

- Relatório sobre os avanços da OPAS em gênero, saúde e desenvolvimento
- Equidade de gênero nos recursos humanos da OPAS
- Avanços na incorporação da perspectiva de gênero em uma área de cooperação técnica da OPAS: Contas nacionais da saúde
- Política proposta de igualdade de gênero da OPAS
- Painel sobre as experiências institucionais e lições aprendidas na formulação e implementação das políticas de igualdade de gêneros

- Painel sobre o cumprimento da meta de desenvolvimento 3 da Declaração do Milênio das Nações Unidas: Igualdade de gênero e participação ativa no processo decisório pelas mulheres

Após longos debates, o Subcomitê preparou uma série de recomendações que enviou ao Comitê Executivo com a solicitação de que o Comitê Executivo as estude e transmita ao Diretor e aos Ministros de Saúde.

Anexo



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE A SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE A SAÚDE



21.^a SESSÃO DO SUBCOMITÊ SOBRE A MULHER, A SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 14 e 15 de março de 2005

CE136/7 (Port.)
Anexo

MSD21/FR (Port.)
15 de março de 2005
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Mesa diretora	3
Abertura da sessão	3
Aprovação da agenda e programa de reuniões	4
Apresentação e debate dos pontos da agenda.....	4
Relatório sobre os avanços da OPAS em gênero, saúde e desenvolvimento.....	4
Equidade de gênero nos recursos humanos da OPAS	9
Avanços na incorporação da perspectiva de gênero em uma área de cooperação técnica da OPAS: Contas nacionais da saúde.....	12
Política proposta de igualdade de gênero da OPAS.....	15
Painel sobre as experiências institucionais e lições aprendidas na formulação e implementação das políticas de igualdade de gêneros.....	17
Painel sobre o cumprimento da meta de desenvolvimento 3 da Declaração do Milênio das Nações Unidas: Igualdade de gênero e participação ativa no processo decisório pelas mulheres	29
Recomendações da 21ª sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento à 136ª sessão do Comitê Executivo	39
Encerramento da sessão	42

Anexo A: Agenda

Anexo B: Lista dos documentos

Anexo C: Lista dos participantes

RELATÓRIO FINAL

1. A 21ª. Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento do Comitê Executivo foi realizada na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Washington, D.C., nos dias 14 e 15 de março de 2005.

2. A sessão contou com a presença dos representantes dos seguintes membros do Subcomitê, eleitos pelo Comitê Executivo ou designados pela Diretora em conformidade com as atribuições do Subcomitê: Cuba, Dominica, Honduras, Paraguai e Estados Unidos. Os representantes da Argentina e Canadá participaram na qualidade de observadores. Também estiveram presentes representantes da Organização Mundial da Saúde (OMS), quatro outros organismos das Nações Unidas, outras duas organizações intergovernamentais e uma organização não-governamental.

Mesa diretora

3. Os seguintes Membros dos governos foram eleitos para constituir a Mesa Diretora do Subcomitê durante a 21ª. sessão:

Presidente: Paraguai (Dra. Wilma Basualdo)

Vice-presidente: Estados Unidos (Sr. Richard Walling)

Relatora: Dominica (Sra. Shirley Augustine)

4. A Dra. Mirta Roses (diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana) atuou como secretária *ex officio* e a Dra. Elsa Gómez (assessora regional para a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento) atuou como secretária técnica.

Abertura da sessão

5. A Diretora abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes, estendendo uma saudação especial aos delegados que estavam comparecendo à sede da OPAS pela primeira vez e aos observadores e representantes de organismos irmãos. Ela observou que a 21ª. sessão do Subcomitê estava sendo realizada no espaço de um ano de vários marcos do esforço coletivo para melhorar a vida das mulheres e conseguir igualdade de gênero : o 10º. aniversário da adoção da Declaração e Plataforma de Ação de Pequim, 5º. aniversário da adoção da Declaração do Milênio e o 25º. aniversário da criação do próprio Subcomitê, criado em 1980, em meados da Década das Nações Unidas para as Mulheres.

6. O Subcomitê examinaria o progresso que a Organização havia feito em relação ao gênero e à saúde nos últimos alguns anos e também consideraria os novos desafios surgidos no contexto geral e na situação específica do setor da saúde. Um dos objetivos fundamentais da sessão seria examinar e refletir sobre o enfoque que a Organização tomaria nos próximos anos em termos de promover a igualdade de gênero. A este respeito, o Secretariado ansiava especialmente em receber as contribuições do Subcomitê sobre a política proposta de igualdade de gênero. Ela estava segura de que as discussões seriam bastante ativas e abertas e conduziriam a recomendações concretas a serem apresentadas ao Comitê Executivo.

Aprovação da agenda e programa de reuniões (Documentos MSD21/1, Rev. 1 e MSD21/WP/1)

7. Em conformidade com o Artigo 2 de seu Regulamento Interno, o Subcomitê adotou a agenda provisória preparada pelo Secretariado e um programa de reuniões.

Apresentação e debate dos pontos da agenda

Relatório sobre os avanços da OPAS em gênero, saúde e desenvolvimento (Documento MSD21/3, Rev. 1)

8. A Dra. Elsa Gómez (assessora regional para a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, OPAS) apresentou o documento sobre este ponto, que resumia o progresso obtido por meio da cooperação técnica da Repartição Sanitária Pan-Americana na área da mulher, saúde e desenvolvimento desde a 20ª. sessão do Subcomitê em março de 2003. Ela dividiu sua apresentação em quatro partes: as mudanças no contexto institucional de cooperação na área da mulher, saúde e desenvolvimento; o progresso encabeçado pela Unidade de Gênero, Grupo Étnico e Saúde (GE); o progresso encabeçado por outras unidades técnicas e escritórios; e os temas de discussão para o Subcomitê.

9. Com respeito ao contexto institucional, ela resumiu as mudanças que haviam sido realizadas durante o período 2003–2005 conjuntamente com a reestruturação do Secretariado depois da eleição da Dra. Roses como Diretora da Organização. Em fevereiro de 2003, o antigo Programa da Mulher, da Saúde e do Desenvolvimento havia passado a ser a Unidade de Gênero e Saúde, refletindo uma mudança em seu foco antes nas mulheres para questões mais amplas de gênero e igualdade de gênero. Posteriormente, em agosto de 2004, a dimensão do grupo étnico havia sido acrescentada ao trabalho do Programa. Esta mudança refletia a priorização por parte da Diretora dos grupos excluídos que sofriam as maiores desigualdades de saúde. Além disso, a Unidade havia ficado sob a responsabilidade direta da Subdiretora a fim de permitir um acesso mais direto aos altos escalões da Organização e também facilitar a interação com as outras unidades técnicas e administrativas.

10. A meta que guiava o trabalho da unidade de Gênero, Grupo Étnico e Saúde era a eliminação das desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis entre mulheres e homens em todos os grupos étnicos, faixas etárias e estratos sociais com respeito ao estado de saúde e seus determinantes; o acesso à atenção apropriada independentemente da capacidade de pagar por estes serviços; e a distribuição das responsabilidades, dos benefícios e do poder na gestão de saúde. As tarefas primárias da Unidade, não apenas nos últimos dois anos, mas ao longo de uma década, havia sido criar as ferramentas e metodologias para incorporar a igualdade de gênero como um valor fundamental que deveria estar refletido nas opções de desenvolvimento e nas práticas institucionais e aplicar estas ferramentas e metodologias no trabalho da Organização, na análise de situações específicas, no desenvolvimento e avaliação de políticas do setor da saúde, na resposta integrada à violência de gênero e outras questões de desigualdade de gênero e a formulação de uma política da OPAS para a igualdade de gênero. Todo o trabalho era apoiado por uma estratégia para informação, educação e comunicação que procurava fazer máximo uso da tecnologia de informação disponível. O documento MSD21/3 destacava as principais atividades e o progresso obtido em cada uma destas áreas.

11. O documento também descrevia a colaboração da Unidade com outras unidades técnicas da OPAS e dos escritórios nacionais e suas atividades e progresso em relação ao gênero, saúde e desenvolvimento, concentrando-se em particular na Área de Sistemas de Informação e Análise de Saúde, Unidade da Saúde da Mulher e Materna, Unidade de Políticas de Saúde, Unidade de Doenças Transmissíveis, Unidade de Doenças Não-Transmissíveis e os escritórios nacionais em Belize, Bolívia, Chile e Nicarágua. Estes quatro escritórios foram escolhidos para a análise porque haviam sido pioneiros ao incorporar uma perspectiva de gênero, tanto no próprio trabalho interno quanto na cooperação técnica com os países em que estavam situados. Como resultado, sua experiência oferecia muitas lições de importância para futuros esforços.

12. Pediu-se ao Subcomitê para fornecer orientação sobre as áreas e questões em que a Organização deveria concentrar seus esforços no futuro com respeito ao gênero, saúde, e desenvolvimento. Pediu-se também que fossem sugeridos mecanismos institucionais que pudessem facilitar a incorporação da igualdade de gênero, tanto na OPAS como nos países, e fossem feitos comentários sobre o tema relacionado dos incentivos para a incorporação da perspectiva de gênero — ou seja, como motivar as pessoas e ajuda-los a ver as vantagens de adotar uma perspectiva de gênero. Além disso, pediu-se ao Subcomitê para fazer comentários sobre como a Unidade poderia tirar melhor proveito das oportunidades propiciadas pela incorporação da dimensão do grupo étnico em seu trabalho e do impulso associado com o esforço interinstitucional com o propósito de atingir as Metas de Desenvolvimento para o Milênio (MDM), em particular a Meta 3. Por fim, pediu-se aos Membros para darem suas contribuições sobre o futuro papel dos Órgãos Diretivos nessa área e, em particular, o papel do Subcomitê.

13. O Subcomitê recebeu com satisfação o relatório e elogiou a OPAS em seu progresso ao incorporar os critérios de igualdade de gênero nos objetivos e estratégias do seu trabalho. Ao mesmo tempo, o Subcomitê reconheceu que havia muito ainda por fazer para incorporar plenamente uma perspectiva de gênero nos programas de saúde e serviços e conseguir uma efetiva igualdade de gênero na área da saúde. Vários Membros expuseram os esforços em andamento em seus países para incorporar o gênero ao setor da saúde e todos observaram que, embora tenha havido avanços para introduzir uma perspectiva de gênero na política e esferas legislativas, um progresso bem menor havia sido obtido ao passar as políticas e leis resultantes para a prática. A este respeito, o Subcomitê reconheceu a importância de identificar os incentivos para assegurar que as políticas de incorporação da perspectiva de gênero encontrassem expressão prática nos programas e serviços de saúde e incentivou a Organização a continuar o empenho de apoiar os Estados-Membros nesse sentido. Vários delegados enfatizaram a necessidade de trabalhar estreitamente com a sociedade civil, assinalando que a participação de sociedade civil e o controle social ajudariam a assegurar que as políticas para a incorporação da perspectiva de gênero e igualdade de gênero fossem efetivamente implementadas. Ressaltou-se também a necessidade de formação dos profissionais da saúde para permitir-lhes aplicar uma perspectiva de gênero em seu trabalho.

14. Vários delegados enfatizaram a importância de esforços contínuos para eliminar o flagelo da violência de gênero contra a mulher e a necessidade da participação dos homens nestes esforços. Salientou-se também a necessidade de um trabalho mais aprofundado em relação à análise da situação de saúde com uma perspectiva de gênero. Assinalou-se que havia sido esclarecido aos formuladores de políticas e aos que trabalhavam na área de estatísticas e a análise que a análise de gênero implicava mais do que simplesmente desagregar os dados pelo sexo. Era necessário examinar criticamente as diferenças entre homens e mulheres quanto ao estado de saúde, levando-se em consideração o efeito dos papéis dos sexos, modelos culturais e acesso e o controle dos recursos e serviços de saúde e também examinando a repercussão diferencial que as políticas e programas de saúde poderiam ter sobre homens e mulheres. Os delegados também observaram a necessidade de fortalecer a análise dos dados estatísticos de saúde de uma perspectiva dual de gênero e grupo étnico. Neste sentido, a incorporação da dimensão do grupo étnico no trabalho da Unidade foi bem acolhida.

15. O delegado dos Estados Unidos sugeriu que talvez seria o momento de reexaminar o papel e as funções do Subcomitê. Ele recordou que havia vários anos o Comitê Executivo havia discutido a questão sobre o papel futuro que o Subcomitê deveria ter em face dos Órgãos Diretivos. Naquela ocasião, os membros do Comitê haviam concordado que o Subcomitê deveria continuar existindo e continuar a tratar das questões não resolvidas, em particular a medida em que a OPAS estava incorporando em seu trabalho os princípios adotados pelas diversas conferências das Nações Unidas sobre a mulher. O Comitê também concordara que havia necessidade de um fórum para

sustentar as questões em relação com o gênero e saúde perante os Estados-Membros. O relatório apresentado pela Dra. Gómez deixou claro que havia um compromisso forte com a incorporação da perspectiva de gênero em todos os aspectos do trabalho da OPAS. A elevação da Unidade de Gênero, Grupo Étnico e Saúde ao escritório da Subdiretora e a formulação de uma política de igualdade de gênero para a Organização eram manifestações claras deste compromisso. Além disso, as observações de outros delegados indicavam que as questões em relação ao gênero e saúde estavam agora também sendo levadas muito seriamente no plano nacional. Em vista dos extraordinários avanços que estavam sendo obtidos ao incorporar o gênero em toda a Organização, talvez fosse o momento de se considerar a possibilidade de incorporar o gênero aos Órgãos Diretivos. Passar a discussão de questões relacionadas ao gênero a uma instância mais geral, como o Comitê Executivo e Conselho Diretor, daria a estas questões uma maior visibilidade e proporcionaria a oportunidade para um diálogo mais decidido entre os Estados-Membros.

16. Os representantes dos vários organismos internacionais expressaram apoio aos esforços da OPAS com relação ao gênero e ofereceram-se para colaborar com a Organização em diversas áreas, em especial no que se refere à violência de gênero, quantificação do trabalho não-remunerado das mulheres no setor da saúde e intercâmbio de informações eletrônicas. O representante da Comissão Econômica para América Latina e o Caribe das Nações Unidas (CEPAL) observou que, ao incorporar o grupo étnico no trabalho da Unidade, a OPAS respondia a uma necessidade expressa pelos governos na Nona Conferência Regional sobre a Mulher na América Latina e no Caribe (México, 2004), em que se demandara o desenvolvimento de instrumentos para monitorar e avaliar as políticas públicas com o objetivo de incorporar uma perspectiva de gênero, levando-se em consideração a diversidade étnica e racial.

17. A representante da OMS observou que a OPAS havia sido o carro-chefe dentro da Organização Mundial da Saúde na área da incorporação da perspectiva de gênero e elogiou a OPAS por ir além da retórica nesta questão e passar à ação, especialmente no plano nacional. Reiterando as observações de alguns dos delegados, ela observou que, embora a OMS tenha adotado uma política de gênero em 2002, pouco havia saído do papel. Como resultado, o Departamento de Gênero, Mulher e Desenvolvimento na sede da OMS estava preparando um documento para o Conselho Executivo com o intuito de fortalecer o mandato dos Estados-Membros para a incorporação da perspectiva de gênero dentro da OMS. Ela, portanto, acolhia com satisfação a sugestão de ampliar a discussão da questão do gênero dentro dos Órgãos Diretivos da OPAS. A OMS esperava que a OPAS mantivesse a liderança na área de coleta de dados e análise relativas ao gênero, especialmente com o intuito de reunir dados sobre a efetividade das intervenções de gênero nos resultados de saúde. Isso se fazia necessário para uma incorporação da perspectiva de gênero realmente bem-sucedida: os colegas nas áreas clínicas fundamentais do planejamento de saúde pública precisavam ser convencidos de que, além

da justificativa dos direitos humanos para a incorporação de uma perspectiva de gênero em suas atividades, tal enfoque poderia melhorar os resultados de saúde.

18. A Dra. Gómez agradeceu ao Subcomitê por suas muitas sugestões de possíveis áreas e prioridades para o trabalho da OPAS e expressou seu agradecimento aos delegados e os representantes dos diversos organismos internacionais por suas ofertas da colaboração. Ela concordou com a necessidade de maior participação da sociedade civil e chamou a atenção para a formação na Argentina de um conselho consultivo para esta finalidade como um exemplo do tipo de mecanismo consultivo formal que a OPAS buscava promover. Ela também concordou com a importância de coletar evidências e identificar as boas práticas que ilustravam a repercussão de incorporar-se uma perspectiva de gênero nas atividades de saúde e disse que a Organização faria um importante esforço nos próximos anos para reunir tais dados para fins de promoção da causa. No que se refere à sugestão de reavaliar o papel do Subcomitê levando-se em consideração as mudanças ocorridas nos últimos anos, ela achava que isso merecia a discussão aprofundada.

19. A Diretora concordou que seria proveitoso dar uma nova examinada nas funções e atribuições do Subcomitê. Para isso, no entanto, ela achava que era importante ter em mente que o enfoque da Organização para questões de gênero compreendia três elementos: o Subcomitê, a Unidade e os diversos projetos e programas que a Organização realizava ou apoiava. O Subcomitê, em sua concepção original, era um organismo assessor ao Comitê Executivo para assuntos relacionados à situação e saúde da mulher. A Unidade, falando-se em termos gerais, buscava tratar dos determinantes da saúde que se relacionavam ao gênero e, agora, ao grupo étnico. Além disso, a Organização tinha uma série de projetos e programas que tratavam de temas específicos da saúde relacionados ao gênero. A seu ver, o objetivo ao reavaliar as funções do Subcomitê deveria ser buscar máxima complementaridade entre estes três elementos para abordar da maneira mais eficiente possível tanto os desafios de equidade de gênero que perduravam do passado como os desafios do futuro.

20. Era também importante fazer melhor uso de outros instrumentos para a promoção de causa da incorporação da perspectiva de gênero. Um exemplo eram os grupos temáticos das Nações Unidas no plano nacional. Um maior esforço deveria ser feito para incorporar a perspectiva de gênero no trabalho de todos estes grupos, não apenas aqueles que se dedicavam às questões da mulher. Outro exemplo eram as redes de legisladoras, governadoras e prefeitas. Era importante obter o apoio delas como para a equidade de gênero e igualdade na saúde.

21. O Subcomitê endossou a sugestão feita pelos Estados Unidos para reexaminar as funções do Subcomitê. Foi proposto que um pequeno grupo de trabalho deveria ser formado para examinar as atribuições do Subcomitê e apresentar as recomendações ao

Comitê Executivo a respeito do futuro do Subcomitê. Também se assinalou que o Grupo de Trabalho para a OPAS no Século XXI proporcionava um outro fórum para estudar maneiras de melhorar ainda mais o trabalho da Organização em relação aos assuntos de gênero.

Equidade de gênero nos recursos humanos da OPAS

22. A Dra. Luz Marina Barillas (chefe, Unidade de Recrutamento, Área de Gestão de Recursos Humanos, OPAS) apresentou dados sobre a distribuição por sexo da força de trabalho de OPAS ao final de janeiro de 2005, concentrando-se especificamente nos postos de profissionais liberais de caráter permanente. A Organização tinha um total de 413 pessoas no quadro de pessoal ocupando postos de profissionais liberais de caráter permanente, 42% dos quais eram mulheres. Destes postos, 222 estavam situados na sede da OPAS em Washington, dos quais 51% eram ocupados por mulheres, e 191 eram postos de campo, dos quais 31% eram ocupados por mulheres. Em níveis superiores, ou seja, postos no nível P4 ou acima, incluindo postos de nível executivo, as mulheres representavam 38% do total e os homens 62%.

23. Era importante observar que muitos dos postos permanentes de profissionais liberais eram ocupados por pessoal que havia anteriormente ocupado postos de curto prazo. A Área da Gestão de Recursos Humanos, portanto, considerava fundamental assegurar que os postos de profissionais liberais de curto prazo, como os postos de caráter permanente, fossem concedidos com base em um processo competitivo. Em janeiro de 2005, um total de 129 indivíduos haviam sido empregados como de profissionais liberais e consultores de curto prazo, 94 na Sede e 31 nos postos de campo. A proporção de mulheres nestes postos era de 60% em termos gerais, 70% na Sede e 34% nos postos de campo.

24. Havia uma tendência de queda na contratação de mulheres para os postos de profissionais liberais nos últimos dois anos. Em 2003, um número bem pequeno de novos profissionais de ambos os sexos havia sido contratado porque naquele ano havia ocorrido uma reestruturação do Secretariado, coincidindo com o primeiro ano do mandato da Dra. Roses. No entanto, de um total de 24 novos profissionais contratados, 13 haviam sido homens e 11, ou 46%, mulheres. Em 2004, em contrapartida, o número de postos de profissionais liberais preenchidos aumentou para 48, mas 35 dos novos funcionários contratados eram homens e 13 eram mulheres. Em termos de porcentagem, 73% eram homens e 27% eram mulheres. A Área dos Recursos Humanos estava adotando ativamente medidas para reverter esta tendência e continuar avançando no sentido da igualdade de gênero na seleção. Em 2004, a Organização havia mudado seu sistema de seleção eletrônica, adotando o sistema da OMS. Isso havia permitido atingir um pool muito maior de candidatas para os postos. Como resultado, o número de candidatas para os postos de profissionais liberais havia aumentado significativamente. Além disso, a

Organização contava havia vários anos de uma política segundo a qual um anúncio de vagas para os postos deveria ser novamente publicado caso menos de 20% dos candidatos não fosse mulheres. Os comitês de seleção levavam em consideração o sexo ao avaliar os candidatos, embora o principal fator decisório fosse normalmente as qualificações do candidato ao posto.

25. Além das políticas e práticas de contratação, outros fatores interferiram no número de mulheres contratadas para os postos de profissionais liberais, sobretudo a existência de políticas e condições que tornava a OPAS um local atraente para as mulheres trabalharem. Por exemplo, a Organização tinha várias políticas concebidas para permitir às mulheres conseguir equilibrar com maior facilidade suas vidas profissional e familiar, incluindo horários de trabalho alternativos, licença maternidade e paternidade, licença para emergências familiares e licença para mulheres que estavam amamentando. A Área dos Recursos Humanos estava estudando a viabilidade de outras políticas “favoráveis à família”, como uma que permitisse ao pessoal comprimir sua semana de trabalho de 40 horas em quatro dias, deixando assim um dia livre por semana para tratar de assuntos pessoais e familiares. No ano anterior, a Organização também havia implementado uma política para a prevenção e resolução do assédio no local de trabalho, que cobria não apenas o assédio sexual, mas todos os tipos de assédio. Praticamente todo o pessoal na Sede já havia concluído o treinamento obrigatório nesta área e os centros nacionais estavam agora em fase de treinamento. Os centros repetiriam o treinamento para prevenção do assédio em todos os escritórios nacionais. Como resultado, embora haja muito ainda por fazer para atingir a efetiva igualdade de gênero na força de trabalho, a OPAS continuava a empenhar-se para cumprir esta meta.

26. No debate que seguiu, foi enfatizado que para se conseguir a igualdade de gênero ao contratar e preencher o quadro de pessoal era preciso vontade política por parte da liderança da instituição em questão. Ainda que existissem políticas para a ação afirmativa ou cotas de contratação para mulheres, uma efetiva igualdade de gênero não poderia ser alcançada sem um firme compromisso dos gerentes e responsáveis pela tomada de decisão para aumentar a proporção de mulheres contratadas para os postos de profissionais liberais. Também se assinalou que as mulheres que buscavam postos de profissionais liberais nas instituições nacionais enfrentavam obstáculos ainda maiores que as que se candidatavam a postos nas organizações internacionais, que geralmente ofereciam um ambiente mais propício para implementar políticas em favor da seleção e emprego de mulheres em cargos de responsabilidade. Além disso, mesmo quando mulheres conseguiam ter acesso aos postos administrativos, elas com frequência tinham dificuldade em exercer o poder de modo eficaz e, sobretudo, adotar uma perspectiva de gênero ao realizar suas responsabilidades.

27. Os participantes observaram que as desvantagens que as mulheres enfrentavam durante o processo de entrevista e contratação eram, com frequência, relacionadas ao

gênero. Por exemplo, as mulheres com frequência não dispunham de redes de mentores como as existentes para os homens, o que dificultava conseguir uma boa formação e estabelecer contatos profissionais e as deixava em desvantagem em relação aos candidatos homens ao concorrer aos postos. As mulheres, em geral, também ficavam menos à vontade que os homens para falar de dinheiro, que era uma desvantagem quando precisavam negociar os salários. Como resultado, mulheres com frequência recebiam ofertas de salários menores que as feitas aos homens com as mesmas qualificações.

28. Assinalou-se que a igualdade de gênero na área de recursos humanos requeria mais do que assegurar a paridade entre os sexos nas contratações e na composição da força de trabalho. Era também necessário assegurar que mulheres e homens tivessem as mesmas oportunidades para o desenvolvimento e progresso profissional. Apontava-se a falta de mobilidade como um grande obstáculo à promoção das mulheres em muitas organizações internacionais. Era de conhecimento geral que os postos administrativos e de profissionais liberais nos escritórios nacionais eram degraus para a ascensão em tais organizações, mas que por razões relacionadas às suas obrigações familiares, as mulheres com frequência hesitavam em buscar ou aceitar transferências para os escritórios nacionais. As condições no ambiente de trabalho e falta de políticas “favoráveis à família” também poderiam ser um obstáculo ao progresso das mulheres. Por exemplo, a falta de creches e outros serviços com frequência dificultava às mães que trabalhavam realizar seus trabalhos de maneira que as possibilitasse de fato competir pelas promoções.

29. A Dra. Barillas observou que a negociação de salários não era realmente uma questão na OPAS ou outras organizações do sistema das Nações Unidas, onde havia uma escala fixa de salários para os postos de profissionais liberais. Homens e mulheres no mesmo nível dentro do sistema recebiam o mesmo salário. Na OPAS, aqueles com experiência ou títulos acadêmicos acima dos requisitos mínimos para o posto poderiam ser contratados em um nível maior, o que significava que recebiam um maior salário inicial que um candidato que não possuía estas qualificações adicionais. Mas um salário maior era dado dependendo das qualificações, não da capacidade do candidato de negociar. Com respeito ao princípio da ação afirmativa, ela não era realmente a favor do estabelecimento de cotas de contratação com base no sexo, mas acreditava que o gênero deveria ser sempre levado em consideração nos processos de seleção.

30. A Diretora achava que era necessário determinar metas específicas com respeito à igualdade de gênero na contratação e no emprego dos profissionais, não apenas dentro da Organização, mas também nos países. Seria muito difícil aumentar o número de mulheres nos postos de alto escalão dentro da Organização sem aumentar o pool de candidatas com qualificação nos Estados-Membros. Ela assinalou que a força de trabalho da saúde era bastante feminizada nos países da Região e que, em alguns casos, 80% a 90% dos estudantes atualmente em formação para carreiras da saúde eram mulheres, o que significava que apenas aumentaria a oferta de profissionais de saúde do sexo feminino.

No entanto, ainda existia poucas mulheres ocupando postos de alto escalão nos países. Atualmente, por exemplo, apenas 7 dos 38 ministros da Saúde da Região eram mulheres, e a proporção de mulheres em postos administrativos do baixo escalão era igualmente pequena. Isso significava que as mulheres não estavam adquirindo a experiência que as qualificaria para os postos de alto escalão na Organização. Por outro lado, um número recorde de escritórios nacionais da Organização, 10 de 27 ou 38%, eram hoje chefiados por mulheres. Ela acreditava que isso poderia ter um efeito positivo fazendo com que os países se espelhassem neste exemplo, melhorando as possibilidades de ascensão das mulheres na esfera nacional.

31. Ela via o avanço do sistema das Nações Unidas para um recrutamento e seleção com base mais na competência como um passo importante para aumentar o número de mulheres contratadas, mas a falta de experiência internacional continuava sendo um obstáculo. A este respeito, ela observou que o Programa de Formação Profissional da OPAS em Saúde Internacional havia sido muito eficaz ao ajudar a expor as jovens profissionais liberais às oportunidades de carreiras em saúde pública internacional.

32. Na sua opinião, três aspectos eram necessários para promover maior igualdade de gênero nos recursos humanos da OPAS: a Organização precisava trabalhar com os países para identificar e analisar os obstáculos que impediam o acesso das mulheres aos postos de alto escalão no meio nacional; era preciso fazer uso máximo de dispositivos como estágios e residências que dariam às jovens a oportunidade de adquirir experiência internacional e permitir-lhes competir em base de igualdade com os homens para os postos; e era preciso prestar mais atenção à composição dos comitês de seleção e formação de seus membros. Este último era muito importante para evitar perder terreno como havia ocorrido em 2004.

Avanços na incorporação da perspectiva de gênero em uma área de cooperação técnica da OPAS: Contas nacionais da saúde (Documento MSD21/4)

33. O Dr. Rubén Suárez (assessor regional para Economia e Financiamento da Saúde, OPAS) resumiu o conteúdo do Documento MSD21/4, que propunha métodos de medir e dar visibilidade à contribuição não-remunerada das mulheres à saúde e ao desenvolvimento socioeconômico geral, como requerido na Plataforma de Ação adotada na Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim. Ele começou por explicar que as contas nacionais da saúde eram um componente do sistema de contas nacionais que mediam quanto o país gastava em bens e serviços de saúde. Não refletiam, no entanto, a contribuição não paga que as mulheres davam à produção da saúde da população e ao bem-estar com o atendimento proporcionado em sanatórios e lar de velhos e por meio de outras atividades, como o preparo de refeições nutritivas e o incentivo ao desenvolvimento cognitivo das crianças.

34. O documento explicava parte do trabalho que havia sido empreendido na Região nas contas da saúde baseada no gênero e propunha cinco áreas de trabalho para esforços futuros destinados a tornar mais visíveis as contribuições das mulheres à saúde e ao desenvolvimento ao quantificá-las dentro da estrutura dos sistemas dos países de contas nacionais da saúde. Estas cinco áreas eram (1) desenvolvimento das contas do setor domiciliar como um complemento às contas nacionais da saúde e do sistema de contas nacionais que mediria a contribuição efetuada pelos domicílios – e em particular pelas mulheres dentro do domicílio – à produção de bens e serviços de saúde e outros serviços que produzem bem-estar à população; (2) estudos para determinar a carga dos cuidados feitos nos domicílios, em particular pelas mulheres, em países em que a atenção de saúde pública e sistemas de proteção social eram subfinanciados; (3) estudos do “repasso de custos” para os domicílios resultantes da reforma do setor da saúde ou de políticas de ajuste estrutural – ou seja, a medida em que os domicílios absorviam o custo da atenção quando medidas de contenção de custos eram implementadas como parte da reforma do setor da saúde ou do ajuste estrutural; (4) estudos da repercussão da transição demográfica e epidemiológica nas mulheres em termos de um maior tempo não-remunerado gasto com a prestação de cuidados a familiares idosos e/ou cronicamente doentes; e (5) desenvolvimento de comprovações empíricas quanto à contribuição das mulheres ao potencial de desenvolvimento humano, redução da pobreza e atenuação das armadilhas da pobreza baseadas na saúde – ou seja, a medida em que o trabalho não-remunerado das mulheres em casa ajudava a melhorar a qualidade do capital humano de um país e, desse modo, melhor seu crescimento e desenvolvimento econômico.

35. Solicitou-se ao Subcomitê que examinasse as atividades propostas e fizesse recomendações ao Comitê Executivo e, através deste, aos Estados-Membros no Conselho Diretor e à Diretora, sobre a importância de dar apoio a outros trabalhos analíticos e empíricos para dar visibilidade à contribuição invisível das mulheres à saúde e ao desenvolvimento econômico, assim como a repercussão das desigualdades na distribuição do trabalho ao explicar a persistência das desigualdades de gênero como limitações para a realização do potencial total de desenvolvimento humano das mulheres.

36. O Subcomitê expressou firme apoio aos esforços da OPAS visando a medir o valor econômico das contribuições não pagas das mulheres à saúde e ao desenvolvimento. Os delegados consideraram especialmente importante medir o grau em que os domicílios compensavam a ausência ou as deficiências dos serviços de atenção de saúde pública. Assinalou-se que os sistemas de saúde estavam basicamente terceirizando a atenção para os domicílios, mas o estavam fazendo sem ministrar qualquer treinamento ou outros recursos aos trabalhadores que prestariam a atenção, o que tinha graves implicações para a qualidade de atenção. Considerava-se que os sistemas de saúde deveriam investir parte do dinheiro economizado com a terceirização da atenção em treinamento e outro auxílio aos prestadores de assistência a fim de melhorar a qualidade da atenção fornecida. Além disso, considerava-se essencial não apenas quantificar o

atendimento proporcionado em casa, mas também determinar o tipo de atenção. Os delegados observaram que parte da atenção proporcionada em casa, embora não fosse atenção médica per se, era assistência de saúde no sentido que contribuía para a saúde da família, da comunidade e do país como um todo. Os delegados também assinalaram que, embora o atendimento em casa era proporcionado predominantemente por mulheres, homens e, em alguns casos, crianças estavam também incluídos na atenção e era considerado importante estimar também o valor desta atenção.

37. Em relação às atividades específicas propostas no documento, considerava-se que era uma agenda respeitável, mas bastante ambiciosa. Salientou-se a necessidade de planejamento cuidadoso e priorização das atividades, como a necessidade de um enfoque claro e uma definição explícita dos termos. Assinalou-se, por exemplo, que termos como “armadilhas da pobreza baseadas na saúde” eram ambíguos e requeriam esclarecimento para que todos envolvidos pudessem entender o que estava sendo medido. Os delegados acharam que a quarta área de trabalho proposta – avaliação da carga extra imposta às mulheres ao mudar os padrões demográfico e epidemiológico – também precisava ser esclarecida porque poderia ser interpretada como significando que as mulheres que não trabalhavam fora de casa eram uma carga para a sociedade. A colaboração interinstitucional e intersetorial era visto com sendo crucial ao êxito dos estudos e análises propostos, sobretudo na área de coleta de dados e desenvolvimento das medidas a serem usadas.

38. Os representantes da CEPAL e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) observaram que suas respectivas organizações também desenvolviam trabalhos relativos às contas nacionais e salientaram a necessidade de colaboração interinstitucional. O representante da CEPAL observou que os tipos de estudos propostos no documento não apenas ajudariam a dar visibilidade às contribuições não-remuneradas das mulheres à saúde e ao desenvolvimento, mas tornariam evidentes fenômenos como a feminilização da pobreza, que, por sua vez, facilitaria o planejamento de intervenções para resolver este problema.

39. O Dr. Suárez concordou que a colaboração interinstitucional era necessária na concepção de metodologias e instrumentos padronizados que proporcionariam dados comparáveis internacionalmente. Ele acreditava que o melhor curso de ação seria que os diversos organismos fizessem uma proposta metodológica conjunta, contribuindo com a experiência adquirida nos estudos de utilização do tempo e outras metodologias em diversos países da Região e a apresentasse à Conferência de Estatísticas das Américas da CEPAL. A Conferência era o organismo mais bem capacitado para fazer as recomendações aos países quanto aos tipos de instrumentos que deveriam ser usados a fim de aplicar-se um enfoque uniforme para a avaliação do valor do trabalho não-remunerado nos domicílios.

Política proposta de igualdade de gênero da OPAS (Documento MSD21/5)

40. A Dra. Carissa Etienne (subdiretora, OPAS) apresentou a política proposta de igualdade de gênero da OPAS, observando que esta havia sido concebida através de um processo consultivo com os grupos com foco no gênero e com o pessoal administrativo de hierarquia superior em toda a Organização. A política estava sendo proposta em resposta à existência generalizada de desigualdades de gênero na saúde. Procurava-se promover a equidade através da incorporação da perspectiva de gênero. A política da OPAS moldava-se pela política de gênero da OMS, mas era mais ampla e apresentava certas modificações.

41. Era de conhecimento geral que as disparidades existentes entre a saúde do homem e da mulher não se originavam somente das características biológicas entre os sexos, mas das diferentes posições ocupadas na sociedade e funções socialmente atribuídas. Esta posição desigual refletia-se em padrões heterogêneos, e com frequência desiguais, de riscos de saúde, estado de saúde e determinantes da saúde e em padrões diferenciados de acesso e controle de recursos e serviços, participação de homens e mulheres nas decisões que afetavam sua saúde e distribuição de responsabilidades e compensações associadas ao desenvolvimento da saúde.

42. No âmbito regional e mundial, vários mandatos importantes haviam ajudado a impulsionar a agenda de igualdade de gênero. Eles incluíam a Convenção para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a Plataforma de Ação de Pequim, a Convenção Interamericana para Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher (mais conhecida como Convenção de Belém do Pará) e vários outros, que haviam sido citados na seção do histórico do Documento MSD21/5 e mencionados reiteradamente no curso das deliberações do Subcomitê. Em resposta a estes mandatos e de acordo com a política de gênero da OMS e com o próprio Plano Estratégico da OPAS para 2003–2007, a Organização estava comprometida em incorporar a igualdade de gênero em todos os aspectos de seu trabalho de cooperação técnica, nas políticas de desenvolvimento nacional da saúde e nas políticas para o desenvolvimento organizacional e de recursos humanos da OPAS.

43. Os princípios norteadores para a política proposta de igualdade de gênero eram igualdade de gênero, equidade de gênero, participação ativa no processo decisório de mulheres e homens e incorporação da perspectiva de gênero. A meta global da política era contribuir para a obtenção da igualdade de gênero no estado da saúde e no desenvolvimento da saúde por meio de pesquisas, políticas e programas sensíveis ao gênero e a promoção ativa da igualdade e da equidade entre mulheres e homens. Os objetivos específicos da política e os componentes da estratégia de incorporação da perspectiva de gênero a ser aplicada estavam enunciados no documento.

44. A implementação da política requereria compromisso e capacitação do pessoal em todos os níveis e em toda a Organização, assim como a institucionalização das políticas e práticas, provisão adequada de recursos e monitoramento e controle eficazes. A gerência executiva do Secretariado asseguraria que os gerentes de hierarquia superior propagassem a política entre o pessoal, monitorassem sua aplicação e fossem responsáveis perante a Diretora e os Órgãos Diretivos da sua implementação. Também asseguraria que os objetivos para igualdade de gênero fossem rotineiramente incluídos nas políticas e planejamento institucionais e incorporados ao processo de planejamento orçamentário bienal de programas. Grupos com foco no gênero seriam nomeados dentro das áreas técnicas e administrativas na Sede, nos centros e nos escritórios nacionais, criando-se vinculações em todos os departamentos e níveis e incentivando-se a propriedade ampla do processo de incorporação da perspectiva de gênero em toda a Organização. Todas as áreas de trabalho e unidades dentro do Secretariado seriam incentivadas a utilizar dados desagregados por sexo e outras variáveis pertinentes e a preparar materiais sensíveis ao gênero para assegurar a incorporação das considerações de gênero em todos os programas de cooperação técnica da OPAS. No plano nacional, os escritórios representativos, em colaboração com a Sede, ministérios da Saúde, outros setores, ONGs e sociedade civil estabeleceriam dispositivos com quadro de pessoal e verbas apropriados para promover a igualdade de gênero nos sistemas nacionais de saúde. A Unidade de Gênero, Grupo Étnico e Saúde, em colaboração com os grupos com foco no gênero, forneceria orientação geral e apoio ao processo de incorporação.

45. Solicitou-se que o Subcomitê considerasse a política e a apresentasse ao Comitê Executivo e Conselho Diretor para análise e aprovação.

46. O Subcomitê cumprimentou o Secretariado pelo projeto de política, que considerava estreitamente alinhado com a política de gênero da OMS, mas adaptado às necessidades e características específicas da Região. O Subcomitê também elogiou o compromisso do Secretariado de assegurar que a responsabilidade pela implementação fosse compartilhada com toda a Organização. Os membros fizeram várias sugestões específicas de edição com respeito à linguagem usada no documento e propuseram várias modificações e emendas à própria política. Em particular, achava-se que deveria haver uma declaração clara e concisa do que de fato era a política. Assinalou-se que o documento estava bem a contento na apresentação do histórico e da meta, objetivos e componentes da política, mas não continha uma declaração explícita que dizia que “a política da OPAS para a igualdade de gênero é...”.

47. Os membros mostraram-se satisfeitos em ver que a diversidade havia sido incorporada à política, mas sugeriram que o conceito deveria ser ampliado além do status socioeconômico e grupo étnico para incluir diferentes faixas etárias, orientações sexuais, situações geográficas (rural/urbano), capacidades e incapacidades e minorias linguísticas, conforme o caso. Sugeriu-se também que um compromisso institucional específico para monitorar os resultados, sobretudo a efetividade das intervenções relativas ao gênero nos

resultados de saúde, deveria ser incluído entre os componentes da estratégia de incorporação da perspectiva de gênero.

48. O Subcomitê enfatizou a importância do monitoramento e avaliação para assegurar que a política não ficasse apenas no papel, mas que fosse de fato implementada. Com esta finalidade, propôs-se que um plano da implementação deveria ser elaborado. O plano deveria incluir passos para implementar a política a curto, médio e longo prazo e deveria incorporar um mecanismo eficaz de monitoramento e avaliação para acompanhar a incorporação da perspectiva de gênero aos programas de trabalho do Secretariado e dos Estados-Membros.

49. A Dra. Etienne disse que o Secretariado havia tomado nota das sugestões e recomendações do Subcomitê e os incorporaria ao documento. Respondendo à observação a respeito de uma declaração clara do que era a política, ela disse que, em essência, a política de igualdade de gênero da OPAS determinava que mulheres e homens deveriam ter condições iguais para exercer seus plenos direitos e potencial para ter saúde, contribuir para o desenvolvimento da saúde e beneficiar-se dos resultados. O Secretariado aperfeiçoaria esta declaração e o incluiria na versão revisada do documento a ser apresentada ao Comitê Executivo.

50. O Subcomitê respaldou a política proposta para igualdade de gênero e recomendou que uma resolução para sua aprovação formal fosse redigida para ser considerada primeiro pelo Comitê Executivo e posteriormente pelo Conselho Diretor.

Painel sobre as experiências institucionais e lições aprendidas na formulação e implementação das políticas de igualdade de gênero

51. As apresentações sobre esse ponto foram feitas pelos seguintes participantes da mesa redonda: Dra. Wanda Jones (Estados Unidos), Sra. Nathalie Valdes (Canadá), Sra. Mercedes Kremenetzky (Comissão Interamericana da Mulher, Organização dos Estados Americanos), Sra. María Nieves Rico (Comissão Econômica para América Latina e o Caribe das Nações Unidas), Sra. Gabriela Vega (Banco Interamericano de Desenvolvimento) e Dra. Adepeju Aderemi Olukoya (Organização Mundial da Saúde). Os diversos participantes da mesa redonda descreveram as experiências de seus respectivos países ou instituições ao incorporar a perspectiva de gênero. A maioria dos participantes de mesa redonda fez breves apresentações orais dos documentos que haviam escrito sobre o tema. Estes documentos foram distribuídos ao Subcomitê. As apresentações orais são resumidas a seguir.

Wanda K. Jones, Departamento de Saúde e Serviços Sociais, Estados Unidos

52. Os Estados Unidos não adotou o termo “incorporação da perspectiva de gênero”, mas nos últimos 20 anos o Departamento de Saúde e Serviços Sociais (DHHS) tem

aplicado um “enfoque da saúde da mulher”. O enfoque surgiu do relatório de 1985 de um grupo de estudo sobre temas da saúde da mulher que apresentava 15 recomendações para a melhora da saúde da mulher. Estas recomendações incluíam a promoção de um ambiente físico e social seguro e saudável, prestação de serviços para a prevenção e o tratamento de doenças, realização de pesquisas e avaliação, recrutamento e formação de pessoal de assistência de saúde, educação e informação do público e difusão de dados de pesquisa e elaboração de orientação para medidas legislativas e normativas.

53. Um dos efeitos mais importantes da aplicação desse enfoque foi a inclusão da mulher em todas as pesquisas financiadas pelo governo dos Estados Unidos. Antes do relatório do grupo de estudo, salvo a pesquisa que tratava especificamente da saúde reprodutiva da mulher, a grande maioria dos estudos na área da saúde excluía a mulher. Como resultado, havia pouca compreensão de como os temas de saúde afetavam distintamente homens e mulheres e meninos e meninas ou do efeito potencialmente diferencial dos medicamentos e intervenções em homens e mulheres. Agora, há um conjunto sólido de comprovações em que basear as decisões da saúde e de políticas e para direcionar os recursos para onde a necessidade é maior.

54. Outro efeito foram as melhorias nos currículos educacionais usados nas faculdades de ciências da saúde, buscando assegurar que reflitam as comprovações e resultados mais recentes com respeito às diferenças de sexo e gênero na saúde. Além disso, no ambiente acadêmico, há agora uma área reconhecida da especialização cujo único foco é entender as diferenças de sexo e gênero quanto ao risco de doenças, tratamento e resultados.

55. A promoção de causa para os temas da saúde da mulher ampliou-se ao longo dos anos, resultando na criação dos escritórios da saúde da mulher em muitos dos organismos do DHHS e em maior financiamento para programas, serviços e pesquisas específicos da saúde da mulher. Atualmente, o financiamento para as iniciativas centradas especificamente na saúde da mulher perfaz um total de cerca de US\$ 8,25 bilhões, embora esta cifra não reflita todos os gastos com a saúde da mulher, já que as mulheres também se beneficiam de programas e serviços para a população em geral.

56. Um dos principais desafios da assistência de saúde em geral nos Estados Unidos é a fragmentação da atenção. Esta fragmentação é particularmente crítica no caso das mulheres, que com frequência são obrigadas a ver diferentes tipos de provedores para diferentes tipos de atenção e serviços preventivos. Uma consequência disso é que as mulheres podem não estar passando pelas triagens recomendadas. O país está se empenhando no sentido de um enfoque integrado de “compra em um só lugar” para os serviços de saúde para as mulheres. No entanto, serão necessárias pesquisas para determinar se tal enfoque incorpora realmente uma perspectiva de gênero e se ele conduz a melhores resultados de saúde.

57. Do ponto de vista da equidade de gênero, um corolário interessante à aplicação do enfoque da saúde da mulher é o surgimento de um movimento para a saúde do homem, que defende medidas para abordar as diferenças baseadas no gênero dos riscos para a saúde e estado de saúde dos homens – por exemplo, uma expectativa de vida mais curta e maior mortalidade por doença cardíaca nos homens. Duas décadas de ênfase na saúde da mulher tem sido, portanto, boa também para os homens. Há agora uma compreensão e reconhecimento muito maior das diferenças de gênero na saúde e da necessidade de enfoques especificamente relacionados ao gênero para a prevenção e tratamento de doenças.

Nathalie Valdes, Health Canada, Canadá

58. O Canadá é o segundo maior país no mundo do ponto de vista de área geográfica. Noventa por cento da sua população de 31 milhões vivem na parte do sul do país, ao longo da fronteira com os Estados Unidos, mas outros 10% vivem em zonas remotas do norte, onde o acesso aos serviços de saúde pode ser um desafio. A expectativa de vida ao nascimento é bastante elevada em todo o país (77 anos para homens, 82 para mulheres), mas há grandes variações entre homens e mulheres e entre regiões e grupos étnicos. Assim como em muitos outros países, as mulheres no Canadá constituem uma parcela desproporcional da população pobre e recebem salários que são substancialmente mais baixos (73%) do que os pagos aos homens. Mesmo quando têm empregos fora de casa, as mulheres continuam, em grande parte, a ser responsáveis pelas tarefas domésticas. Calcula-se que, em média, as mulheres no Canadá passam 5 horas por dia fazendo trabalho não-remunerado, enquanto os homens passam 3,5 horas. As mulheres compõem a maioria das famílias de pais solteiros, sendo que 19% das famílias no Canadá são encabeçadas por mulheres. As mulheres também constituem uma parcela desproporcional da população de idosos.

59. Há muitos anos o Canadá está comprometido com a igualdade de gênero e a melhoria da situação e condição da mulher. O país aprovou todos os grandes acordos internacionais resultantes das diversas conferências globais para a mulher, e também tem implementado diversas estruturas nacionais para ação. Em resposta à adoção do Canadá da Plataforma para Ação de Pequim, o governo elaborou um plano federal para igualdade de gênero, que requereu a implementação da análise baseada no gênero em todos os departamentos federais. Este plano posteriormente foi expandido na Agenda para a Igualdade de Gênero, que é a estrutura em que o Health Canada atualmente trabalha. Foram criados dispositivos específicos de políticas, incluindo a Estratégia da Saúde da Mulher, Política de Análise Baseada no Gênero (ABG) e o Plano de Implementação da GBA, com o objetivo de aprofundar a compreensão de como o sexo e o gênero afetam o estado de saúde e o acesso aos serviços de saúde. Estes dispositivos de políticas foram criados através de um processo participativo que envolveu diversos setores, incluindo grupos da sociedade civil, cuja participação é considerada crucial para fazer avançar a

agenda da igualdade de gênero. Considera-se também vital assegurar que todos os diversos interessados diretos tenham propriedade do processo de formulação de políticas e dos dispositivos de políticas resultantes. Senão, não existirá o compromisso necessário para a implementação.

60. A Agenda para a Igualdade de Gênero envolve todos os departamentos do governo federal com a incorporação da perspectiva de gênero. Busca tratar das disparidades críticas e ampliar as oportunidades para a mulher canadense, levando em consideração as diferentes realidades de mulheres e homens. Entre estas disparidades críticas estão a pobreza entre as mulheres, serviço de cuidados de pessoas não-remunerado, violência de gênero e múltiplas formas de discriminação contra a mulher. A Estratégia da Saúde da Mulher procura melhorar a saúde das mulheres ao tornar o sistema de saúde mais receptivo às mulheres e temas da saúde da mulher, aplicando um enfoque de determinantes de saúde e de população. O programa de Contribuição para a Saúde da Mulher apóia pesquisas em política e produção de comprovações proporcionar informações para a formulação de políticas e reduzir a defasagem de conhecimento a respeito dos determinantes de gênero e da saúde. Uma série específica de indicadores da saúde da mulher foi desenvolvida para ajudar na descrição e mensuração dos determinantes da saúde e condição/resultados da saúde da mulher e fornecer dados de referência para a saúde da mulher para o monitoramento e avaliação da repercussão das políticas e programas com vistas a melhorar sua saúde. A Política de Análise Baseada no Gênero destina-se a elaborar políticas, programas e legislação para ajudar a assegurar a melhor saúde possível para mulheres e homens e meninos e meninas ao examinar e avaliar os vínculos entre gênero e saúde. Evidentemente, todos esses diversos dispositivos de políticas se sobrepõem e formam parte de um processo contínuo.

61. O esforço para incorporar a perspectiva de gênero no Canadá produziu várias lições, em particular a importância do compromisso com a incorporação da perspectiva de gênero em todos os níveis, mas especialmente nos níveis mais altos; a necessidade de uma estratégia clara para implementar as políticas, incluindo monitoramento e avaliação; a importância do diálogo e participação entre os setores; e a necessidade de comprovações com credibilidade que demonstrem o valor agregado com a incorporação da perspectiva de gênero e sua relevância para as prioridades específicas dos diversos interessados diretos. A experiência do Canadá também demonstrou que os desafios para a incorporação da perspectiva de gênero incluem falha na utilização dos dispositivos disponíveis, resistência contínua em alguns setores, limitações financeiras e de tempo, falta de um entendimento comum do que significa “gênero” e “análise baseada no gênero” (ABG), e a falta de exemplos práticos que exibem o valor de usar a ABG e como esta pode ser implementada. No entanto, a experiência até o momento demonstrou que a ABG é uma ferramenta valiosa para revelar os limites e tendências de pesquisas e metodologias anteriores e para compreender os perigos ocultos de fazer generalizações com base em subpopulações restritas, metodologias limitadas e diferentes contextos.

Mercedes Kremenetzky, Comissão Interamericana da Mulher, Organização dos Estados Americanos (CIM/OEA)

62. A incorporação do gênero está sendo buscada na OEA e pelos seus Estados-Membros mediante o Programa de Promoção dos Direitos Humanos da Mulher e a Equidade e Igualdade de Gênero (PIA), surgido em abril de 2000 como resultado da primeira Reunião de Ministros e Autoridades do Mais Alto Escalão Responsáveis pela Promoção da Mulher nos Estados-Membros (REMIM). O Programa se baseia em outros mandatos na questão do gênero contido em numerosas resoluções adotadas pela Assembléia Geral da OEA ao longo dos anos. Seu objetivo é assegurar a incorporação da perspectiva de gênero em todos os programas e políticas do sistema interamericano e seus países-membros. A Comissão Interamericana de Mulheres (CIM) é o órgão encarregado do monitoramento da implementação do Programa, e deve apresentar relatórios anuais de progresso, como o secretário-geral, à Assembléia. Como resultado dessa iniciativa, o Plano de Ação da Terceira Cúpula das Américas inclui um capítulo sobre a igualdade de gênero, respalda o PIA e reconhece a CIM como um assessor técnico ao Grupo de Avaliação da Implementação da Cúpula.

63. Como um primeiro passo em direção à implementação do Programa, a OEA fez um acordo com o governo canadense para um projeto para incorporar a perspectiva de gênero na implementação dos programas e das atividades por todos os órgãos, organismos e entidades da OEA, e dar a formação necessária para esta finalidade. Esse projeto, Projeto de Incorporação da Perspectiva de Gênero da OEA, busca assegurar que todos os programas e projetos da OEA beneficiem homens, mulheres, meninos e meninas de modo igual, equitativo e apropriado para que as desigualdades existentes de gênero não sejam perpetuadas e a coleta de dados estatísticos pertinentes, com desagregação por sexo, seja melhorada. Em junho de 2001, um comitê diretivo, envolvendo representantes do Gabinete do Secretário-Geral, CIM e Departamento de Serviços de Recursos Humanos, foi formado para coordenar o projeto. Depois de um processo de licitação pública lançado em janeiro de 2002, um contrato foi concedido à Kartini International, uma empresa canadense especializada em questões de igualdade de gênero e serviços de educação de adultos. A seleção de uma firma com competência reconhecida na formação profissional de pessoal internacional na incorporação da perspectiva de gênero é vista como sendo fundamental ao sucesso obtido até agora na implementação do Programa.

64. A Kartini realizou entrevistas com funcionários para avaliar o grau do conhecimento sobre os assuntos relativos a gênero, ouvir os comentários do pessoal e determinar as necessidades de formação profissional. Com base nos resultados, a empresa elaborou materiais para a formação tanto de instrutores quanto dos participantes. Entre agosto de 2002 e maio de 2003, oito cursos de formação profissional foram realizados na sede da OEA e dois foram oferecidos ao campo pessoal. Aproximadamente 200 pessoas participaram do curso. Os cursos contaram com a presença do pessoal de diversas entidades da OEA, incluindo a OPAS e também do Banco Interamericano de

Desenvolvimento. No futuro, o curso de formação pode ser estendido a outros organismos interamericanos. Até agora, o curso de formação produziu resultados muito positivos em termos de conscientização do pessoal sobre a necessidade de incorporar uma perspectiva de gênero aos projetos, políticas e programas da OEA e em termos da incorporação efetiva de considerações de gênero no planejamento orçamentário, coleta e análise de dados e outros aspectos do trabalho da OEA. Além disso, o projeto da OEA/CIM-ACDI contribuiu para a criação de um fórum eletrônico para o intercâmbio de dados como uma ferramenta para complementar o curso de formação sobre gênero ministrado. No entanto, sabe-se que, embora a formação tenha criado bases sólidas para a incorporação da perspectiva de gênero, é apenas um primeiro passo, e um esforço contínuo faz-se necessário para alcançar a meta máxima da equidade e igualdade de gênero em todas as áreas de política pública.

65. Várias conclusões podem ser tiradas da experiência da OEA até o momento para a incorporação da perspectiva de gênero. Primeiro é a necessidade de vontade política e compromisso nos escalões mais altos de uma instituição. No caso da OEA, a vontade política e o apoio tanto por parte dos Órgãos Diretivos da OEA como por parte dos Estados-Membros têm sido fundamentais. Outra necessidade essencial para o sucesso é ter os cursos de formação ministrados por instrutores capacitados e conhecedores do assunto. Também é crucial a provisão de verbas adequadas para a formação e outras atividades necessárias para tornar a incorporação da perspectiva de gênero uma realidade. A colaboração entre as organizações e entre os setores é também muito importante. Nesse sentido, a OEA examina várias áreas possíveis para a colaboração com a OPAS, em particular na formação para a incorporação da perspectiva de gênero e trabalho conjunto contínuo para abordar a violência de gênero.

María Nieves Rico, Comissão Econômica para América Latina e o Caribe das Nações Unidas (CEPAL)

66. A CEPAL considera a incorporação da perspectiva de gênero um meio para um fim, não tão um fim em si mesmo. É vista como uma ferramenta para alcançar o objetivo da equidade e igualdade de gênero. É também um processo dinâmico caracterizado tanto pelo progresso como por retrocessos. O enfoque da CEPAL para a incorporação da perspectiva de gênero é guiado pela definição adotada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) em 1997.

67. O processo de incorporar a perspectiva de gênero no trabalho da CEPAL tem mais de 30 anos. Começou no início dos anos setenta, quando a Comissão recebeu um mandato dos países-membros para realizar estudos sobre a condição da mulher na região. Depois da primeira Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada no México em 1975, todas as comissões regionais receberam um mandato para atuar como grupos centralizadores para as Nações Unidas nas questões da mulher, e a CEPAL, portanto, se tornou o grupo centralizador para a América Latina e Caribe. Em 1977, foi criada a

Unidade da Mulher e Desenvolvimento sob a Divisão de Desenvolvimento Social da CEPAL. Desde então, a CEPAL tem atuado como secretaria técnica para os países para assuntos e políticas relativas à melhoria da condição da mulher e conquista da equidade de gênero. Como parte deste papel, assumiu a responsabilidade pelo monitoramento do progresso dos acordos e compromissos originados das diversas conferências internacionais para a mulher e organizou nove conferências regionais sobre a mulher. As conferências regionais constituem o principal fórum na região para as questões de gênero.

68. Em 1993, foi tomada a decisão de passar a Unidade da Mulher e Desenvolvimento da Divisão de Desenvolvimento Social para o gabinete do secretário da Comissão, em reconhecimento ao fato de que a incorporação depende não apenas da existência de uma entidade responsável por as questões de gênero, mas do posicionamento desta entidade dentro da estrutura organizacional. Achava-se que, a fim de ser eficaz ao incorporar uma perspectiva de gênero no trabalho de toda a CEPAL, a Unidade precisava ter um perfil superior. Sua nova elevou o status da Unidade perante as outras divisões e unidades e tem permitido que trabalhe de modo mais antecipatório ao incorporar a perspectiva de gênero aos programas e projetos.

69. Um marco importante no processo de incorporação da perspectiva de gênero ocorreu em 1997, quando um projeto patrocinado pelo Organismo Alemão para a Cooperação Técnica (GTZ) foi lançado com o objetivo específico de institucionalizar a perspectiva de gênero no importante trabalho da CEPAL. Esse projeto foi significativo não apenas porque financiou especificamente a incorporação da perspectiva de gênero, mas porque, ao destacar a necessidade de incorporar as considerações de gênero em todos os projetos financiados pelo GTZ, criou pressão externa que ajudou a mobilizar apoio interno ao processo.

70. O projeto do GTZ levou ao desenvolvimento de uma estratégia para institucionalizar a perspectiva de gênero. A estratégia foi desenvolvida com participação ampla do pessoal de todas as divisões da CEPAL e, embora bem recebida, nunca foi efetivamente implementada como uma estratégia para o trabalho da Comissão como um todo, mas ficou limitada principalmente ao trabalho da Unidade. No entanto, foram conseguidos avanços inegáveis ao incorporar a perspectiva de gênero em algumas áreas, em particular a produção de dados estatísticos e desenvolvimento dos indicadores de gênero, assim como aplicação de uma perspectiva de gênero nos estudos setoriais nas áreas “difíceis”, como a macroeconomia que tradicionalmente era considerada como tendo pouco a ver com as questões de gênero. Avanços significativos também foram conseguidos ao incorporar uma perspectiva de gênero aos documentos de política e programação da CEPAL. Além disso, mais ou menos a partir de 1996, Unidade da Mulher e Desenvolvimento vem trabalhando estreitamente com a Divisão de Planejamento, Programação e Operações para assegurar que os projetos extra-orçamentários executados pela CEPAL incluam objetivos de equidade de gênero, embora haja ainda muito por fazer nessa área, como demonstrado por um estudo que verificou

que, de 247 projetos existentes em 2001, apenas oito incluíam uma perspectiva de gênero em seus objetivos principais.

71. Outro passo importante no processo foi a aprovação pelos Estados-Membros, em 1998, da criação de um subprograma dentro do programa regular de trabalho da CEPAL, que fortaleceu o mandato da Unidade da Mulher e Desenvolvimento para institucionalizar o gênero no trabalho da Comissão, interna e externamente, por meio das atividades de cooperação técnica da CEPAL. A criação do subprograma também aumentou o orçamento da Unidade e deu-lhe autonomia orçamentária.

72. Três processos nos últimos anos tiveram um grande impacto na incorporação da perspectiva de gênero dentro da CEPAL. Um é a formação de relações de trabalho mais próximas entre Unidade da Mulher e Desenvolvimento e outras divisões da CEPAL. Um segundo processo é o aumento quantitativo e qualitativo da cooperação para o desenvolvimento prestada pela Unidade aos países da região, que criou um “círculo virtuoso” em que a demanda por parte dos países de cooperação com uma perspectiva de gênero tem ajudado a motivar outras unidades e divisões a incorporar o gênero em seus projetos. O terceiro processo é o fortalecimento das atividades interinstitucionais com outros organismos das Nações Unidas e sistemas interamericanos e o desenvolvimento de projetos e estratégias conjuntos entre a Unidade da Mulher e Desenvolvimento e as entidades responsáveis pelas questões de gênero em outros organismos. Os desafios futuros são assegurar a sustentabilidade do que se conquistou até o momento e manter o impulso e continuar a avançar em direção à institucionalização da perspectiva de gênero em todos os aspectos do trabalho da Comissão.

Gabriela Vega, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)

73. O BID tem uma política para a mulher em desenvolvimento desde 1987, com o objetivo de incorporar uma perspectiva de gênero na planificação das operações do Banco e incluir as mulheres como participantes e beneficiárias dos programas e projetos apoiados por ele. O Banco também tem uma Unidade da Mulher no Desenvolvimento (MND), criada em 1994, que trabalha para incorporar a perspectiva de gênero às operações, políticas e estratégias do BID e adotou recentemente um plano de ação com esta finalidade. Além disso, o Banco tem um Conselho Consultivo Externo para a Mulher no Desenvolvimento cuja função é dar assessoria sobre assuntos que afetam a participação das mulheres em programas financiados pelo BID. O Conselho Consultivo é constituído de pessoas de diversas ONGs, instituições acadêmicas, governos e do setor privado com vasta competência em assuntos da MND e áreas relacionadas. Internamente, um outro órgão consultivo, o Comitê para o Ambiente e Repercussão Social, examina a viabilidade ambiental e sociocultural das operações do Banco, com atenção específica às considerações de gênero.

74. Uma das principais funções da Unidade da MND é fornecer ajuda técnica em questões da MND para a planificação e implementação de projetos patrocinados pelo BID. Dois enfoques básicos são usados para esta finalidade. Um busca incorporar o gênero em todo o ciclo de projeto, da planificação à implementação e avaliação, buscando mostrar como as questões de gênero estão envolvidas no problema a ser tratado e nos componentes e objetivos específicos do projeto. O outro enfoque é bastante específico ao setor e inclui o uso de especialistas que podem fornecer exemplos concretos derivados de projetos anteriores das vantagens de incorporar-se uma perspectiva de gênero nos projetos em uma área muito específica, como a construção de estradas ou trabalhos de infra-estrutura.

75. Uma estratégia que a Unidade da MND utilizou com êxito para impulsionar a incorporação da perspectiva de gênero é criar um “business case” para abordar as questões de gênero. Por exemplo, na área da violência de gênero, a Unidade buscou mostrar os custos econômicos da violência doméstica em termos de PIB e renda não recebida por trabalho por mulheres vítimas da violência, ilustrando assim como a violência doméstica é um obstáculo para a redução da pobreza, que é uma meta extensiva em todo o Banco.

76. Os desafios para um maior o progresso na incorporação da perspectiva de gênero incluem estender-se além das áreas principalmente sociais em que se considera mais viável incorporar uma perspectiva de gênero para outras áreas técnicas. Isso, por sua vez, requer formação profissional e incentivos para o pessoal participante. A Unidade da MND acredita que no caso de uma instituição como o BID – e o mesmo pode aplicar-se à OPAS – em que o pessoal são profissionais altamente especializados com uma ênfase em uma área particular de competência, a formação para sensibilização para questões gerais de gênero não é cabível e não será eficaz. Em contrapartida, é necessário adaptar a formação às questões específicas dos profissionais participantes e torná-la diretamente pertinente ao trabalho deles. Um outro desafio relacionado é o de melhorar o monitoramento e a avaliação dos resultados de projetos a fim de reunir as comprovações necessárias para demonstrar o exato efeito de aplicar uma perspectiva de gênero e, portanto, poder falar de uma posição abalizada ao defender a incorporação da perspectiva de gênero. A formação e a capacitação dos pares nos países também são necessárias para garantir isso, uma vez que a perspectiva de gênero é incorporada ao plano de um projeto, ela pode ser posta em prática. Um outro desafio importante é assegurar que as lições aprendidas das experiências ao integrar as questões de gênero aos projetos sejam documentadas e aplicadas em projetos subseqüentes.

Adepeju Aderemi Olukoya, Organização Mundial da Saúde (OMS)

77. O processo de incorporação da perspectiva de gênero na OMS evoluiu por várias etapas desde a criação de uma unidade da mulher, saúde e desenvolvimento dentro do grupo orgânico de Saúde Familiar e Reprodutiva próximo à época da conferência de

Pequim. O nome e a condição da unidade mudaram numerosas vezes ao longo dos anos, mas por muitos anos o foco de interesse principal de seu trabalho continuou sendo a saúde da mulher. Este trabalho contribuiu com muitas informações de valor sobre os aspectos de gênero de diversos problemas de saúde e sobre a repercussão das práticas tradicionais como a mutilação genital feminina para a saúde da mulher. Simultaneamente, iniciou-se um trabalho com alguns departamentos da OMS com o intuito de fazer com que se interessassem em incorporar as considerações de gênero em seu trabalho. No entanto, o progresso foi relativamente pequeno porque a unidade não dispunha de recursos adequados, não ocupava uma posição de destaque nem era vista com distinção dentro da estrutura institucional na Sede da OMS. Além disso, embora a Organização tenha adotado uma política de gênero em 2002 que demandava a integração das perspectivas de gênero no trabalho de toda a OMS, pouco progresso concreto foi feito para transpor a política em ação.

78. Em 2004, o Departamento de Gênero, Mulher e Saúde (GMS) foi criado dentro do grupo orgânico da Saúde da Família e Comunitária, que é supervisionado por um subdiretor geral responsável por cinco departamentos: Saúde Reprodutiva e Pesquisa; Saúde da Criança e do Adolescente; Gênero, Mulher e Saúde; Tornando a Gravidez Mais Segura; e as Imunizações e Vacinas. Atualmente, o GMS compreende duas áreas de trabalho, embora isso possa mudar como resultado de uma análise e exercício de reestruturação em toda a organização atualmente em andamento dentro da OMS. Estas áreas são Integração do Gênero na Saúde Pública e Gênero, HIV e Violência.

79. Um sinal de esperança é que há atualmente muito interesse no gênero dentro da OMS, e o GMS está trabalhando com várias áreas técnicas para incorporar as perspectivas de gênero e análise de gênero ao seu trabalho. Por exemplo, na área de HIV/Aids, o Departamento está ajudando a desenvolver diretrizes de gênero e HIV a serem aplicadas como parte da Iniciativa “3 em 5” e em outros aspectos da prevenção do HIV/Aids e, em decorrência da recente adoção da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, está desenvolvendo estratégias sensíveis ao gênero para o controle do fumo no plano nacional. Além disso, está empreendendo uma iniciativa para estudar o papel dos homens na promoção da igualdade de gênero e planos para realizar uma consulta sobre este tema em um futuro próximo. O Departamento está também elaborando indicadores sensíveis ao gênero e ferramentas para a capacitação, visto que há ainda capacidade limitada entre o pessoal da Sede e, especialmente, nos países para trabalhar com gênero e saúde.

80. A fim de reunir apoio de alto nível para a incorporação da perspectiva de gênero e obter uma melhor compreensão dos obstáculos que dificultaram a implementação da política de gênero da OMS, em janeiro de 2005 o Departamento organizou uma consulta com gerentes seniores da OMS. A consulta identificou barreiras políticas, conceituais, técnicas e institucionais. As barreiras políticas diziam respeito ao fato de que a política de gênero tem um caráter demasiado geral e ambíguo com respeito à responsabilidade. Além

disso, a cultura e estilo de gestão dentro da OMS não promovem a integração do gênero e há um número insuficiente de mulheres em cargos administrativos e profissionais liberais e nos comitês técnicos e outros órgãos consultivos. Entre as barreiras conceituais, verificou-se que há falta de clareza sobre o que “gênero” e “incorporação da perspectiva de gênero” significam. Há também uma percepção geral de que o gênero é relevante apenas em relação à paridade entre os sexos para o preenchimento do quadro de pessoal e outras políticas de recursos humanos e que “gênero e saúde” tem a ver somente com questões da saúde e da saúde reprodutiva da mulher. Quanto às barreiras técnicas, os dados de saúde ainda não estão sendo sistematicamente desagregados por sexo e há falta de diretrizes e ferramentas genéricas e específicas para a incorporação da perspectiva de gênero em diferentes áreas técnicas. Considerando-se as barreiras institucionais, a consulta destacou o fato de que muitos relatórios e declarações oficiais da OMS são “insensíveis ao gênero”. Os gerentes estavam convencidos de que uma Assembléia Mundial da Saúde sobre a incorporação da perspectiva de gênero, com o firme apoio dos Estados-Membros, fortaleceria a OMS ao integrar o gênero ao seu trabalho, em particular no plano nacional. Assim, o Departamento está no momento elaborando um documento com o intuito de conseguir a aprovação de uma resolução que iria requerer dele desenvolver uma estratégia para a incorporação da perspectiva de gênero na OMS.

81. Para o futuro, o Departamento está se empenhando para assegurar que as perspectivas de gênero sejam incorporadas em todos os processos de planejamento da OMS. Com esta finalidade, começou-se por expressar no orçamento para programas 2006–2007 uma meta para a área de Gênero, Mulher e Saúde e objetivos específicos para a integração do gênero na OMS, e destacaram-se os objetivos relativos ao gênero – ou a ausência deles – nas várias áreas de trabalho. Os focos futuros para o Departamento serão a incorporação do gênero nos mecanismos básicos da OMS, incluindo o planejamento operacional e o Décimo Primeiro Programa Global de Trabalho; o desenvolvimento de uma estratégia global e plano de ação sobre gênero da OMS; a inclusão do gênero em importantes produtos, como os Informes sobre a Saúde Mundial e outros relatórios importantes, principais documentos do Conselho Executivo e da Assembléia Mundial da Saúde e o trabalho sobre o papel do homem ao promover a igualdade de gênero. O Departamento também colaborará com outras áreas de trabalho relacionadas em questões de alcance intersetorial, como a pobreza e a equidade, e trabalhará com outros departamentos e escritórios regionais da OMS, em particular para coletar comprovações da eficácia das intervenções com enfoque de gênero nos resultados de saúde. Finalmente, se empenhará com afinco para realizar uma agenda de capacitação bastante ambiciosa, buscando adaptar a formação profissional às necessidades específicas de certos departamentos.

Discussão pelo Subcomitê das apresentações dos painéis

82. Os pontos principais originados da discussão desse ponto são resumidos a seguir:

- Há um grande denominador comum entre as experiências dos diversos ministérios, instituições e organizações. É importante documentar estas experiências para aprender a partir das experiências mútuas e não “reinventar a roda”.
- A propriedade e responsabilidade são cruciais ao sucesso da incorporação da perspectiva de gênero. Assim, será importante assegurar que estes dois elementos estejam presentes na política de gênero da OPAS.
- As questões de gênero devem receber mais atenção nos Órgãos Diretivos da OPAS e da OMS e em outros fóruns de alto nível para promover um diálogo mais amplo e maior compreensão destas questões.
- O contexto no qual a incorporação da perspectiva de gênero está sendo realizada atualmente é muito diferente do contexto que prevaleceu no começo dos anos noventa, quando a idéia começou a ganhar adeptos. Naquela época, o clima cultural era muito mais favorável no sentido dos direitos de mulher e igualdade de gênero. Atualmente, no entanto, em muitas partes do mundo há uma tendência crescente em direção ao conservadorismo e fundamentalismo nas esferas religiosas, políticas, econômicas e culturais e, em conseqüência, há uma receptividade muito menor ao conceito da igualdade de direitos para as mulheres. Nesse contexto, torna-se ainda mais necessário fornecer comprovações empíricas da repercussão positiva que a igualdade de gênero e um maior poder de decisão para a mulher podem ter, por exemplo, para reduzir a pobreza e estimular o desenvolvimento.
- Os partidários da necessidade da incorporação da perspectiva de gênero precisam se tornar interlocutores com credibilidade para persuadir os colegas em outros setores, em particular os setores econômicos e financeiros, da utilidade de incorporar uma perspectiva de gênero em seu trabalho. Para isso, eles precisam compreender e serem capazes de expressar como as considerações de gênero dizem respeito a questões técnicas específicas de interesse para estes colegas.
- A resistência à incorporação da perspectiva de gênero é devida em parte ao fato de que ela continua a ser percebida como uma questão exclusivamente das mulheres. Para desfazer esta percepção, é essencial persuadir os homens dos benefícios para eles mesmos da incorporação da perspectiva de gênero e incluí-los no processo. Ao mesmo tempo, é essencial não perder de vista o fato de que as mulheres sofrem um impacto maior com as iniquidades de gênero.
- Muitas universidades na Região agora oferecem programas e graduação em estudos de gênero e há hoje, portanto, uma massa crítica de especialistas em gênero com formação formal. Sendo assim, uma maneira que as instituições nacionais e internacionais poderiam fazer avançar a incorporação da perspectiva de gênero é incluir o conhecimento das questões de gênero como um recurso nos

anúncios de vagas para os postos, da mesma forma que o conhecimento de idiomas ou competência técnica especial são considerados vantagens que dá a um candidato uma margem competitiva no processo de recrutamento.

83. Concluindo a discussão, a Subdiretora elogiou os participantes de mesa redonda pela amplitude das informações fornecidas. Ela observou que haviam existido muitos pontos comuns nas apresentações. Vários participantes de mesa redonda haviam salientado a necessidade de mandatos bem claros para dar a legitimidade à busca da igualdade de gênero e a todo o processo de incorporação da perspectiva de gênero. As apresentações também haviam salientado a necessidade de vontade política, demonstrada em um compromisso com a incorporação da perspectiva de gênero no nível mais elevado de uma instituição, como também, de modo bastante importante, no nível operacional mais inferior. A necessidade de participação dos diversos setores também havia sido enfatizada, sobretudo nas organizações de sociedade civil e grupos de mulheres, a fim de estimular a propriedade e obter o consenso necessário para a implementação de políticas de gênero. A importância do monitoramento, da avaliação e da responsabilização havia sido enfatizada por todos os participantes de mesa redonda, assim como a necessidade crítica de capacitação em todos os níveis dentro das organizações e na sociedade.

84. Ela disse que, para a OPAS, como esta se prepara para implementar sua própria política de gênero, as apresentações dos painéis haviam sido muito instrutivas e que a Organização esperava continuar aprendendo com, e tirando proveito de, as experiências de seus organismos irmãos e da organização matriz, a OMS. Ela acrescentou que a OPAS também pretendia também trabalhar com países que tiveram sucessos na incorporação da perspectiva de gênero e poderiam oferecer o que foi aprendido e promover a cooperação horizontal entre os países nessa área.

Painel sobre o cumprimento da meta de desenvolvimento 3 da Declaração do Milênio das Nações Unidas: Igualdade de gênero e participação ativa no processo decisório pelas mulheres

85. As apresentações sobre esse ponto foram feitas pelos seguintes participantes da mesa redonda: Sra. Mercedes Borrero Quintero (Fundo de População das Nações Unidas), Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher), Dra. Sonia Montañó (Comissão Econômica para América Latina e o Caribe das Nações Unidas), Sra. Carmen Barroso (Federação Internacional de Planejamento Familiar), Sra. Hilary Anderson (Instituto Internacional de Treinamento e Pesquisa para a Promoção da Mulher das Nações Unidas). Os participantes da mesa redonda trataram dos enfoques e contribuições das suas respectivas organizações para a realização das Metas de Desenvolvimento para o Milênio, sobretudo a Meta 3: Promover a igualdade de gênero e dar maior poder de decisão para a mulher. As apresentações são resumidas a seguir.

Mercedes Borrero Quintero, Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP)

86. O FNUAP acredita que, como afirmou o secretário-geral das Nações Unidas Kofi Annan em várias ocasiões, a Meta 3 – dar maior poder de decisão para a mulher e conseguir a igualdade de gênero – é central à conquista de toda série de metas de desenvolvimentos estabelecidas na Declaração do Milênio. No entanto, o Fundo considera a meta relacionada à educação estabelecida sob a Meta 3 limitada e limitante em termos do alcance da ação necessária para dar maior poder de decisão para a mulher e atingir uma efetiva igualdade de gênero. O FNUAP, portanto, recebeu com satisfação a divulgação recente do relatório¹ preparado por Jeffrey Sachs, assessor especial do secretário-geral para as Metas de Desenvolvimento para o Milênio, e o relatório relacionado do Grupo de Estudo em Educação e Igualdade de Gênero.² Este último relatório propõe sete prioridades estratégicas para ação na Meta 3, juntamente com um conjunto ampliado de indicadores para o seguimento do progresso. As sete prioridades são: (1) fortalecer as oportunidades para a educação pós-primária para as meninas e concomitantemente cumprir com o compromisso de proporcionar educação primária universal; (2) garantir a saúde e direitos sexuais e reprodutivos; (3) investir na infraestrutura para a carga horária de mulheres e meninas; (4) garantir os direitos de propriedade e herança de mulheres e meninas; (5) eliminar a desigualdade de gênero no trabalho ao reduzir a sustentação das mulheres no trabalho informal, diminuindo as disparidades de gênero quanto aos rendimentos e a segregação ocupacional; (6) aumentar a proporção de mulheres ocupando cadeiras nos parlamentos nacionais e órgãos governamentais locais; e (7) combater a violência contra meninas e mulheres.

87. Destas prioridades, as mais relevantes ao trabalho do FNUAP são as relativas à saúde e direitos sexuais e reprodutivos, participação das mulheres no governo em âmbito nacional e local e violência de gênero, e é nestas áreas que o Fundo está concentrando os seus esforços com relação à Meta 3. Na região da América Latina e Caribe, o FNUAP está trabalhando em parceria com outros organismos para fortalecer as estruturas legais e dar apoio à formulação de políticas públicas para promover a equidade de gênero e garantir os direitos sexuais e reprodutivos. Na Nicarágua, por exemplo, apoiou os esforços para aprovar uma lei para oportunidades iguais para homens e mulheres e participou de iniciativas legislativas semelhantes em vários outros países da região. Em vários países, o Fundo, junto com a OPAS, a OEA e outros parceiros, promove também a legislação e ação para abordar o problema da violência de gênero, sobretudo a violência doméstica. Um projeto particularmente digno de menção contou com a participação de militares e autoridades encarregadas do cumprimento da lei. O projeto ajudou a iniciar

¹ Projeto do Milênio das Nações Unidas. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. Londres (Reino Unido) e Sterling, VA (EUA): Earthscan; 2005.

² Projeto do Milênio das Nações Unidas, Grupo de Estudo em Educação e Igualdade de Gênero. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. Londres (Reino Unido) e Sterling, VA (EUA): Earthscan; 2005.

um diálogo sobre as questões da saúde sexual e reprodutiva, incluindo a violência de gênero, com esses setores dominados pelo sexo masculino que tradicionalmente têm se mostrado resistentes a todo o conceito de gênero e equidade de gênero.

88. Outra área importante de atenção para o Fundo são os jovens e, em particular, a prevenção da gravidez de adolescentes e investida de poder para as jovens para negociar o sexo seguro e protegido. O FNUAP tem trabalhado com organismos da juventude em vários países latino-americanos ao delinear políticas e legislação relativas à saúde sexual e reprodutiva e direitos dos jovens. Um exemplo notável é uma lei sobre a paternidade responsável na Costa Rica que garante que os jovens reconheçam seus filhos e assumam a responsabilidade paterna.

89. Uma das experiências recentes mais bem-sucedidas do FNUAP ao incorporar as questões de gênero nas políticas e planos de desenvolvimento nacional na região ocorreu na Nicarágua, onde se contribuiu para a incorporação de uma perspectiva de gênero na estratégia de redução da pobreza nacional. Essa experiência foi especialmente satisfatória porque ofereceu uma oportunidade, com base em comprovação sólida derivada da análise de problemas de gênero, não apenas por incluir considerações de gênero em uma macropolítica, como também ao destacar maneiras em que mulheres podem contribuir para a redução da pobreza e desenvolvimento em um país.

90. O FNUAP acredita que, ao expandir os indicadores para além da educação e, especialmente, ao incorporar uma perspectiva de saúde sexual e reprodutiva e atividades de saúde sexual e reprodutiva nas MDM, será possível acelerar o progresso em direção à meta de igualdade de gênero e maior poder de decisão para a mulher.

Marijke Velzeboer-Salcedo, Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM)

91. O UNIFEM foi fundado em 1976, depois da Primeira Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade do México em 1975. Seu mandato é promover a igualdade de gênero e os direitos da mulher e a participação nas Nações Unidas e em políticas e programas locais, nacionais e regionais. O plano quadrienal mais recente do Fundo (2004–2007) estabelece quatro metas principais: (a) redução da pobreza e exclusão feminilizada; (b) eliminação da violência contra a mulher; (c) interrupção e a reversão da disseminação do HIV/Aids entre mulheres e meninas; e (d) igualdade de gênero na governança democrática em épocas da paz, assim como em tempos de recuperação da guerra. Estas metas guiam a colaboração técnica do UNIFEM e estão alinhadas com as prioridades formuladas não apenas na Declaração do Milênio como também na Plataforma para Ação de Pequim e a Convenção das Nações Unidas para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), que o UNIFEM considera sua carta magna.

92. O avanço no sentido da conquista dos direitos humanos das mulheres e da igualdade de gênero é evidentemente fundamental à visão da Declaração do Milênio e à redução de pobreza e às metas de desenvolvimentos estabelecidas. Contudo, os defensores dos direitos das mulheres e organizações em prol das mulheres permanecem profundamente céticos quanto às MDM. Isso é em parte devido ao fato de que as MDM não tratam adequadamente de várias questões de igualdade de gênero, especificamente a violência de gênero e saúde e direitos sexuais e reprodutivos, e na maioria dos casos os indicadores estabelecidos para acompanhar o progresso não são sensíveis ao gênero. O ceticismo das organizações em prol das mulheres também pode ser atribuído ao que talvez possa ser chamado de “sobrecarga estrutural”. Os grupos em prol das mulheres, em particular na Região das Américas, já estão se empenhando muito para que seus governos assumam a responsabilidade para o cumprimento de seus compromissos em relação à Plataforma de Pequim, CEDAW e outras plataformas de ação. As MDM são vistas como uma plataforma e série de princípios adicionais para os quais essas organizações agora precisam dar sua colaboração ao monitoramento e informes. Além disso, muitas das organizações em prol das mulheres na Região ainda não têm muito conhecimento das MDM.

93. O enfoque do UNIFEM às MDM está exposto em uma publicação recente conjunta com o governo alemão, *Caminho para Igualdade de Gênero: CEDAW, Pequim e as MDM*,³ que destaca as vinculações entre a CEDAW, Plataforma para Ação de Pequim e a Declaração do Milênio. As três plataformas são consideradas de mútuo apoio e convergentes, em vez de separadas, e é ilustrado como as MDM podem ser um meio para avançar para a igualdade de gênero e assegurar o cumprimento dos compromissos políticos e legais dos estados incluídos na CEDAW e na Plataforma de Pequim. Identificam-se as estratégias eficazes e comprovadas que foram desenvolvidas nas últimas décadas através dos esforços de implementar a CEDAW e a Plataforma de Pequim, que agora podem ser levadas em consideração para atingir as MDM. Além disso, busca-se a participação de organismos governamentais e não-governamentais, em particular organizações em prol das mulheres, envolvidas nos informes sobre a CEDAW e Pequim, no processo da MDM para assegurar uma perspectiva de igualdade de gênero no monitoramento e informes sobre as metas.

94. Na região da América Latina e do Caribe, o UNIFEM está empregando este mesmo enfoque, mas com especial ênfase à incorporação das questões de gênero e participação das mulheres no trabalho internacional, regional e nacional para o cumprimento das MDM. O Fundo está trabalhando estreitamente com outros organismos

³ Waldorf, L. *Pathway to Gender Equality: CEDAW, Beijing and the MDGs*. Nova York: Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), Ministério Federal Alemão para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (BMZ), Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH; 2004.

internacionais e também com outros setores, tais como planejamento e finanças. Ele está colaborando com a CEPAL, o FNUAP e vários outros organismos em uma análise das MDM em sete países, que resultou no fortalecimento dos indicadores existentes e na identificação de novos indicadores para monitorar a inclusão das considerações de gênero nos processos das MDM em andamento nestes países. O relatório sobre estas análises está sendo usado para incorporar o gênero nos relatórios da MDM e para educar e mobilizar as organizações em prol das mulheres. Um projeto empreendido em conjunto com o PNUD no Peru é ilustrativo deste enfoque: por meio da formação e difusão de informações, promoção de causa e criação de uma coalizão com as organizações de mulheres, mídia, universidades, líderes políticos e outros interessados diretos, o projeto está buscando incluir o gênero como uma questão transversal nos esforços de atingir todas as oito MDM no plano nacional e assegurar que o monitoramento e informes das MDM incorporem a análise de problemas de gênero.

A Dra. Velzeboer-Salcedo concluiu sua apresentação com um vídeo elaborado como parte do projeto já mencionado para sensibilizar as organizações em prol das mulheres e os formuladores de políticas da importância das MDM e de alguns dos desafios a serem vencidos no Peru.

Sonia Montaña, Comissão Econômica para América Latina e o Caribe das Nações Unidas (CEPAL)

95. Do ponto de vista da CEPAL, uma das principais deficiências da Declaração do Milênio e das MDM é a falha em incorporar as perspectivas regionais. Em consequência, embora se concentrem em grande parte na pobreza, quase nenhuma atenção é dada à questão do emprego, que na América Latina e no Caribe é fundamental para superar a pobreza. Como uma comissão regional, a CEPAL considera muito importante introduzir essa dimensão regional e está coordenando a produção de um relatório interinstitucional que apresente uma visão regional das Metas. [Não acredito que esse relatório já tenha sido publicado, pelo menos não parece estar disponível no website da CEPAL, mas se foi publicado, acrescentar uma nota de rodapé aqui e dar o título e outras informações bibliográficas na nota de rodapé.]

96. O relatório incorpora o gênero como um tema transversal em todas as metas e identifica outros indicadores relativos ao gênero para cada uma delas. Por exemplo, sob a Meta 1, Erradicar a miséria e a fome, são apresentados dados dos países na região que destacam a situação da pobreza entre as mulheres e a sobre-representação da mulher na população pobre. Além disso, e de grande importância da perspectiva regional, faz-se um vínculo firme entre a pobreza e a questão do emprego e das desigualdades de gênero que existem no acesso ao emprego, que limita a capacidade das mulheres de conseguir autonomia econômica e sair da pobreza. De modo semelhante, no capítulo sobre educação, o relatório revela que, embora a maioria dos países da região tenham conseguido a paridade entre os sexos nos matriculados nas escolas e em alguns países o

número de mulheres matriculadas hoje supera os matriculados do sexo masculino no nível secundário e universitário, quando os dados são desagregados pelo grupo étnico, área de residência (rural/urbana) e condição socioeconômica, fica claro que vários países ainda têm um longo caminho a percorrer em termos da objetivação e priorização necessária para alcançar os objetivos e as MDM para a educação. O relatório também salienta as disparidades de gênero que existem em outros indicadores relativos à educação. Por exemplo, uma análise das razões para a evasão escolar entre meninos e meninas na região revela que os meninos tendem a abandonar a escola para exercer trabalhos remunerados ao passo que, quando meninas abandonam a escola, é em geral por razões associadas a responsabilidades familiares e trabalho doméstico não-remunerado.

97. O capítulo 3 do relatório, que trata da Meta 3, novamente salienta a necessidade de introduzir uma perspectiva de gênero nos indicadores por todas as Metas e assinala que os valores baseados em médias nacionais ou regionais podem mascarar as diferenças entre os sexos entre regiões geográficas e grupos populacionais. Por exemplo, os dados sobre o alfabetismo na América Latina e Caribe parecem indicar que a região alcançou a MDM, mas uma análise mais aprofundada revela que ainda existe uma disparidade significativa de alfabetismo entre adultos homens e mulheres e que os índices de analfabetismo são particularmente elevadas entre as mulheres indígenas. Esse capítulo também sublinha o fato de que, embora estejam diminuindo as disparidades de gênero no trabalho, educação e outras áreas, os benefícios desta maior igualdade de gênero não estão atingindo todas as mulheres de modo uniforme. As mulheres pobres, por exemplo, sobretudo da zona rural, ainda não conseguem ter acesso às oportunidades de emprego e de educação que lhes permitiriam escapar do ciclo vicioso da pobreza. Ao mesmo tempo, a própria pobreza está sofrendo um tipo de efeito de “equalização”: nos setores de baixa remuneração, a disparidade de gênero diminuiu nos 10 últimos anos, não porque mais mulheres estão empregadas ou porque as mulheres estão ganhando mais, mas porque a situação dos homens piorou. Evidentemente, no entanto, a igualdade de gênero em termos da pobreza não é o objetivo sendo buscado sob as Metas de Desenvolvimento para o Milênio.

98. Outro fenômeno revelado pelo relatório é que um fator fundamental nas desigualdades de gênero na participação das mulheres nas esferas públicas e de trabalho é a distribuição desigual do trabalho no domicílio. Embora, nos últimos 20 anos, cada vez mais mulheres na região entraram para a força de trabalho, os homens não “entraram na cozinha”. Esta situação não apenas representa uma carga excessiva de trabalho sobre as mulheres, mas também limita suas oportunidades e opções de trabalho.

99. A CEPAL está, portanto, esforçando-se para introduzir os indicadores complementares sensíveis ao gênero nas oito Metas a fim de revelar as desigualdades de gênero que estão impedindo a realização plena das MDM pelos países da região. A Comissão acredita que as Metas de Desenvolvimento para o Milênio se tornaram

evidentemente parte importante da agenda internacional, e que, apesar de suas falhas e limitações, elas oferecem uma oportunidade de fortalecer e fundamentar o progresso em direção à igualdade de gênero conseguida ao longo dos anos como resultado de outros mandatos internacionais, em particular a Plataforma de Pequim e o Programa de Ação do Cairo.

Carmen Borroso, Federação Internacional de Planejamento Familiar/Continente Americano (IFFP/WHR)

100. A IPPF/WHR foi fundada em 1954, e atualmente tem 46 associações-membros funcionando em países das Américas. Ela presta mais de 18 milhões de atendimentos todos os anos, principalmente na área de saúde e direitos sexuais e reprodutivos. A IPPF/WHR há muito trabalha pela igualdade de gênero e investida de poder da mulher. Inicialmente, a Federação começou por abordar a questão do gênero através de atividades dirigidas a melhorar a qualidade de atendimento proporcionado em seus ambulatórios. Ao longo dos anos, desenvolveu uma série de manuais e realizou atividades de capacitação visando a assegurar que a perspectiva de gênero seja aplicada em todos os seus serviços de saúde sexual e reprodutiva. Refletindo o compromisso da IPPF/WHR com a igualdade de gênero, em 1988, a diretoria da Federação aprovou uma resolução que determina que pelo menos 50% dos membros de seus órgãos executivos, nos planos regional e nacional, devem ser mulheres. Em 1989, criou um grupo de estudo sobre a mulher para implementar políticas sensíveis ao gênero. Este grupo de estudo ainda existe hoje e é muito ativo.

101. A IPPF/WHR compartilha das preocupações dos outros organismos com respeito às limitações das MDM, em particular quanto à sua falha em requerer o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva e métodos para a prevenção da gravidez não desejada. No entanto, a Federação também considera as MDM uma oportunidade grandiosa de vincular a saúde sexual e reprodutiva às questões maiores de desenvolvimento, redução da pobreza e sustentabilidade ambiental e contribuir para a criação de um meio favorável no qual as mulheres possam exercer plenamente os seus direitos. A IPPF/WHR realizou recentemente dois simpósios sobre as MDM para examinar a contribuição da saúde sexual e reprodutiva ao desenvolvimento e para enfatizar a necessidade de incorporar nas MDM a meta de garantir o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva até 2015, como decidido em comum acordo na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo. O primeiro simpósio foi realizado em Nova York em outubro de 2004, e o segundo foi realizado no Rio de Janeiro em novembro de 2004. Os dois encontros reuniram representantes de governos e organismos das Nações Unidas, assim como representantes da sociedade civil, da comunidade acadêmica e da mídia.

102. Chegou-se a quatro conclusões principais nos dois simpósios. Primeiro, as intervenções de saúde sexual e reprodutiva e a implementação do Programa de Ação do Cairo são essenciais para erradicar a pobreza e atingir as MDM. Em segundo lugar, como

assinalou a representante da CEPAL, as MDM precisam ser abordadas de uma perspectiva regional. Isto é considerado fundamental na Região das Américas, que se sabe ser a de maior desigualdade no mundo. Os participantes dos simpósios consideraram a desigualdade como o maior desafio para a erradicação da pobreza e para assegurar a saúde na América Latina e no Caribe e assinalaram que, devido às enormes desigualdades internas e entre os países, seria possível atingir as MDM em um nível global sem causar melhoria alguma à situação das parcelas mais pobres da população. A terceira grande conclusão foi que a política macroeconômica existente deve ser questionada quanto à falta de consideração de investimentos nos setores sociais e no bem-estar das populações, e a quarta conclusão foi que, embora a garantia do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva requeira um investimento considerável, poderá trazer também enormes benefícios econômicos e à saúde. Ou, visto por uma perspectiva contrária, a falta de investimento na saúde sexual e reprodutiva acarretará enormes conseqüências para o desenvolvimento e crescimento econômico, visto que, por exemplo, um terço do total de anos de vida ajustados em função da incapacidade (AVAD) em mulheres em idade fértil são devido a problemas da saúde sexual e reprodutiva.

103. A IPPF/WHR acredita que os dois simpósios, junto com as iniciativas de outras entidades e organizações, sobretudo o Projeto de Milênio e seus diversos grupos de estudo, estão tendo um efeito positivo ao remediar as deficiências das MDM e destacando a importância da saúde sexual e reprodutiva para alcançar não apenas a Meta 3 mas todas as Metas de Desenvolvimento para o Milênio.

Hilary Anderson, Instituto Internacional de Treinamento e Pesquisa para a Promoção da Mulher das Nações Unidas (INSTRAW)

104. Como as outras organizações representadas no painel, o enfoque do INSTRAW às MDM dá ênfase para que sejam transpostas as amplas definições de igualdade de gênero inicialmente estabelecidas pelo Programa de Ação do Cairo e Plataforma para Ação de Pequim. O INSTRAW acredita que as MDM podem ser uma ferramenta potente para obter e manter o consenso sobre o desenvolvimento internacional entre os Estados-Membros das Nações Unidas e uma maneira prática de operacionalizar os compromissos e as prioridades de Cairo e Pequim.

105. As MDM têm sido muito criticados nos cinco últimos anos por não abordarem várias prioridades fundamentais de desenvolvimento e questões de direitos humanos. De certa forma, as Metas deram ao conceito da igualdade de gênero, que com freqüência é difícil operacionalizar, um foco mais nítido ao anexar metas e indicadores específicos. O tipo formal de igualdade apresentada nas MDM, que dá ênfase à paridade de gênero nas esferas educacionais e políticas, é um primeiro passo necessário no avanço da igualdade de gênero. Os números são de fato importantes. O aumento significativo da representação das mulheres na educação e na política ajudará a dar maior reconhecimento às questões de gênero e das mulheres, tanto social quanto politicamente. A paridade entre os sexos,

no entanto, não é igualdade de gênero, que é um conceito muito mais substantivo que não pode ser medido exclusivamente através de números.

106. Seria um erro pensar que as MDM podem ser sustentada ou equitativamente alcançadas sem as visões mais amplas da igualdade de gênero contidas nos acordos do Cairo e Pequim. Estes acordos expõem definições holísticas de igualdade de gênero que examinaram de modo abrangente os diversos aspectos do desenvolvimento pessoal e social que tanto surgem da desigualdade de gênero como dão origem a ela. Uma definição holística de qualidade de gênero abrange a condição e participação econômica e social, participação política, sexualidade humana, acesso à informação e serviços, segurança, educação e uma variedade de outras facetas da vida diária que não estão expressas nas MDM. Os acordos do Cairo e de Pequim expõem várias questões que são centrais ao alcance das MDM, em particular, e da igualdade de gênero, de um modo geral.

107. Acima de todas estas questões está saúde reprodutiva. Ter uma saúde reprodutiva plena e a capacidade de exercer os direitos reprodutivos é condição indispensável para a igualdade de gênero, para um maior poder de decisão para a mulher e para o cumprimento de todas as outras Metas. Como observaram outros participantes da mesa redonda, as MDM também carecem de uma perspectiva de diversidade que reconheça que atenção especial é necessária para o avanço das Metas em certas populações, incluindo as jovens adolescentes, mulheres idosas, mulheres indígenas, lésbicas, mulheres pobres, mulheres migrantes e outros grupos marginalizados. Além disso, a maioria dos indicadores para o monitoramento do progresso em direção às MDM não depende de dados desagregados por sexo. Para medir, por exemplo, a primeira Meta, Erradicar a miséria e a fome, os indicadores não requerem dados desagregados, embora se saiba que as mulheres são desproporcionalmente afetadas pela pobreza e que lares encabeçados por mulheres estão entre os mais pobres da população pobre. O risco de monitorar as MDM sem usar indicadores sensíveis ao gênero é que as Metas podem ser alcançadas sem trazer nenhum benefício importante às mulheres. Tais indicadores são também necessários para destacar e abordar o papel fundamental dos homens ao promover e proteger, assim como ao violar, os direitos humanos das mulheres. A interrupção e reversão da disseminação do HIV/Aids, como estabelecido na Meta 6, por exemplo, requer uma ênfase explícita ao comportamento masculino e à vulnerabilidade das mulheres.

108. Outra questão crítica ignorada pelas MDM é violência contra a mulher. Embora seja mencionado brevemente na Declaração do Milênio como um impedimento para o desenvolvimento das mulheres, continua invisível pela omissão das MDM. A repercussão negativa da violência no que diz respeito à mulher e à sua capacidade de exercer seus direitos humanos e usufruir deles não pode ser exagerada. Embora existam dispositivos legais e de políticas para proteger as mulheres contra a violência – em particular, a Convenção de Belém do Pará – a questão permanece em grande parte no nível jurídico e

de políticas. Poucos avanços concretos foram obtidos para reduzir a incidência da violência contra a mulher. A falta de dados e informações, esforços de monitoramento e programas integrados ainda dificultam o entendimento da violência contra a mulher e a capacidade de enfrentar este problema.

109. Apesar de suas falhas, no entanto, as MDM oferecem um exemplo da utilidade de concretizar compromissos internacionais em ações, metas e indicadores específicos. Elas devem ser vistas não como algo que suplanta ou torna desnecessário os compromissos existentes, mas como um ponto de partida prático para a execução dos compromissos mais abrangentes, holísticos e de maior grande alcance estabelecidos com os acordos de Pequim e do Cairo e como um primeiro passo para uma efetiva igualdade de gênero e maior poder de decisão para a mulher.

Discussão pelo Subcomitê das apresentações dos painéis

110. Na discussão que seguiu às apresentações, a Dra. Gómez pediu aos participantes para que fizessem comentários sobre o tipo de ação deveria ser empreendida no setor da saúde e, especificamente, pela OPAS para progredir em direção ao cumprimento da meta de igualdade de gênero e maior poder de decisão para a mulher. Surgiram os seguintes pontos e recomendações:

- A OPAS e cada uma das outras organizações dentro da sua respectiva área de atenção devem se esforçar para assegurar que todos os dados coletados para o monitoramento e informes das MDM sejam desagregados por sexo. Além disso, metas e indicadores complementares devem ser desenvolvidos para monitorar o progresso com respeito às questões não abordadas nas MDM que são centrais ao desenvolvimento e ao avanço da igualdade de gênero na Região, em particular a saúde e direitos sexuais e reprodutivos, emprego e violência de gênero. Com relação a esta última, o mecanismo sendo criado pela OEA para monitorar o cumprimento da Convenção de Belém do Pará fornecerá um instrumento valioso para monitorar o progresso e fazer com que os governos assumam responsabilidade.
- Os diversos organismos também devem trabalhar para destacar as vinculações e as sinergias entre as diversas metas e objetivos e o papel fundamental que um maior poder de decisão para a mulher e a saúde da mulher desempenham em todos eles.
- A inclusão da sociedade civil, especialmente de organizações em prol das mulheres, para monitorar o progresso nas MDM é crítica. As redes de mulheres na Região podem ser uma força poderosa para promover as Metas e exigir a responsabilidade dos governos e é necessário um esforço muito maior por parte

- dos diversos organismos internacionais para mobilizar sua participação e utilizá-la tirando maior proveito.
- A OPAS deve promover a formação com o intuito de assegurar que o pessoal dos serviços de saúde assimile o conceito de gênero e aplique uma perspectiva de gênero na prestação dos serviços de saúde.
 - A OPAS também deve promover a pesquisa e coleta de dados para mostrar a repercussão que as reformas do setor da saúde estão tendo sobre a saúde da mulher e a capacidade dos países de atingir as MDM. Também deve incentivar o diálogo entre as autoridades dos setores social e da saúde e autoridades dos setores da economia e finanças sobre as implicações da reforma do setor da saúde e programas de ajuste estrutural para o cumprimento das MDM.

111. Em seus comentários finais, a Subdiretora assinalou que várias das MDM estão relacionadas à saúde e salientou o compromisso da OPAS, como uma organização de saúde, de assegurar que seu trabalho contribua para o cumprimento das metas. Ela observou que, como o gênero, as MDM estavam sendo incorporadas de uma maneira transversal no planejamento e programação de todas as unidades e áreas de trabalho dentro da Organização. Ela disse que a OPAS considera a saúde fundamental ao desenvolvimento e acredita que as MDM, apesar de suas falhas, constituem um bom caminho para reduzir a pobreza e promover a equidade.

Recomendações da 21ª sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento à 136ª sessão do Comitê Executivo

112. O Subcomitê preparou as seguintes recomendações para apresentação ao Comitê Executivo:

A 21ª sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento do Comitê Executivo:

Considerando-se:

1. A existência de desigualdades persistentes de gênero no âmbito da saúde;
2. Os compromissos internacionais acertados pelos Estados-Membros e os organismos de cooperação quanto à igualdade de gênero, enfatizando entre estes acordos a Declaração de Pequim (1995), as recomendações de Pequim + 10 (2005) e as Metas de Desenvolvimento da Declaração do Milênio (2000);

3. O princípio supremo de equidade consagrado pelas Constituições da OMS e OPAS bem como nas Resoluções dos Órgãos Diretivos da OPAS sobre igualdade de gênero;
4. A evidência internacional que indica que a adoção de critérios de equidade de gênero nas políticas e programas condiz com princípios, não só de justiça, mas também de eficácia, efetividade e eficiência na prática da saúde pública;
5. A prática crescente dentro dos organismos das Nações Unidas e do Sistema Interamericano e de alguns Estados-Membros de formular e implementar políticas de igualdade de gênero;
6. A promulgação de uma Política de Gênero da OMS (2002) e a adaptação desta está sendo realizada por algumas das regiões,

Recomenda-se:

Ao Comitê Executivo na sua 136^a. sessão de junho de 2005,

1. A aprovação e apresentação da Política de Igualdade de Gênero ao Conselho Diretor para sua aprovação final mediante resolução.
2. A formação de um grupo de trabalho dentro do Comitê Executivo de junho de 2005 para realizar uma revisão do âmbito e esferas de ação do Subcomitê para a Mulher, Saúde e Desenvolvimento aprovados em 1992 e submetam sua recomendação à 137^a. sessão do Comitê Executivo de setembro de 2005. Esta revisão incluiria o papel, funções, composição, afiliação e periodicidade das reuniões do Subcomitê. O grupo de trabalho incluiria os quatro Estados-Membros do Comitê Executivo que participaram deste Subcomitê, um organismo irmão, outra unidade técnica da OPAS e o secretariado do GE e poderá desenvolver processos de consulta incluindo outros organismos e representantes da sociedade civil.

À Diretora,

Quanto à implementação da Política de Igualdade de Gênero:

1. Realizar jornadas de discussão, na sede e os países, sobre as implicações da política de igualdade de gênero para as distintas áreas de trabalho da Organização.
2. Estabelecer mecanismos institucionais para desenvolver, implementar e avaliar um Plano de Ação para a implementação da política, incluindo (a) mecanismos de consulta que incluam a formação de um grupo consultor externo; (b) uma rede de grupos

focais internos, nos escritórios dos países e (c) um sistema de monitoramento e prestação de contas por parte dos altos escalões administrativos à Direção, e desta aos Órgãos Diretivos. Este sistema de monitoramento conteria indicadores de progresso, resultados mensuráveis, entidades responsáveis e limites de tempo para os relatórios periódicos.

3. Desenvolver planos de ação quinquenais enquadrados dentro do conceito de programas regionais. A coordenação da elaboração destes planos recairia sobre o GE, mas requererá a participação ativa de todas as unidades e escritórios nos países e será incorporada aos respectivos programas orçamentários bianuais. Tais planos indicarão pontos estratégicos iniciais —temáticos e geográficos— visando à sua implementação gradativa.
4. Analisar possíveis sistemas de incentivos para as unidades do Secretariado, países e Ministérios, a fim de estimular o trabalho de incorporação transversal da política.
5. Identificar especificamente recursos financeiros e humanos apropriados, dentro dos recursos existentes em nível central e nas Representações, para fortalecer as áreas selecionadas dentro do Plano de Ação.
6. Dar ênfase à produção e análise de dados desagregados por sexo e outras variáveis relevantes, por parte de toda a Organização e que tal ênfase seja refletida nas publicações da Organização.
7. Promover a elaboração de materiais e programas de capacitação com perspectiva de gênero, adaptados às temáticas e necessidades específicas das áreas indicadas no Plano.
8. Identificar a incorporação da perspectiva de gênero como prioridade institucional na mobilização de recursos financeiros e técnicos.
9. Incluir tópicos de igualdade de gênero nos diversos fóruns políticos e administrativos que a Organização realize no plano regional, sub-regional e nacional.
10. Apoiar a elaboração de contas satélites complementares ao sistema de contas nacionais da saúde e ao sistema de contas nacionais, a fim de dar visibilidade à contribuição não-remunerada das mulheres ao sistema de atenção à saúde, estimativa da dimensão e distribuição da carga imposta aos membros do domicílio pelos sistemas de saúde com subfinanciamento e identificação de boas práticas.
11. Garantir a paridade entre os sexos, não só no recrutamento, mas também na promoção e no maior poder de decisão para a mulher nas políticas institucionais de recursos humanos.

Quanto à realização das Metas de Desenvolvimento da Declaração do Milênio:

1. Supervisionar na Meta 3 o objetivo “perdido” de violência de gênero. Colaborar para este fim com outros organismos do sistema, apoiando e sem repetir o seguimento da Convenção de Belém do Pará por parte da CIM/OEA.
2. Promover uma consulta regional para avaliar o impacto do gênero das reformas do setor da saúde sobre a realização das Metas de Desenvolvimento da Declaração do Milênio, sobretudo quanto à Meta de Redução da Mortalidade Materna.

Encerramento da sessão

113. A Diretora agradeceu ao Subcomitê por seu trabalho diligente e pela preparação de uma ótima série de recomendações. Ela expressou seu agradecimento à Presidente por sua habilidade ao orientar as deliberações e aos delegados para suas observações perspicazes e contribuições.

114. A Presidente estendeu seus agradecimentos aos delegados e aos expositores e participantes do painel e em seguida declarou encerrada a 21ª sessão.

Anexos

AGENDA

1. Abertura da sessão
2. Aprovação da agenda e programa de reuniões
3. Apresentação e debate dos pontos da agenda
4. Relatório sobre os avanços da OPAS em gênero, saúde e desenvolvimento
5. Equidade de gênero nos recursos humanos da OPAS
6. Avanços na incorporação da perspectiva de gênero em uma área de cooperação técnica da OPAS: Contas nacionais da saúde
7. Política proposta de igualdade de gênero da OPAS
8. Painel sobre as experiências institucionais e lições aprendidas na formulação e implementação das políticas de igualdade de gêneros
9. Painel sobre o cumprimento da meta de desenvolvimento 3 da Declaração do Milênio das Nações Unidas: Igualdade de gênero e participação ativa no processo decisório pelas mulheres
10. Outros assuntos
11. Recomendações
12. Encerramento da sessão

LISTA DE DOCUMENTOS

MSD2/1, Rev. 1 e MSD21/WP/1)	Aprovação da agenda e programa de reuniões
MSD21/3, Rev. 1	Relatório sobre os avanços da OPAS em gênero, saúde e desenvolvimento
MSD21/4	Avanços na incorporação da perspectiva de gênero em uma área de cooperação técnica da OPAS: Contas nacionais da saúde
MSD21/5	Política proposta de igualdade de gênero da OPAS

LIST OF PARTICIPANTS*
LISTA DE PARTICIPANTES

Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité

Cuba

Dra. Sonia Beretervide Dopico
Miembro del Secretariado Nacional de la Federación de
Mujeres Cubanas a cargo del trabajo comunitario
La Habana

Sra. Marisabel de Miguel Fernández
Segunda Secretaria
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

Dominica

Ms. Shirley Augustine
Coordinator, Special Projects
Ministry of Health and Social Security
Roseau

Honduras

Dra. Fanny Mejía
Subsecretaria de Riesgos Poblacionales
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa, D.C.

Paraguay

Dra. Wilma Basualdo
Viceministra de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

* Em versão inglês-espanhol

Members of the Subcommittee (*cont.*)
Miembros del Subcomité (*cont.*)

Paraguay (cont.)

Lic. Marta Cecilia Diarte Vega
Sectorialista de Salud
Dirección Sectorial de la Mujer
Secretaría de la Mujer
Asunción

United States of America
Estados Unidos de América

Mr. Richard Walling
Director
Office for the Americas and Middle East
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Tina Chung
International Health Officer
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Ginny Gidi
International Health Officer
for the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Dr. Wanda Jones
Deputy Assistant Secretary for Health (Women's Health)
Office of Public Health and Science
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

United States of America (cont.)
Estados Unidos de América (cont.)

Ms. Lindsay Stewart
Advisor
Population, Health, and Nutrition Team
Office of Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean

Observer Member States
Estados Miembros Observadores

Canada
Canadá

Ms. Melissa Follen
Senior Policy Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Nathalie Valdes
Senior Policy Analyst
Health Canada
Ottawa

United Nations
Naciones Unidas

**United Nations International Research and Training Institute
for the Advancement of Women (INSTRAW)**

Ms. Carmen Moreno
Ms. Hilary Anderson

United Nations (*cont.*)
Naciones Unidas (*cont.*)

Economic Comision for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Dr. Sonia Montaña
Sra. María Nieves Rico

United Nations Population Fund (UNFPA)
Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)

Ms. Marisela Padron

United Nations Development Fund for Women

Dr. Marijke Velzeboer-Salcedo

Specialized Agencies
Agencias Especializadas

WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Dr. Adepeju Aderemi Olukoya
Coordinator
Integrating Gender into Public Health (GPH)
Department of Gender, Women and Health (GWH)
Family and Community Health Cluster (FCH)

Intergovernmental Organizations
Organizaciones Gubernamentales

Inter-American Comision of Women
Comisión Interamericana de Mujeres

Sra. Mercedes Kremenetzky
Sra. Carmen Lomellin

Intergovernmental Organizations (cont.)
Organizaciones Gubernamentales (cont.)

Inter-American Development Bank
Banco Interamericano de Desarrollo

Ms. Gabriela Vega

Nongovernmental Organizations
Organizaciones No Gubernamentales

International Planned Parenthood Federation
for Latin America and the Caribbean
Federación Internacional de Planificación de la Familia
para América Latina y el Caribe

Ms. Carmen Barroso

Presenters/Ponentes

Ms. Hilary Anderson
United Nations International Research and Training Institute
for the Advancement of Women (INSTRAW)

Ms. Carmen Barroso
Regional Director
International Planned Parenthood Federation
for Latin America and the Caribbean

Dr. Wanda Jones
Deputy Assistant Secretary for Health
U.S. Department of Health and Human Services

Sra. Mercedes Kremenetzky
Especialista
Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)
Organización de los Estados Americanos (OEA)

Sra. Carmen Lomellin
Secretaría Ejecutiva
Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)
Organización de Estados Americanos (OEA)

Presenters/Ponentes *(cont.)*

Dr. Sonia Montaña
Jefe, Unidad de Mujer y Desarrollo
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Ms. Carmen Moreno
Director
United Nations International Research and Training Institute
for the Advancement of Women (INSTRAW)

Sra. María Nieves Rico
Unidad Mujer y Desarrollo
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Dr. Adepeju Aderemi Olukoya
Coordinator
Integrating Gender into Public Health (GPH)
Department of Gender, Women and Health (GWH)
Family and Community Health Cluster (FCH)
World Health Organization

Ms. Marisela Padron
Director, Latin America and Caribbean Division
United Nations Population Fund (UNFPA)

Ms. Nathalie Valdes
Senior Policy Analyst
Health Canada

Ms. Gabriela Vega
Chief, Women in Development Program Unit
Inter-American Development Bank

Dr. Marijke Velzeboer-Salcedo
Chief of the Latin America and Caribbean Division
United Nations Development Fund for Women

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana De La Salud**

**Director and Secretary ex officio of the Subcommittee
Directora y Secretaria ex officio del Subcomité**

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

**Advisers to the Director
Asesores de la Directora**

Dr. Joxel García
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director
Subdirectora

Mr. Eric J. Boswell
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Daniel López Acuña
Director of Program Management
Director de Gestión de Programas

**Technical Secretary
Secretaria Técnica**

Dr. Elsa Gómez
Regional Adviser on Women, Health, and Development
Area of Gender, Ethnicity, and Health
Consultora Regional sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo
Área de Género, Etnicidad y Salud