

MULHERES E SAÚDE

EVIDÊNCIAS DE HOJE
AGENDA DE AMANHÃ



Organização
Mundial da Saúde

MULHERES E SAÚDE

EVIDÊNCIAS DE HOJE
AGENDA DE AMANHÃ



Organização
Mundial da Saúde

Publicado também em inglês com o título:

Women and health: today's evidence tomorrow's agenda

© Organização Mundial da Saúde 2009

ISBN 978 92 4 156385 7

Catalogação na fonte da Biblioteca da OMS:

Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.

1.Saúde da mulher. 2. Serviços de saúde da mulher- tendências . 3. Acontecimentos que mudam a vida. 4.Indicadores Básicos de Saúde. 5.Justica social. 6. Identidade de gênero. 7.Politica Social. 8.World health. 9.Developing countries.
I. Organização Mundial da Saúde.

(NLM classification: WA 309)
ISBN 978-85-7967-059-6 (português)

© Organização Mundial da Saúde 2011

Todos os direitos estão reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser obtidas junto à WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Pedidos de permissão para reproduzir ou traduzir publicações da OMS – para venda ou distribuição não comercial – deverão ser dirigidos à WHO Press, no endereço acima mencionado (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As designações usadas e a apresentação do material da presente publicação não implicam em expressão de opinião de qualquer natureza por parte da Organização Mundial da Saúde a respeito da situação legal de qualquer país, território, cidade ou área, suas autoridades, ou relativas à delimitação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam as linhas fronteiriças aproximadas sobre as quais não há ainda acordo pleno.

A menção à empresas específicas ou a produtos de determinados fabricantes não significa que eles são respaldados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que foram, ou não, aqui mencionados. Exceto por erro ou omissão, os nomes dos produtos com direitos exclusivos são distinguidos pela letra inicial maiúscula.

Todas as precauções possíveis foram tomadas pela Organização Mundial da Saúde para comprovar as informações contidas nesta publicação. Contudo, o material está sendo distribuído sem garantia de qualquer tipo, explícita ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material é do leitor. Em nenhuma circunstância a Organização Mundial da Saúde se responsabilizará pelos danos decorrentes de seu uso.

Agradecimentos

O presente relatório foi produzido sob a direção geral dos Assistentes-Diretores-Gerais Tim Evans e Daisy Mafubelu. Os membros da equipe editorial (em ordem alfabética) foram: Carla AbouZahr, Isabelle de Zoysa e Claudia García Moreno. Valiosas contribuições foram dadas por Ties Boerma, Andrew Cassels, Susan Holck, Colin Mathers e Thomson Prentice.

Foram recebidas contribuições de: Jonathan Abrahams, Fiona Adshead, Adelio Antunes, Timothy Armstrong, Gini Arnold, Parijat Bajjal, Anand Balachandran, John Beard, Douglas Bettcher, Michel Beusenberg, Paul Bloem, Monika Blössner, Sophie Bonjour, Cynthia Boschi-Pinto, Francesco Branca, Nathalie Broutet, Marie-Noel Brune, Tony Burton, Alexander Butchart, Txema Calleja, Diarmid Campbell-Lundrum, Guy Carrin, Andrew Cassels, Somnath Chatterji, Rudi Coninx, Melanie Cowan, Catherine d'Arcanques, Mercedes de Onis, Bruce Dick, Tarun Dua, Varatharajan Durairaj, David Evans, Jane Ferguson, Daniela Fuhr, Lisa Garbus, Peter Ghys, Philip Glaziou, Fiona Gore, Rifat Hossein, Ahmadrza Hosseinpour, Mie Inoue, Véronique Joseph, Mary Kay Kindhauser, Evelyn Kortum, Tanya Kuchenmuller, Jennifer Lee, Sun Goo Lee, Wim Van Lerberghe, Doris Ma Fat, José Martinez, Elizabeth Mason, Pamela Sabina Mbabazi, Christopher Mikton, Charles Mock, Nirmala Naidoo, Francis Ndowa, Joerdis Ott, Heather Papowitz, Razia Pendse, Judy Polsky, Yongyuth Pongsupap, Vladimir Poznyak, Annette Prüss-Ustün, Eva Rehfuss, Chen Reis, Leanne Riley, Lisa Rogers, Ritu Sadana, Shekhar Saxena, Lale Say, George Schmid, Archana Narendra Shah, Iqbal Shah, Ferid Shannoun, Kurup Anand Sivasankara, Amani Siyam, Yves Souteyrand, Marcus Stalhofer, Claudia Stein, Gretchen Stevens, Joanna Tempowski, Shyam Thapa, Andreas Ullrich, Constanza Vallenias, Annette Verster, Susan Wilburn, Sachiyo Yoshida e Dongbao Yu.

Foram recebidos comentários valiosos de: Mahmoud Fatallah, Sharon Fonn, Adrienne Germain, Pirooska Ostlin, Sundari Ravindran, Sheila Tlou e Tomris Türmen.

Merecem agradecimentos especiais: o Departamento de Política de Atenção em Saúde, Escola Médica de Harvard – Robert Jin, Ronald C. Kessler e Nancy Sampson – pela análise de dados sobre mulheres e problemas de saúde mental.

Apoio adicional de redação foi dado por Gary Humphries e Diane Summers. O relatório foi editado por David Bramley e revisado por Diana Hopkins. O índice foi elaborado por June Morrison. Desenhos e Gráficos foram elaborados por Steve Ewart e Christophe Grangier. As versões impressas e para web foram preparadas por Gael Kernen e a edição de produção por Melanie Lauckner. Sue Piccolo ofereceu o apoio administrativo na preparação do relatório.

A OMS é grata ao Aspen Institute's Realizing Rights: Ethical Globalization Initiative pelo apoio financeiro à produção e distribuição do presente relatório.

Tradução para a Língua portuguesa

A tradução do original em inglês e publicação em língua portuguesa foi possível por meio do apoio do Programa de Cooperação Internacional em Saúde da OPAS/OMS no Brasil e Ministério da Saúde - Termo de Cooperação nº 41 para a rede ePORTUGUÊSe

Revisão técnica: Elylene Leocádio, Suzanne Jacob Serruya, Islene Araujo de Carvalho, Regina Ungerer e Floriza Gennari.

Tradução: Jean-Pierre Barakat

Apoio: Representação da OPAS/OMS no Brasil, Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Departamento de Género, Mulher e Saúde da OMS, Departamento de Género, Diversidade e Direitos Humanos da sede da OPAS.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

MULHERES E SAÚDE

	Prefácio	v
	Introdução	vii
	Resumo executivo	ix
Capítulo 1	Compreendendo a saúde das mulheres no mundo de hoje	1
	Mulheres no mundo	4
	Aumentando a expectativa de vida	5
	A transição da saúde	6
	As desigualdades socioeconômicas têm efeitos adversos sobre a saúde	8
	As iniquidades de gênero afetam a saúde das mulheres	9
	Mulheres entre conflitos e crises	11
	Mulheres e o sistema de atenção em saúde	11
	Conclusões	13
Capítulo 2	A menina criança	17
	Ainda ocorrem muitos óbitos de bebês e crianças	19
	Os diferenciais do sexo na saúde	21
	Mutilação genital feminina	23
	Abuso e maus-tratos	23
	Conclusões	23
Capítulo 3	Meninas adolescentes	27
	Época de boa saúde, mas também de risco	29
	Puberdade e início da vida sexual	30
	Gravidez na adolescência	31
	Infecções sexualmente transmitidas	31
	Uso de substâncias psicoativas	32
	Dieta pobre e inatividade física	32
	Saúde mental na adolescência	33
	Conclusões	33
Capítulo 4	Mulheres adultas: os anos reprodutivos	37
	A saúde das mulheres durante os anos reprodutivos	39
	Saúde materna	40
	Mulheres e HIV/AIDS	43
	Infecções sexualmente transmissíveis	45
	Câncer cervical	45
	Infertilidade	46
	Conclusões	47
Capítulo 5	Mulheres adultas	49
	Mortalidade e carga de doenças	51
	Mulheres, depressão e suicídio	53
	Fatores de risco para doenças crônicas	54
	Violência	55
	Doença e utilização de serviços de saúde	56
	Conclusões	57
Capítulo 6	Mulheres mais velhas	59
	Mulheres e envelhecimento	61
	Influências socioeconômicas na saúde das mulheres mais velhas	62
	Quais são os problemas de saúde enfrentados pelas mulheres mais velhas?	62
	Administrando incapacidades — uma questão de prevenção e atenção	65
	Cuidando de mulheres mais velhas	66
	Conclusões	67
Capítulo 7	As implicações das políticas	71
	Liderança	73
	Serviços de saúde responsivos	75
	Cobertura universal	77
	Política Pública	78
	Rastreado o progresso	81
	Conclusões	85
	Índice	89

Prefácio

Quando assumi o cargo em 2007, pedi que meu desempenho fosse julgado pelos resultados obtidos em relação à saúde das mulheres e dos povos da África. O meu compromisso para com essas populações reafirma a longa história da OMS de abraçar os mais necessitados e corrigir as desigualdades em saúde e seus determinantes.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e outros compromissos globais centraram-se principalmente nos direitos e nas necessidades das mulheres e a atual crise financeira e a desaceleração econômica tornam este enfoque ainda mais urgente. Proteger e promover a saúde da mulher é crucial para a saúde e o desenvolvimento, não apenas para os cidadãos de hoje, mas também para aqueles das gerações futuras.

O presente relatório analisa as evidências sobre as questões de saúde que afetam particularmente meninas e mulheres em todo seu ciclo de vida. Apesar de terem alcançado um progresso considerável nas últimas duas décadas, as sociedades estão ainda falhando com as mulheres nos momentos-chave de suas vidas. Estas falhas são mais agudas em países pobres e entre as mulheres mais pobres em todos os países. Nem todas têm se beneficiado igualmente do progresso recente e muitas meninas e mulheres ainda não conseguem alcançar seu potencial pleno por causa de desigualdades de saúde, sociais e de gênero persistentes e da inadequação dos sistemas de saúde.

Este relatório não oferece uma análise global da situação das mulheres e da saúde no mundo, pois os dados e as evidências disponíveis são muito desiguais e incompletos para que isso seja possível. De fato, um dos resultados mais marcantes do relatório é a escassez de estatísticas sobre as questões-chave de saúde que afetam meninas e mulheres. Porém, ele reúne o que se conhece atualmente e identifica áreas onde dados precisam ser gerados, dados disponíveis compilados e analisados e onde pesquisas devem ser realizadas para preencher lacunas críticas da base de evidências.

Espero que a apresentação do presente relatório sirva de incentivo para o diálogo sobre as políticas em âmbito local, regional e global, ofereça suporte às ações dos países, das agências e dos parceiros de desenvolvimento e para chamar atenção às estratégias inovadoras que levarão à real melhoria da saúde e da vida de meninas e mulheres no mundo.



Margaret Chan

Diretora-Geral

Organização Mundial da Saúde

Introdução

O presente relatório utiliza dados atualmente disponíveis para fazer um balanço da saúde de meninas e mulheres no mundo e chamar a atenção para as consequências e os custos decorrentes da falta de tratamento de questões de saúde em momentos específicos de suas vidas.

Este relatório estrutura-se em torno do ciclo de vida, dividido em etapas de relevância particular para a saúde: a primeira infância (do nascimento até os nove anos de idade), a adolescência (dos 10 aos 19 anos de idade), a vida adulta (dos 20 aos 59 anos de idade, incluindo as faixas reprodutivas de 15 a 44 anos de idade) e a terceira idade (dos 60 anos de idade em diante)^a. Embora muitos dos fatores que afetam a saúde da menina, da adolescente, da mulher adulta e da mulher mais velha não se encaixem perfeitamente ou exclusivamente nestas etapas, a abordagem promove um conhecimento aprofundado sobre como as intervenções na infância, na adolescência, durante e após os anos reprodutivos afetam a saúde futura e as próximas gerações.

Os dados contidos no presente relatório são extraídos de bases de dados e publicações da OMS e de publicações de outras agências das Nações Unidas. Os leitores deverão consultar estas fontes para mais informações sobre a compilação de dados e os métodos de análise. As fontes principais estão referenciadas no texto. Embora reúna uma riqueza de evidências, o relatório não pretende ser exaustivo; de fato, ele aponta lacunas significativas no conhecimento sobre a saúde das mulheres.

Embora o relatório compare, em alguns casos, mulheres com homens, na sua maior parte ele chama a atenção para as diferenças na saúde e na atenção em saúde que meninas e mulheres recebem em vários cenários. O relatório destaca a interação entre os determinantes biológicos e sociais da saúde das mulheres e o papel da desigualdade de gênero no aumento da exposição e da vulnerabilidade aos riscos, na restrição do acesso à atenção em saúde e à informação e sua influência nos resultados de saúde.

O relatório ressalta a importância das múltiplas contribuições das mulheres à sociedade em seus papéis produtivos e reprodutivos, como consumidoras e ainda como importantes provedoras da atenção em saúde. Ao reconhecer este fato, o relatório demanda a implementação de reformas na atenção primária em saúde para que os sistemas de saúde atendam melhor as necessidades de meninas e mulheres.

^a Estes grupos etários foram identificados baseados em questões e necessidades de saúde e não correspondem necessariamente às definições das Nações Unidas.

RESUMO EXECUTIVO

Visão Geral

Este relatório aborda as necessidades de saúde das mulheres e seu impacto na saúde das sociedades. A saúde das mulheres vem sendo uma preocupação da OMS há muito tempo, mas hoje, torna-se uma prioridade urgente, como demonstra o presente documento. Com base em dados atuais, este relatório faz um balanço sobre o que se conhece a respeito da saúde das mulheres ao longo de suas vidas e nas várias regiões do mundo.

Destacando questões-chave, algumas familiares e outras que merecem maior atenção, o relatório identifica oportunidades para se promover avanços com maior rapidez. Ele aponta áreas em que a melhoria das informações, além do diálogo sobre as políticas em âmbito nacional, regional e internacional, poderiam levar a abordagens mais eficazes. O relatório mostra a relevância das reformas na atenção primária em saúde estabelecidas no “Relatório Mundial da Saúde de 2008: Atenção Primária em Saúde – Agora Mais que Nunca”, dando ênfase especial à necessidade urgente de atuação mais coerente das lideranças políticas e institucionais, de maior visibilidade e de mais recursos para salvar vidas e melhorar a saúde de meninas e mulheres nos próximos anos. Por fim, ele põe em relevo as necessidades e a importância da coleta, análise e disseminação de dados.

A abordagem ao longo da vida, aqui adotada, demonstra como intervenções realizadas na infância, na adolescência, nos anos reprodutivos e mais além, afetam os anos futuros e as próximas gerações. Destaca também a interação de determinantes biológicos e sociais na saúde das mulheres e chama atenção para o impacto na saúde da desigualdade de gênero, que aumenta a exposição e a vulnerabilidade ao risco, limitando o acesso à atenção em saúde e às informações. Embora o relatório demande mais atenção aos problemas de saúde que afetam apenas as mulheres, como o câncer cérvico-uterino e os riscos relacionados à gravidez e ao parto, ele mostra que a preocupação com as necessidades de saúde das mulheres devem ir além das questões sexuais e reprodutivas.

O relatório chama atenção para as consequências e os custos decorrentes do não tratamento das questões de saúde em determinados momentos da vida das mulheres. Pois, em um mundo que testemunha o envelhecimento da população, o desafio é prevenir e gerenciar os fatores de riscos do hoje, de modo a evitar problemas crônicos de saúde do amanhã.

A abordagem ao longo da vida revela a importância das inúmeras contribuições das mulheres à sociedade, em seus papéis produtivos e reprodutivos, como consumidoras e como grandes provedoras de atenção em saúde. Pelo reconhecimento deste fato, o relatório pede reformas para assegurar que as mulheres se tornem agentes-chave na atenção em saúde e estejam centralmente envolvidas na elaboração, no gerenciamento e na provisão de serviços de saúde.

Resultados-chave

1. Desigualdades generalizadas e persistentes

Desigualdades entre mulheres e homens

Embora mulheres e homens compartilhem desafios de saúde similares, as diferenças entre eles são tais, que a saúde das mulheres merece atenção particular. Geralmente, as mulheres vivem mais do que os homens por causa de vantagens biológicas e comportamentais. Contudo, em alguns locais, notadamente em partes da Ásia, estas vantagens são anuladas pela discriminação baseada no gênero, que torna a expectativa de vida ao nascer do sexo feminino menor ou igual à do sexo masculino.

Além disso, a longevidade das mulheres não é necessariamente mais saudável. Há condições que são vivenciadas tão somente pelas mulheres, cujo impacto negativo é sofrido apenas por elas. Algumas destas condições, como gravidez e parto, não são doenças, mas processos biológicos e sociais que acarretam riscos à saúde e requerem cuidados. Alguns desafios de saúde afetam mulheres e homens, porém

com impacto maior ou diferente sobre as mulheres, requerendo respostas específicas e sob medida para atender suas necessidades.

Outras condições afetam mulheres e homens mais ou menos de forma idêntica, mas as mulheres encontram maiores dificuldades de acesso às ações de saúde que necessitam. Além disso, as desigualdades baseadas no gênero, por exemplo, na educação, na renda e no emprego, limitam a capacidade de meninas e mulheres protegerem sua própria saúde.

Diferenças entre países de alta e baixa renda

Embora existam muitas semelhanças nos desafios de saúde enfrentados pelas mulheres no mundo, há diferenças marcantes relacionadas às diferentes condições de vida. Em cada idade, mulheres dos países de alta renda vivem mais e são menos propensas a sofrer problemas de saúde e a morrer prematuramente do que aquelas dos países de baixa renda. Nos países mais ricos, as taxas de mortalidade para crianças e mulheres jovens são muito baixas e a maioria dos óbitos ocorre após os 60 anos de idade. O quadro é bem diferente nos países mais pobres: a população é em média mais jovem, as taxas de mortalidade infantil são mais altas e a maioria dos óbitos no sexo feminino ocorre entre meninas, adolescentes e mulheres adultas mais jovens. A diferença mais gritante entre países ricos e pobres ocorre na mortalidade materna: 99% de mais de meio milhão de óbitos maternos anuais acontecem nos países em desenvolvimento. Não é de surpreender que a carga mais alta de morbidade e mortalidade, especialmente nos anos reprodutivos, concentre-se nos países mais pobres e institucionalmente mais fracos, particularmente naqueles que enfrentam crises humanitárias.

Desigualdades dentro dos países

A saúde de meninas e mulheres, em cada país, é afetada de forma crítica por fatores sociais e econômicos, como o acesso à educação, riqueza familiar, local de residência. Em quase todos os países, meninas e mulheres que vivem em lares mais ricos morrem menos e usam mais os serviços de atenção à saúde do que aquelas que vivem em lares mais pobres. Tais diferenças não se limitam a países em desenvolvimento, mas se encontram também no mundo desenvolvido.

2. Sexualidade e reprodução são questões centrais da saúde das mulheres

A saúde das mulheres durante os anos férteis ou reprodutivos (entre 15 e 49 anos) é relevante não apenas para as mulheres em si, mas pelo impacto na saúde e no desenvolvimento da próxima geração. Muitos dos desafios de saúde encontrados nesta faixa etária, apenas as meninas e mulheres jovens enfrentam. Por exemplo, as complicações de gravidez e parto representam a principal causa de óbito em mulheres jovens com idade entre 15 e 19 anos nos países em desenvolvimento. Globalmente, a principal causa de óbito entre as mulheres em idade reprodutiva é HIV/AIDS. Meninas e mulheres são particularmente vulneráveis à infecção pelo vírus HIV devido à combinação de fatores biológicos com as desigualdades de gênero, particularmente em culturas que limitam os conhecimentos sobre o HIV, a capacidade de se proteger e de negociar uma relação sexual mais segura. Os fatores de risco mais importantes para óbito ou incapacidades nesta faixa etária, em países de baixa e média renda, são a falta de contraceptivos e o sexo inseguro. Estes problemas resultam em gravidez não desejada, abortos inseguros, complicações na gravidez e no parto e infecções sexualmente transmissíveis, inclusive pelo HIV. A violência é um risco adicional significativo para a saúde sexual e reprodutiva da mulher e pode levar também a transtornos mentais e outros problemas crônicos de saúde.

3. Doenças crônicas, outros agravos e problemas de saúde mental

Embora as necessidades de saúde sexual e reprodutiva sejam bem conhecidas, as mulheres também enfrentam outros desafios importantes.

Os acidentes de trânsito estão entre as cinco principais causas de óbito em meninas, adolescentes e

mulheres em idade reprodutiva, em todas as regiões da OMS, exceto no Sudeste da Ásia, onde as queimaduras representam a terceira maior causa de óbitos.

Embora muitas queimaduras sejam decorrentes de acidentes de cozinha, algumas resultam de tentativas de homicídios ou de suicídios, relacionadas, com frequência, à violência por parte de um parceiro íntimo. Assim, faz-se necessário investir em mais pesquisas para melhor compreender as causas subjacentes a esses óbitos e identificar estratégias eficazes de prevenção, adequadas a cada realidade.

Globalmente, o suicídio está entre as principais causas de óbito em mulheres entre 20 e 59 anos de idade, sendo a segunda principal causa de óbito em países de baixa e média renda da região do Pacífico Oeste da OMS. Mundialmente, o comportamento suicida é um problema de saúde pública significativo para meninas e mulheres. Os problemas de saúde mental, particularmente a depressão, são causas importantes de incapacidades em mulheres de todas as idades. Embora estes problemas possam variar de um indivíduo a outro, o baixo *status* social das mulheres, a elevada carga laboral e a violência são fatores que contribuem para sua ocorrência nesta população.

Para mulheres acima de 60 anos de idade em países de baixa, média e alta renda, a doença cardiovascular e o acidente vascular cerebral são responsáveis pelo maior número de mortes e problemas crônicos de saúde. Outra causa significativa de óbito é a doença pulmonar obstrutiva crônica, que foi relacionada à exposição das mulheres ao tabaco e à poluição do ar no interior dos ambientes, em grande parte devido às suas funções no domicílio. Para muitas mulheres, o envelhecimento vem acompanhado de perda da visão: mais de 2,5 milhões de mulheres idosas ficam cegas anualmente. Esta carga de incapacidade poderia ser evitada com acesso à atenção necessária, particularmente à cirurgia de catarata. Em países de baixa renda, o tracoma é uma causa de cegueira significativa, porém evitável, que afeta particularmente as mulheres.

4. Um começo justo para todas as meninas é fundamental para a saúde das mulheres

Muitos problemas de saúde enfrentados pelas mulheres adultas têm sua origem na infância

Uma nutrição adequada desde a infância é um determinante-chave da saúde. O estado nutricional das meninas é particularmente importante devido ao seu potencial papel reprodutivo futuro e às repercussões intergeracionais da má nutrição feminina. A prevenção do abuso e da negligência com relação à criança e a garantia de um ambiente de apoio nos primórdios da infância permitirão que elas alcancem um desenvolvimento físico, social e emocional pleno. Isso contribui também para evitar comportamentos de risco e uma carga significativa de doenças, inclusive transtornos mentais e uso de substâncias mais adiante na vida.

Mudanças comportamentais agora trazem maiores benefícios futuros

É fundamental cuidar das necessidades de saúde e desenvolvimento dos adolescentes para que eles possam fazer uma transição saudável para a vida adulta. As sociedades devem lidar com os fatores que promovem comportamentos potencialmente nocivos em relação ao sexo, uso de tabaco e álcool, dieta e atividade física, bem como propiciar aos adolescentes o apoio necessário para evitá-los. Nos países de alta renda, as meninas adolescentes estão cada vez mais fazendo uso de álcool e tabaco, e a obesidade é elevada. O apoio ao estabelecimento de hábitos saudáveis na adolescência resultará em maiores benefícios de saúde no futuro, inclusive redução da mortalidade e incapacidades decorrentes de doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais e cânceres.

Tratar das necessidades de mulheres mais velhas será um grande desafio para os sistemas de saúde

As mulheres, por terem a tendência de viver mais que os homens, representam uma proporção crescente na população idosa. As sociedades precisam se preparar agora para a prevenção e a administra-

ção de problemas crônicos de saúde, com frequência, associados à velhice. O estabelecimento de hábitos saudáveis desde cedo pode ajudar as mulheres a viver vidas ativas e saudáveis até idades avançadas. As sociedades devem estar preparadas para enfrentar os custos relacionados à atenção em saúde das mulheres mais velhas. Na atualidade, muitos países de alta renda direcionam grandes proporções dos orçamentos sociais e de saúde para o cuidado dos idosos. Nas localidades de baixa renda, este cuidado recai com frequência sobre a família, normalmente sobre as mulheres.

Há necessidade de políticas em relação ao financiamento da saúde, previdência e reforma tributária, acesso a emprego formal, pensão, proteção social e provisão da atenção domiciliar e comunitária.

5. As sociedades e seus sistemas de saúde negligenciam as mulheres

As falhas do sistema de saúde privam as mulheres de atenção em saúde

As razões pelas quais os sistemas de saúde negligenciam as mulheres são, muitas vezes, complexas e relacionadas aos preconceitos que elas enfrentam na sociedade. Contudo, essas carências podem e devem ser entendidas, desafiadas e mudadas. Por exemplo, as mulheres se deparam com gastos com saúde mais altos do que os homens, em razão do maior uso dos cuidados de saúde, e ainda são mais propensas que eles a serem pobres, desempregadas, empregadas em tempo parcial ou a trabalharem no setor informal que não oferece benefícios de saúde. Portanto, para melhorar a saúde das mulheres é necessário remover os entraves financeiros à atenção em saúde. Por exemplo, quando se paga pela utilização dos serviços de saúde materna, as famílias desembolsam uma proporção substancial do custo dos serviços, sendo que a despesa de partos complicados é, com frequência, catastrófica. Evidências de vários países demonstram que a eliminação das taxas de utilização dos serviços de saúde materna, especialmente para partos, pode incentivar a demanda e levar a um aumento na utilização de serviços essenciais. A remoção de barreiras financeiras à atenção deve ser acompanhada de esforços para assegurar que os serviços de saúde sejam adequados, aceitáveis, de alta qualidade e respondam às necessidades de meninas e mulheres.

Os sistemas de saúde dependem das mulheres como provedoras de atenção em saúde

Paradoxalmente, com frequência, os sistemas de saúde são indiferentes às necessidades das mulheres, apesar de serem elas, quem mais contribui para a atenção em saúde através da prestação de cuidados primários à saúde na família bem como nos setores formais e informais. Espinha dorsal do sistema de saúde, as mulheres estão raramente representadas nas esferas executivas e gerenciais e tendem a estar concentradas em empregos com menor remuneração e maior exposição a riscos ocupacionais para a saúde. Nos papéis de provedoras informais de atenção em saúde, no lar ou na comunidade, as mulheres carecem de apoio, reconhecimento e remuneração.

Falhas na sociedade prejudicam a saúde das mulheres

A saúde das mulheres é profundamente afetada pela forma como são tratadas e o *status* que lhes é conferido pela sociedade como um todo. Onde as mulheres continuam sendo discriminadas ou submetidas à violência, sua saúde é prejudicada. Onde elas são excluídas, por lei, da posse de terras ou propriedade ou do direito ao divórcio, sua vulnerabilidade social e física aumenta. Na sua expressão mais extrema, a discriminação social ou cultural de gênero pode levar à morte violenta ou ao infanticídio feminino. Mesmo quando algum progresso é alcançado, há razões para continuar pressionando por melhorias. Embora tenha havido muito progresso no acesso de meninas à educação, por exemplo, ainda há defasagens na relação masculino-feminino quando se trata da educação secundária, acesso a emprego e igualdade de remuneração. Maior independência usufruída por algumas mulheres, decorrente do emprego feminino mais generalizado, pode trazer benefícios para a saúde, porém, globalmente, as mulheres são menos protegidas no local de trabalho, tanto em termos de segurança como em condições de trabalho.

Desenvolvendo uma agenda compartilhada para a saúde das mulheres

Ao publicar este relatório, a OMS busca identificar as áreas-chave para a reforma do setor saúde, entre outros. Com foco na equidade, solidariedade e justiça social, a atenção primária em saúde oferece oportunidades de fazer a diferença através da ação política nas quatro áreas a seguir.

Construindo lideranças fortes e respostas institucionais coerentes

As respostas nacionais e internacionais às questões de saúde das mulheres tendem a ser fragmentadas e limitadas em seu alcance. A identificação de mecanismos para promoção de uma liderança audaciosa e participativa em torno de uma agenda de ação clara e coerente será fundamental para o progresso. Para tanto, o envolvimento e a plena participação de mulheres e organizações de mulheres são essenciais. Os avanços significativos na saúde das mulheres, alcançados em alguns países, indicam que isso pode ser feito. As intervenções são conhecidas e os recursos são viáveis.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) têm importância vital na manutenção do foco no desenvolvimento e no estabelecimento de marcos referenciais, face a muitas reivindicações concorrentes que disputam a atenção mundial. A existência de uma meta específica sobre saúde materna chama a atenção para a falta de progresso nessa área e tem atraído o apoio político e financeiro para acelerar a mudança. A adição do objetivo de acesso universal à saúde reprodutiva ajudou a ampliar o alcance da meta. Faz-se necessário agora ampliar a atenção aos muitos outros desafios e determinantes da saúde das mulheres, descritos neste relatório. Ao fazê-lo, deve-se dar atenção para assegurar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres (ODM3). A situação é complexa por causa da forma como as questões das mulheres são tratadas dentro e entre os governos e as organizações internacionais, com múltiplas iniciativas competindo para recursos. É preciso mais colaboração para desenvolver estruturas de apoio, incentivos e mecanismos de responsabilização para melhorar a saúde das mulheres.

Tornando os sistemas de saúde operantes para as mulheres

O relatório aponta para a necessidade de fortalecer sistemas de saúde para que sejam mais bem orientados para atender as necessidades das mulheres, em termos de acesso, abrangência e capacidade de resposta. E esta não é apenas uma questão de saúde sexual e reprodutiva, mas é relevante para toda a vida. O progresso na ampliação do acesso a serviços que poderiam fazer a diferença para a saúde da mulher é irregular e desigual. É mais provável que alguns serviços como o cuidado pré-natal sejam disponíveis em vez de outros, como os relacionados com a saúde mental, a violência sexual e a prevenção do câncer cervical. Níveis extremamente baixos de cobertura de ações básicas, como imunização e atendimento qualificado ao parto, são encontrados em vários países e não apenas naqueles com crises humanitárias. A exclusão da atenção em saúde de quem precisa, especialmente dos pobres e dos vulneráveis, é comum e a iniquidade está aumentando em muitos países. As abordagens para ampliação da cobertura devem lidar com os conteúdos dos pacotes de benefícios e incluir um leque maior de serviços para meninas e mulheres de todas as idades. Também, devem tratar da questão de proteção financeira através da eliminação de taxas de utilização e da promoção de esquemas pré-pagos e de associação.

Sociedades mais saudáveis: alavancando mudanças na política pública

O relatório mostra como os determinantes sociais e econômicos da saúde têm impacto na vida das mulheres. Muitas das principais causas da morbidade e mortalidade das mulheres, nos países ricos e pobres, originam-se em atitudes das sociedades diante das mulheres, que se refletem nas estruturas e nos sistemas que estabelecem políticas, determinam serviços e criam oportunidades. Embora soluções técnicas possam mitigar as consequências imediatas, o progresso sustentável dependerá de uma mudança mais profunda. Potencialmente, as políticas públicas podem influenciar a exposição a riscos,

o acesso à atenção em saúde e as consequências de problemas de saúde em mulheres e meninas. O relatório oferece exemplos destas políticas, que vão desde a ação orientada para incentivar as meninas a se matricularem nas escolas e a prosseguirem os estudos (ao assegurar um ambiente escolar seguro e adiar o casamento) até medidas para construir ambientes “amigáveis” às diferentes faixas etárias e incrementar oportunidades para mulheres mais velhas contribuírem produtivamente com a sociedade. Observa-se também a necessidade de colaboração intersetorial para identificar e promover ações fora do setor saúde que possam melhorar os resultados de saúde das mulheres.

Estratégias mais amplas, como redução da pobreza, maior acesso à alfabetização, treinamento e educação e maiores oportunidades para a participação das mulheres em atividades econômicas também contribuirão para a realização de um progresso sustentável na saúde das mulheres. A experiência sugere que isso requer uma abordagem baseada na igualdade e nos direitos de gênero que utilize a energia da sociedade civil e reconheça a necessidade de um engajamento político.

Construindo bases de conhecimento e monitoramento do progresso

O relatório destaca grandes lacunas no conhecimento que limitam o que pode ser realmente afirmado sobre a saúde das mulheres em várias partes do mundo. Embora muito se conheça a respeito da saúde das mulheres, persistem várias lacunas sobre as dimensões e a natureza dos desafios especiais que elas enfrentam e como estes podem ser tratados com eficácia. É preciso mensurar o progresso, e isso deve ser feito agora. Os alicerces de melhores informações sobre as mulheres e a saúde devem ser fortalecidos, começando com sistemas de registro civil, que produzem estatísticas vitais, inclusive causa de óbito por idade e sexo, e coleta e uso de dados desagregados por idade e sexo sobre problemas comuns. Estes dados são essenciais para o planejamento e o gerenciamento de programas e, na sua ausência, os esforços para monitorar as mudanças, por exemplo, em relação à mortalidade materna, permanecerão frustrados. As pesquisas devem incorporar sistematicamente as categorias sexo e gênero no projeto, na análise e na interpretação dos resultados. É preciso dar mais atenção à avaliação do progresso na ampliação da cobertura com intervenções-chave em combinação com o rastreamento de políticas, medidas do desempenho do sistema de saúde e padrões de equidade relevantes.

Conclusões

Ao revisar as evidências e estabelecer uma agenda para o futuro, o presente relatório aponta para ações necessárias à melhoria da saúde de meninas e mulheres no mundo. O relatório visa informar o diálogo político e incentivar a ação de países, agências e parceiros de desenvolvimento.

Embora este relatório destaque as diferenças entre mulheres e homens, não é um documento somente sobre e para as mulheres. Tratar do assunto da saúde das mulheres é uma abordagem necessária e eficaz para o fortalecimento dos sistemas de saúde no seu conjunto e uma ação que beneficiará a todos. Melhorar a saúde das mulheres importa às mulheres, suas famílias, comunidades e às sociedades como um todo.

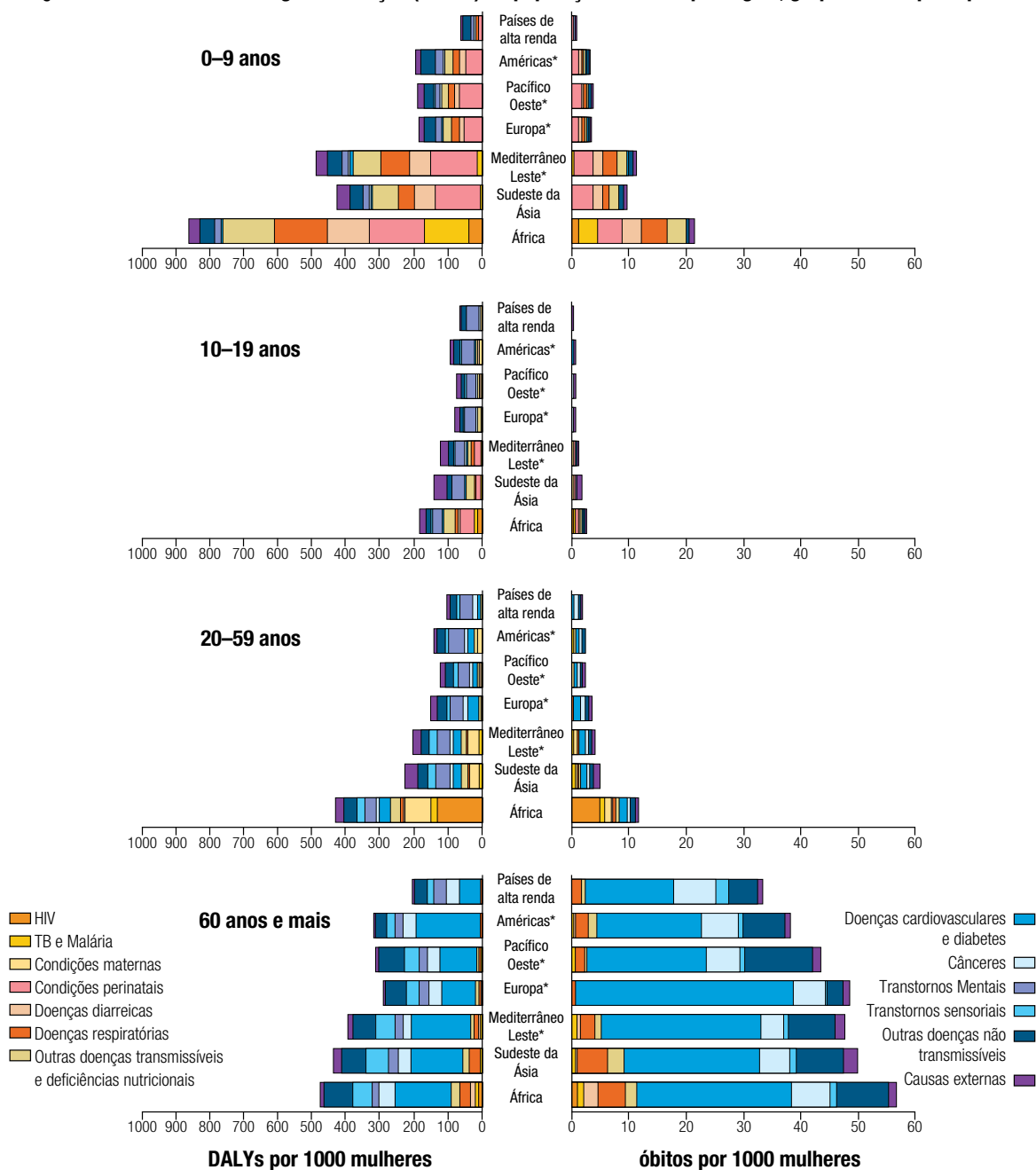
Melhorar a saúde das mulheres – melhorar o mundo.

1

CAPÍTULO

COMPREENDENDO A SAÚDE DAS MULHERES NO MUNDO DE HOJE

Figura 1 **Mortalidade e carga de doenças (DALYs) da população feminina por região, grupo etário e principais causas, 2004**



*Os países de alta renda estão excluídos dos grupos regionais.
Fonte: Organização Mundial da Saúde¹

Por que o foco nas mulheres e na saúde? Conforme o presente relatório, a resposta é que os sistemas de saúde não estão atendendo as necessidades de saúde das mulheres e meninas.

Quais são estas necessidades? Há condições que somente mulheres vivenciam e que têm um impacto negativo na saúde que apenas as mulheres sofrem. Algumas destas condições, como gravidez e parto, não são doenças, mas processos fisiológicos e sociais que podem apresentar riscos à saúde e exigem atenção.

Alguns problemas afetam tanto mulheres como homens, porém, porque têm um impacto maior ou diferente nas mulheres, precisam de respostas específicas conforme suas necessidades. Outras condições afetam homens e mulheres de forma mais ou menos igual, mas as mulheres enfrentam maiores dificuldades para obter a atenção em saúde que necessitam. Além disso, as desigualdades baseadas no gênero, como na educação, renda e emprego, limitam a capacidade das mulheres protegerem sua saúde e alcançarem um estado de saúde pleno.

A saúde das mulheres importa não apenas a elas, mas é crucial para a saúde das crianças que poderão ter. Este é um ponto importante: hoje em dia, prestar atenção à saúde de meninas e mulheres é investir nas gerações atuais e também nas futuras. Isso implica tratar dos determinantes sociais e econômicos subjacentes da saúde das mulheres, incluindo a educação, que beneficia diretamente as mulheres e é importante para a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento de seus filhos. Esta questão será tratada mais adiante neste capítulo e no Capítulo 7.

As análises da saúde das mulheres enfocam com frequência, ou se limitam, a períodos da vida (idade reprodutiva, por exemplo) ou a desafios de saúde específicos, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV), a saúde materna, a violência ou os problemas de saúde mental. Com outra perspectiva, este relatório oferece informações sobre a saúde das mulheres relativas a todo o ciclo de vida e um vasto panorama das causas de óbito e incapacidades nas principais regiões do mundo.

O presente relatório é baseado em dados atualmente disponíveis para a OMS. Contudo, a análise revela sérias deficiências nos sistemas necessários para gerar dados pontuais e confiáveis sobre os principais desafios da saúde enfrentados por meninas e mulheres, especialmente em países de baixa renda. Muitas das conclusões são baseadas na extrapolação de dados incompletos. Entretanto, as informações disponíveis apontam claramente para desafios e preocupações de saúde que devem ser tratados urgentemente se queremos que meninas e mulheres usufruam o direito humano à saúde e, por extensão, seus direitos econômicos e sociais.

O objetivo da análise epidemiológica nos capítulos seguintes é oferecer o alicerce para uma compreensão global dos desafios de saúde enfrentados por meninas e mulheres no mundo durante suas vidas. Quatro temas principais emergem (Figura 1) a partir desta visão geral da carga de problemas de saúde que as mulheres enfrentam nas várias idades, não somente óbitos, como também condições não fatais e frequentemente crônicas. Estas condições serão exploradas mais profundamente nos próximos capítulos.

BOX 1 Carga de doenças e DALYs

As doenças que causam um grande número de óbitos são prioridades claras de saúde pública. Contudo, as estatísticas de mortalidade por si só não mostram a dimensão das perdas em saúde entre meninas e mulheres, causada por doenças crônicas, traumatismos, transtornos sensoriais e mentais. Os “anos de vida ajustados à incapacidade” (Disability-adjusted life years - DALYs) é uma medida que incorpora os anos saudáveis perdidos por mortes prematuras e condições crônicas não fatais às medidas da carga de doenças nas populações¹ e atribui um peso maior aos óbitos que ocorrem em idades mais jovens. Os DALYs ampliam o conceito de anos de vida potenciais perdidos devido a óbito prematuro ao incluir anos equivalentes de vida saudável, perdidos em razão de um estado de saúde precário ou de incapacidade. Um DALY pode ser entendido como um ano de vida saudável perdido, e a carga de doenças como uma medida do hiato entre o estado de saúde atual e uma situação ideal onde todos vivem até a velhice, livres de doenças e incapacidades.

Em primeiro lugar, em nível global, as principais (maiores) causas (globais) da carga total de doenças no sexo feminino são as infecções respiratórias baixas, a depressão e as doenças diarreicas. O Box 1 explica como a carga de doenças no sexo feminino é calculada em anos de vida ajustados à incapacidade, ou DALYs. As condições neuropsiquiátricas e os transtornos sensoriais, relacionados, por exemplo, à visão e à audição, são também causas importantes de DALYs no mundo. As doenças infecciosas continuam causando mais de metade dos DALYs na Região Africana, mas têm um impacto muito menor em outras regiões¹.

Em segundo lugar, em todas as regiões e grupos etários, meninas e mulheres dos países de alta renda têm níveis menores de mortalidade e carga de doenças do que aquelas que vivem em países de baixa renda. Em todas as idades, as taxas mais altas de mortalidade e incapacidade são encontradas na África.

Em terceiro lugar, as causas de óbito e incapacidade entre meninas e mulheres variam ao longo da vida. Na infância, a maioria dos óbitos e incapacidades origina-se de doenças transmissíveis como HIV, doenças diarreicas e respiratórias, malária e condições maternas e perinatais. Nas idades mais avançadas, os padrões de óbito e incapacidade mudam para doenças crônicas não transmissíveis, como doença cardíaca, acidente vascular cerebral e câncer. A única exceção é a África, onde as doenças transmissíveis continuam sendo as principais causas de mortes do sexo feminino até os 60 anos de idade.

Em quarto lugar, há variações regionais significativas na composição da carga total de óbitos e incapacidades. Na África e no Sudeste da Ásia, as doenças transmissíveis são causas importantes de óbitos e incapacidades para todas as idades. Contudo, em mulheres com 60 anos de idade e mais, em todas as regiões, a maioria dos óbitos deve-se a doenças não transmissíveis.

Os próximos capítulos exploram mais detalhadamente a variação dos padrões de óbitos e incapacidades e identificam as implicações para as políticas e programas que emergem das informações colhidas. O presente capítulo oferece um resumo geral do estado de saúde de meninas e mulheres, descreve os fatores críticos que influenciam sua saúde, incluindo desigualdades baseadas no gênero e fatores econômicos e sociais, e mostra que as mulheres não são apenas consumidoras potenciais de saúde, mas também vitais para a provisão de cuidados nos setores formais e informais.

Mulheres no mundo

A maioria das mulheres no mundo vive em países de baixa ou média renda, quase metade delas nas regiões do Sudeste da Ásia e do Pacífico Oeste. Apenas 15% das 3,3 bilhões mulheres vivem em países de alta renda (Tabela 1) e mais de uma mulher em cada três vivem em países de baixa renda. Uma vez que os países de baixa renda tendem a ter populações mais jovens que os países de alta renda, uma em cada duas crianças abaixo dos 9 anos de idade vive em um país de baixa renda. Por outro lado, uma em cada três mulheres com 60 anos de idade ou mais vive em países de alta renda. Nos países de alta renda encontram-se as maiores proporções da população com 60 anos de idade ou mais (Figura 2).

Tabela 1 Número e distribuição de mulheres e meninas no mundo e por grupo etário e renda dos países, 2007

Grupo etário	Países de baixa renda		Países de média renda		Países de alta renda		Total Global
	000s	%	000s	%	000s	%	000s
0–9	300 768	50	241 317	40	57 456	10	599 541
10–19	267 935	45	263 464	44	61 577	10	592 975
20–59	580 014	34	875 052	51	276 140	16	1 731 206
60+	86 171	22	183 099	48	115 681	30	384 952
Total	1 234 888	37	1 562 932	47	510 854	15	3 308 673

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas²

A África e o Sudeste da Ásia são as regiões com as maiores proporções de crianças e jovens abaixo dos 20 anos de idade.

Hoje em dia, a vida das mulheres de todas as idades e em todos os países está sendo moldada por uma série de fatores epidemiológicos, demográficos, sociais, culturais, econômicos e ambientais. Estes mesmos fatores influenciam a vida dos homens, porém, algumas adversidades afetam particularmente meninas e mulheres. Por exemplo, é um fenômeno biológico natural que a razão de sexo ao nascer tenda a favorecer os meninos. Para cada 100 meninos, nascem entre 94 meninas na África e 98 meninas, em outras partes do mundo. Contudo, em alguns ambientes, a discriminação social contra as mulheres e a preferência parental por meninos resultam em razões de sexo distorcidas. Na Índia, por exemplo, o censo de 2001 registrou apenas 93 meninas a cada 100 meninos, uma forte queda com relação a 1961, quando o número de meninas era de 98. Em algumas partes da Índia, há menos de 80 nascimentos de meninas a cada 100 meninos. Baixas razões de sexo foram também registradas em outros países asiáticos, especialmente na China, onde, de acordo com uma pesquisa realizada em 2005, nasceram apenas 84 meninas para cada 100 meninos, o que ficou um pouco acima de 81 (2001-2003), porém bem menos que 93 meninas a cada 100 meninos conforme mostrado em relação às crianças nascidas no final dos anos 1980³.

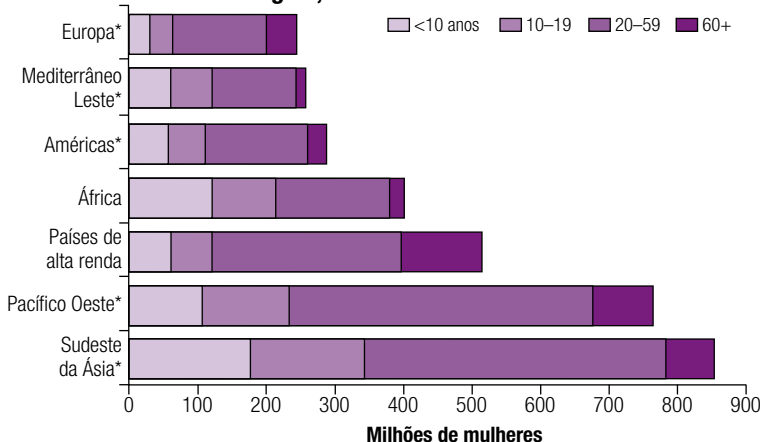
Aumentando a expectativa de vida

Geralmente, as mulheres vivem, em média, de seis a oito anos mais que homens. Esta diferença deve-se principalmente a uma vantagem biológica inerente às mulheres, mas também às diferenças comportamentais entre homens e mulheres. Como demonstra o Capítulo 2, as meninas recém-nascidas têm mais chances de sobreviver ao seu primeiro aniversário do que os meninos.⁴ Esta vantagem continua ao longo da vida: as mulheres tendem a ter taxas de mortalidade mais baixas em todas as idades, provavelmente devido a uma combinação dos fatores genéticos e comportamentais descritos nos capítulos seguintes.¹ A vantagem da longevidade das mulheres se torna mais evidente na velhice, e isso é amplamente analisado no Capítulo 6. Isso pode ter origem em comportamentos de menor risco ao longo da vida, tais como o tabagismo e o uso de álcool. Outra possibilidade pode ser o efeito de vantagens biológicas de difícil identificação que resultam em taxas relativamente baixas de doença cardiovascular e de câncer em mulheres. Mas, de certa forma a distância na expectativa de vida entre mulheres e homens vem sendo reduzida, em alguns países desenvolvidos. Isso pode ocorrer pelo aumento do tabagismo entre as mulheres e pelo declínio das taxas de doença cardiovascular entre os homens, porém, a explicação desta questão ainda está em aberto.^{5,6}

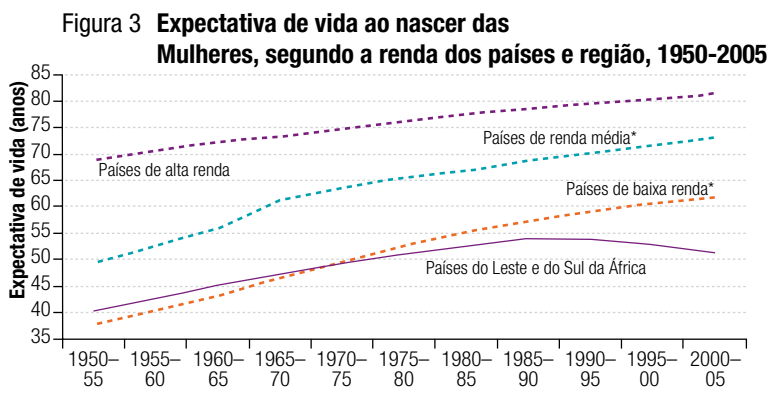
A vantagem da expectativa de vida das mulheres pode ser um fenômeno relativamente recente. É difícil encontrar dados históricos mais precisos, mas há evidências de que na Inglaterra e no País de Gales no século 17 a expectativa de vida de homens ultrapassava a das mulheres.^{7,8} Parte da explicação pode estar na baixa posição social ocupada pelas mulheres naquela época, em combinação com altas taxas de mortalidade frequentemente associadas à gravidez e ao parto.

Globalmente, a expectativa de vida das mulheres ao nascer aumentou em quase 20 anos

Figura 2 Distribuição de mulheres por grupo etário e região, 2007



*Os países de alta renda estão excluídos dos grupos regionais.
Fonte: Divisão de População das Nações Unidas.²



* Excluindo países do Leste e do Sul da África.
Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. ²

desde o início dos anos 1950, quando era apenas de 51 anos (Figura 3). Em 2007, a expectativa de vida das mulheres ao nascer era de 70 anos e a dos homens, 65 anos. A expectativa de vida hoje é de mais de 80 anos em mais de 35 países, mas a situação não é uniformemente positiva. Por exemplo, a expectativa de vida ao nascer das mulheres na Região da África foi estimada em apenas 54 anos em 2007, sendo a mais baixa de todas as regiões. Em alguns países da África, particularmente no Leste e no Sul da África, a ausência de melhoria na expectativa de vida é devida principalmente ao HIV/AIDS e à mortalidade materna, porém estes não são os únicos fatores em jogo. Em alguns poucos países, a expectativa de

vida é igual ou menor à dos homens por causa de desvantagens sociais enfrentadas pelas mulheres.⁴ No entanto, a expectativa de vida mostra apenas uma parte da história, pois os anos adicionais de vida para as mulheres nem sempre são vividos com boa saúde. Especialmente em países de baixa renda, a diferença entre as mulheres e os homens, em termos de expectativa de vida saudável é mínima (apenas um ano) e, em vários países, a expectativa de vida saudável para mulheres é mais baixa que a dos homens.⁴

A transição da saúde

Uma das características mais marcantes das últimas décadas foi a mudança nas causas subjacentes de óbitos e doenças no mundo. Esta transformação, chamada “transição da saúde”, afeta homens, mulheres e crianças em todos os países e é resultado de mudanças em três elementos interdependentes e que se reforçam mutuamente: estruturas demográficas, padrões de adoecimento e fatores de risco.

A transição demográfica caracteriza-se por menores taxas de mortalidade entre as crianças abaixo dos cinco anos de idade e pelo declínio das taxas de fertilidade, o que contribuiu para o envelhecimento da população. O número médio de crianças por mulher registrou uma queda global de 4,3 no início dos anos 70 para 2,6 de 2005-2010 (Tabela 2), declínio fortemente associado ao uso crescente de contracepção (ver Capítulo 4).

A transição epidemiológica reflete a mudança nas principais causas de óbitos e adoecimento, passando-se das doenças infecciosas, como diarreia e pneumonia (tradicionalmente associadas aos países mais pobres), às doenças não transmissíveis, como doença cardiovascular, acidente vascular cerebral e câncer (consideradas, por muito tempo, carga de países mais ricos).

Tabela 2 Fecundidade total (número médio de crianças por mulher), por grandes regiões, 1970-2005

Área	1970-75	2005-2010
Mundo	4.32	2.56
África	6.69	4.61
Ásia	4.76	2.35
Europa	2.19	1.50
América Latina e Caribe	5.01	2.26
América do Norte	2.07	2.04
Oceania	3.29	2.44

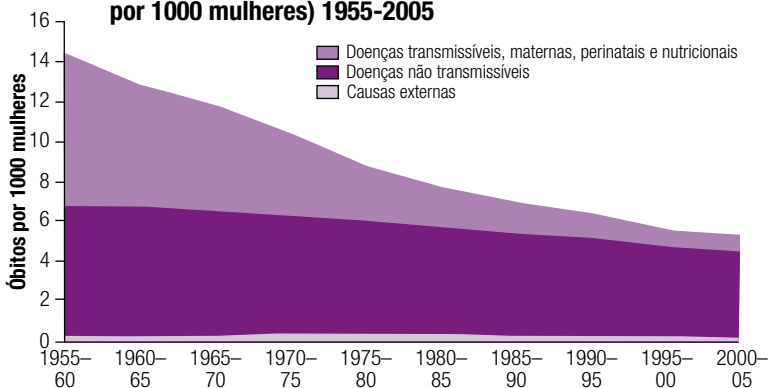
Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. ²

A transição da saúde está acontecendo de forma heterogênea nos vários países. Ela já está bastante acentuada em muitos países de renda média, incluindo grande parte da América Latina e da China. No México, por exemplo, em 2006, apenas 13% dos óbitos em homens e mulheres foram causados por doenças transmissíveis e condições nutricionais e maternas, se comparados com os mais de 60% em 1955. E, ainda que as taxas de óbitos por doenças não transmissíveis tenham registrado um declínio no México, estas doenças representam uma proporção crescente do total de óbitos, alcançando 80% em 2006 (Figura 4). Como em muitos outros países, no Mé-

xico, as mulheres eram menos propensas a morrer por causas externas que os homens. Durante os anos 1980, 23% dos óbitos masculinos eram causados por causas externas, mas apenas 7% das mulheres morreram por estas causas. A transição da saúde é menos avançada na África, onde os padrões de mortalidade entre meninas e mulheres ainda caracterizam-se pela predominância de doenças infecciosas (Figura 5).

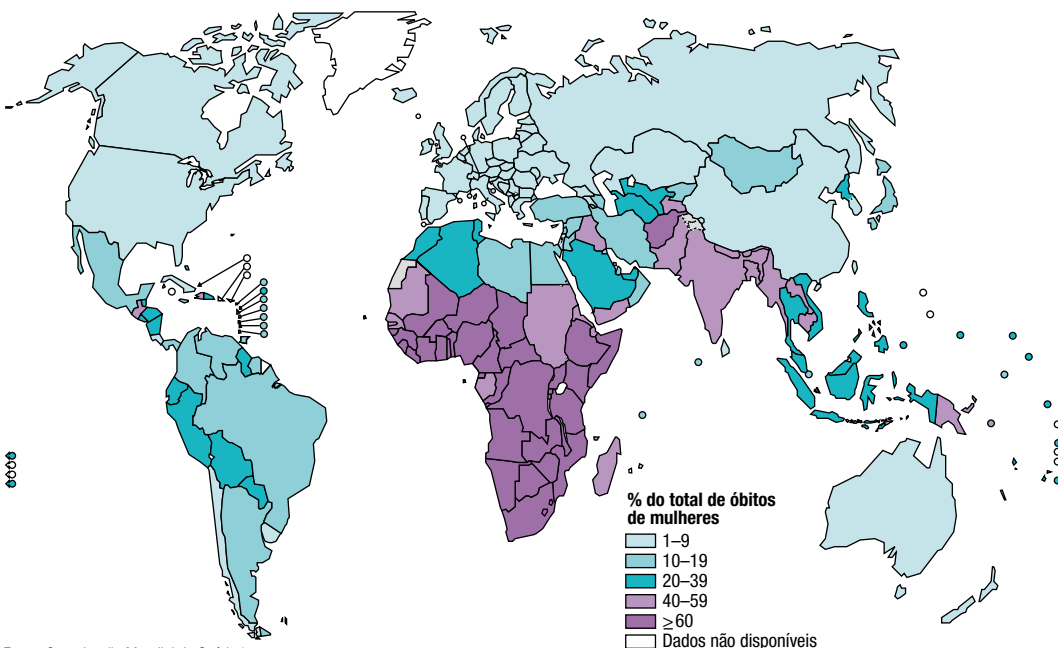
Nos primeiros momentos da transição da saúde, mulheres e crianças enfrentam altos níveis de mortalidade, frequentemente vinculados a deficiências nutricionais, água não potável e saneamento precário, fumaça de combustíveis sólidos utilizados na cozinha e para aquecimento e a falta de cuidados durante a infância, gravidez e parto. Estes riscos tradicionais não somente provocam dano direto à saúde de mulheres como têm impacto adverso na saúde da geração seguinte. Mulheres com nutrição deficiente, doenças infecciosas e acesso inadequado à atenção à saúde tendem a ter bebês com baixo peso ao nascer, cujas chances de sobrevivência são comprometidas.^{10,11} As intervenções de saúde pública enfocaram por muito tempo o combate a esses problemas através de melhor nutrição, ambientes residenciais mais limpos e melhor atenção em saúde. Contudo, desafios de saúde, novos ou não reconhecidos anteriormente, continuam a surgir, entre os quais, excesso de peso e obesidade, falta de atividade física, uso de tabaco e álcool, violência contra as mulheres e riscos ambientais, como a baixa qualidade do ar urbano e mudança climática adversa. O impacto destes riscos

Figura 4 A transição da saúde entre as mulheres mexicanas: taxas de óbitos por causa global de morte (padronizada por idade por 1000 mulheres) 1955-2005



Fonte: Organização Mundial da Saúde.⁹ Divisão de População das Nações Unidas.²

Figura 5 Distribuição dos óbitos por doenças transmissíveis e condições maternas, perinatais e nutricionais, em relação ao total de óbitos na população feminina, 2004



Fonte: Organização Mundial da Saúde.¹

emergentes varia de acordo com os diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico. Por exemplo, a poluição do ar urbano é, com maior frequência, um risco maior para a saúde em países de renda média do que em países de alta renda, porque estes obtiveram maiores progressos nas políticas ambientais e de saúde pública.

A transição de risco reflete diferenças nos padrões comportamentais de homens e mulheres. Por exemplo, em muitos cenários, o uso de tabaco e álcool era tradicionalmente mais alto em homens do que em mulheres. Contudo, mais recentemente, as taxas de tabagismo entre mulheres começaram a se aproximar daquelas dos homens e as consequências para a saúde (por exemplo, aumento das taxas de doenças cardiovasculares e cânceres) vão emergir no futuro. O uso de álcool é geralmente mais alto nos homens dos países de baixa e média renda, no entanto, esses padrões de consumo entre homens e mulheres estão começando a convergir em muitos países de alta renda.

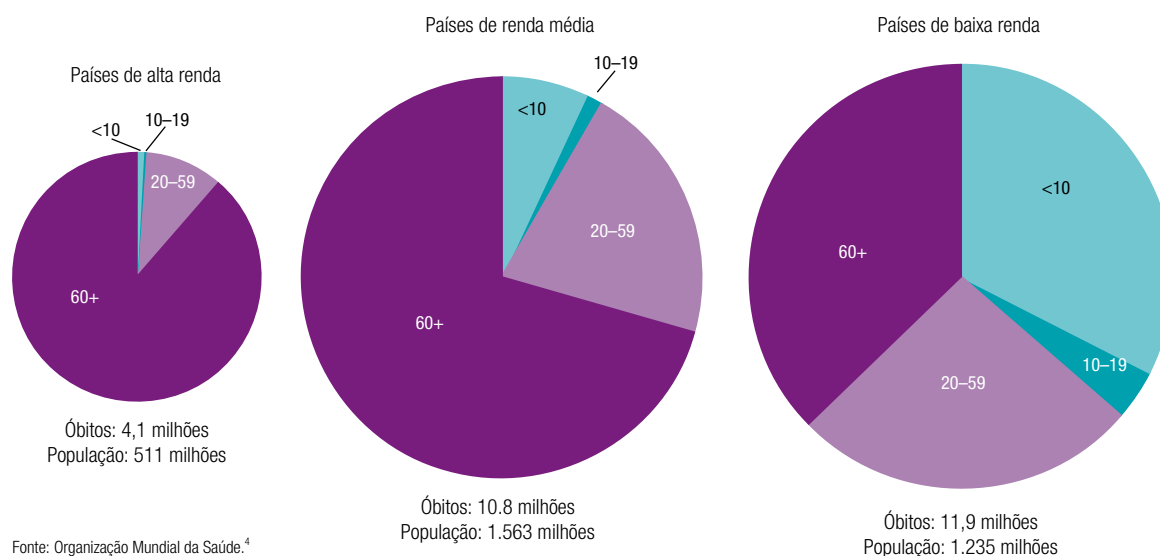
As desigualdades socioeconômicas têm efeitos adversos sobre a saúde

O *status* socioeconômico é um dos principais determinantes da saúde para ambos os sexos. Como regra geral, as mulheres dos países de alta renda vivem mais e são menos propensas a sofrer problemas de saúde do que as mulheres dos países de baixa renda. Nos países de alta renda, as taxas de óbito entre as crianças e mulheres mais jovens são muito baixas e a maioria dos óbitos ocorre após os 60 anos de idade (Figura 6). O quadro é bem diferente nos países de baixa renda. A população é mais jovem e as taxas de óbito nas idades mais jovens são mais altas, com a maioria dos óbitos ocorrendo entre meninas, adolescentes e mulheres adultas mais jovens.

Nos países de alta renda, as doenças não transmissíveis, como doença cardíaca, acidente vascular cerebral, demência e câncer, predominam entre as 10 principais causas de óbito e são responsáveis por mais de quatro em cada 10 óbitos femininos. Ao contrário, nos países de baixa renda, as condições maternas e perinatais e as doenças transmissíveis (por exemplo, infecções respiratórias baixas, doenças diarreicas e HIV/AIDS) são proeminentes e respondem por mais de 38% do total dos óbitos femininos (Tabela 3).

A pobreza e o baixo *status* econômico estão associados aos piores resultados de saúde. Dados de 66 países em desenvolvimento mostram que as taxas de mortalidade infantil entre os 20% das residências

Figura 6 Óbitos de mulheres por grupo etário e renda dos países, 2007



mais pobres são quase o dobro dos 20% das mais ricas.⁴ Nos países de alta e baixa renda, os níveis de mortalidade infantil chegam a ser três vezes mais altos entre os grupos étnicos menos favorecidos.^{12,13} Há diferenças similares na utilização de serviços de atenção em saúde. Por exemplo: nas residências mais pobres, as mulheres são menos propensas a receber os serviços de uma pessoa capacitada durante o parto (ver abaixo).

As iniquidades de gênero afetam a saúde das mulheres

Para as mulheres, o impacto adverso do baixo *status* socioeconômico na saúde é agravado pelas iniquidades de gênero. Em muitos países e sociedades, mulheres e meninas são tratadas como socialmente inferiores. Normas, códigos de conduta e leis perpetuam a subjugação do sexo feminino e “fecham os olhos” diante da violência perpetrada contra as mulheres. Relações de poder desiguais, normas e valores de gênero se traduzem em acesso e controle diferenciado sobre os recursos de saúde, dentro e fora das famílias.

A iniquidades de gênero na distribuição de recursos, como renda, educação, atenção em saúde, nutrição e voz política, são fortemente associados com saúde precária e diminuição do bem-estar.

Tabela 3 As dez principais causas de óbitos em mulheres, segundo renda dos países, 2004

Mundo				Países de baixa renda			
Posição	Causa	Óbitos (000s)	%	Posição	Causa	Óbitos (000s)	%
1	Doença cardíaca isquêmica	3371	12.2	1	Infecções respiratórias baixas	1397	11.4
2	Acidente vascular cerebral	3051	11.1	2	Doença cardíaca isquêmica	1061	8.7
3	Infecções respiratórias baixas	2014	7.3	3	Doenças diarreicas	851	7.0
4	DPOC*	1405	5.1	4	Acidente vascular cerebral	749	6.1
5	Doenças diarreicas	1037	3.8	5	HIV/AIDS	742	6.1
6	HIV/AIDS	1013	3.7	6	Condições maternas	442	3.6
7	Diabetes <i>Mellitus</i>	633	2.3	7	Infecções neonatais**	426	3.5
8	Prematuridade e baixo peso ao nascer	567	2.1	8	Prematuridade e baixo peso ao nascer	405	3.3
9	Infecções neonatais**	546	2.0	9	Malária	404	3.3
10	Doença cardíaca hipertensiva	530	1.9	10	DPOC*	404	3.3

Países de renda média				Países de alta renda			
Posição	Causa	Óbitos (000s)	%	Posição	Causa	Óbitos (000s)	%
1	Acidente vascular cerebral	1842	16.4	1	Doença cardíaca isquêmica	650	15.8
2	Doença cardíaca isquêmica	1659	14.8	2	Acidente vascular cerebral	459	11.2
3	DPOC*	875	7.8	3	Alzheimer e outras demências	195	4.7
4	Infecções respiratórias baixas	451	4.0	4	Infecções respiratórias baixas	165	4.0
5	Doença cardíaca hipertensiva	319	2.8	5	Câncer de mama	163	4.0
6	Diabetes <i>Mellitus</i>	309	2.8	6	Cânceres de traqueia, bronco e pulmão	159	3.9
7	HIV/AIDS	264	2.4	7	Cânceres de cólon e reto	130	3.2
8	Câncer de mama	231	2.1	8	DPOC*	126	3.1
9	Câncer de estômago	201	1.8	9	Diabetes <i>Mellitus</i>	123	3.0
10	Cânceres de traqueia, bronco e pulmão	191	1.7	10	Doença cardíaca hipertensiva	91	2.2

*Doença pulmonária obstrutiva crônica.

**Inclui infecções neonatais graves e outras causas não infecciosas do período perinatal

Fonte: Organização Mundial da Saúde.¹

Assim, em um conjunto de problemas de saúde, meninas e mulheres enfrentam exposições a riscos e vulnerabilidades diferenciadas que, com frequência, são mal reconhecidas.

Ainda que a participação política das mulheres seja crescente, os homens exercem o controle político na maioria das sociedades e, por extensão, o controle social e econômico.¹⁴ Não há dados disponíveis sobre a proporção de mulheres vivendo na pobreza, porém, as mulheres são particularmente vulneráveis à pobreza porque são menos propensas que os homens a estarem em empregos formais e grande parte de seu trabalho não é remunerado.¹⁵ Em muitos países em desenvolvimento, uma grande proporção de trabalhadores agrícolas são mulheres e muitas não são remuneradas porque esta tarefa é considerada parte de seu papel no âmbito da família.¹⁵

A participação de mulheres em empregos não agrícolas remunerados aumentou desde 1990, e em 2005, 40% dos funcionários eram mulheres.¹⁴ Entretanto, as razões de emprego (número de pessoas empregadas em relação à população em idade laboral) são significativamente mais altas para os homens do que para as mulheres, com uma lacuna de gênero que varia de 15% em regiões desenvolvidas para mais de 40% no Sudeste da Ásia, no Oriente Médio e na África do Norte.¹⁶ Mesmo estando em empregos formais, as mulheres ganham menos que os homens. A razão de renda auferida entre mulheres e homens está bem abaixo do nível de paridade em todos os países onde há dados disponíveis.¹⁷

Por serem menos propensas a fazerem parte do mercado de trabalho formal, as mulheres carecem de acesso à segurança no emprego e aos benefícios de proteção social, incluindo acesso à atenção em saúde. Na força laboral, com frequência, as mulheres enfrentam desafios relacionados ao seu *status* de inferioridade,¹⁸ sofrem discriminações e assédio sexual,¹⁹ e devem equilibrar as demandas de emprego remunerado e domiciliar, originando cansaço, infecções, problemas de saúde mental e outros relacionados ao trabalho.²⁰

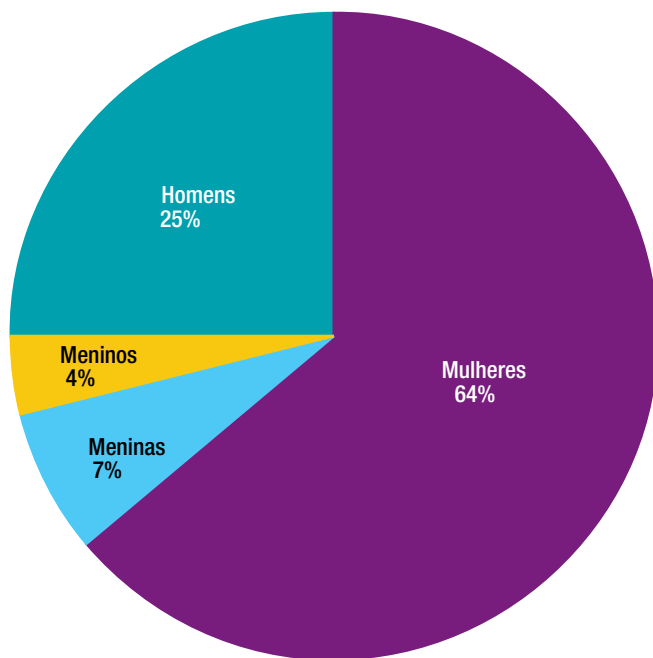
Dados de quase 50 pesquisas demográficas e de saúde nacionais mostram que, em média, a mulher é chefe de família de uma em cada cinco residências e que estas são particularmente vulneráveis à po-

breza.²¹ E o problema não se limita apenas a países em desenvolvimento. De acordo com o Escritório do Censo dos EUA, mais de 28% de mulheres e crianças das residências chefiadas por mulheres vivem abaixo da linha de pobreza, contra menos de 14% daqueles que vivem em residências chefiadas por homens e 5% em famílias chefiadas por casais.²²

A saúde das mulheres também está em risco devido às suas responsabilidades familiares tradicionais. Por exemplo, as mulheres preparam a maioria das refeições familiares e, quando combustíveis sólidos são usados na cozinha, com frequência, meninas e mulheres sofrem por causa da exposição à poluição do ar no interior do domicílio. Estima-se que respirar o ar contaminado pela queima de combustíveis sólidos seja responsável por 641.000 de 1,3 milhões de óbitos ocorridos no mundo entre as mulheres, em razão da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), anualmente.¹ A carga da DPOC por causa da exposição à fumaça em interiores é mais de 50% mais alta entre as mulheres do que entre os homens.

As mulheres são as principais responsáveis pela coleta de combustível e água de uso doméstico (Figura 7).²³ O tempo empregado na coleta de combustível e água poderia ser utilizado na geração de renda, educação ou em

Figura 7 Distribuição de quem habitualmente coleta a água, em 35 países em desenvolvimento, 2006-2006



Fonte: UNICEF e Organização Mundial da Saúde.²³

cuidados para membros da família, atividades relacionadas com o estado de saúde das mulheres e suas famílias.

O alcance da paridade na educação, no nível primário e nos demais, é fundamental para o engajamento total das mulheres na sociedade e na economia. A educação feminina beneficia diretamente as mulheres, mas é também importante para a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento de seus filhos. Em todos os países com dados confiáveis, as taxas de mortalidade são mais altas nas residências onde a educação da mulher é mais baixa.⁴ Apesar dos avanços impressionantes na matrícula de mulheres na educação primária entre 2000 e 2006, as meninas representam 55% da população fora da escola. Mais de 580 milhões de mulheres são analfabetas (o dobro do número de homens) e mais de 70 milhões de meninas não estão nas escolas.²⁴

Em alguns lugares, a iniquidade de gênero é associada a formas particulares de violência contra as mulheres, incluindo a violência por parte de um parceiro íntimo, a violência sexual cometida por conhecidos e desconhecidos, o abuso sexual de crianças, a iniciação sexual forçada e a mutilação genital feminina. Mulheres e meninas também são vulneráveis a formas de abuso e exploração pouco documentadas, como o tráfico humano e “execuções em nome da honra” por causa de atos percebidos como transgressões ao seu papel social. Estes atos também estão associados a um grande número de problemas de saúde das mulheres, como traumatismos, gestações não desejadas, abortos, depressão, ansiedade e transtornos alimentares, uso de substâncias, doenças sexualmente transmissíveis e, certamente, óbito prematuro.^{25,26}

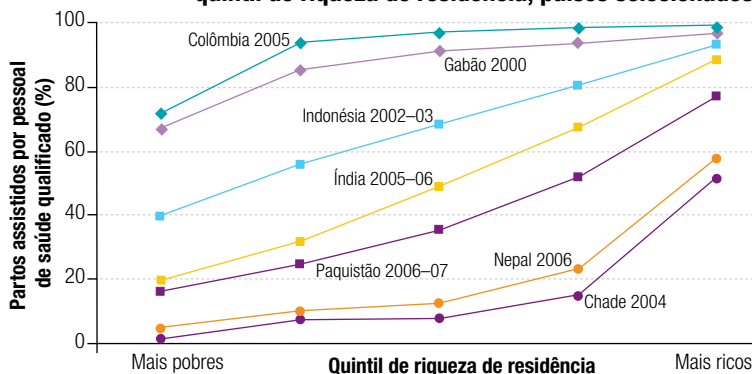
Mulheres entre conflitos e crises

As mulheres enfrentam problemas particulares em desastres e emergências. Os dados disponíveis sugerem que há uma tendência de diferenciação de gênero em todas as fases de um desastre: exposição ao risco, percepção de risco, prontidão, resposta, impacto físico, impacto psicológico, recuperação e reconstrução.²⁷ Estudos sobre vários desastres recentes no Sudeste da Ásia identificaram que mais mulheres do que homens faleceram em sua decorrência.²⁸ Nas situações de conflito e crise, as mulheres são frequentemente expostas a maiores riscos de coerção sexual e estupro.²⁹ No meio de desastres naturais e conflitos armados, o acesso a serviços de atenção em saúde pode ser ainda mais restrito que normalmente, contribuindo assim para problemas físicos e mentais que incluem gravidez não desejada e mortalidade materna e perinatal. Mesmo quando a atenção em saúde está disponível, as mulheres podem não ter acesso por causa de restrições culturais ou das responsabilidades domésticas.³⁰

Mulheres e o sistema de atenção em saúde

As iniquidades socioeconômicas e baseadas no gênero que as mulheres enfrentam evidenciam-se no acesso e uso dos serviços de atenção em saúde. Como já observado e destacado nos próximos capítulos, as mulheres mais pobres são geralmente as menos propensas a utilizar os serviços de atenção em saúde. As razões são complexas: os serviços podem não estar disponíveis ou acessíveis e as mulheres podem não ser capazes de encontrar um transporte adequado. Além disso, normas socioculturais frequentemente limitam a mobilidade das mulheres e a interação com provedores de saúde masculinos.

Figura 8 Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, por quintil de riqueza de residência, países selecionados



Fonte: Pesquisas Demográficas e de Saúde em países selecionados, 2000-2007.

A maneira como a iniquidade socioeconômica evidencia-se em distintos contextos é importante para a determinação de políticas e programas mais eficazes. Em alguns locais, os entraves no acesso à atenção em saúde afetam todas as residências, exceto as mais ricas (Figura 8). Por exemplo, no Chade e no Nepal apenas as residências mais ricas usam um assistente qualificado durante o parto. Na Índia, Indonésia e no Paquistão, embora o acesso a serviços de atenção em saúde seja melhor em todos os grupos de renda, os mais ricos se beneficiam mais e as residências mais pobres são deixadas para trás. Na Colômbia e no Gabão, o uso de pessoal qualificado no parto é relativamente alto na maioria dos grupos de maior renda, porém, não nos grupos mais pobres. Estes diversos padrões de iniquidade mostram a necessidade de diferentes intervenções programáticas, com foco nos mais pobres, para fortalecer todo o sistema de saúde, bem como uma combinação de ambos.³¹

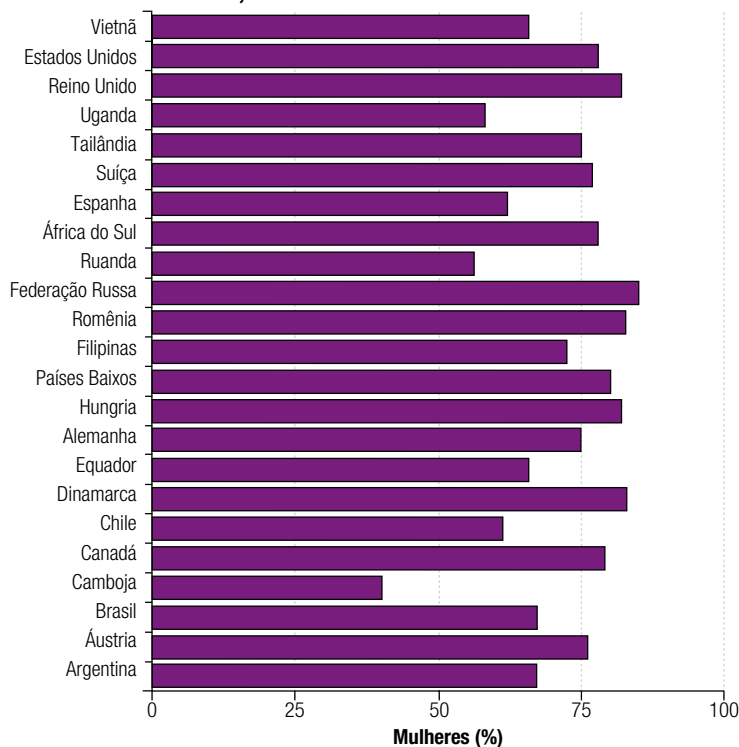
É um paradoxo que os serviços de saúde sejam, com frequência, tão inacessíveis às mulheres ou que não respondam às suas necessidades, considerando que os sistemas de saúde dependem tanto delas. As mulheres são as maiores provedoras de cuidados dentro da família e representam a espinha dorsal da força de trabalho formal e informal em saúde. Elas predominam na força de trabalho em saúde formal em inúmeros países (Figura 9). Embora os dados disponíveis sejam de qualidade variável e derivem de diferentes fontes, eles indicam, de forma geral, que as mulheres totalizam mais de 50% dos trabalhadores formais na atenção em saúde em muitos países.^{34,35} Com um total estimado de 59 milhões de trabalhadores em saúde atuando em tempo integral no mundo todo,³⁶ cerca de 30 milhões são mulheres e outros tantos milhões a mais são provedoras informais.

As mulheres tendem a concentrar-se em ocupações que podem ser consideradas de baixo *status*

(como enfermagem, obstetrícia e serviços de saúde comunitários) e são minoria entre os profissionais mais treinados.³⁵ A força de trabalho em enfermagem, obstetrícia e saúde comunitária e outros provedores de primeira linha permanecem predominantemente femininos em quase toda parte, mas os homens continuam a dominar entre médicos e dentistas. Há, contudo, notáveis exceções, como por exemplo, na Estônia, Mongólia, Federação Russa e Sudão, que relatam maior número de médicas do que de médicos.

Tipicamente, mais de 70% dos médicos são masculinos e mais de 70% dos enfermeiros são femininos, um franco desequilíbrio de gênero. Em muitos países, provedores de serviços de saúde do sexo feminino são particularmente escassos em zonas rurais, uma situação que pode ocorrer, em parte, porque não é seguro para as mulheres viverem sozinhas em algumas áreas isoladas. O quadro poderia ser bem diferente se as parteiras tradicionais e os voluntários das aldeias fossem incluídos nos cálculos, uma vez que estes são os domínios das mulheres em muitos países. Contudo, essas informações raramente estão disponíveis de rotina. Além disso, há notáveis exceções, como por exemplo, a Etiópia e o Paquistão que estão entre os países

Figura 9 Distribuição de mulheres na força de trabalho em saúde, países selecionados, 1989-1997



Fonte: Gupta N et al.³² Lavallée R, Hanvoravongchai P, Gupta N.³³

que buscaram ativamente recrutar e treinar trabalhadoras em saúde nas zonas rurais.

As trabalhadoras em saúde enfrentam problemas relacionados ao trabalho. Uma vez que existem mais mulheres na força de trabalho em saúde e porque elas trabalham frequentemente com agulhas, as mulheres representam dois terços de todas as infecções globais de hepatite B e C e de HIV por traumatismos com seringas.³⁷ Elas também são propensas a traumatismos musculoesqueléticos (causados por levantamento) e exaustão,³⁷⁻⁴¹ estão expostas a medicamentos mutagênicos e possivelmente carcinogênicos, a substâncias químicas perigosas como desinfetantes e esterilizantes, que causam asma,⁴² bem como a situações reprodutivas adversas como abortos espontâneos e malformações congênitas. As trabalhadoras em saúde comunitária também podem estar sujeitas à violência.³⁴

Conclusões

Este capítulo introdutório resumiu alguns dos desafios de saúde enfrentados pelas mulheres durante o curso de suas vidas e ofereceu uma visão geral de alguns dos determinantes subjacentes da saúde das mulheres. Fica claro, que no mundo todo, as mulheres se deparam com desafios de saúde em cada etapa de suas vidas, desde a infância até a terceira idade, quer seja em casa, no lugar de trabalho ou na sociedade como um todo. Os próximos capítulos detalham mais como estes desafios se manifestam nas diferentes etapas da vida e mostram como os sistemas de saúde não conseguem atender adequadamente as necessidades das mulheres.

Resumo dos resultados e implicações

- Houve grandes melhorias na expectativa de vida entre as mulheres nos últimos 50 anos, porém, nem todas foram beneficiadas. Assim, há ainda variações significativas na expectativa de vida e saúde para as mulheres em várias partes do mundo. Uma mulher nascida em um país de alta renda pode esperar viver mais de 80 anos, enquanto aquela nascida no Leste ou no Sul da África, apenas 50 anos.
- Uma transição da saúde está ocorrendo no mundo todo, levando a mudanças nos padrões de óbitos e doenças – de doenças infecciosas e condições maternas para doenças não transmissíveis e crônicas. Contudo, a transição está ocorrendo em taxas diferentes nas várias partes do mundo. Em muitos cenários, as mulheres se deparam com a dupla carga: ameaças tradicionais relacionadas às doenças infecciosas e condições maternas ao lado de desafios emergentes com as doenças crônicas não transmissíveis.
- As mulheres provêem a maior parte da atenção em saúde no mundo todo, no âmbito formal da atenção em saúde, no setor informal e no lar. Mesmo assim, as necessidades das mulheres são frequentemente tratadas precariamente, especialmente entre as comunidades rurais e pobres.
- Sexo e gênero têm um impacto significativo na saúde das mulheres e devem ser considerados ao se desenvolver estratégias de promoção da saúde, prevenção e tratamento de problemas de saúde. A iniquidade de gênero, isoladamente ou em combinação com diferenças biológicas, pode aumentar a vulnerabilidade das mulheres à exposição a certos riscos: pode levar a diferenças que não são sempre reconhecidas na manifestação, gravidade e consequências das doenças, ou a diferentes respostas por parte dos serviços de saúde ou a várias consequências, e isso pode limitar o acesso de mulheres a recursos, informações e serviços de atenção em saúde.
- As sociedades e seus sistemas de saúde precisam se equipar melhor para atender as necessidades de saúde das mulheres em termos de acesso, abrangência e resposta. As políticas e os programas devem fazer com que as normas de gênero e as iniquidades socioeconômicas não limitem a capacidade das mulheres no acesso a informações e serviços de atenção em saúde. Estratégias mais amplas como a redução da pobreza, aumento da alfabetização, treinamento e educação e maiores oportunidades de participação nas atividades econômicas, sociais e políticas contribuirão com o progresso da saúde das mulheres.

Referências Bibliográficas

1. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. *World population prospects: the 2006 revision*. New York, NY, United Nations Population Division, 2007.
3. Zhu WX, Lu L, Hesketh T. China's excess males, sex selective abortion and one child policy: analysis of data from 2005 national intercensus survey. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 2009, 338:b1211. PMID:19359290 doi:10.1136/bmj.b1211
4. *World health statistics 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009.
5. Meslé F. Ecart d'espérance de vie entre les sexes: les raisons du recul de l'avantage féminin. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2004, 52:333–352. PMID:15480291 doi:10.1016/S0398-7620(04)99063-3
6. Gleit DA, Horiuchi S. The narrowing sex differential in life expectancy in high-income populations: effects of differences in the age pattern of mortality. *Population Studies*, 2007, 61:141–159. PMID:17558883 doi:10.1080/00324720701331433
7. Wrigley EA, Davies RS, Oeppen JE, Schofield RS. *English population history from family reconstitution, 1580–1837*. New York, NY, Cambridge University Press, 1997.
8. Vallin J. Mortalité, sexe et genre. In: Caselli G, Wunsch G, Vallin J, eds. *Démographie: analyse et synthèse. III. Les déterminants de la mortalité*. Paris, Institut national d'études démographiques (INED), 2002.

9. WHO mortality database. Geneva, March 2009 (<http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>).
10. Berkman DS et al. Effects of stunting, diarrhoeal disease, and parasitic infection during infancy on cognition in late childhood: a follow-up study. *Lancet*, 2002, 359:564–571. PMID:11867110 doi:10.1016/S0140-6736(02)07744-9
11. Mendez MA, Adair LS. Severity and timing of stunting in the first two years of life affect performance on cognitive tests in late childhood. *The Journal of Nutrition*, 1999, 129:1555–1562. PMID:10419990
12. *Australia's health 2008*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2008.
13. Anachebe NF. Racial and ethnic disparities in infant and maternal mortality. *Ethnicity & Disease*, 2006, 16 suppl 3;71–76. PMID:16774028
14. *The Millennium Development Goals report 2007*. New York, NY, United Nations, 2007(<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>, accessed 18 July 2009).
15. *World development indicators 2008*. Washington, DC, The World Bank, 2008.
16. *MDGs and gender*. New York, NY, United Nations Development Fund for Women, 2008 (http://www.unifem.org/progress/2008/mdgsGender_2.html, accessed 20 April 2009).
17. *Human development report 2007/2008*. New York, NY, United Nations Development Programme, 2008.
18. Hall E. Gender, work control and stress: a theoretical discussion and an empirical test. *International Journal of Health Services*, 1989, 19:725–745. PMID:2583884 doi:10.2190/5MYW-PGP9-4M72-TPXF
19. Paoli P, Merlié D. *Third European survey on working conditions 2000*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001.
20. Östlin P. Gender inequalities in health: the significance of work. In: Wamala S, Lynch J, eds. *Gender and socioeconomic inequalities in health*. Lund, Studentlitteratur, 2002.
21. Mukuria A, Alboulafia C, Themme A. *The context of women's health: results from the Demographic and Health Surveys, 1994–2001*. DHS Comparative Reports No.11. Calverton, MD, ORC Macro, 2005.
22. *Summarizing the new US Census Bureau report on Income and Poverty: the rich continue to get richer*. Columbus, OH, and Greenbelt, MD, American Society of Criminology (ASC) Division on Critical Criminology, and the Academy of Criminal Justice Sciences (ACJS) Section on Critical Criminal Justice (http://critcrim.org/summarizing_the_new_us_census_bureau_report_on_income_and_poverty_the_rich_continue_to_get_richer, accessed 18 July 2009).
23. WHO and UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. *Progress on drinking water and sanitation*. New York, NY, and Geneva, UNICEF and the World Health Organization, 2008.
24. *The situation of women and girls: facts and figures*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 2009.
25. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331–1336. PMID:11965295 doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8
26. Plichta SB, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. *Women's Health Issues*, 2001, 11:244–258. PMID:11336864 doi:10.1016/S1049-3867(01)00085-8
27. *Gender and health in disasters*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/gender/other_health/en/genderdisasters.pdf, accessed 18 July 2009).
28. *Mainstreaming gender into disaster recovery and reconstruction*. Washington, DC, The World Bank, 2007 (http://www.preventionweb.net/files/8024_MainstreamingGenderintoDisasterRecoveryandReconstruct.txt, accessed 18 July 2009).
29. Cottingham J, Garcia-Moreno C, Reis C. Sexual and reproductive health in conflict areas: the imperative to address violence against women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2008, 115:103–110. PMID:18333333 doi:10.1111/j.1471-0541.2007.1471.x

- cology, 2008, 115:301–303. PMID:18190365 doi:10.1111/j.1471-0528.2007.01605.x
30. Garcia-Moreno C, Reis C. Overview on women's health in crises. *Health in emergencies* (newsletter). Issue No. 20 "Focus: Women's health". Geneva, World Health Organization, January 2005 (http://www.who.int/entity/hac/network/newsletter/Final_HiE_n20_%20Jan_2005_finalpdf.pdf, accessed 18 July 2009).
 31. *The world health report 2003: shaping the future*. Geneva, World Health Organization, 2003.
 32. Gupta N et al. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 2003, 1:5 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/5>, accessed 18 July 2009). PMID:12904250 doi:10.1186/1478-4491-1-5
 33. Lavallée R, Hanvoravongchai P, Gupta N. The use of population census data for gender analysis of the health workforce. In: Dal Poz MR, Gupta N, Quain E, Soucat A, eds. *Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health*. Geneva, World Health Organization, World Bank and United States Agency for International Development (in press).
 34. George A. *Human resources for health: a gender analysis*. Paper commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge Network. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf, accessed 18 July 2009).
 35. *Gender and health workforce statistics*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_2.pdf, accessed 18 July 2009).
 36. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
 37. Prüss-Üstün A, Rapiti E, Hutin Y. *Sharps injuries – global burden of disease from sharps injuries to health-care workers*. Geneva, World Health Organization, 2003.
 38. Aiken LH et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:1987–1993. PMID:12387650 doi:10.1001/jama.288.16.1987
 39. Josephson M, Lagerstrom M, Hagberg M, Wigaeus EH. Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period. *Occupational and Environmental Medicine*, 1997, 54:681–685. PMID:9423583 doi:10.1136/oem.54.9.681
 40. Mayhew C. Occupational violence: a neglected occupational health and safety issue? *Policy and Practice in Health and Safety*, 2003, 1:31–58.
 41. Seifert A, Dagenais L. *Vivre avec les microbes: la prévention et le contrôle des infections professionnelles*. Montréal, Confédération des syndicats nationaux, 1998.
 42. Pechter E et al. Work-related asthma among health care workers: Surveillance data from California, Massachusetts, Michigan, and New Jersey, 1993–1997. *American Journal of Industrial Medicine*, 2005, 47:265–275. PMID:15712261 doi:10.1002/ajim.20138

2

CAPÍTULO

A MENINA CRIANÇA

Existem no mundo 1,2 bilhões de crianças abaixo dos 10 anos de idade e mais de 50% delas vivem na Ásia. Hoje em dia, as crianças vivem em famílias menores que há 30 ou 40 anos, porque o número médio de crianças por mulher sofreu um declínio significativo (ver Capítulo 1). A saúde, o bem estar e o desenvolvimento dessas crianças constituem uma grande preocupação para todas as sociedades, em particular, com relação às meninas, pelo futuro reprodutivo e pelos evidentes efeitos intergeracionais que a precariedade da atenção à saúde materna pode ter sobre a saúde e desenvolvimento de seus filhos.

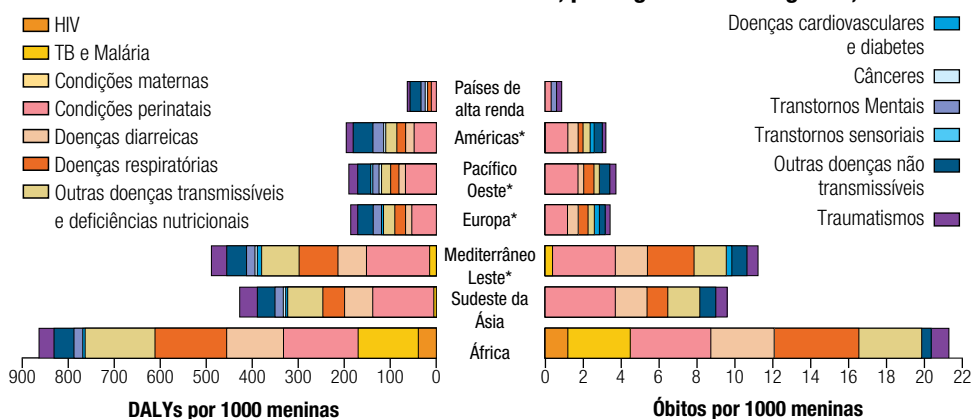
Ainda ocorrem muitos óbitos de bebês e crianças

Nos últimos 50 anos, testemunhou-se uma queda fantástica da mortalidade infantil. No entanto, milhões de crianças morrem prematuramente e a infância continua sendo um período de vulnerabilidade a inúmeros riscos para a saúde. A carga das doenças é particularmente grave na África, mas é também significativa no Leste do Mediterrâneo e nas regiões do Sudeste da Ásia (Figura 1). Em âmbito global, as principais causas de morte e incapacidades em meninas abaixo dos 10 anos de idade são as doenças transmissíveis (infecções do trato respiratório e diarreia) e condições neonatais (baixo peso ao nascer, asfixia e trauma ao nascer), que juntas representam mais de 60% do total de óbitos (Tabela 1).^a

A maioria dos óbitos das crianças abaixo de 10 anos de idade ocorre antes do quinto aniversário e apesar da melhoria considerável na sobrevivência infantil nas últimas duas décadas, em torno de nove milhões de crianças abaixo dos cinco anos de idade (incluindo 4,3 milhões de meninas) 2 morrem a cada ano de condições amplamente evitáveis e tratáveis. As principais causas desses óbitos são prematuridade e baixo peso ao nascer (11%), condições neonatais (11%), doenças diarreicas (17%) e infecções respiratórias agudas pós-neonatais, principalmente pneumonia (18%) (Figura 2). Estima-se que 200 milhões de crianças abaixo dos cinco anos de idade não alcançam todo seu potencial por causa da saúde precária.⁴

A subnutrição é uma causa direta e indireta de óbitos de crianças (ver abaixo e Figura 2). Outros fatores de risco são importantes causas de mortalidade infantil e dos problemas de saúde e incluem água não potável, saneamento e higiene precários, aleitamento materno insuficiente e poluição por combustíveis sólidos (Tabela 2). A mudança climática também pode afetar as condições básicas para

Figura 1 Mortalidade e carga de doenças (DALYs) em meninas abaixo dos 10 anos de idade, por região e causas gerais, 2004



^aOs países de alta renda estão excluídos dos grupos regionais.
Fonte: Organização Mundial da Saúde.¹

manutenção da saúde da criança, ou seja, ar e água de boa qualidade, alimentação suficiente e abrigo

Tabela 1 As dez causas principais de óbitos no sexo feminino de 0–9 anos de idade, segundo a renda dos países, 2004

Mundo				Países de baixa renda			
Posição	Causa	Óbitos (000s)	%	Posição	Causa	Óbitos (000s)	%
1	Infecções respiratórias baixas	948	17.6	1	Infecções respiratórias baixas	807	18.8
2	Doenças diarreicas	858	15.9	2	Doenças diarreicas	720	16.8
3	Prematuridade e baixo peso ao nascer	567	10.5	3	Infecções neonatais*	426	9.9
4	Infecções neonatais*	545	10.1	4	Prematuridade e baixo peso ao nascer	405	9.4
5	Asfixia e trauma ao nascer	411	7.6	5	Malária	372	8.7
6	Malária	397	7.4	6	Asfixia e trauma ao nascer	312	7.3
7	Sarampo	201	3.7	7	Sarampo	187	4.4
8	Anomalias congênitas	188	3.5	8	Pertussis	118	2.8
9	HIV/AIDS	138	2.5	9	Anomalias congênitas	115	2.7
10	Pertussis	125	2.3	10	HIV/AIDS	107	2.5

Países de renda média				Países de alta renda			
Posição	Causa	Óbitos (000s)	%	Posição	Causa	Óbitos (000s)	%
1	Prematuridade e baixo peso ao nascer	155	14.6	1	Anomalias congênitas	9	21.7
2	Infecções respiratórias baixas	139	13.1	2	Prematuridade e baixo peso ao nascer	7	17.3
3	Doenças diarreicas	137	12.9	3	Infecções neonatais*	6	14.6
4	Infecções neonatais*	113	10.7	4	Asfixia e trauma ao nascer	3	7.6
5	Asfixia e trauma ao nascer	96	9.0	5	Infecções respiratórias baixas	2	4.2
6	Anomalias congênitas	63	6.0	6	Doenças diarreicas	1	3.4
7	HIV/AIDS	30	2.8	7	Acidentes de trânsito	1	3.3
8	Malária	25	2.3	8	Transtornos endócrinos	1	2.8
9	Meningite	21	2.0	9	Violência	1	1.6
10	Afogamentos	19	1.8	10	Afogamentos	1	1.2

*Incluem infecções neonatais graves e outras causas não infecciosas do período perinatal.
Fonte: Organização Mundial da Saúde.¹

adequado.

Muitas das grandes causas de óbitos globais são altamente sensíveis às condições climáticas e mais de três milhões de óbitos anuais são causados por uma combinação de malária, diarreia e subnutrição proteico-energética.⁵

Uma grande proporção de óbitos infantis ocorre precocemente, dentro do primeiro mês de vida. Estes óbitos^a representam quase a metade dos óbitos infantis em todas as regiões, exceto na Africana. Enquanto os níveis globais de mortalidade infantil diminuem, a proporção de óbitos totais durante o período neonatal tende a aumentar, em grande medida, porque as intervenções críticas durante esse período dependem de um sistema de saúde eficiente que possa oferecer cuidados de alta qualidade às grávidas e aos recém-nascidos, porém, o acesso a este tipo de atenção não é exequível em muitos contextos.⁶

As iniquidades relacionadas à mortalidade infantil referem-se principalmente à renda. As crianças dos países pobres são muito mais propensas a falecer prematuramente que aquelas dos países mais ricos; e, nos dos países, as crianças que vivem nas residências pobres são mais propensas a morrer que

a As condições que emergem nos primeiros 28 dias de vida (período neonatal) incluem: prematuridade, baixo peso, asfixia e trauma ao nascer, entre outras.

aquelas das residências mais ricas.

Os diferenciais do sexo na saúde

Globalmente, as meninas são menos propensas a morrer antes dos cinco anos que os meninos e podem ter alguma vantagem sobre eles (Figura 3). Entretanto, em alguns poucos países (incluindo China e Índia), as taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos são mais altas entre as meninas do que entre os meninos.² Resultados de pesquisas domiciliares nos últimos 20 anos indicam que a desvantagem feminina tendeu a persistir na Índia e pode ter piorado em outros países como o Nepal e o Paquistão. Em contraste, dados recentemente divulgados sobre Bangladesh mostram que a diferença diminuiu significativamente ao longo do tempo e meninas menores de cinco anos apresentam taxas de mortalidade menores que os meninos.⁷

Embora existam algumas diferenças entre meninas e meninos no acesso a aspectos-chave da atenção durante a infância, geralmente elas não são sistemáticas ou uniformes no âmbito ou através das regiões ou países. Por exemplo, dados disponíveis sobre a cobertura da imunização mostram que, embora ocorram diferenciais de sexo significativos nessa cobertura em vários países, não existe um viés sistemático contra meninos ou meninas (Figura 3). A cobertura de imunização em alguns países é mais alta para meninos, e em outros é mais alta para meninas. No entanto, há evidências que os meninos são mais propensos a sofrer subnutrição grave (nanismo) que meninas.

A desnutrição é a causa básica de 3,5 milhões de óbitos infantis e representa 35% da carga de doenças em crianças menores de cinco anos de idade (Figura 2).⁸ A subnutrição é com frequência, um problema agudo em populações afetadas por crises humanitárias.⁹

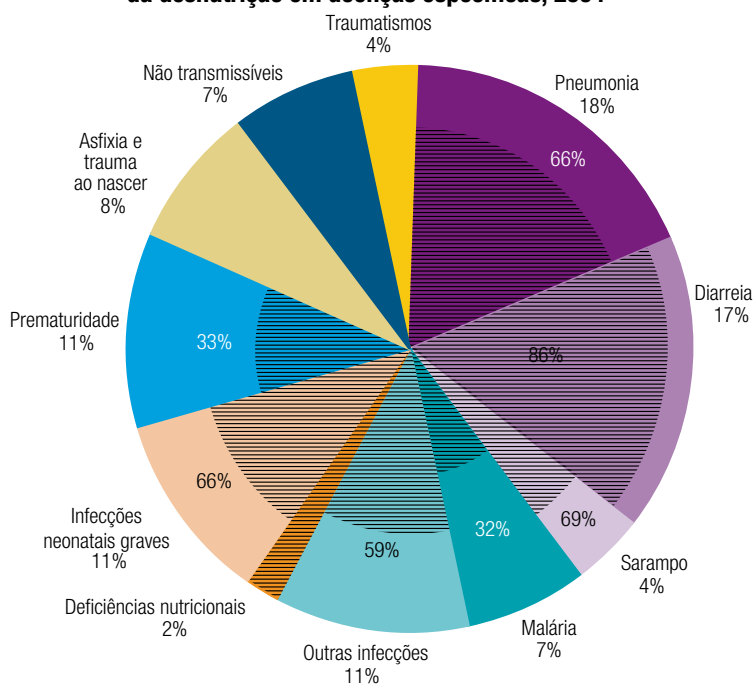
A falta de acesso a alimentos nutritivos, especialmente na atual conjuntura de alta dos preços dos alimentos, é uma causa direta comum da subnutrição. Os principais fatores que contribuem para a subnutrição são as práticas precárias de alimentação, como aleitamento materno inadequado e a provisão insuficiente ou alimentos menos nutritivos. Atualmente, as causas indiretas da subnutrição têm maior peso na mortalidade e na carga de doenças que as causas diretas.¹⁰ Uma causa indireta importante é infecção (diarreia, pneumonia, sarampo e malária, particularmente frequente ou persistente), que compromete o estado nutricional de uma criança.¹¹

Tabela 2 Principais fatores de risco para mortalidade em meninas abaixo dos cinco anos de idade, 2004

Risco	Países de baixa renda	Países de renda média	Países de alta renda
Óbitos para cada 100.000 crianças			
Baixo peso na infância	641	71	2
Água, saneamento, higiene inseguros	410	98	4
Aleitamento materno insuficiente	302	111	17
Fumaça em interiores por uso de combustíveis sólidos	248	32	0
Deficiência de vitamina A	180	31	1
Deficiência de zinco	119	21	1

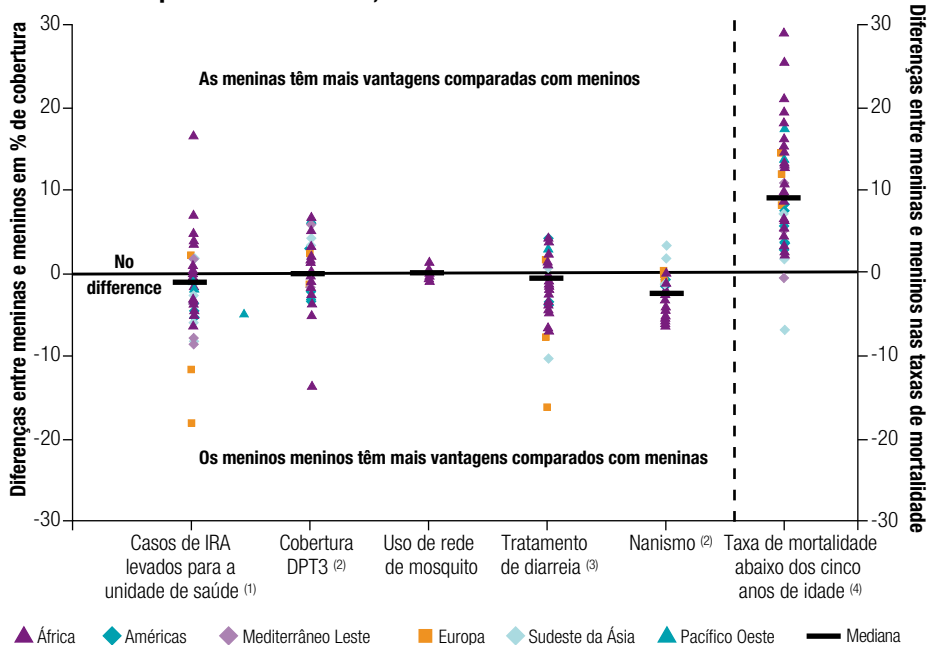
Fonte: Organização Mundial da Saúde.³

Figura 2 Distribuição das principais causas de óbitos em meninas menores de cinco anos de idade, incluindo a contribuição da desnutrição em doenças específicas, 2004



A área sombreada indica a contribuição da desnutrição em cada causa de óbito
Fonte: Organização Mundial da Saúde.³

Figura 3 Diferenças de sexo nos indicadores-chave de saúde das crianças, países seleccionados, 2002–2007



Cada ponto representa dados para um país.

(1) Infecções respiratórias agudas.

(2) Difteria, Coqueluche / Pertussis e Tétano. 3ª dose.

(3) Sais de reidratação oral (SRO) ou soluções caseiras recomendadas (SCR).

(4) Altura-por-idade inferior a menos dois desvios-padrão da mediana da população de referência.

Fonte: Pesquisas Demográficas e de Saúde em 43 países (dados para nanismo disponíveis em 31 países e em 14 países para uso de rede de mosquitos), 2002–2007.

A diarreia grave, em particular, leva à perda de líquido e pode ser fatal, especialmente em crianças pequenas e pessoas desnutridas ou com déficit de imunidade. As crianças abaixo do peso são também mais vulneráveis a quase todas as doenças infecciosas e têm um prognóstico menos favorável com relação à recuperação completa.

Os fatores de risco para estas infecções incluem água não potável, saneamento inadequado e higiene insuficiente. Estimou-se que 88% dos casos de diarreia no mundo podem ser atribuídos a estes fatores¹⁰ e que um total anual de 860.000 óbitos de crianças menores de cinco anos de idade é causado diretamente e indiretamente pela subnutrição induzida pela água não potável, saneamento inadequado e higiene insuficiente.¹⁰

A subnutrição entre as grávidas pode levar ao nascimento de bebês prematuros e com baixo peso, colocando-os em risco de saúde precária, morte precoce, bem como incapacidade de aprendizado na vida futura.^{12,13}

A desnutrição é um aspecto da subnutrição. Ao mesmo tempo, as taxas de excesso de peso e obesidade, em alta entre as crianças no mundo, representam grandes riscos de saúde precária na vida adulta. Em alguns países, por exemplo, Albânia, Lesoto e Ucrânia,¹⁴ até 20% das crianças abaixo de cinco anos de idade estão com excesso de peso e em outros, como Albânia, Bósnia e Herzegovina e Ucrânia, mais de 10% das crianças abaixo dos cinco anos de idade são obesos. Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, as meninas abaixo dos cinco anos de idade e as adolescentes são mais propensas a serem obesas que meninos (ver também o próximo capítulo).^{15–17}

Mutilação genital feminina

Meninas e mulheres enfrentam riscos de saúde particulares por causa de práticas nocivas como a mutilação genital feminina (MGF). Estima-se que milhões de meninas e mulheres sofreram MGF, que envolve a remoção parcial ou total da genitália externa feminina ou outros traumatismos nos órgãos genitais femininos por razões não médicas.¹⁸

Estima-se que, na África, 92,5 milhões de meninas e mulheres acima dos 10 anos de idade estão vivendo as consequências da MGF. Destas, 12,5 milhões são meninas entre os 10 e 14 anos de idade.¹⁹ Neste continente, em torno de três milhões de meninas são submetidas à MGF anualmente.²⁰ Embora os dados disponíveis sejam incompletos, parece que houve pequenas reduções na extensão da MGF nos últimos anos. Contudo, dados indicam tendência crescente da MGF ser realizada por profissionais de saúde; um declínio da idade média na qual a MGF é praticada e um aumento marcante na proporção de meninas submetidas à MGF antes dos cinco anos de idade.

Abuso e maus-tratos

Muitas crianças de ambos os sexos sofrem maus-tratos físicos e emocionais, abuso sexual, abandono, tratamento negligente e exploração comercial ou outro tipo de exploração. Embora dados confiáveis e abrangentes sejam limitados, as evidências disponíveis indicam que meninas são mais propensas a sofrer abusos sexuais que meninos. A análise das evidências gerou estimativas de prevalência de vários tipos de abuso sexual em crianças e jovens até 18 anos de idade, da forma seguinte:

- Abuso sexual sem contato: 3,1% meninos e 6,8% meninas;
- Abuso sexual com contato: 3,7% meninos e 13,2% meninas;
- Abuso sexual penetrante: 1,9% meninos e 5,3% meninas;
- Qualquer tipo de abuso sexual: 8,7% meninos e 25,3% meninas²¹

O abuso infantil tem consequências imediatas e em longo prazo para a saúde de mulheres e contribui significativamente para a depressão, uso e a dependência de álcool e drogas, transtorno do pânico, transtorno de estresse pós-traumático e tentativas de suicídio.²¹ Nos contextos de emergência e refugiados, as meninas podem estar particularmente em risco de violência sexual, exploração e abuso por combatentes, forças de segurança, membros de suas comunidades, trabalhadores de ajuda humanitária, entre outros.²²

Conclusões

A saúde dos futuros adultos depende fundamentalmente da saúde das crianças de hoje. Embora a menina se beneficie de uma série de vantagens biológicas em termos de sua sobrevivência e saúde, ela enfrenta também desvantagens sociais, culturais e baseadas no gênero que colocam sua saúde em risco. Muitos dos problemas de saúde vivenciados pelas mulheres adultas originam-se na infância e incluem a nutrição precária, a qual é particularmente importante por causa de suas repercussões intergeracionais. Prevenir o abuso e o abandono da criança e assegurar um ambiente favorável na primeira infância ajudarão as meninas a alcançarem um desenvolvimento físico, social e emocional pleno e evitará uma carga significativa de doenças relacionadas com doenças crônicas, incluindo transtornos de saúde mental e uso de substâncias na vida futura.

Resumo dos resultados e implicações

■ Foram realizados avanços consideráveis na saúde da criança, e as meninas têm maior probabilidade de sobrevivência na infância que há algumas décadas, mas, o avanço foi desigual, especialmente nos países mais pobres. O progresso tem sido mais lento em países com altos níveis de HIV/AIDS e conflito. Pneumonia e diarreia, condições facilmente evitáveis e tratáveis, continuam a matar anualmente mais de três milhões de meninas com menos de cinco anos de idade.

■ A subnutrição é um importante determinante de saúde durante a infância e nas idades futuras. O estado nutricional de meninas é particularmente importante por causa de seu papel reprodutivo futuro e os efeitos intergeracionais da alimentação precária feminina.

■ Meninas e mulheres enfrentam riscos à saúde por causa de práticas nocivas. Mais de 100 milhões de meninas e mulheres foram submetidas à MGF. As evidências indicam que, apesar de se observar algum declínio na prevalência total, o procedimento está sendo cada vez mais medicalizado e realizado em idades mais jovens,

■ Meninas são mais propensas ao abuso sexual que meninos, com uma menina em cada quatro relatando este tipo de abuso durante sua vida.

■ No intuito de tratar estes problemas, a atenção deve ser dirigida para intervenções prioritárias, incluindo parto seguro, melhora do estado nutricional, acesso à imunização e atenção em saúde para doenças da infância, abordagens integradas para tratar o abuso e os maus-tratos da criança e a garantia de um ambiente favorável durante a primeira infância que ajudará as meninas a alcançar um desenvolvimento físico, social e emocional pleno. Intervenções políticas, legais e sociais são também necessárias para a eliminação da MGF e outras práticas nocivas e deve ser dada atenção às necessidades físicas e psicossociais das crianças que crescem em ambientes de crises humanitárias.

Referências Bibliográficas

1. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. *World health statistics 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009.
3. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, World Health Organization (in press).
4. Grantham-McGregor S et al., International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 2007, 369:60–70. PMID:17208643 doi:10.1016/S0140-6736(07)60032-4
5. *Protecting health from climate change* (World Health Day campaign for 2008). Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/world-health-day/previous/2008/en/index.html>, accessed 18 July 2009).
6. *The world health report 2005: make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/chapter5/en/>, accessed 18 July 2009).
7. STATcompiler. *Demographic and Health Surveys in four countries between 1990 and 2007*. Calverton, MD, ICF Macro (<http://www.statcompiler.com>).
8. Black RE et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 2008, 371:243–260. PMID:18207566 doi:10.1016/S0140-6736(07)61690-0
9. *Women, girls, boys & men – different needs, equal opportunities. Gender handbook for humanitarian action*. Geneva, Inter-agency Standing Committee, 2006 (<http://www.humanitarianreform.org/Default.aspx?tabid=659>, accessed 8 June 2009).
10. Prüss-Ustün A, Bos R, Gore F, Bartram J. *Safe water, better health – costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health*. Geneva, World Health Organization, 2008. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596435_eng.pdf, accessed 18 July 2009).

11. Child and adolescent health and development – malnutrition. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/malnutrition/en/index.html, accessed 8 June 2009).
12. Berkman DS et al. Effects of stunting, diarrhoeal disease, and parasitic infection during infancy on cognition in late childhood: a follow-up study. *Lancet*, 2002, 359:564–571. PMID:11867110 doi:10.1016/S0140-6736(02)07744-9
13. Mendez MA, Adair LS. Severity and timing of stunting in the first two years of life affect performance on cognitive tests in late childhood. *The Journal of Nutrition*, 1999, 129:1555–1562. PMID:10419990
14. WHO global database on child growth and malnutrition, Geneva, 2009 (<http://www.who.int/nutgrowthdb>).
15. Kelishadi R et al. Obesity and associated modifiable environmental factors in Iranian adolescents: Isfahan Healthy Heart Program - Heart Health Promotion from Childhood. *Pediatrics International*, 2003, 45:435–442. PMID:12911481 doi:10.1046/j.1442-200X.2003.01738.x
16. al-Nuaim AR, Bamgboye EA, al-Herbish A. The pattern of growth and obesity in Saudi Arabian male school children. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1996, 20:1000–1005. PMID:8923156
17. McCarthy HD, Ellis SM, Cole TJ. Central overweight and obesity in British youth aged 11–16 years: cross sectional surveys of waist circumference. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 2003, 326:624. PMID:12649234 doi:10.1136/bmj.326.7390.624
18. *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://web.unfpa.org/upload/lib_pub_file/756_filename_fgm.pdf, accessed 18 July 2009).
19. Yoder PS, Khan S. *Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total*. Calverton, MD, Macro International Inc., 2007.
20. *Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*. Innocenti Digest, No. 12. Florence, UNICEF, 2005.
21. Andrews G et al. Child sexual abuse. In: Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Murray C, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Vol. 2. Geneva, World Health Organization, 2004.
22. Garcia Moreno C, Reis C. Overview on women's health in crises. *Health in emergencies* (newsletter). Issue No. 20 "Focus: Women's health". Geneva, World Health Organization, January 2005 (http://www.who.int/entity/hac/network/newsletter/Final_HiE_n20_%20Jan_2005_finalpdf.pdf)

3

CAPÍTULO

MENINAS ADOLESCENTES

A adolescência é geralmente uma época de boa saúde para as meninas, com oportunidades de crescimento e desenvolvimento, mas, pode ser também uma fase de risco, particularmente com respeito à atividade sexual e uso de substâncias, por isso, prevenir e cuidar de tais riscos, é essencial para a saúde dos jovens hoje e nos anos futuros.

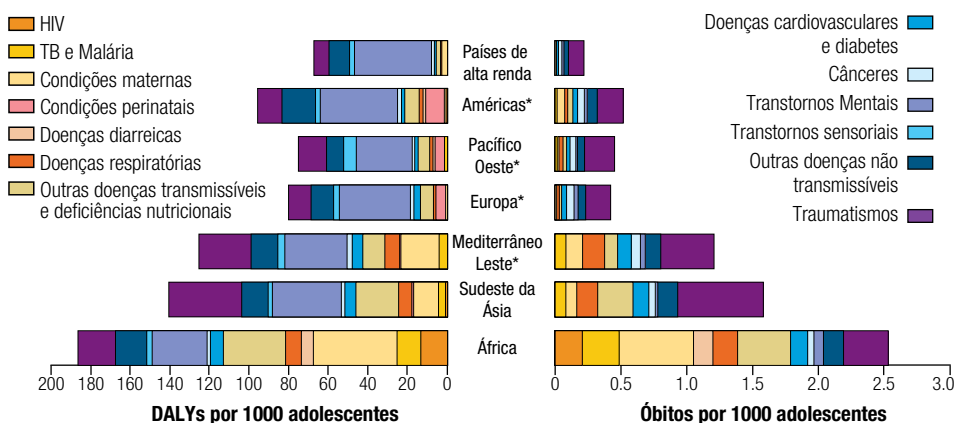
Há, no mundo todo, em torno de 1,2 bilhões de adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, dos quais, aproximadamente 90% vivem em países em desenvolvimento e 600 milhões são do sexo feminino.¹ A saúde e o desenvolvimento dessas meninas é muito importante durante todo o processo de amadurecimento e passagem à vida adulta. A saúde das adolescentes prepara o terreno para sua saúde e seu bem-estar futuros, para a saúde de seus filhos e para o desenvolvimento das sociedades em que vivem.

Época de boa saúde, mas também de risco

A adolescência caracteriza-se normalmente por baixos níveis de doenças e óbitos, sendo a fase da vida com menores taxas de mortalidade. Mas, é também uma fase de grandes mudanças físicas, sociais e emocionais, e, em muitos casos, as meninas não recebem o apoio necessário para lidar com elas. As sociedades em que vivem não são capazes de oferecer condições ótimas para seu desenvolvimento saudável e como resultado, as meninas podem perder oportunidades para progredir com êxito na transição para a vida adulta, tornando-se vulneráveis a comportamentos de risco para a saúde.

As mais altas taxas de mortalidade e carga de doenças nas adolescentes são registradas na África e Sudeste da Ásia (Figura 1). Óbitos decorrentes de suicídios e traumatismos relacionados com acidentes de trânsito e queimaduras estão entre as principais causas de óbito no mundo todo.² As doenças transmissíveis, incluindo HIV/AIDS, são causas importantes de óbito, especialmente na África. Em todas as regiões, as adolescentes enfrentam grandes cargas de doenças relacionadas à saúde mental.² Nos países de alta renda nas regiões das Américas, da Europa e do Pacífico Oeste, as condições neuropsiquiátricas, como esquizofrenia, transtornos depressivos unipolares e bipolares² são responsáveis por grande parte da carga de problemas de saúde entre as adolescentes. Nas regiões do Mediterrâneo Leste e Sudeste, as causas externas estão lado a lado com problemas neuropsiquiátricos em termos do impacto na carga de doenças. Em geral, nos países de média e alta renda, os acidentes de trânsito são a principal causa de óbito entre as adolescentes, enquanto as infecções do trato respiratório e outras doenças transmissíveis predominam nos países de baixa renda (Tabela 1).

Figura 1 Mortalidade e carga de doenças (DALYs) em adolescentes de 10 e 19 anos de idade, por região e principais causas, 2004



*Os países de alta renda estão excluídos dos grupos regionais.
Fonte: Organização Mundial da Saúde.²

Puberdade e início da vida sexual

A puberdade para as meninas é o sinal mais óbvio do início de sua vida sexual e reprodutiva. Durante este período, as experiências das meninas, bem como as oportunidades e proteção que suas culturas e sociedades propiciam, podem fazer a diferença em suas vidas, contribuindo à boa saúde e à sua capacidade de contribuir plenamente com a sociedade, ou levando a comportamentos nocivos que geram problemas de saúde e infelicidade.

Muitas adolescentes enfrentam restrições e marginalização por causa da pobreza, tradições sociais e culturais nocivas, crises humanitárias e isolamento geográfico. Estes fatores impedem o acesso à informação, educação, atenção em saúde e oportunidades econômicas.³ No momento em que mais precisam de apoio para ajudá-las na proteção contra riscos de saúde, em alguns ambientes, as adolescentes são pressionadas ao casamento e procriação precoces. Um total de 38% das meninas em países em desenvolvimento, especificamente na Ásia, casam antes dos 18 anos de idade, e 14% antes dos 15 anos.³

Ao contrário da crença popular, em âmbito global há poucas evidências de que as meninas de hoje iniciem a vida sexual mais cedo que no passado. Em quase todas as partes do mundo, a primeira atividade sexual das meninas ocorre na adolescência tardia, entre 15 e 19 anos de idade.⁴ Infelizmente, a atividade sexual é, para muitas meninas, associada à coerção e violência.⁵ Quanto mais jovem a mulher

Tabela 1 As dez causas principais de óbito no sexo feminino entre 10 e 19 anos de idade, segundo a renda dos países, 2004

Mundo				Países de baixa renda			
Posição	Causa	Óbitos (000s)	%	Posição	Causa	Óbitos (000s)	%
1	Infecções respiratórias baixas	57	8.9	1	Infecções respiratórias baixas	49	10.6
2	Acidentes de trânsito	37	5.6	2	Traumatismos autoinfligidos	24	5.2
3	Traumatismos autoinfligidos	36	5.5	3	Incêndios	21	4.6
4	Tuberculose	29	4.5	4	Tuberculose	21	4.5
5	Incêndios	24	3.8	5	Meningite	18	3.9
6	Afogamentos	23	3.5	6	HIV/AIDS	17	3.7
7	Meningite	21	3.3	7	Malária	16	3.4
8	HIV/AIDS	20	3.0	8	Acidentes de trânsito	16	3.4
9	Malária	17	2.7	9	Doenças diarreicas	12	2.6
10	Doenças diarreicas	14	2.2	10	Afogamentos	11	2.4

Países de renda média				Países de alta renda			
Posição	Causa	Óbitos (000s)	%	Posição	Causa	Óbitos (000s)	%
1	Acidentes de trânsito	17	9.9	1	Acidentes de trânsito	4	28.9
2	Afogamentos	11	6.8	2	Traumatismos autoinfligidos	1	9.5
3	Traumatismos autoinfligidos	10	6.2	3	Violência	1	5.0
4	Tuberculose	8	4.7	4	Leucemia	1	4.2
5	Infecções respiratórias baixas	8	4.5	5	Anomalias congênitas	1	4.2
6	Leucemia	6	3.8	6	Transtornos endócrinos	0	3.1
7	Violência	5	3.0	7	Envenenamentos	0	2.0
8	Anomalias congênitas	4	2.6	8	Infecções respiratórias baixas	0	1.5
9	Envenenamentos	4	2.4	9	Acidente vascular cerebral	0	1.5
10	Incêndios	3	1.8	10	Epilepsia	0	1.3

Fonte: Organização Mundial da Saúde²

na primeira experiência sexual, maior a probabilidade que sua iniciação seja forçada.⁵ As adolescentes são expostas a gravidez não desejada, às infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV, e sofrem consequências mentais e físicas em longo prazo.

Poucas mulheres jovens usam algum tipo de contracepção durante a primeira experiência sexual.⁶ O acesso à contracepção é limitado pela falta de informações, baixa capacidade de negociação e pelo fato de que a maioria dos serviços de saúde reprodutiva nos países em desenvolvimento são programados para atender necessidades de mulheres casadas.⁷

Gravidez na adolescência

As taxas de natalidade entre as adolescentes estão diminuindo globalmente, porém, permanecem altas em partes da África e da Ásia.⁸ A gravidez é mais comum entre as adolescentes que vivem na pobreza, em zonas rurais e entre aquelas com menos educação (Figura 2).

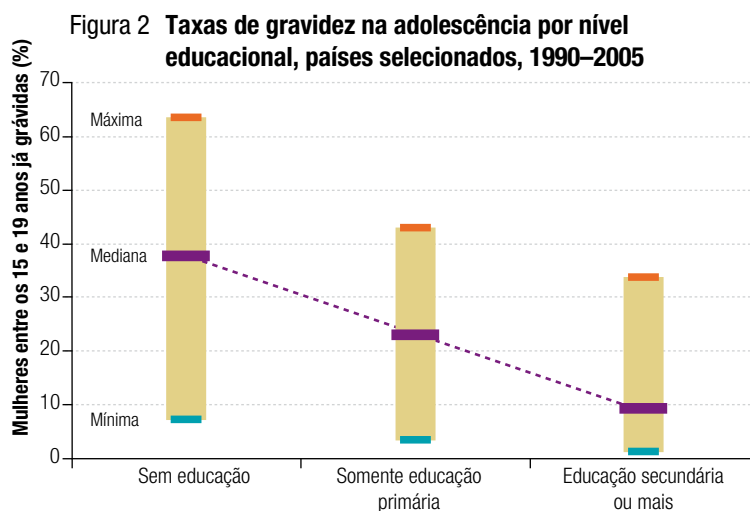
A gravidez e o parto, por muitas razões, oferecem mais riscos às jovens adolescentes. Nos países em desenvolvimento, as complicações da gravidez e do parto são a principal causa de óbito em jovens de 15 a 19 anos de idade. Aproximadamente 15% de todos os óbitos maternos no mundo, e 26% na África, ocorrem entre adolescentes.⁹ Os efeitos adversos da procriação à saúde das adolescentes se refletem na precariedade da saúde de suas crianças: os óbitos perinatais são 50% mais altos entre os bebês de mães abaixo dos 20 anos de idade do que entre os nascidos de mães entre 20 e 29 anos de idade. Além disso, bebês de mães adolescentes são mais propensos ao baixo peso ao nascer, fator de risco para problemas de saúde na infância.¹⁰

Devido à gravidez não desejada, as taxas de aborto inseguro entre mulheres jovens são altas, especialmente na África, onde meninas de 15 a 19 anos de idade representam um em cada quatro casos de abortos inseguros.¹¹ Mesmo quando não resultam em óbito, as consequências imediatas e em longo prazo dessas intervenções, que incluem hemorragia, infecções do trato reprodutivo e infertilidade, podem ser graves.

Infecções sexualmente transmitidas

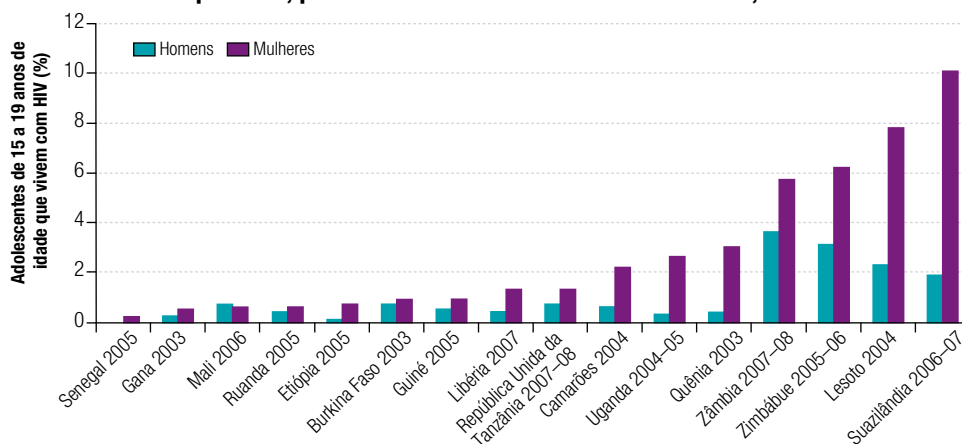
As mulheres jovens são particularmente vulneráveis ao HIV devido a uma combinação de fatores biológicos, falta de acesso a informações e serviços, bem como normas e valores sociais que reduzem sua capacidade de se proteger. Essa vulnerabilidade pode se intensificar durante crises humanitárias e emergências, quando as dificuldades econômicas podem levar a um aumento do risco de exploração, como o tráfico, e dos riscos à saúde reprodutiva relacionados à prática de sexo em troca de dinheiro e outras necessidades.

Mulheres jovens tendem a ter relações sexuais com homens mais velhos que têm mais experiência sexual e são mais propensos a estarem infectados com o HIV. Na maioria dos países que dispõem de informações, as meninas adolescentes são muito mais propensas a serem infectadas que homens jovens da mesma idade (ver Capítulo 4) (Figura 3). Embora muitas jovens e meninas tenham ouvido falar do HIV/AIDS, apenas 38% são capazes de descrever corretamente as principais formas de se evitar a



Fonte: : Pesquisas em demografia e saúde em 55 países. 1990-2005.

Figura 3 Prevalência de HIV entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade, por sexo, países selecionados da África subsaariana, 2001-2007



Fonte: Pesquisas Demográficas e de Saúde em 16 países, África subsaariana, 2001-2007

infecção. Somente uma minoria usa preservativos ao praticar sexo de alto risco, e um número menor ainda estão conscientes de seu estado com o HIV.^{7,12} Isto talvez não surpreenda, já que programas de prevenção, informação e serviços voltados para jovens, geralmente têm sido implementados precariamente.¹²

Uso de substâncias psicoativas

A atividade sexual insegura não é o único fator de risco para as adolescentes. Entre 1993 e 2003, o consumo de álcool aumentou em várias escolas europeias entre as adolescentes e dados de 37 países de baixa e média renda indicam que 14% de meninas entre 13 e 15 anos de idade declararam ter bebido álcool no último mês, comparado com 18% de meninos.¹⁴

Por causa das diferenças no peso e na quantidade de água corporal, as meninas são mais vulneráveis que os meninos aos efeitos psicoativos do álcool e, portanto, mais propensas a sofrer as consequências de seu uso, incluindo violência, traumatismos não intencionais e vulnerabilidade à coerção sexual.¹⁵

Como os meninos, muitas meninas começam a fumar durante a adolescência e há evidências de que meninas e mulheres sejam alvos específicos da propaganda do tabaco.¹⁶ Dados de 151 países indicam que quase 10% dos adolescentes (12% entre meninos e 7% entre meninas) fumam cigarros e 10% usam outros produtos originados do tabaco além do cigarro (por exemplo, cachimbo, cachimbo de água, tabaco sem fumaça e *bidis*).¹⁷ O tabagismo entre as meninas é mais comum em países de alta renda que em países de baixa renda.¹⁸

Dieta pobre e inatividade física

A dieta pobre e a inatividade física são os principais fatores de risco das doenças crônicas, levando a óbito prematuro e incapacidades na vida adulta. A adolescência é uma fase onde as meninas começam a tomar decisões sobre quais alimentos ingerir e qual atividade física realizar (embora suas escolhas sejam limitadas nas comunidades empobrecidas) e os maus hábitos podem levar a excesso de peso e obesidade.

Os adolescentes obesos tendem a ser adultos obesos e, portanto, estão expostos a um risco maior de doenças, como osteoartrite, diabetes e doenças cardiovasculares, em idade mais jovem que os não

obesos.¹⁹ Embora as adolescentes de muitos países ainda sejam desnutridas, dados de 20 países de baixa e média renda mostram que em torno de 12% de meninas entre 13 e 15 anos de idade que vão à escola são obesas.²⁰

A atividade física é crucial não somente para evitar ganho de peso, mas é também um fator importante na melhora do controle da ansiedade e da depressão em adolescentes. Os adolescentes fisicamente ativos adotam mais facilmente outros comportamentos saudáveis, incluindo evitar o uso de tabaco, álcool e drogas, e mostram melhor desempenho na escola.²⁰ No entanto, dados de 36 países de baixa e média renda indicam que 86% das meninas não atendem os níveis recomendados de atividade física, proporção bem mais alta do que entre os meninos (Figura 4).

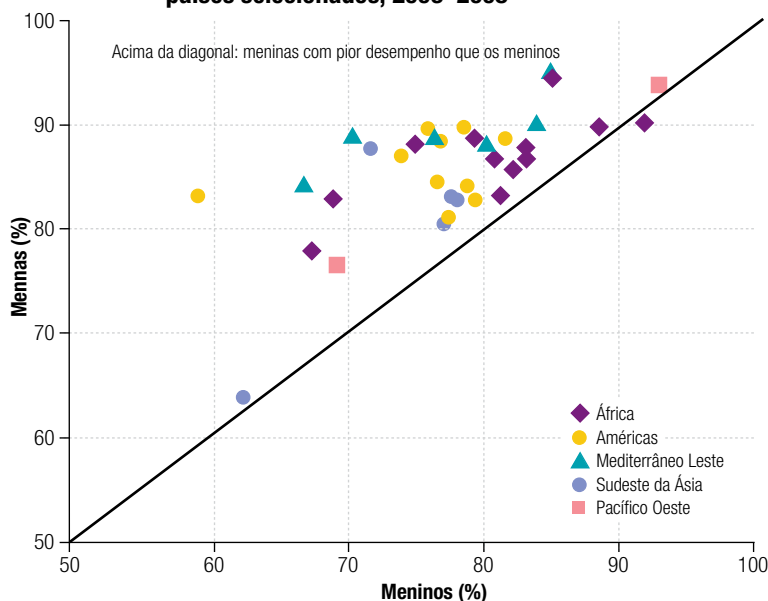
Saúde mental na adolescência

Visto que a adolescência é um período de mudança social, emocional e física, não é surpresa descobrir que as mulheres jovens estão em risco significativo de problemas de saúde mental como esquizofrenia transtornos depressivos unipolares e bipolares.² Os fatores de risco para esses transtornos vão além de crises de identidade na adolescência, ou pressão dos pares; eles incluem exposição à violência (abuso sexual na infância, violência doméstica dos pais, punição corporal na escola, “bullying” – intimidação física e verbal – e coerção sexual), desvalorização ou restrição de oportunidades para as meninas e pobreza (especialmente onde isto afeta a capacidade do adolescente em frequentar a escola).²¹ A falta de cuidados com relação a tais condições durante a adolescência pode ter sérias repercussões durante o crescimento dos jovens, na idade adulta e na terceira idade. Este tema é também abordado nos Capítulos 5 e 6.

Conclusões

A adolescência é, hoje em dia, um período crucial para as meninas e influencia profundamente as mulheres e mães do amanhã. Os comportamentos desenvolvidos durante a adolescência são frequentemente determinados pelo ambiente social e econômico em que os adolescentes crescem, que são, muitas vezes, inseguros e desfavoráveis. Assim, são necessárias ações para assegurar que as sociedades e seus sistemas de saúde respondam adequadamente às necessidades de saúde e de desenvolvimento das adolescentes.

Figura 4 Estudantes entre 13 e 15 anos de idade que não atendem os níveis recomendados de atividade física, países selecionados, 2003–2008



Cada ponto representa dados para um país.

Fonte: Pesquisas Globais de Saúde dos Estudantes baseadas nas Escolas em 36 países, 2003–2008.

Resumo dos resultados e implicações

■ A adolescência é geralmente uma época de boa saúde e oportunidades de crescimento e desenvolvimento para as meninas. Contudo, traumatismos, acidentes de trânsito e HIV/AIDS contribuem significativamente com a mortalidade e incapacidades que ocorrem neste grupo etário. A mortalidade materna é a causa principal de óbito e incapacidade entre mulheres jovens, de 15 a 19 anos de idade, nos países em desenvolvimento.

■ Durante a adolescência, os problemas mentais contribuem significativamente com a morbidade e a mortalidade e, se não reconhecidos, podem tornar os adolescentes vulneráveis ao precário desempenho psicológico e social em curto e longo prazo.

■ As adolescentes estão em risco de atividade sexual insegura e, com frequência, não desejada, o que pode levar à infecção pelo HIV/AIDS, outras doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez não desejada. As taxas de natalidade entre as adolescentes são altas em partes da África e Ásia, sendo que a ocorrência da gravidez é mais provável entre meninas que vivem na pobreza, em zonas rurais e entre as que têm menor grau de instrução. Gravidez e procriação precoces podem estar associadas a problemas de saúde importantes, incluindo aborto inseguro. O impacto na saúde afeta não somente as próprias adolescentes, mas também suas crianças.

■ A infecção pelo HIV é alta em meninas abaixo dos 20 anos de idade, em praticamente todos os países que têm epidemias generalizadas de HIV. Isso reflete o fato de que, geralmente, as meninas têm relações sexuais com homens mais velhos que são mais experientes sexualmente e, portanto, mais propensos a estarem infectados.

■ As adolescentes estão cada vez mais consumindo tabaco e álcool. Estes comportamentos podem comprometer sua saúde na vida futura, da mesma forma que a dieta pobre e a inatividade física.

■ Esses resultados indicam que é importante assegurar que as adolescentes tenham acesso à educação primária e secundária, incluindo educação sexual completa que fortaleça sua capacidade de negociação, e oportunidades para uma dieta adequada e atividade física. Elas precisam de proteção contra o casamento precoce, exploração e abuso, incluindo a prevenção da violência do parceiro íntimo e a violência sexual. Além disso, as adolescentes precisam ser capazes de acessar e utilizar os serviços de saúde, particularmente para cuidados de saúde sexual reprodutiva e mental. As medidas para limitar o uso de tabaco e álcool e melhorar a segurança no trânsito são importantes. A melhora na desagregação, por idade e sexo, das informações de saúde e pesquisas de intervenção vão ajudar a identificar as necessidades particulares das adolescentes e as abordagens para resolvê-las. As sociedades como um todo devem oferecer o apoio que as meninas precisam para lidar de forma exitosa com as mudanças físicas e emocionais da adolescência e realizar uma transição saudável para a vida adulta.

Referências Bibliográficas

1. *World population prospects: the 2008 revision*. New York, NY, United Nations Population Division, 2008 (<http://www.un.org/esa/population/>, accessed 19 March 2009). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. Levine R et al. *Girls count. A global investment and action agenda*. Washington, DC, Centre for Global Development, 2008.
4. Wellings K et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 2006, 368:1706–1728. PMID:17098090 doi:10.1016/S0140-6736(06)69479-8
5. Garcia-Moreno C et al. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization, 2005.
6. Lloyd CB, editor. *Growing up global. The changing transitions to adulthood*. Washington, DC, National Academies Press, 2005.
7. Khan S, Mishra V. *Youth reproductive and sexual health*. DHS comparative reports, No. 19. Calverton, MD, Macro International Inc., 2008.
8. *World fertility patterns 2008*. New York, NY, United Nations Population Division, 2009.
9. Patton GC et al. Global patterns of mortality in young people. *Lancet*. In press.
10. *Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? Adolescent pregnancy fact sheet*. Geneva, World Health Organization, 2008.
11. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. 5th edition. Geneva, World Health Organization, 2007.
12. *2008 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS (UNAIDS), 2008.
13. *Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Report of the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs Report 2003. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2004.
14. *Global school-based student health survey*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/chp/gshs/en/>, accessed 18 June 2009).
15. *Global status report: alcohol and young people*. Geneva, World Health Organization, 2001.
16. *Sifting the evidence: gender and tobacco control*. Geneva, World Health Organization, 2007.
17. Warren CW et al. Global Youth Tobacco Surveillance, 2000–2007. *MMWR. Surveillance Summaries*, 2008, 57:1–28. PMID:18219269
18. *World health survey*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 18 June 2009).
19. *Why does childhood overweight and obesity matter?* Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/en/index.html, accessed 18 June 2009).
20. *Physical activity*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>, accessed 18 June 2009).
21. *Adolescent mental health in resource constrained settings: the evidence*. Geneva, World Health Organization (in press).

4

CAPÍTULO

MULHERES ADULTAS: OS ANOS REPRODUTIVOS

Em muitas sociedades, a passagem das mulheres da adolescência à vida adulta tem sido tradicionalmente simbolizada, e até certo ponto definida, pelo casamento e a gravidez. Porém, como foi mostrado no Capítulo 3, as mulheres geralmente estão casando e tendo seu primeiro filho mais tarde, e estão vivendo mais. Os anos reprodutivos ou férteis são potencialmente ricos e recompensadores e têm um enorme impacto na saúde geral e no bem-estar das mulheres. Este capítulo aborda as questões-chave da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, da puberdade até a menopausa e por razões estatísticas, este período refere-se à faixa entre 15 e 44 anos de idade.^a

A saúde das mulheres durante os anos reprodutivos

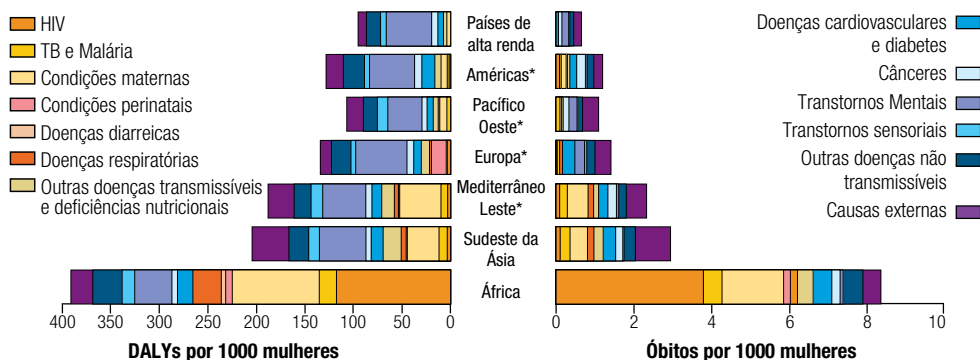
Para muitas mulheres, os anos entre a puberdade e a menopausa oferecem múltiplas oportunidades de realização e desenvolvimento pessoal. Porém, este pode ser um período de riscos de saúde especificamente associados ao sexo e à reprodução que podem resultar em uma carga de mortalidade e incapacidade significativa. A carga de problemas de saúde neste grupo etário é particularmente alta na África devido às altas taxas de mortalidade e incapacidade associadas ao HIV/AIDS e a condições maternas (Figura 1).

Além disso, embora sejam necessários dois para procriar, só as mulheres enfrentam os problemas de saúde relacionados à gravidez e ao parto, que causam 14% do total de mortes neste grupo etário. As mulheres assumem também a maior parte da responsabilidade com a contracepção.

Os padrões de mortalidade durante os anos reprodutivos são muito distintos entre países de baixa e alta renda. Nos países de alta renda, as três principais causas de óbitos femininos são os acidentes de trânsito, o suicídio e o câncer de mama. Juntas, estas causas, representam mais de um óbito em cada quatro. No entanto, nos países de baixa renda, as três principais causas de óbito, que são HIV/AIDS, condições maternas e tuberculose, juntas representam um óbito em cada dois. (Tabela 1).

Globalmente, o principal fator de risco para óbito e incapacidade em mulheres em idade reprodutiva nos países de baixa e média renda é o sexo inseguro, que pode causar infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV (Tabela 2). As mulheres que não sabem como evitar estas infecções ou que não podem fazê-lo enfrentam maiores riscos de adoecimento e morte; e isto se aplica também àquelas que não podem se proteger da gravidez não desejada ou controlar sua fecundidade por causa de falta de acesso à contracepção. Há evidências de que a violência contra as mulheres é um fator de ris-

Figura 1 Mortalidade e carga de doenças (DALYs) em mulheres de 15 a 44 anos, por região e principais causas, 2004



*Os países de alta renda estão excluídos dos grupos regionais.
Fonte: Organização Mundial da Saúde.¹

a Algumas fontes de dados utilizam as faixas etárias 15–49 ou 12–44/49 anos de idade.

co importante para a sua saúde, embora a dimensão do problema não esteja devidamente mensurada. Gravidez e parto são, particularmente, eventos de risco para mulheres que sofrem de subnutrição, e especialmente de anemia. Outros fatores de risco, de importância crescente, incluem hipertensão arterial, níveis altos de colesterol, uso do tabaco, obesidade e violência. Estes fatores contribuem para desfechos reprodutivos precários, tanto para a mãe como para a criança, e são causas diretas de outros problemas de saúde para as mulheres (ver Capítulo 5).

Saúde materna

Ao longo da história humana, a gravidez e o parto contribuíram significativamente para a ocorrência de óbitos e incapacidades entre as mulheres. A mortalidade materna (óbito de uma mulher durante o período da gravidez, parto ou pós-parto) é um indicador-chave do estado de saúde da mulher, e mostra de forma gritante a diferença entre ricos e pobres, nos países e entre eles. Mais de meio milhão de óbitos maternos ocorrem cada ano e, destes, 99% ocorrem em países em desenvolvimento (Figura 2). Contudo, estes óbitos são evitáveis e com os devidos cuidados, a mortalidade materna é, de fato, um evento relativamente muito raro. Nos países industrializados, há em média nove óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e nos países mais desfavorecidos pode-se chegar a 1.000 ou mais óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Nos cenários onde a fertilidade alta é a regra, as mulheres enfrentam estes riscos

Tabela 1 As dez causas principais de óbito em mulheres entre os 15 e 44 anos de idade por grupo de renda de país, 2004

Mundo				Países de baixa renda			
Posição	Causa	Óbitos (000s)	%	Posição	Causa	Óbitos (000s)	%
1	HIV/AIDS	682	19.2	1	HIV/AIDS	494	22.3
2	Condições maternas	516	14.6	2	Condições maternas	434	19.5
3	Tuberculose	228	6.4	3	Tuberculose	161	7.3
4	Traumatismos autoinfligidos	168	4.7	4	Infecções respiratórias baixas	94	4.3
5	Acidentes de trânsito	132	3.7	5	Incêndios	89	4.0
6	Infecções respiratórias baixas	121	3.4	6	Traumatismos autoinfligidos	80	3.6
7	Doença cardíaca isquêmica	104	2.9	7	Doença cardíaca isquêmica	64	2.9
8	Incêndios	101	2.9	8	Acidentes de trânsito	40	1.8
9	Acidente vascular cerebral	77	2.2	9	Acidente vascular cerebral	32	1.5
10	Violência	61	1.7	10	Doenças diarreicas	30	1.3

Países de renda média				Países de alta renda			
Posição	Causa	Óbitos (000s)	%	Posição	Causa	Óbitos (000s)	%
1	HIV/AIDS	183	15.4	1	Acidentes de trânsito	14	10.2
2	Condições maternas	81	6.8	2	Traumatismos autoinfligidos	13	9.8
3	Acidentes de trânsito	78	6.6	3	Câncer de mama	11	7.9
4	Traumatismos autoinfligidos	75	6.3	4	Envenenamentos	5	3.8
5	Tuberculose	66	5.6	5	Acidente vascular cerebral	5	3.6
6	Acidente vascular cerebral	40	3.4	6	Doença cardíaca isquêmica	4	3.2
7	Doença cardíaca isquêmica	36	3.0	7	Violência	4	2.9
8	Câncer de mama	31	2.6	8	HIV/AIDS	3	2.6
9	Violência	28	2.4	9	Cânceres de traqueia, bronco e pulmão	3	2.5
10	Infecções respiratórias baixas	25	2.1	10	Cirrose hepática	3	2.4

Fonte: Organização Mundial da Saúde¹

a cada gravidez. Na África, uma mulher pode enfrentar um risco de óbito durante a gravidez e o parto de até 1 em 26, comparado a apenas 1 em 7.300 nas regiões desenvolvidas.³

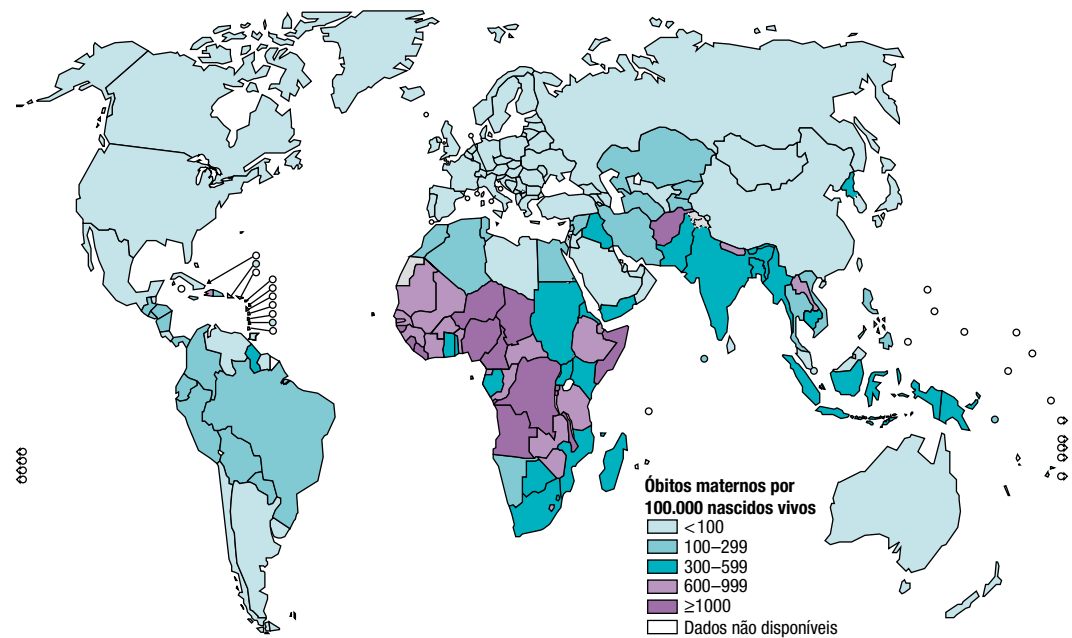
Por mais deplorável que seja a situação, os esforços para resolvê-la são dificultados pela falta de dados confiáveis sobre a real dimensão do problema. As poucas informações disponíveis indicam que houve redução da mortalidade materna em algumas regiões desde os anos 1990, notadamente no Norte da África, Leste da Ásia, Sudeste da Ásia, América Latina e Caribe. As razões deste declínio são complexas e específicas à situação local, porém compartilham uma série de aspectos comuns, a saber: aumento no uso de contracepção para retardar e limitar a procriação, maior acesso e uso de serviços de atenção em saúde de alta qualidade e mudanças sociais mais amplas, como aumento da instrução e melhora do *status* das mulheres. Em contraste, foi limitado o progresso na África subsaariana e no Sul da Ásia, onde a maior parte desses óbitos maternos continua ocorrendo. Os países que enfrentam conflitos ou outros tipos de instabilidade têm as mais altas taxas de mortalidade materna e neonatal.⁴ Estas situações trazem às mulheres problemas adicionais, como violência, trauma, interrupção dos serviços de atenção primária e acesso precário à atenção em saúde. Elas também podem expor as mulheres a fatores ambientais adversos e à falta de provedores de saúde, que podem ser mortos, deslocados ou feridos.

Tabela 2 Óbitos em mulheres de 15 a 44 anos de idade atribuíveis aos seis principais fatores de risco, 2004 (porcentagem)

Risco	Mundo	Países de baixa renda	Países de renda média	Países de alta renda
Porcentagem de óbitos				
Sexo inseguro	20	23	16	5
Necessidade contraceptiva não atendida	5	6	2	0
Deficiência de ferro	4	5	2	0
Uso de álcool	3	1	5	9
Hipertensão arterial, altos níveis de colesterol e glicose	2	2	3	4
Uso de tabaco	2	1	3	5
Excesso de peso e obesidade	1	1	2	4

Fonte: Organização Mundial da Saúde.²

Figura 2 Razões de mortalidade materna, 2005



Fonte: Organização Mundial da Saúde.³

A gravidez e o parto não são doenças, mas carregam riscos que podem ser reduzidos por intervenções de saúde, como a oferta de planejamento familiar, cuidados maternos e acesso ao aborto seguro (ver abaixo). A maioria dos óbitos maternos ocorre durante ou pouco depois do parto, sendo que quase todos poderiam ter sido evitados se as mulheres tivessem sido assistidas naquele momento por um profissional de saúde qualificado e com equipamentos e medicamentos necessários para prevenir e administrar complicações. Conforme constatado no Capítulo 1, as mulheres mais pobres e menos instruídas e as que vivem em zonas rurais são muito menos propensas a realizar o parto na presença de um profissional de saúde capacitado que as mulheres mais instruídas que vivem em residências mais ricas ou em zonas urbanas. As razões para isso incluem a inacessibilidade física e os custos proibitivos, mas também práticas socioculturais inadequadas. Não basta que os serviços estejam disponíveis, eles também devem ser de alta qualidade, oferecidos de forma culturalmente adequada e responder às necessidades das mulheres.

Apesar dos desafios atuais, há algumas tendências animadoras. Desde os anos 1990, em países com dados sobre tendências, a presença de pessoal qualificado aumentou em todas as regiões (exceto no Leste e no Sul da África) com um crescimento especialmente acentuado no Oriente Médio/Norte da África.⁵

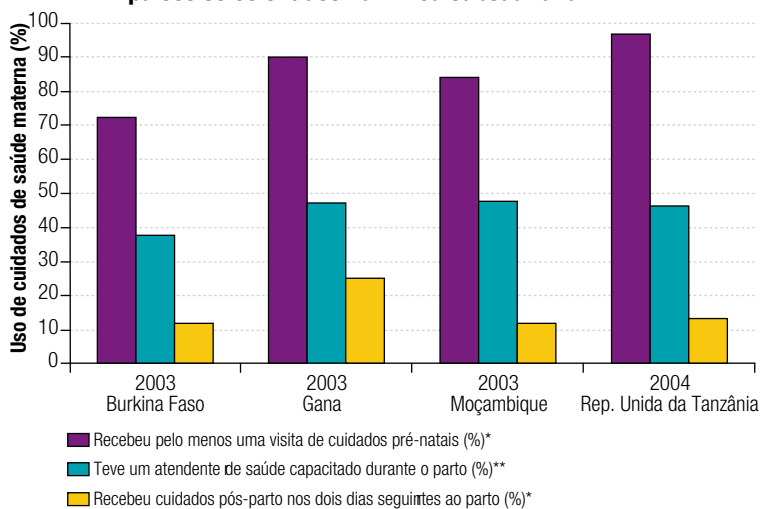
Os cuidados especializados no parto são apenas um aspecto da prestação de cuidados continuados necessários durante e depois da gravidez. O cuidado pré-natal oferece oportunidades de check-ups regulares para avaliar riscos, bem como triagem e tratamento de condições que podem afetar a mulher e seu bebê. Os cuidados de parto garantem o gerenciamento eficaz de emergências obstétricas. Os cuidados pós-parto são importantes para detecção e tratamento de infecções e outras condições, inclusive da depressão pós-parto, e para aconselhamento do planejamento familiar. Infelizmente, no momento, poucas mulheres recebem estes cuidados continuados durante a gravidez, o parto e o período pós-parto. Evidências de vários países africanos mostram uma queda dramática da cobertura de cuidados durante o período gravídico-puerperal (Figura 3).⁶

O cuidado pré-natal é particularmente importante porque muitas mulheres têm deficiências nutricionais no início da gravidez. A anemia por causa de deficiências de ferro e deficiências de vitamina A e iodo são comuns. Estima-se que quase metade de todas as mulheres grávidas e um terço das não grá-

vidas no mundo tem anemia, uma deficiência que aumenta significativamente os riscos à saúde para mães e bebês. As deficiências maternas em micronutrientes podem também afetar o peso do bebê ao nascer e suas chances de sobrevivência, e o consumo precário de vitamina A aumenta os riscos de cegueira noturna nas mães.

A violência durante a gravidez é comum. Há um número significativo de mulheres relatando casos de abuso físico durante este período, particularmente vulnerável.³ A violência durante a gravidez está associada a um risco aumentado de aborto espontâneo, natimortos e baixo peso ao nascer.⁴⁻⁷ O aborto inseguro é a causa de uma proporção importante de óbitos maternos e quase 70.000 mulheres morrem anualmente devido a suas complicações. Evidências mostram que as mulheres que procuram realizar um aborto o farão independentemente de restrições legais.

Figura 3 Uso de cuidados continuados de saúde materna, países selecionados na África subsaariana



Fonte: Pesquisas Demografia e Saúde em países selecionados, 2003-2004

Os abortos realizados em um contexto ilegal tendem a ser inseguros, oferecidos por pessoas não qualificadas e em precárias condições de higiene.⁷ As mulheres pobres e aquelas afetadas por crises e conflitos estão particularmente em risco. Onde há poucas restrições ao aborto seguro, os óbitos e as complicações são reduzidos drasticamente (Figura 4).⁸

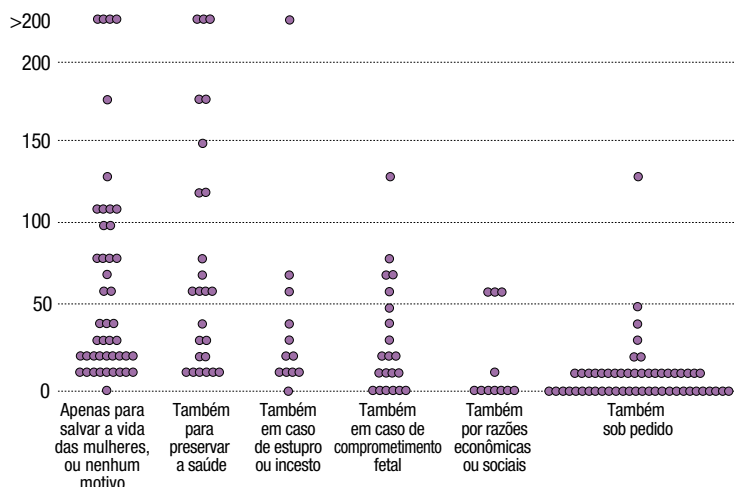
O uso da contracepção moderna reduziu a necessidade de aborto induzido.^{7,9} Contudo, as mulheres jovens, especialmente as solteiras, enfrentam com frequência dificuldades de acesso à contracepção e podem recorrer ao aborto não seguro. Globalmente, mulheres de todas as idades procuram o aborto, exceto na África subsaariana que tem a carga mais alta de problemas de saúde e óbito decorrente do aborto inseguro, onde um em cada quatro abortos inseguros ocorre em adolescentes entre 15 e 19 anos de idade.

A capacidade de as mulheres planejarem o número e o momento de terem filhos tem reduzido os riscos associados à gravidez e é uma importante história de sucesso. O uso de contracepção em países em desenvolvimento passou de 8% nos anos 1960 para 62% em 2007.¹⁰ Ainda assim, necessidades não atendidas significativas persistem em todas as regiões (Figura 5). Por exemplo, na África subsaariana, uma em cada quatro mulheres que desejam retardar ou interromper a gravidez não usa quaisquer métodos de planejamento familiar. As razões da não utilização incluem qualidade precária dos serviços disponíveis, escolhas limitadas de métodos, medo ou experiência de efeitos colaterais e oposição cultural ou religiosa. Outros fatores são os obstáculos baseados no gênero, assim como a falta de acesso aos serviços, particularmente para os jovens, os segmentos mais pobres da população e os solteiros.

Mulheres e HIV/AIDS

Globalmente, o HIV é a principal causa de óbito e doenças nas mulheres em idade reprodutiva.¹² Dos 30,8 milhões de adultos vivendo com HIV em 2007,^a 15,5 milhões eram mulheres. A

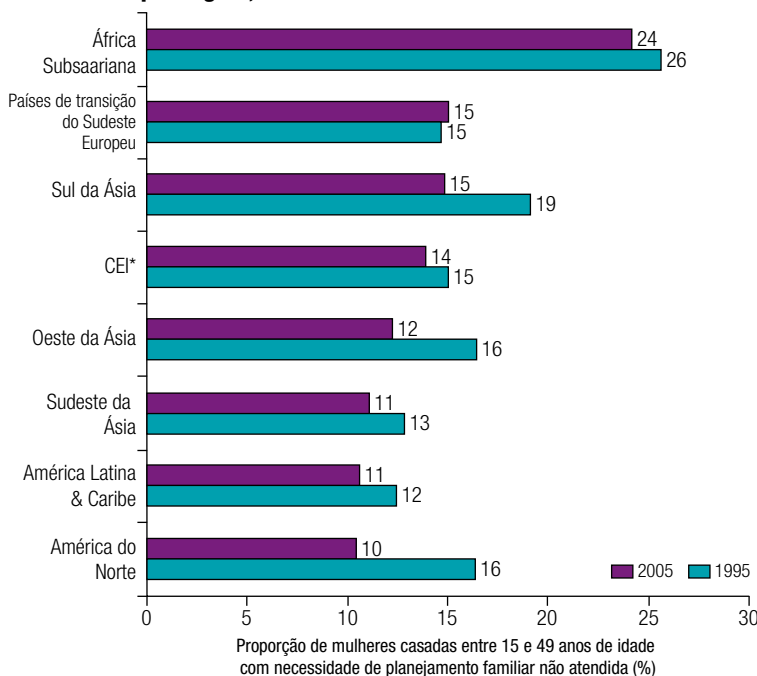
Figura 4 Distribuição de países por número de óbitos atribuível ao aborto inseguro por 100.000 nascidos vivos e motivos legais para o aborto



Cada ponto representa um país.

Fonte: Organização Mundial da Saúde.⁸

Figura 5 Necessidade não atendida de planejamento familiar para mulheres casadas entre 15 e 49 anos de idade, por região, 1995 e 2005



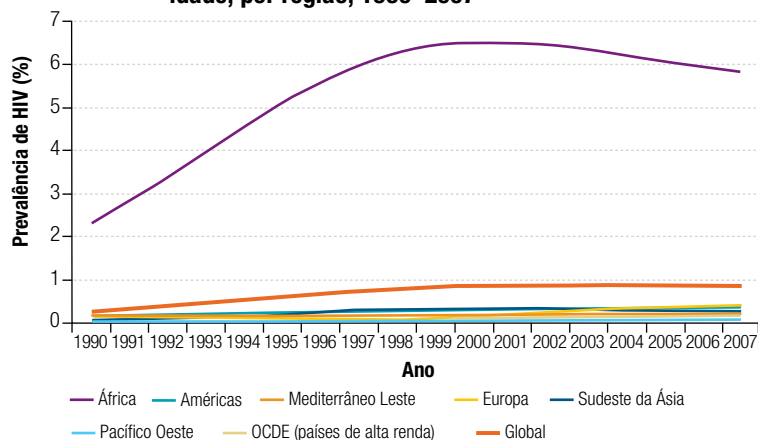
* Comunidade dos Estados Independentes (os dados disponíveis mais recentes referem-se ao ano em torno de 2000).

Nota: Não há dados disponíveis para o Leste da Ásia.

Fonte: Nações Unidas.¹¹

a Número total de pessoas vivendo com HIV/AIDS em 2007 era de 33 milhões, incluindo dois milhões de crianças abaixo dos 15 anos de idade.

Figura 6 Prevalência de HIV em mulheres entre 15 e 49 anos de idade, por região, 1990–2007



* Os países da OCDE estão excluídos dos totais regionais.
Fonte: UNAIDS e Base de Dados da OMS 2009.

O risco relacionado a fatores biológicos agrava-se em culturas que limitam o conhecimento das mulheres sobre o HIV e sua capacidade de negociar um sexo mais seguro. Estigma, violência pelos parceiros íntimos e violência sexual ampliam mais ainda a vulnerabilidade das mulheres. Entre os jovens, um número menor de mulheres que de homens sabe que os preservativos protegem contra o HIV.¹⁴ Além disso, embora as mulheres geralmente relatem o aumento de uso de preservativos durante o sexo de alto risco, elas são muito menos propensas a se proteger do que os homens.¹⁵ As mulheres mais jovens são as mais vulneráveis (Figura 7)¹⁷, não somente porque enfrentam obstáculos às

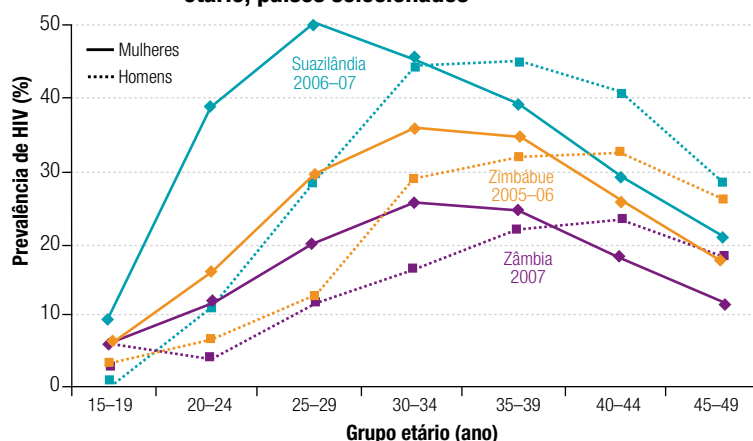
prevalência da infecção por HIV em mulheres aumentou desde o início dos anos 1990 e é mais acentuada na África subsaariana (Figura 6).

A África do Sul é a mais afetada. Em 2005–2006, a prevalência mediana de HIV entre as grávidas recebendo cuidados pré-natais era mais de 15% em oito países do Sul da África.^a A infecção foi contraída principalmente através de transmissão heterossexual. Em todas as regiões, o HIV afeta desproporcionadamente trabalhadoras do sexo e usuários de drogas injetáveis, bem como parceiras de homens infectados. A vulnerabilidade específica das mulheres ao HIV resulta de uma combinação de fatores biológicos e iniquidades de gênero. Alguns estudos mostram que as mulheres são mais propensas que os homens a contraírem o HIV de um parceiro infectado durante uma relação sexual, heterossexual, sem proteção.¹³

informações sobre o HIV e particularmente como se proteger da infecção, mas também, em muitos casos, porque praticam relações sexuais com homens mais velhos mais experientes sexualmente e mais propensos a estarem infectados.¹⁸ As usuárias de drogas e trabalhadoras do sexo são particularmente vulneráveis em razão do estigma, da discriminação e de políticas punitivas.¹⁹ A taxa de infecção pelo HIV entre as trabalhadoras do sexo é alta em muitas partes do mundo, e uma grande proporção de mulheres usuárias de drogas também atua no ramo do sexo.²⁰ Nas prisões, a proporção de usuários é mais alta entre mulheres do que entre homens.

O uso de seringas contaminadas é predominante entre mulheres, resultando em altas taxas de infecção pelo HIV.^{21–24} A vulnerabilidade econômica é outro fator que contribui com a infecção das mulheres pelo HIV. Quando asso-

Figura 7 Prevalência de HIV em mulheres e homens, por grupo etário, países selecionados



Fonte: Pesquisas Demográficas e de Saúde em países selecionados, 2005–2007.¹⁶

a Botsuana, Lesoto, Malaui, Namíbia, África do Sul, Suazilândia, Zâmbia, Zimbábue.

ciada à migração, observa-se o aumento dos comportamentos de alto risco entre as mulheres, que podem ser levadas ao ramo do sexo por necessidade econômica.²⁵ Um aspecto positivo é que, nos últimos anos, as mulheres têm se beneficiado da ampliação do acesso à prevenção, tratamento e cuidados da infecção pelo HIV.¹⁵ Dados de 90 países de baixa e média renda sugerem que, no total, as mulheres são mais favorecidas no acesso à terapia antirretroviral: no final de 2008, 45% de mulheres necessitadas e apenas 37% dos homens necessitados receberam terapia antirretroviral. Em 2008, 45% das gestantes com HIV receberam antirretrovirais para prevenir a transmissão do HIV para o filho, comparado a 10% em 2004. Há, todavia, desafios: apenas 21% de grávidas realizaram o teste HIV e aconselhamento e um terço daquelas identificadas como soropositivas durante o pré-natal foram avaliadas em seguida quanto à sua elegibilidade para receber a terapia antirretroviral para seu controle de saúde.

Infecções sexualmente transmissíveis

A combinação de fatores biológicos e sociais (incluindo crises humanitárias) que tornam as mulheres mais vulneráveis à infecção pelo HIV também as tornam mais propensas que os homens a terem outras infecções sexualmente transmissíveis, como clamídia e tricomonas. Devido aos sintomas menos evidentes que os apresentados pelos homens e porque no seu conjunto, as mulheres têm acesso mais limitado aos serviços de diagnóstico e tratamento, as infecções são detectadas mais tarde e permanecem por mais tempo sem tratamento. Em razão das defasagens no diagnóstico e tratamento, somado à maior vulnerabilidade biológica das mulheres às complicações das infecções não tratadas, as mulheres sofrem mais, devido à morbidade relacionada às infecções sexualmente transmissíveis, do que os homens. Infecções tratáveis, como gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase, não originam apenas sintomas agudos, mas também provocam infecções crônicas. As consequências de infecções sexualmente transmissíveis, em longo prazo incluem infertilidade, gravidez ectópica, câncer e maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Elas aumentam o risco de resultados adversos da gravidez, incluindo natimortos, bebês com baixo peso ao nascer, mortes neonatais e sífilis congênita. Além disso, as mulheres arcam com a maior parte do estigma associado a essas infecções.²⁶

As mulheres da América Latina e na África subsaariana estão expostas a maiores riscos, com uma em aproximadamente quatro mulheres apresentando, a qualquer momento, uma das quatro infecções tratáveis já citadas. As infecções sexualmente transmissíveis são geralmente mais comuns entre os jovens e, globalmente, quase a metade de todas as pessoas infectadas tem entre 15 e 24 anos de idade.²⁷ As mulheres são mais propensas que os homens a serem infectadas por herpes genital,²⁸ e as mais jovens estão mais em risco.

Outra infecção sexualmente transmissível, o papilomavírus humano (HPV), é importante principalmente devido a sua relação com o câncer cervical e outros cânceres genitais (ver a seguir). A infecção por HPV é generalizada e 10% das mulheres com citologia cervical normal, testadas em algum momento, são positivas para HPV. O HPV é mais prevalente em países menos desenvolvidos onde permanece em 13%, enquanto é estimado em 8% nas regiões mais desenvolvidas. A mais alta prevalência de HPV é encontrada na África, onde uma mulher em cada cinco está afetada. O HPV é altamente transmissível, e a maioria dos homens e mulheres sexualmente ativos contrairá uma infecção por HPV em algum momento de sua vida. A maior parte das infecções por HPV é de curta duração e benigna, porém a infecção genital por alguns genótipos do vírus pode levar ao desenvolvimento de verrugas genitais e de lesões pré-cânceres anogenitais.

Câncer cervical

Globalmente, o câncer cervical é o segundo tipo mais comum de câncer entre as mulheres e praticamente todos os casos estão associados à infecção genital por HPV. Foram registrados mais de 500.000 casos novos de câncer cervical e 250.000 óbitos por esta causa, no mundo, em 2005 e, na atualidade,

quase 80% dos casos ocorrem em países de baixa renda, onde o acesso a serviços de triagem e prevenção de câncer cervical é quase inexistente (Figura 8).

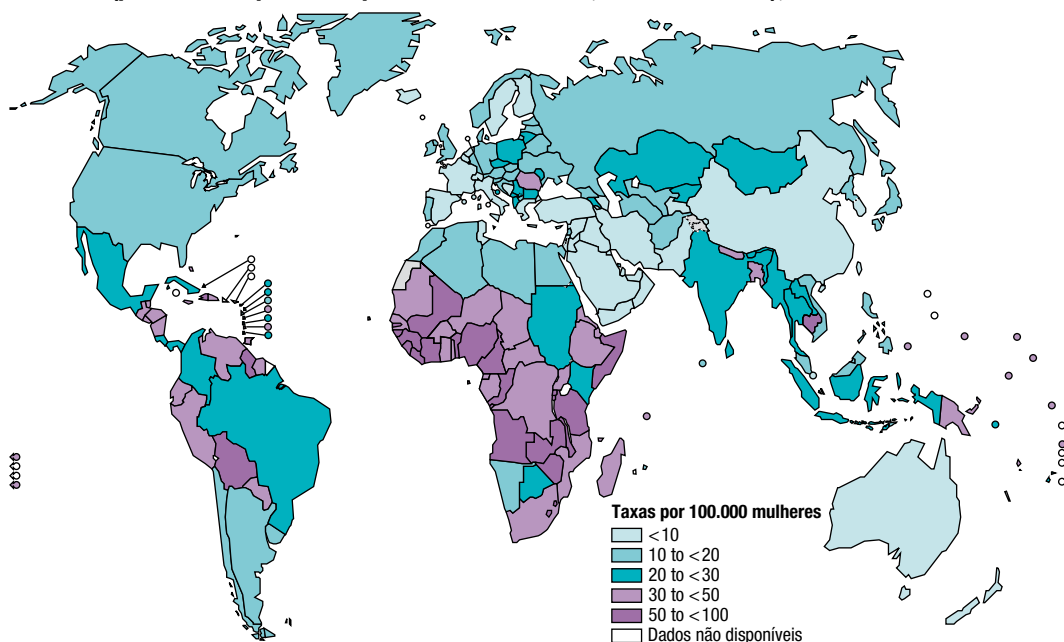
Atualmente já existe uma vacina altamente eficaz contra o HPV, porém o custo e a acessibilidade limitam seu uso em países menos desenvolvidos. O câncer cervical também pode ser prevenido por meio de triagem regulares, em conjunto com o tratamento, mas isso raramente está disponível na maioria dos países desenvolvidos.

Infertilidade

Embora os homens sejam tão propensos à infertilidade quanto as mulheres, com frequência, suas parceiras são mais estigmatizadas e culpadas quando os casais não conseguem procriar.²⁹ Nos países de alta renda, a infertilidade é, amiúde, associada ao início tardio da gravidez, porém essa situação pode ser resolvida através de tratamento fácil e acessível. Nos países de baixa renda, muitos casos de infertilidade são causados por infecções sexualmente transmissíveis e outras infecções, bem como complicações do aborto inseguro. Nos países mais pobres, a infertilidade primária involuntária (incapacidade de gerar filhos) é muitas vezes baixa comparada à infertilidade secundária involuntária (incapacidade de gerar outro filho após ter gerado pelo menos um).

Dados de 47 países em desenvolvimento (excluindo a China) mostram que, em 2004, um número estimado de 187 milhões de casais era afetado pela infertilidade, aproximadamente 18 milhões com infertilidade primária e os 169 milhões remanescentes, com infertilidade secundária. A porcentagem de casais com infertilidade primária ou secundária foi mais alta em países da África subsaariana (30%) comparada a países do Centro-Sul da Ásia (28%), Sudeste da Ásia (24%) e países da América Latina e do Caribe (16%).²⁹

Figura 8 Taxa de incidência de câncer cervical (padronizado por idade por 100.000 mulheres, todas as idades), 2004



Fonte: Organização Mundial da Saúde.¹

Conclusões

O presente capítulo centrou-se em muitas questões prementes relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva da mulher. O Capítulo 5 mostrará como estas questões deveriam ser consideradas em uma discussão mais ampla sobre a saúde das mulheres adultas, quando elas enfrentam muitos outros riscos e desafios em saúde ao lado dos especificamente relacionados ao sexo e à reprodução e está estreitamente relacionado com este capítulo.

Resumo dos resultados e implicações

- Os problemas de saúde materna, incluindo aqueles decorrentes de aborto inseguro, são uma causa importante de óbito e incapacidade entre as mulheres, particularmente em locais de baixa renda, apesar de que as intervenções necessárias para a prevenção desses problemas serem bem conhecidas e custo-efetivas.
- A causa principal de óbito de mulheres em idade reprodutiva e países de baixa e média renda é o HIV/AIDS. As mulheres são particularmente vulneráveis a infecções por razões biológicas e sociais; elas podem não ter capacidade de obter o conhecimento necessário para se protegerem ou não estarem em posição de utilizá-lo. A tuberculose é também uma das principais causas de óbito entre as mulheres deste grupo etário.
- Mulheres em todas as partes do mundo enfrentam uma carga onerosa de problemas de saúde relacionados com infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o câncer cervical. Embora muitas destas infecções possam ser prevenidas e tratadas, as mulheres em muitas partes do mundo não têm acesso a informações e serviços adequados.
- As ações prioritárias incluem: aumentar o número de partos assistidos por atendentes capacitados em países com altas taxas de mortalidade materna; garantir que um *continuum* de cuidados pré-natais, de parto e pós-parto esteja disponível e exequível para todas as grávidas; e garantir que todas as mulheres tenham acesso à contracepção moderna, serviços de aborto seguro (de acordo com a extensão do que está permitido por lei) e cuidados pós-aborto, triagem e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV e HPV. Igualmente importantes são as estratégias de prevenção e resposta à violência do parceiro íntimo e à violência sexual, de empoderamento das mulheres e de ampliação de suas oportunidades de participação nas atividades econômicas. É também vital assegurar o acesso das mulheres a cuidados e serviços essenciais de saúde reprodutiva durante as crises humanitárias.

Referências Bibliográficas

1. *The global burden of disease, 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, World Health Organization (in press).
3. *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*. Geneva, World Health Organization, 2007.
4. *Tracking progress in maternal, newborn, and child survival. The 2008 report*. New York, NY, The United Nations Children's Fund (UNICEF), 2008.
5. ChildInfo: monitoring the situation of children and women, New York, NY, The United Nations Children's Fund (UNICEF), 2009 (<http://www.childinfo.org>, accessed 22 April 2009).
6. STAT compiler. Analysis of data from Demographic and Health Surveys published between 2003 and 2009. Calverton, MD, ICF Macro (<http://www.measuredhs.com/>).
7. Sedgh G et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*, 2007, 370:1338–1345. PMID:17933648 doi:10.1016/S0140-6736(07)61575-X
8. *The world health report, 2008 – primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.

9. Westoff CF. *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. DHS Analytical Studies, No 8. Calverton, MD, ORC Macro, 2005.
10. *World contraceptive use 2007*. New York, NY, United Nations, 2008.
11. *The Millennium Development Goals report*. New York, NY, United Nations, 2008.
12. Ribeiro PS, Jacobsen KH, Mathers CD, Garcia-Moreno C. Priorities for women's health from the Global Burden of Disease study. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 2008, 102:82–90. PMID:18387613 doi:10.1016/j.ijgo.2008.01.025
13. Chersich MF, Rees HV. Vulnerability of women in southern Africa to infection with HIV: biological determinants and priority health sector interventions. *AIDS (London, England)*, 2008, 22 suppl 4:S27–S40. PMID:19033753doi:10.1097/01.aids.0000341775.94123.75
14. Preventing new HIV infections: the key to reversing the epidemic – Chapter 4. In: *2008 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2008 (http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp95_128_en.pdf, accessed 18 July 2009).
15. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hiv/pub/towards_universal_access_report_2008.pdf, accessed 26 June 2009).
16. Analysis of data from Demographic and Health Surveys in selected countries, 2005–2007. Calverton MD, Macro International Inc.
17. *HIV prevalence estimates from the Demographic and Health Surveys*. Calverton, MD, Macro International Inc., 2008.
18. *Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2005 (http://data.unaids.org/publications/IRC-pub06/jc1157-refugees_en.pdf, accessed 25 June 2005).
19. *Progress on implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2008.
20. *2008 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2008.
21. *HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2006 (http://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_femaleIDUs_Aug06.pdf, accessed 18 July 2009).
22. *The global state of harm reduction 2008: mapping the response to drug-related HIV and Hepatitis C epidemics*. London, International Harm Reduction Association, 2008 (<http://www.ihra.net/GlobalState2008>, accessed 18 July 2009).
23. *At what cost? HIV and human rights consequences of the global “war on drugs”*. New York, NY, Open Society Institute, 2008.
24. *Interventions to address HIV in prisons: HIV care, treatment and support*. Evidence for Action Technical Papers. Geneva, World Health Organization, 2007.
25. *HIV vulnerabilities of migrant women: from Asia to the Arab States*. Colombo, United Nations Development Regional Centre in Colombo, 2008 (http://www2.undprcc.lk/resource_centre/pub_pdfs/P1105.pdf, accessed 18 July 2009).
26. Glasier A et al. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 2006, 368:1595–1607. PMID:17084760 doi:10.1016/S0140-6736(06)69478-6
27. Weinstock H, Berman S, Cates W Jr. Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2004, 36:6–10. PMID:14982671 doi:10.1363/3600604
28. Looker KJ, Garnett GP, Schmid GP. An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86:805–812. PMID:18949218 doi:10.2471/BLT.07.046128
29. Rutstein SO, Shah IH. *Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries*. DHS Comparative Reports, No. 9. Calverton, MD, ORC Macro and the World Health Organization, 2004.

5

CAPÍTULO

MULHERES ADULTAS

O Capítulo 4 mostrou que, no mundo, a saúde sexual e reprodutiva é de suma importância para as mulheres. O presente capítulo mostra que as mulheres adultas enfrentam outros desafios importantes de saúde, incluindo doenças crônicas, problemas de saúde mental, traumatismos e violência. Este capítulo enfoca a saúde das mulheres entre 20 e 59 anos de idade, aqui nomeadas “mulheres adultas” e o Capítulo 6 enfoca a saúde das mulheres acima de 60 anos, denominadas “mulheres mais velhas”.

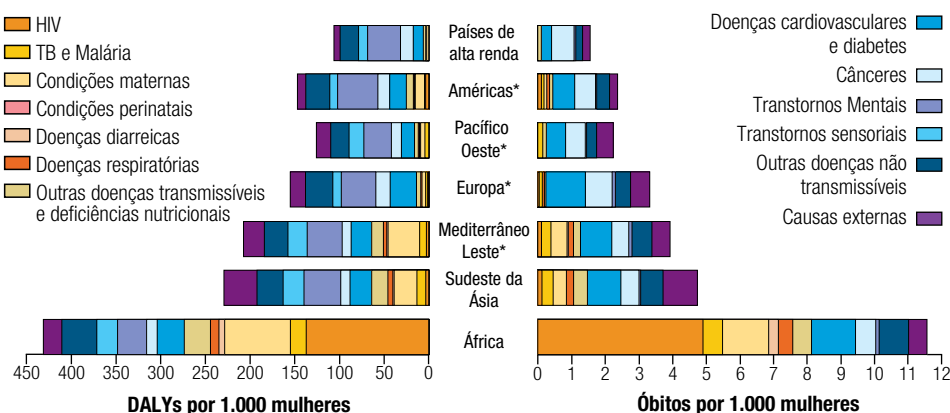
Mortalidade e carga de doenças

Para as mulheres dos países desenvolvidos, a vida entre 20 e 60 anos de idade é geralmente um período de boa saúde, com um risco de 6% de óbito prematuro nos países de alta renda. Como os homens, estas mulheres adultas têm normalmente uma vida melhor do que seus pais e avós. Infelizmente, a situação é bem diferente para centenas de milhões de mulheres, de idade comparável, em outras partes do mundo. As diferenças são severas em relação ao risco de óbito prematuro. No Sudeste da Ásia, por exemplo, as mulheres enfrentam um risco de óbito de 21%, e esta proporção se eleva até 42% na região africana. O HIV/AIDS é, de longe, a principal causa de óbito entre as mulheres adultas na África (Figura 1), porém, a tuberculose, frequentemente vinculada à infecção pelo HIV, é também uma causa de morte significativa. A tuberculose é a segunda maior causa de óbito nas regiões do Mediterrâneo Leste e do Sudeste da Ásia, e a quinta maior causa, no mundo, para mulheres neste grupo etário (Tabela 1). Em 2004, a tuberculose foi responsável por 313.000 óbitos em mulheres entre 20 e 59 anos de idade.

Embora as taxas de doenças infecciosas sejam altas, especialmente na África, vale notar que a metade dos óbitos entre as mulheres adultas, no mundo, resulta de doenças não transmissíveis, particularmente, doenças cardiovasculares, cânceres e doenças respiratórias crônicas. Enquanto a transição de saúde (descrita no Capítulo 1) tem avançado, as doenças não transmissíveis se tornam mais significativas e representam atualmente 80% dos óbitos entre as mulheres adultas nos países de alta renda, comparadas com 25% nos países de baixa renda. Globalmente, as causas externas representam 15% dos óbitos entre as mulheres adultas, embora haja uma variação regional considerável. No mundo, o suicídio e os acidentes de trânsito estão entre as 10 maiores causas de óbito de mulheres adultas (Tabela 1).

As estatísticas de mortalidade por si só não retratam a perda de saúde entre as mulheres adultas causada pelas doenças crônicas, causas externas e transtornos mentais, especialmente nos países de-

Figura 1 Mortalidade e carga de doenças (DALYs) em mulheres entre 20 e 59 anos de idade, por região e principais causas, 2004



envolvidos. A carga total de doenças e causas externas sofrida por mulheres neste grupo etário pode ser vista com mais clareza utilizando-se o cálculo dos DALYs (ver Box 1 no Capítulo 1), o que altera a importância relativa de várias doenças, como pode ser visto na Figura 1. Por exemplo, as doenças cardiovasculares, principalmente doença coronária e cerebrovascular, vitimaram 1,2 milhões de mulheres entre 20 e 59 anos em 2004, mas causaram problemas de saúde e sofrimento para muitos milhões. Embora estas doenças sejam consideradas de países mais ricos, mais de 90% dos casos ocorrem em países de baixa e média renda, que respondem por 85% das mulheres entre 20 e 59 anos. A doença cardíaca e o acidente vascular cerebral são, respectivamente, a terceira e a sexta maior causa de óbito nos países de baixa renda.

Em 2004, os cânceres vitimaram quase um milhão de mulheres entre 20 e 59 anos de idade, sendo que 80% destes óbitos ocorreram em países de baixa e média renda, onde as mulheres apresentam, consistentemente, uma taxa de sobrevivência ao câncer mais baixa por causa do acesso limitado à triagem, do diagnóstico tardio e da dificuldade na obtenção do tratamento eficaz.^{2,3} O câncer mais comum em mulheres abaixo dos 60 anos de idade é o câncer de mama, seguido pelo câncer cervical, de pulmão e de estômago. O câncer de mama é a principal causa de óbito em mulheres entre 20 e 59 anos de idade nos países de alta renda, onde representam mais de um óbito em cada dez, neste grupo etário. Câncer e outras doenças crônicas serão discutidos no próximo capítulo, uma vez que afetam as mulheres mais

Tabela 1 As dez causas principais de óbito em mulheres entre os 20 e 59 anos de idade por renda dos países, 2004

Mundo				Países de baixa renda			
Posição	Causa	Óbitos (000s)	%	Posição	Causa	Óbitos (000s)	%
1	HIV/AIDS	835	13.3	1	HIV/AIDS	603	18.2
2	Condições maternas	453	7.2	2	Condições maternas	378	11.4
3	Doença cardíaca isquêmica	429	6.8	3	Doença cardíaca isquêmica	224	6.8
4	Acidente vascular cerebral	360	5.7	4	Tuberculose	213	6.4
5	Tuberculose	313	5.0	5	Infecções respiratórias baixas	138	4.2
6	Câncer da mama	223	3.5	6	Acidente vascular cerebral	128	3.9
7	Suicídio	204	3.2	7	DPOC*	90	2.7
8	Infecções respiratórias baixas	190	3.0	8	Incêndios	88	2.7
9	Acidentes de trânsito	172	2.7	9	Suicídio	77	2.3
10	DPOC*	149	2.4	10	Câncer cervical	60	1.8

Países de renda média				Países de alta renda			
Posição	Causa	Óbitos (000s)	%	Posição	Causa	Óbitos (000s)	%
1	HIV/AIDS	226	8.9	1	Câncer da mama	49	11.5
2	Acidente vascular cerebral	211	8.3	2	Cânceres de traqueia, bronco e pulmão	28	6.7
3	Doença cardíaca isquêmica	177	6.9	3	Doença cardíaca isquêmica	28	6.7
4	Câncer da mama	116	4.6	4	Suicídio	22	5.1
5	Suicídio	104	4.1	5	Acidente vascular cerebral	20	4.8
6	Acidentes de trânsito	102	4.0	6	Câncer de cólon e reto	16	3.8
7	Tuberculose	99	3.9	7	Acidentes de trânsito	16	3.8
8	Condições maternas	74	2.9	8	Cirrose hepática	13	3.1
9	Diabetes <i>Mellitus</i>	65	2.5	9	Câncer de ovário	12	2.8
10	Cirrose hepática	57	2.2	10	Câncer cervical	10	2.4

*Doença pulmonar obstrutiva crônica.

velhas.

As causas externas (traumatismos, acidentes e violências) são uma das principais causas de óbitos e incapacidades em mulheres adultas em todas as regiões. A região do Sudeste da Ásia tem uma taxa desproporcionalmente elevada de óbitos relacionados com incêndios, já os traumatismos autoinfligidos são particularmente altos em países em desenvolvimento da região Pacífico Oeste (Figura 2). Os acidentes de trânsito são relativamente comuns em todas as regiões e foram responsáveis por um total estimado de 275.000 óbitos de mulheres entre 20 e 59 anos, em 2004.

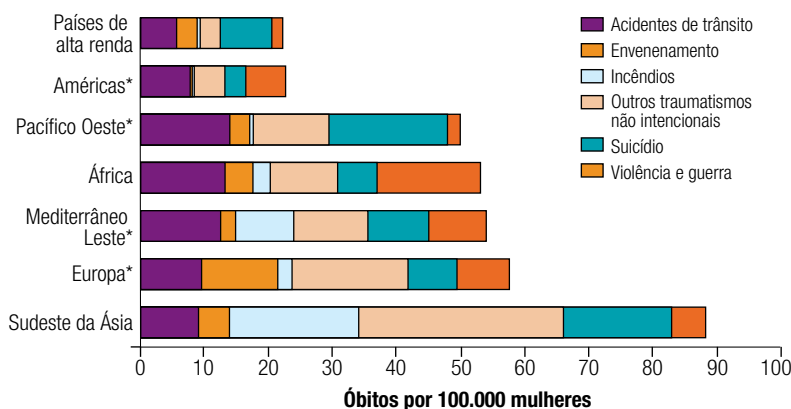
Os traumatismos relacionados com incêndios são uma preocupação específica das mulheres, que são muito mais atingidas por eles que os homens. No mundo, a cada ano, 168.000 adultos entre 20 e 59 anos de idade morrem por causa de traumatismos relacionados a incêndios, dos quais, 62% são mulheres. Um total de 80% dos óbitos relacionados a incêndios ocorrem no Sudeste da Ásia. No entanto, muitos milhões de mulheres ficam desfiguradas ou incapacitadas por causa de queimaduras, e muitas de forma permanente. Estes traumatismos podem desencadear uma série de problemas pessoais e econômicos secundários para a vítima e sua família. Muitos óbitos ocasionados por incêndios são provavelmente relacionados a acidentes na cozinha, porém, esta não é a única causa. Na Índia, os incêndios estão relacionados a 16% dos suicídios em mulheres e a um número desconhecido de homicídios.⁴

A saúde de mulheres que vivem na pobreza e em países pobres é severamente afetada por condições que mulheres mais abastadas no mundo nunca ouviram falar. Estas condições incluem 14 doenças tropicais negligenciadas encontradas em mais dos 100 países mais pobres, particularmente na África, mas também na Ásia e na América Latina. A maioria dessas doenças pode ser completamente prevenida ou eliminada, porém, muitas continuam sendo muito comuns e afetam, ao todo, em torno de 100 milhões de pessoas. Um total estimado de 56 milhões de mulheres adultas tem esquistossomose; 28 milhões estão infectadas por nematoides intestinais e em torno de 12 milhões têm linfedema causado por filariose linfática. As mulheres adultas são três vezes mais propensas que os homens a desenvolverem a cegueira por complicação do tracoma, porque são mais propensas a serem infectadas pelo contato estreito com seus filhos. Estima-se que esta doença altamente contagiosa, embora totalmente evitável e tratável, é causa de cegueira em um milhão das mulheres mais pobres do mundo e está em vias de destruir a visão de outras, em uma razão de quatro a cinco milhões anualmente.

Mulheres, depressão e suicídio

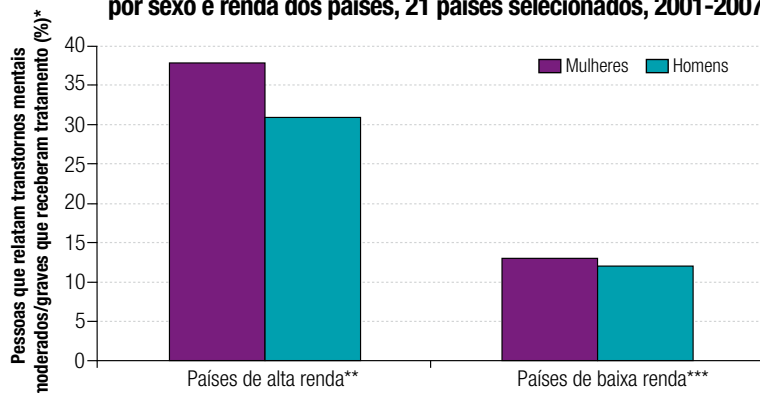
Embora as mulheres sejam menos propensas que os homens a sofrerem transtornos causados pelo uso de álcool e drogas, elas são mais suscetíveis à depressão e à ansiedade. No mundo, um total estimado de 73 milhões de mulheres adultas sofre um grande episódio depressivo a cada ano. Estima-se que aproximadamente 13% das mulheres sejam afetadas por transtornos mentais após o parto, incluindo a depressão, no período de um ano após o parto.

Figura 2 Taxas de óbitos por traumatismos, em mulheres entre 20 e 59 anos de idade, por região e causas externas, 2004



Os países de alta renda estão excluídos dos grupos regionais".
Fonte: Organização Mundial da Saúde.¹

Figura 3 Porcentagem de pessoas entre 20 e 59 anos de idade que relatam transtornos mentais moderados/graves que receberam tratamento, por sexo e renda dos países, 21 países selecionados, 2001-2007



*Relatos de casos identificados com o uso de algoritmo pré-definido padronizado no DSM IV.

Tratamento recebido durante os 12 meses que precederam a pesquisa.

Países de alta renda e renda média alta. *Países de baixa renda e renda média baixa

Fonte: Pesquisas Mundiais de Saúde Mental em 21 países, 2001-2007.⁵

Nos países de alta renda^a, quase 40% das mulheres que relatam transtornos mentais moderados ou severos receberam tratamento durante os últimos 12 meses, em contraste com apenas quase 14% nos países de baixa renda^b (Figura 3). Nos países de alta e baixa renda, as mulheres que vivem nas residências mais pobres relatam mais problemas de saúde mental que aquelas que vivem nas mais ricas e, mesmo assim, uma menor proporção destas mulheres recebe tratamento.⁵ Nos locais de alta renda, uma menor proporção de mulheres com baixo nível de instrução recebe tratamento em comparação com mulheres com alto nível de instrução, porém, constata-se o padrão reverso nos países de baixa renda. Acompanhando geralmente níveis

menores de tratamento nos países de baixa renda, o fato de as mulheres com níveis mais altos de educação nestes locais serem muito menos propensas a receber o tratamento que aquelas com um nível de instrução menor sugere obstáculos adicionais à atenção. Além da limitada disponibilidade de serviços, é possível que o estigma, informações incorretas e atitudes negativas, juntos, impeçam o acesso à atenção.

O suicídio é, sem dúvida, a expressão mais extrema de doença mental, é a sétima causa principal de óbito em esfera mundial em mulheres entre 20 e 59 anos de idade e a segunda causa de óbito nos países de baixa e média renda da região do Pacífico Oeste. No mundo, um em cada três suicídios ocorre em mulheres entre 25 e 44 anos de idade. O suicídio é a quinta causa principal de óbito em esfera mundial em mulheres entre 20 e 44 anos de idade, ficando à frente dos acidentes de trânsito.

Há mais mulheres que homens cometendo suicídio e os comportamentos suicidas representam um importante problema de saúde pública para meninas e mulheres no mundo. Os fatores que aumentam o risco de suicídio em mulheres, incluem exposição ao abuso sexual durante a infância e a violência do parceiro íntimo (discutidos a seguir). O consumo abusivo de álcool é outro fator de risco, que leva à depressão e abre caminho para lesões autoprovocadas intencionais.⁶ As diferenças de gênero nos papéis sociais podem também contribuir ao comportamento suicida. Há evidências em algumas culturas de que a desigualdade social e a vinculação a unidades sociais estruturadas e estreitas, especialmente famílias patriarcais, são fatores risco para os comportamentos suicidas femininos. Na China, onde o suicídio é a principal causa de óbito entre as mulheres adultas nas zonas rurais e onde as taxas de suicídio de mulheres são mais altas que as dos homens,⁷ os fatores que mais contribuíram foram estresse grave decorrente de eventos extremos de vida e a disponibilidade de pesticidas potencialmente letais.

Fatores de risco para doenças crônicas

Grande parte da carga de doenças que as mulheres adultas enfrentam poderia ser evitada com a abordagem dos fatores de risco críticos, importando entender que cada um tem causas específicas.

Seis fatores de riscos para doenças crônicas somam juntos 37% dos óbitos globais em mulheres a partir dos 30 anos de idade.⁸ Estes fatores de risco representam 63% dos óbitos decorrentes de doen-

a Incluindo países de alta renda e de renda média alta conforme classificação do Banco Mundial.

b Incluindo países de baixa renda e de renda média baixa conforme classificação do Banco Mundial.

ças cardiovasculares e diabetes e mais de três quartos dos óbitos oriundos de doenças cardíacas isquêmicas.

Eles são também responsáveis pelo grande número de óbitos de mulheres por câncer e doença respiratória crônica. Embora a maioria dos óbitos causada por estes fatores de risco ocorra em idades mais avançadas, grande parte da exposição começa cedo na vida, com frequência, durante a adolescência, conforme mencionado no Capítulo 3. As intervenções preventivas devem ser dirigidas às mulheres mais jovens tanto ou mais do que às mulheres mais velhas. A hipertensão arterial é o principal fator de risco para as mulheres adultas em

toda parte e é responsável por 18% dos óbitos de mulheres acima dos 20 anos de idade (Tabela 2). Hipertensão arterial, hiperglicemia, inatividade física e colesterol elevado causam proporções similares de óbitos em todos os níveis de renda. Tabagismo, excesso de peso e obesidade são mais prevalentes em países de renda média e alta e sua incidência está crescendo nos países de baixa e média renda. É importante notar que intervenções custo-efetivas para tratar dos maiores fatores de risco para mulheres adultas estão disponíveis em nível populacional e individual.⁹

O uso de tabaco é um dos fatores de risco evitáveis mais sérios para óbitos prematuros e doenças em mulheres adultas e é responsável por quase 6% dos óbitos femininos no mundo todo.⁸ Em âmbito global, 71% dos óbitos por câncer de pulmão são causados pelo uso de tabaco. Sem a ação contínua para a redução do tabagismo, os óbitos entre as mulheres a partir de 20 anos de idade se elevaria de 1,5 milhões em 2004 para 2,5 milhões em 2030, sendo que 75% destes óbitos projetados ocorreriam em países de baixa e média renda.⁸ O tabaco e outros fatores de risco ambientais e comportamentais são responsáveis por 35% óbitos por câncer. Com agentes infecciosos conhecidos como HPV e hepatite B e C, esses fatores de risco explicam 42% de óbitos por câncer no mundo em mulheres a partir dos 30 anos de idade. O tabaco também está implicado em aproximadamente 42% das doenças respiratórias crônicas e em quase 10% das doenças cardiovasculares em mulheres.

O excesso de peso e a obesidade são os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, diabetes, transtornos musculoesqueléticos e alguns tipos de câncer. Juntos, eles causaram um número estimado de 1,5 milhões de óbitos em mulheres a partir dos 30 anos de idade em 2004, dos quais 77% em países de renda baixa e média. Muitos destes países estão presenciando uma rápida expansão de fatores de risco para doenças crônicas, particularmente nos contextos urbanos. As mais recentes projeções da OMS indicam que o número de mulheres adultas com excesso de peso e obesas chegará a 1,5 bilhões até 2015.

Tabela 2 Óbitos em mulheres a partir dos 20 anos de idade atribuíveis aos seis principais fatores de riscos para doenças crônicas, 2004 (porcentagem)

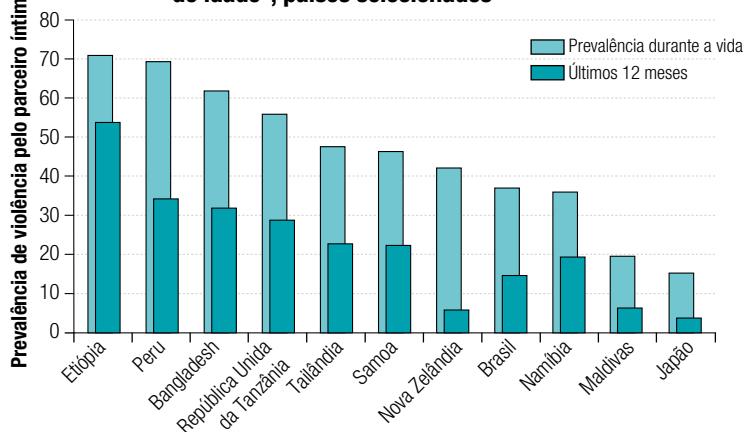
Risco	Mundo	Países de baixa renda	Países de renda média	Países de alta renda
Porcentagem de óbitos				
Hipertensão arterial	18 	13 	22 	19 
Hiperglicemia	8 	8 	8 	7 
Inatividade física	8 	6 	8 	8 
Uso de tabaco	7 	2 	8 	14 
Excesso de peso e obesidade	7 	4 	9 	9 
Colesterol elevado	6 	5 	6 	6 

Fonte: Organização Mundial da Saúde.⁸

Violência

A violência contra as mulheres é uma experiência generalizada em todo o mundo e com sérias implicações para a saúde pública. A violência contra as mulheres pode levar diretamente a traumatismos sérios, incapacidades e óbitos, e indiretamente a uma variedade de problemas de saúde como mudanças fisiológicas induzidas pelo estresse, uso de substâncias ou falta de controle sobre a fertilidade e autonomia pessoal como observado frequentemente em relacionamentos abusivos. As mulheres que sofreram abusos têm altas taxas de gravidez não desejada, de abortos, desfechos neonatais e infantis adversos, infecções sexualmente transmissíveis (incluindo o HIV) e transtornos mentais (como depressão, transtornos de ansiedade, do sono e alimentares)¹⁰⁻¹⁷, em comparação com seus pares que não

Figura 4 Prevalência da violência física, sexual, ou ambas, pelo parceiro íntimo em mulheres entre 15 e 49 anos de idade*, países selecionados



No Japão e na Nova Zelândia, o grupo etário era de 18 a 49 anos de idade.

Nota: Dados levantados em províncias ou cidades específicas, exceto Maldivas e Samoa.

Fonte: Organização Mundial da Saúde.¹⁸

sofreram abusos.

Grande parte da violência contra as mulheres é perpetrada por parceiros íntimos masculinos. Um estudo da OMS em 11 países evidenciou que entre 15% e 71% de mulheres, dependendo do país, sofreram violência física ou sexual por parte do marido ou parceiro e que entre 4% e 54% a vivenciaram no último ano (Figura 4).¹⁹

A violência pelo parceiro também pode ser fatal. Estudos da Austrália, Canadá, Israel, África do Sul e Estados Unidos mostram que 40% a 70% dos homicídios femininos foram cometidos pelos parceiros íntimos.²⁰ A violência sexual pelos parceiros, conhecidos ou estranhos, afeta principalmente mulheres e meninas. Em situações de conflito ou pós-conflitos, a violência sexual é cada vez mais utilizada como tática de guerra. Outras formas de violência contra as mulheres incluem assédio sexual e abuso por figuras de autoridade (como professores, policiais ou empregadores), tráfico para trabalho ou

sexo forçado, bem como práticas tradicionais como casamentos forçados ou de crianças e violência relacionada ao dote. A violência contra as mulheres é, com frequência, relacionada ao gênero e, na sua forma mais extrema, pode levar à morte violenta ou infanticídio feminino. Apesar da amplitude do problema, muitas mulheres não relatam suas experiências e não buscam ajuda e, em consequência, a violência contra as mulheres se mantém como um problema oculto com custos humanos e de atenção em saúde elevados.

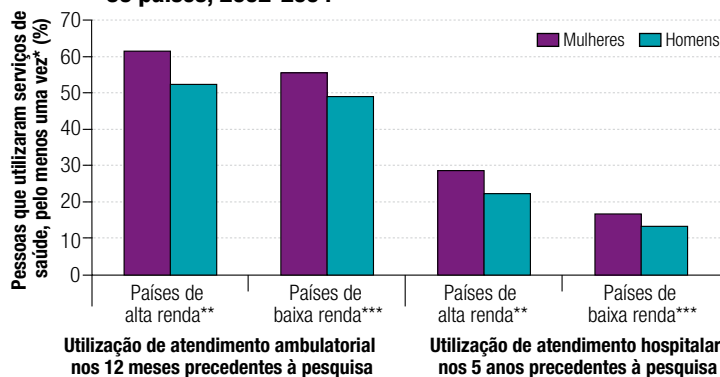
Doença e utilização de serviços de saúde

As condições crônicas que requerem cuidados médicos constantes, como asma, doença cardíaca,

artrite, depressão e diabetes, são comuns em mulheres à medida que envelhecem, particularmente em mulheres mais pobres e aquelas que vivem em zonas rurais.²¹ A maioria dessas condições pode ser prevenida ou administrada com eficácia. As intervenções necessárias incluem educação em saúde, controle dos fatores de risco, programas de triagem e acesso a tratamento custo-efetivo.^{1,22} No entanto, estas ações não estão disponíveis para muitas mulheres. Embora as evidências sejam desiguais e incompletas, parece provável que haja necessidades significativas não atendidas de cuidados médicos entre as mulheres, nos países de baixa renda.

Embora as taxas de utilização de atendimento ambulatorial sejam muito semelhantes no mundo todo, há grandes diferenças nas taxas de utilização de atendimento hospitalar entre as mu-

Figura 5 Utilização de serviços de saúde por pessoas entre 20 e 59 anos de idade, por sexo e grupo de renda de país, 59 países, 2002-2004



*Utilização do serviço por mulheres para planejamento familiar, excluindo cuidados pré-natais e de parto.

** Países de renda alta e média alta. *** Países de renda baixa e média baixa.

Fonte: Pesquisas Globais de Saúde em 59 países, 2002-2004.

lheres dos países de baixa renda e aquelas dos países de alta renda (Figura 5). As mulheres mais pobres nos países de baixa renda têm taxas de utilização 50% mais baixas que aquelas de mulheres mais ricas dos países de alta renda.²²

Conclusões

As mulheres adultas enfrentam uma série de desafios em saúde, que incluem riscos crescentes para doenças crônicas não transmissíveis, traumatismos e violência. O suicídio é uma das principais causas de óbito em mulheres entre 20 e 59 anos de idade em nível global e a segunda principal causa de óbito nos países de baixa e média renda da região do Pacífico Oeste. Os problemas de saúde mental, particularmente depressão, são causas importantes de incapacidades em mulheres de todas as idades, para o que contribuem o baixo *status* das mulheres na sociedade, sua carga de trabalho e a violência que elas sofrem. Existem intervenções eficazes para a maioria destes problemas, porém, o progresso na ampliação do acesso a serviços que poderiam fazer a diferença na saúde da mulher é desigual. Ao se tornarem adultas, as mulheres pobres, que vivem em zonas rurais enfrentam necessidades não atendidas de serviços de saúde relacionados a condições de saúde mental e crônicas, como asma, doenças cardíacas, artrite e diabetes, que exigem cuidados médicos constantes.

Resumo dos resultados e implicações

- Em âmbito mundial, as taxas de mortalidade em mulheres entre 20 e 59 anos de idade são baixas. No entanto, este não é o caso da região africana, onde mais de duas mulheres em cada cinco morrem durante este período da vida, principalmente por causa de doenças infecciosas incluindo HIV/AIDS.
- Enquanto a transição da saúde avança, os óbitos e as incapacidades em mulheres adultas ocorrem cada vez mais por causa de doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, cânceres, traumatismos e transtornos mentais, incluindo o suicídio. Traumatismos relacionados com incêndios são de particular interesse para as mulheres no Sudeste da Ásia e o suicídio é uma das principais causas de óbitos e incapacidades na região do Pacífico Oeste.
- A hipertensão arterial, frequentemente relacionada com excesso de peso, obesidade e inatividade física, é o principal fator de risco para as mulheres adultas. Apesar de ser mal dimensionada, a violência é um fator de risco para inúmeros problemas de saúde e uma causa direta de óbitos e incapacidades em mulheres.
- É necessário organizar os serviços de saúde para que eles acompanhem a evolução das necessidades das mulheres adultas. Na atualidade, alguns serviços, como o cuidado pré-natal, são mais propensos a estarem disponíveis que outros, como os relacionados com saúde mental, condições crônicas não transmissíveis e violência. As intervenções eficazes incluem melhor acesso a educação em saúde, controle de fatores de risco, implementação de programas de triagem e o acesso a tratamento custo-efetivo.

Referências Bibliográficas

1. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *Journal of Clinical Oncology*, 2006, 24:2137–2150. doi:10.1200/JCO.2005.05.2308 PMID:16682732
3. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. CA Global cancer statistics, 2002. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 2005, 55:74–108. doi:10.3322/canjclin.55.2.74 PMID:15761078
4. Sanghavi P, Bhalla K, Das V. Fire-related deaths in India in 2001: a retrospective analysis of data.

- Lancet*, 2009, 373:1282–1288.doi:10.1016/S0140-6736(09)60235-X PMID:19250664
5. Kessler RC, Ustun TB, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York, NY, Cambridge University Press, 2008.
 6. Rehm J et al. Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Murray C, et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Vol 1. Geneva, World Health Organization, 2004.
 7. WHO mortality database. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/>).
 8. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, World Health Organization (in press).
 9. Beaglehole R et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet*, 2008, 372:940–949. doi:10.1016/S0140-6736(08)61404-X PMID:18790317
 10. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331–1336. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8 PMID:11965295
 11. Plichta SB, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. *Women's Health Issues*, 2001, 11:244–258.doi:10.1016/S1049-3867(01)00085-8 PMID:11336864
 12. Dunkle KL et al. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*, 2004, 363:1415–1421.doi:10.1016/S0140-6736(04)16098-4 PMID:15121402
 13. Vos T et al. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84:739–744.doi:10.2471/BLT.06.030411 PMID:17128344
 14. Campbell JC et al. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 2008, 15:221–231. doi:10.1080/17457300802423224 PMID:19051085
 15. Asling-Monemi K, Tabassum NR, Persson LA. Violence against women and the risk of under-five mortality: analysis of community-based data from rural Bangladesh. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 2008, 97:226–232.doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00597.x PMID:18254912
 16. Ahmed S, Koenig MA, Stephenson R. Effects of domestic violence on perinatal and early- childhood mortality: evidence from north India. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:1423–1428. doi:10.2105/AJPH.2005.066316 PMID:16809594
 17. Boy A, Salihu HM. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 2004, 49:159–164. PMID:15481481
 18. Garcia-Moreno C et al. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, World Health Organization, 2005.
 19. Garcia-Moreno C et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Lancet*, 2006, 368:1260–1269.doi:10.1016/S0140-6736(06)69523-8 PMID:17027732
 20. Krug EG et al. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
 21. *World health survey*. World Health Organization. Geneva (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html>, accessed 18 June 2009).
 22. Jamison DT et al. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. New York, NY, Oxford University Press, 2006.

6

CAPÍTULO

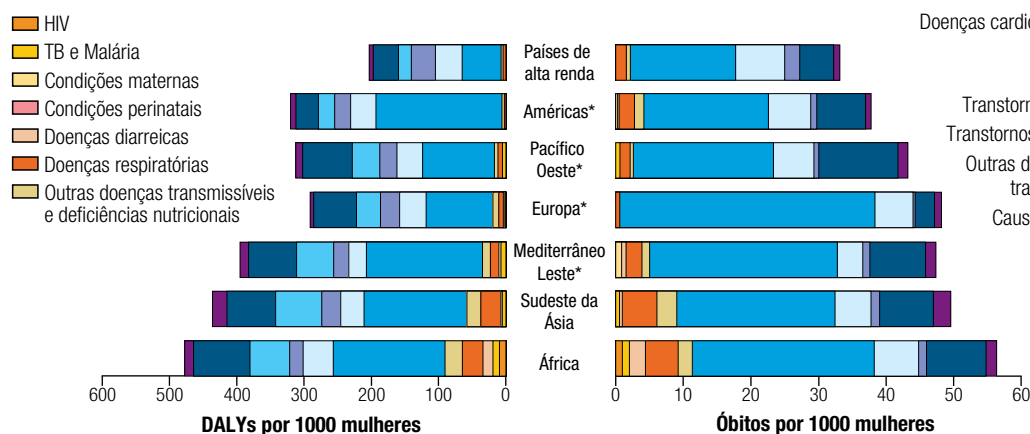
MULHERES MAIS VELHAS

As taxas de mortalidade e incapacidade aumentam inevitavelmente nas idades mais avançadas, porém a extensão e a rapidez desses aumentos não são iguais em todas as regiões. Embora as doenças transmissíveis continuem a ocorrer nos locais de baixa renda, o padrão global de mortalidade e incapacidade entre as mulheres é caracterizado pela predominância de doenças não transmissíveis, especialmente doenças cardiovasculares (doença cardíaca e acidente vascular cerebral), diabetes e cânceres (Figura 1).

Mulheres e envelhecimento

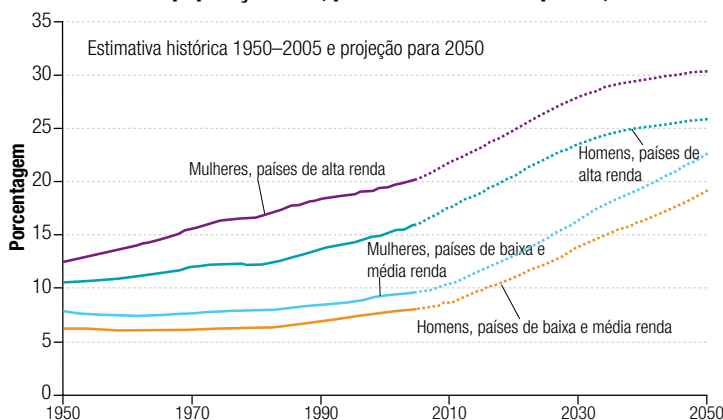
Por tenderem a viver mais que os homens, as mulheres representam uma proporção crescente no conjunto das pessoas mais velhas. Em 2007, em nível global, 55% dos adultos com idade a partir de 60 anos eram mulheres, uma proporção que se eleva até 58% a partir dos 70 anos de idade.² O envelhecimento às vezes é assumido como preocupação, principalmente em países com baixas taxas de natalidade, alta renda e cuidados geriátricos eficazes. Mas, na verdade, as regiões do mundo, em desenvolvimento, abrigam a maioria das mulheres mais velhas. Em 2007, havia 270 milhões de mulheres com idade a partir de 60 anos vivendo em países de baixa e média renda, em comparação com 115 milhões nos países de alta renda. A proporção de pessoas mais velhas na população total está aumentando ao longo do tempo (Figura 2). Estima-se que, até 2050, 84% da população acima dos 60 anos de idade esteja vivendo em países atualmente classificados como de baixa e média renda. Longe de ser um fardo social e econômico, este conjunto crescente de mulheres mais velhas deve ser visto como recurso potencial para a sociedade. Por exemplo, as mulheres mais velhas desempenham papéis-chave em suas famílias e comunidades, atuando como cuidadoras, inclusive durante as crises humanitárias.³ Em países com epidemias graves de HIV, as mulheres mais velhas têm papel crucial no cuidado do grande número de órfãos. Em 18 pesquisas nacionais na África subsaariana, metade dos órfãos que não vivem com parente sobrevivente foram cuidados por avós, principalmente pelas avós.⁴ Portanto, devem ser encontradas maneiras para ampliar e melhorar as condições em que essas mulheres mais velhas vivem. Este é um desafio duplo, que envolve a implementação de ações de prevenção das doenças crônicas, bem como a provisão de atenção em saúde especificamente projetada para administrar os problemas de saúde que as mulheres enfrentam ao envelhecer. Manter as mulheres mais velhas saudáveis e ativas traz benefício individual, mas também econômico e social. As ações preventivas também podem contribuir à redu-

Figura 1 **Mortalidade e carga de doenças (DALYs) em mulheres a partir dos 60 anos de idade, por região e principais causas, 2004**



Os países de alta renda estão excluídos dos grupos regionais.
Fonte: Organização Mundial da Saúde.¹

Figura 2 Distribuição de pessoas a partir de 60 anos de idade em relação à população total, por sexo e renda dos países, 1950–2050.



Fonte: Divisão da População das Nações Unidas.²

ção dos gastos com cuidados de longo prazo para condições crônicas.

Contudo, isso não pode ser alcançado sem planejamento prévio e ação de saúde pública consistentes. Os desafios para os sistemas de saúde são particularmente agudos nos países de alta renda, com baixos níveis de fertilidade e uma proporção crescente de pessoas mais velhas na população. Porém, hoje em dia, estes desafios são cada vez mais relevantes nos países de baixa e média renda, onde as tendências identificadas acima emergiram mais recentemente e os sistemas de saúde permanecem, em grande medida, voltados para as necessidades de mulheres mais jovens, especialmente na idade reprodutiva, bem como para a atenção às doenças transmissíveis.

Influências socioeconômicas na saúde das mulheres mais velhas

A saúde das mulheres mais velhas varia significativamente de cultura para cultura e de país para país. Por exemplo, em muitas das chamadas sociedades “tradicionais”, onde prevalecem as grandes famílias, muitas vezes, as mulheres mais velhas adquirem maior *status* social quando seus filhos casam e têm seus filhos. Porém, a crescente urbanização e o aumento do número de famílias nucleares, muitas vezes levam ao isolamento dos idosos de ambos os sexos.

Uma vez que as mulheres se casam com homens mais velhos e normalmente vivem mais, muitas mulheres mais velhas ficam viúvas. Na maioria dos casos, elas se adaptam emocionalmente e financeiramente à mudança de sua situação, mas, em alguns contextos, as práticas relacionadas com a viuvez podem resultar em violência e abuso contra as mulheres mais velhas, o que ameaça seriamente a sua saúde e seu bem-estar.⁵

Nos poucos países que possuem dados sólidos sobre os níveis de pobreza, por idade e sexo, (principalmente os países desenvolvidos), há evidências de que as mulheres mais velhas sejam mais propensas a serem pobres do que os homens mais velhos.^{6,7} Pouco se sabe sobre a dimensão desse tipo de problema para as mulheres dos países em desenvolvimento.

Quais são os problemas de saúde enfrentados pelas mulheres mais velhas?

Em nível global, as principais causas de óbito e incapacidade entre as mulheres acima dos 60 anos de idade são a doença cardíaca isquêmica, acidente vascular cerebral e doença pulmonar obstrutiva crônica (Tabela 1). Juntas, estas condições representam 45% dos óbitos em mulheres acima dos 60 anos de idade no mundo todo. Outros 15% dos óbitos são causados por câncer, principalmente câncer de mama, pulmão e cólon.

Como para os homens, muitos dos problemas de saúde enfrentados por mulheres em idade avançada resultam da exposição a fatores de risco em sua juventude e na vida adulta. Tabagismo, estilos de vida sedentários, dietas com alto nível de colesterol, gordura saturada e sal, e pequena quantidade de frutas e vegetais contribuem para os problemas de saúde que as mulheres vivenciam quando mais velhas.

A doença cardiovascular, com frequência, considerada um problema “masculino”, é a principal causa de morte em pessoas mais velhas de ambos os sexos, em quase todo o mundo. Na verdade, anualmente, a doença vascular causa maior número de óbitos em mulheres mais velhas do que em homens mais velhos. Em 2004, ocorreram 7,4 milhões de óbitos em mulheres acima dos 60 anos de idade, em comparação com 6,3 milhões em homens.¹

Embora as doenças cardiovasculares sejam frequentemente caracterizadas como doenças de afluência, as taxas de mortalidade por esta causa, para mulheres acima dos 60 anos de idade, são duas vezes mais altas em países de baixa e média renda do que nos países de alta renda. Elas são particularmente altas nos países Europeus de média renda, seguidas pelas regiões do Mediterrâneo Leste e da África.¹ Em parte, porque que as taxas de mortalidade por causas cardiovasculares entre as mulheres de países de alta renda diminuíram significativamente nos últimos 50 anos (Figura 3). Este declínio resulta de reduções nos comportamentos de risco, como o uso de tabaco e a falta de atividade física; melhor administração e medicação de fatores de risco metabólicos, como hipertensão arterial e alto nível de colesterol e melhor acompanhamento das condições cardiovasculares existentes.⁸ Hoje, não há razão para que as mesmas reduções não sejam alcançadas nos países de renda média, porém as interven-

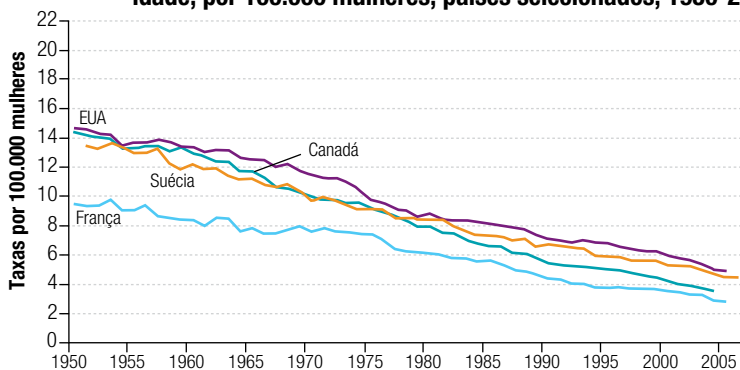
Tabela 1 As dez causas principais de óbito em mulheres a partir dos 60 anos de idade, por renda dos países, 2004

Mundo				Países de baixa renda			
Posição	Causa	Óbitos (000s)	%	Posição	Causa	Óbitos (000s)	%
1	Doença cardíaca isquêmica	2933	19.2	1	Doença cardíaca isquêmica	829	19.9
2	Acidente vascular cerebral	2677	17.5	2	Acidente vascular cerebral	613	14.7
3	DPOC*	1254	8.2	3	Infecções respiratórias baixas	403	9.7
4	Infecções respiratórias baixas	818	5.3	4	DPOC*	313	7.5
5	Diabetes <i>Mellitus</i>	499	3.3	5	Diabetes <i>Mellitus</i>	143	3.4
6	Doença cardíaca hipertensiva	453	3.0	6	Doença cardíaca hipertensiva	89	2.1
7	Alzheimer e outras demências	305	2.0	7	Câncer cervical	78	1.9
8	Câncer de mama	294	1.9	8	Nefrite e nefrose	73	1.8
9	Cânceres de traqueia, bronco e pulmão	287	1.9	9	Doenças diarreicas	71	1.7
10	Câncer de cólon e reto	241	1.6	10	Câncer de mama	64	1.5

Países de renda média				Países de alta renda			
Posição	Causa	Óbitos (000s)	%	Posição	Causa	Óbitos (000s)	%
1	Acidente vascular cerebral	1625	21.7	1	Doença cardíaca isquêmica	622	17.1
2	Doença cardíaca isquêmica	1481	19.8	2	Acidente vascular cerebral	438	12.1
3	DPOC*	821	11.0	3	Alzheimer e outras demências	194	5.3
4	Doença cardíaca hipertensiva	278	3.7	4	Infecções respiratórias baixas	158	4.4
5	Infecções respiratórias baixas	256	3.4	5	Cânceres de traqueia, bronco e pulmão	130	3.6
6	Diabetes <i>Mellitus</i>	242	3.2	6	DPOC*	120	3.3
7	Câncer de estômago	145	1.9	7	Câncer de mama	114	3.1
8	Cânceres de traqueia, bronco e pulmão	136	1.8	8	Câncer de cólon e reto	114	3.1
9	Câncer de mama	115	1.5	9	Diabetes <i>Mellitus</i>	113	3.1
10	Câncer de cólon e reto	106	1.4	10	Doença cardíaca hipertensiva	86	2.4

*Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
Fonte: Organização Mundial da Saúde.¹

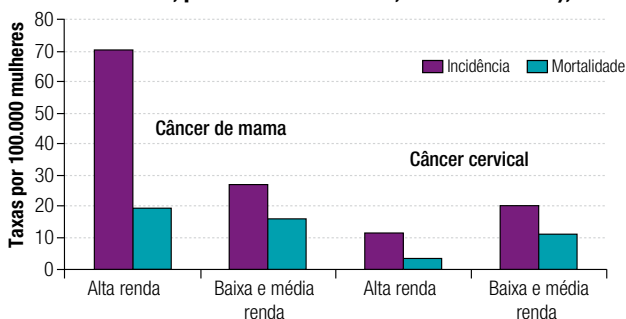
Figura 3 Taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares em mulheres a partir de 30 anos de idade (padronizado por idade, por 100.000 mulheres, países selecionados, 1950-2006



Fontes: Base de dados de mortalidade da OMS a partir de março de 2009 (<http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>); e Divisão da População das Nações Unidas.²

venção urgente se faz necessária, porém, com menos probabilidades de êxito.¹³ Dados das Pesquisas Mundiais em Saúde mostraram que quase a metade das mulheres em países de rendas alta e média alta estavam recebendo tratamento para sintomas de doença cardíaca crônica, em comparação com uma em cada quatro nos países de baixa e média baixa renda.¹⁴ As mulheres tendem também a desenvolver doenças cardíacas mais tarde que os homens, o que complica ainda mais o diagnóstico porque é mais provável que outras doenças, incluindo diabetes e hipertensão, estejam presentes.¹³ Infelizmente, as mulheres tendem a serem sub-representadas nos ensaios clínicos de sexo misto para tratamentos de doenças cardíacas.¹⁵ Isso tem dificultado o desenvolvimento de diretrizes para o tratamento específico para cada sexo. Outra causa de doença e óbito entre as mulheres mais velhas é a doença pulmonar obstrutiva crônica, ou DPOC. Uma das principais causas de DPOC no mundo é o uso de tabaco, vício frequentemente adquirido em idades mais jovens. Porém, conforme visto no Capítulo 1, a exposição à poluição do ar em interiores causada pela queima de combustíveis sólidos para aquecimento e cozinha é o fator de risco principal para DPOC em mulheres. Estas exposições contribuem para taxas de mortalidade por DPOC mais altas em mulheres dos países de baixa e média renda, onde as taxas são cinco vezes maiores que nos países de alta renda.^{1,16} As formas mais comuns de câncer em mulheres são câncer de mama, cervical e cólon.¹ Em termos de mortalidade, os que mais levam ao óbito são os

Figura 4 Taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama e cervical, por grupo de renda de país (padronizado por idade, por 100.000 mulheres, todas as idades), 2004



Fonte: Organização Mundial de Saúde.¹

ções necessárias de saúde pública ainda não foram amplamente implementadas. Falta acesso a intervenções farmacêuticas custo-efetivas, bem como ao tratamento imediato de condições cardiovasculares para melhoria da sobrevivência. Com frequência, por uma série de razões, a doença cardiovascular na população feminina não é reconhecida, especialmente nos países de baixa e média renda e as mulheres com síndromes cardíacas agudas não são diagnosticadas, em parte, porque apresentam sintomas diferentes dos homens.⁹⁻¹²

As mulheres são também menos propensas que os homens a buscarem assistência médica e, portanto, recebem os cuidados mais tarde, quando uma inter-

venção urgente se faz necessária, porém, com menos probabilidades de êxito.¹³ Dados das Pesquisas Mundiais em Saúde mostraram que quase a metade das mulheres em países de rendas alta e média alta estavam recebendo tratamento para sintomas de doença cardíaca crônica, em comparação com uma em cada quatro nos países de baixa e média baixa renda.¹⁴ As mulheres tendem também a desenvolver doenças cardíacas mais tarde que os homens, o que complica ainda mais o diagnóstico porque é mais provável que outras doenças, incluindo diabetes e hipertensão, estejam presentes.¹³ Infelizmente, as mulheres tendem a serem sub-representadas nos ensaios clínicos de sexo misto para tratamentos de doenças cardíacas.¹⁵ Isso tem dificultado o desenvolvimento de diretrizes para o tratamento específico para cada sexo. Outra causa de doença e óbito entre as mulheres mais velhas é a doença pulmonar obstrutiva crônica, ou DPOC. Uma das principais causas de DPOC no mundo é o uso de tabaco, vício frequentemente adquirido em idades mais jovens. Porém, conforme visto no Capítulo 1, a exposição à poluição do ar em interiores causada pela queima de combustíveis sólidos para aquecimento e cozinha é o fator de risco principal para DPOC em mulheres. Estas exposições contribuem para taxas de mortalidade por DPOC mais altas em mulheres dos países de baixa e média renda, onde as taxas são cinco vezes maiores que nos países de alta renda.^{1,16} As formas mais comuns de câncer em mulheres são câncer de mama, cervical e cólon.¹ Em termos de mortalidade, os que mais levam ao óbito são os cânceres de mama, pulmão, cólon e estômago. Embora estes tipos de câncer possam ocorrer antes dos 60 anos de idade, a maioria dos óbitos (68%) ocorre em idades mais avançadas. Como seria de esperar, há variações significativas entre países na incidência e nos tipos de câncer. Isto também acontece em relação ao diagnóstico e às taxas de sobrevivência. Para alguns tipos de câncer, como o câncer de pulmão e colorretal, tanto a incidência (novos casos) quanto a mortalidade são maiores nos países de alta renda. O inverso é verdadeiro para o câncer cervical, onde incidência e mortalidade são maiores nos países de baixa renda (Figura 4).¹ Isso deve-se principalmente à maior incidência de infecção por HPV em idades mais jovens. Além disso, a maioria das mulheres nos

países de alta renda é submetida à triagem de câncer cervical, aumentando assim as chances do diagnóstico precoce que, por sua vez, aumenta a probabilidade de tratamento eficaz. Em contrapartida, nos países de baixa e média renda, as mulheres são mais propensas a morrer por causa de detecção tardia e do acesso inadequado aos tratamentos.¹⁷

A incidência de câncer de mama é consideravelmente maior nos países de alta renda em comparação com países de baixa e média renda, porém, a mortalidade é semelhante (Figura 4). Isso se deve à disponibilidade de melhor tratamento nos países de alta renda. A detecção precoce é essencial para o tratamento eficaz do câncer, porém dados de muitos países de baixa renda sugerem que as taxas de triagem de mamografias podem ser tão baixas quanto 5% ou menos.¹⁸ A detecção precisa ser acompanhada de tratamento eficaz dos casos identificados. Infelizmente, para a maioria das mulheres nos países de baixa e média renda, isto é inalcançável por ser indisponível, inacessível ou inexecutável.

Administrando incapacidades – uma questão de prevenção e atenção

Uma das chaves para a boa saúde na terceira idade é o comportamento saudável, adotado de preferência desde cedo, incluindo escolhas nutricionais saudáveis e atividade física regular. O comportamento saudável pode incrementar a expectativa de vida e retardar o aparecimento de condições crônicas e incapacidades, reduzindo o tempo vivido com problemas de saúde a um período mais curto no fim da vida.¹⁹ Com frequência, o envelhecimento é acompanhado do declínio da saúde, incluindo perda de funções musculares e cognitivas que podem ter consequências de longo alcance. O envelhecimento está associado a níveis crescentes de comorbidade (quando uma pessoa tem várias doenças ou incapacidades ao mesmo tempo) o que complica muito o tratamento. Dados sobre a prevalência de condições incapacitantes são normalmente coletados sem considerar este agrupamento de doenças. Os principais problemas de saúde crônicos e debilitantes enfrentados por mulheres mais velhas são: baixa visão (incluindo catarata), perda de audição, artrite, depressão e demência (Tabela 2). Alguns estudos recentes encontraram evidências de que a prevalência de incapacidade autorreferida pode estar diminuindo em todos os níveis de gravidade nos adultos mais velhos em alguns países desenvolvidos.²⁰⁻²⁴ A mudança de atitudes e a crescente aceitação da incapacidade podem ter desempenhado um papel importante neste declínio. Contudo, a prevalência e a gravidade global da incapacidade entre as mulheres mais velhas continuarão a aumentar devido ao envelhecimento da população e porque maiores proporções de mulheres mais velhas estarão nos grupos de idade mais avançada onde os níveis de incapacidade são maiores. A perda da visão é responsável por 32% dos anos de vida perdidos por incapacidade^a em mulheres acima dos 60 anos de idade. As mulheres mais velhas não somente são mais propensas que homens mais velhos a sofrerem de cegueira, como enfrentam mais dificuldades na obtenção dos cuidados que precisam.¹ Em todas as idades, 57% das pessoas cegas no mundo são mulheres e esta proporção aumenta com a idade.

Porque isso acontece? Em parte, porque as mulheres não estão tendo acesso ao tratamento. As mulheres acima dos 60 anos de idade de países de baixa renda são nove vezes mais propensas a ficarem cegas

Tabela 2 Anos de vida perdidos por incapacidade (YLDs) entre mulheres a partir dos 60 anos de idade por causas gerais, 2004

Incapacidade	Países de baixa renda	Países de renda média	Países de alta renda
Milhões de YLDs			
Alzheimer e outras demências	0.6 ■	2.1 ■■	2.3 ■■
Erros de refração	2.0 ■■	1.6 ■■	0.5 ■
Perda de audição, a partir da idade adulta	1.0 ■	1.6 ■■	1.0 ■■
Cataratas	1.3 ■■	1.9 ■■	0.1
Osteoartrite	0.5 ■	1.2 ■■	0.9 ■■
Transtornos depressivos unipolares	0.6 ■	1.1 ■■	0.5 ■
Degeneração macular	0.6 ■	1.0 ■■	0.4 ■
Doença cardíaca isquêmica	0.4 ■	0.7 ■	0.3 ■
Diabetes melito	0.1	0.6 ■	0.4 ■
Acidente vascular cerebral	0.2 ■	0.7 ■	0.3 ■

Fonte: Organização Mundial da Saúde.¹

do que as mulheres de países de alta renda, principalmente devido a cataratas e erros de refração não corrigidos.¹ Em nível global, 44% da cegueira entre as mulheres acima dos 60 anos de idade é causado por cataratas, que podem ser curadas por meio de cirurgias simples e relativamente econômicas.¹ As mulheres com cataratas são menos propensas que os homens a realizarem cirurgias por causa de obstáculos familiares e comunitários e também pelo fornecimento inadequado de serviços.²⁵

O tracoma, mesmo sendo totalmente evitável, causa em torno de 5% de cegueira nos países de baixa renda. O tracoma é mais comum em mulheres porque é uma doença altamente infecciosa, frequentemente transmitida de criança para criança ou para a mãe, especialmente onde o fornecimento de água é escasso, as moscas são numerosas e as condições de vida são precárias.¹ A artrite é outra causa importante de incapacidade, com pessoas mais velhas em risco, especificamente de osteoartrite e artrite reumatoide.¹ O excesso de peso, que se tornou mais prevalente nas mulheres do que nos homens, é um fator de risco importante para a osteoartrite, sendo responsável por aproximadamente 19% dos casos entre mulheres com mais de 60 anos de idade.¹⁶ Entretanto, parece haver poucas diferenças em todos os grupos de renda, nas zonas rurais e urbanas e nos países de baixa e média renda.¹⁴ Embora os tratamentos estejam disponíveis para aliviar o sofrimento relacionado com a artrite, as evidências disponíveis indicam que apenas uma minoria de mulheres e homens estão recebendo esta atenção.

A osteoporose é três vezes mais comum em mulheres do que em homens.²⁶ A osteoporose é o maior fator de risco para fraturas de quadril, as quais alcançaram aproximadamente 1,6 milhões no mundo em 2000.²⁷ Quase 70% destas fraturas ocorreram em mulheres. As fraturas de quadril causam incapacidades consideráveis e levam, com frequência, a internações de longo-prazo. Nos EUA, por exemplo, cerca de 20% dos pacientes com fraturas de quadril necessitam de cuidados de longo prazo em casa de repouso.²⁸ Nos países desenvolvidos, anualmente, mais de um terço de pessoas acima dos 70 anos de idade relatam quedas.²⁹ As mulheres são mais propensas a sofrerem traumatismos em uma queda, em parte, devido à alta prevalência de osteoporose. A manutenção de um estilo de vida ativo é uma das formas mais custo-efetivas de prevenção de quedas e suas consequências.³⁰

Talvez um dos maiores desafios enfrentados individualmente pela mulher ao envelhecer, e pela sociedade que a rodeia, é a desintegração que ocorre com a demência. A demência representa 13% das causas dos anos de vida saudável perdidos, entre as mulheres com mais de 60 anos de idade. As mulheres com demência também enfrentam risco crescente de depressão e precisam de recursos substanciais para os cuidados. A prevalência de demência parece dobrar a aproximadamente cada cinco anos, após os 65 anos de idade. As pessoas mais velhas que têm alguma forma de demência como condição clínica principal são mais propensas a terem restrições severas em suas atividades. Assumindo que as taxas de prevalência de demência em idades específicas permanecem constantes, o envelhecimento das populações em muitos países desenvolvidos resultará na duplicação da prevalência de demência até 2030 ao mesmo tempo em que as taxas de óbito declinam.

Cuidando de mulheres mais velhas

Com uma atenção em saúde adequada e um ambiente favorável, as mulheres podem permanecer ativas e saudáveis na terceira idade. Contudo, a provisão de atenção em saúde, especialmente nos países de baixa e média renda e nos períodos de crise humanitária, pode desfavorecer o ancião e raramente está voltada às necessidades particulares das mulheres mais velhas. Em muitos países, o acesso à atenção em saúde depende dos sistemas de previdência social e seguro de saúde que, por sua vez, são vinculados a emprego prévio no setor formal da economia. Uma vez que muitas mulheres dos países desenvolvidos trabalham durante toda a vida no setor informal ou em atividades não remuneradas, a atenção em saúde é inacessível, inexistente ou ambos.

Em muitos lugares, especialmente nos países em desenvolvimento, os cuidados para as pessoas mais velhas são fornecidos informalmente pela família e pelos vizinhos, principalmente pelos membros femininos da família.³¹ A provisão desses cuidados impõe cargas econômicas, sociais e de saúde

significativas aos cuidadores,³¹ incluindo maior risco de depressão. Nos países de alta renda, os cuidados dos idosos podem ser cobertos pelo seguro social, porém, os gastos elevados significam que as famílias, muitas vezes, têm de fazer contribuições financeiras substanciais para mantê-los. Por exemplo, estudos na Estônia, Letônia e Uganda mostram que residências com membros acima dos 65 anos de idade são mais propensas a enfrentarem uma despesa catastrófica com saúde que as residências sem membros idosos.³²⁻³⁴

Posto que o número de pessoas mais velhas continua crescendo em comparação com o grupo de cuidadores disponíveis, e as estruturas sociais desmoronam, as famílias e os responsáveis pelas políticas deverão procurar cada vez mais outras opções. A situação é exacerbada em muitas zonas rurais de países em desenvolvimento onde a migração de jovens para as cidades deixa muitas mulheres sem apoio familiar. Parte da resposta a estes problemas pode estar no aumento de serviços de apoio domiciliar e comunitário, mas é provável que o número de mulheres muito velhas que vivem seus últimos anos de vida em ambientes institucionais também aumente.³⁵

Infelizmente, o estresse associado aos cuidados de longo prazo, quer seja no contexto domiciliar ou institucional, pode estar associados à negligência e ao abuso de idosos. O abuso de pessoas mais velhas, até muito recentemente, era um problema social escondido da opinião pública. No entanto, há um número crescente de evidências de que o abuso de idosos (incluindo ações nocivas e a falta de ações) seja um problema de saúde pública e social que se manifesta tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos.

Conclusões

As condições crônicas (doença cardíaca isquêmica, acidente vascular cerebral e doença pulmonar obstrutiva crônica) representam 45% dos óbitos em mulheres acima dos 60 anos de idade no mundo todo. Outros 15% dos óbitos são causados por câncer, principalmente de mama, estômago e cólon. Muitos dos problemas de saúde enfrentados por mulheres em idade avançada resultam de fatores de risco que surgem em sua juventude e vida adulta, como tabagismo, estilos de vida sedentários e dietas não saudáveis. As sociedades devem se preparar agora para prevenir e administrar os problemas crônicos de saúde associados à idade avançada. O estabelecimento de hábitos saudáveis na juventude pode ajudar as mulheres a viverem ativas e saudáveis até em idade avançada. As sociedades devem também se preparar para os gastos relacionados aos cuidados de mulheres mais velhas. Muitos países de alta renda direcionam atualmente grandes proporções de seus orçamentos sociais e de saúde para os cuidados dos idosos. Nos contextos de baixa renda, as famílias são muitas vezes responsáveis por tais cuidados, geralmente providos pelos membros femininos. São necessárias políticas para financiamento da saúde e da previdência; reforma tributária, acesso a emprego formal e pensão e proteção social a ele associadas, e a provisão de cuidados domiciliares e comunitários.

Resumo dos resultados e implicações

■ As principais causas de óbito e incapacidade entre as mulheres acima dos 60 anos de idade são: doença cardíaca isquêmica, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer. Muitos dos problemas enfrentados por mulheres em idade avançada são o resultado de comportamentos estabelecidos em sua juventude e vida adulta, incluindo tabagismo, estilos de vida sedentários e dietas com alto teor de colesterol, gordura saturada e sal e baixo teor de frutas e vegetais.

■ A principal causa de incapacidades em mulheres mais velhas é a perda de visão; mais de 2,5 milhões de mulheres ficam cegas anualmente. Grande parte desta carga de incapacidade poderia ter sido evitada se elas tivessem tido acesso aos cuidados necessários, particularmente à cirurgia de catarata. Contudo, as mulheres se deparam com dificuldades na obtenção dos cuidados que precisam. Nos países de baixa renda, o tracoma é uma causa importante, porém evitável, de cegueira que afeta particularmente as mulheres.

■ Com atenção em saúde adequada e um ambiente favorável, incluindo oportunidades para as mulheres mais velhas contribuírem de forma produtiva para a sociedade, as mulheres podem permanecer ativas e saudáveis até em idade avançada. No entanto, nos países de baixa e média renda, a atenção em saúde pode estar inacessível devido ao custo e é raramente voltada para as necessidades particulares das mulheres mais velhas.

■ As intervenções devem focar a promoção de mudanças comportamentais e de estilos de vida, como práticas alimentares saudáveis e vida ativa. Estas mudanças podem ajudar a prevenir e retardar alguns problemas de saúde. Ao garantir o acesso aos cuidados, há necessidade de programas de triagem e tratamento para diabetes, câncer, hipertensão e doença cardíaca, bem como serviço de correção cirúrgica de cataratas para mulheres de baixa renda.

■ É essencial construir “ambientes amigáveis à idade” para mulheres mais velhas, que precisam ser apoiadas em suas ações de cuidados e outros papéis, onde for necessário. Uma vida longa e mais saudável é uma meta social que dará às mulheres oportunidades que elas e suas comunidades valorizarão e que, ao mesmo tempo, levarão a grandes mudanças sociais na organização do trabalho, da família e do apoio social.

Referências Bibliográficas

1. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. *World population prospects. The 2006 revision*. New York, NY, United Nations Population Division, 2007.
3. *Humanitarian action and older persons. An essential brief for humanitarian actors*. Geneva, Inter-Agency Standing Committee, 2008.
4. Monasch R, Boerma JT. Orphanhood and childcare patterns: an analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS (London, England)*, 2004, 18 suppl 2;S55–S65.doi:10.1097/00002030-200406002-00007 PMID:15319744
5. Chen MA. *Perpetual mourning: widowhood in rural India*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
6. Munnell AH. *Why are so many older women poor?* Working Paper No. 10. Chestnut Hill, MA, Boston College Center for Retirement Research, 2004 (<http://ssrn.com/abstract=556788>).
7. Houser AN. *Women and long-term care: research report*. Washington, DC, AARP, 2007 (http://www.aarp.org/research/longtermcare/trends/fs77r_ltc.html, accessed 18 July 2009).
8. Ford ES et al. Capewell, Simon Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980-2000. *The New England Journal of Medicine*, 2007, 356:2388–2398.doi:10.1056/NEJMsa053935 PMID:17554120
9. Baumhäkel M, Müller U, Böhm M. Influence of gender of physicians and patients on guideline- re-

- commended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study. *European Journal of Heart Failure*, 2009, 11:299–303.doi:10.1093/eurjhf/hfn041 PMID:19158153
10. Adams A et al. The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Sociology of Health & Illness*, 2008, 30:1–18.doi:10.1111/j.1467-9566.2007.01025.x PMID:18254830
 11. Hochman JS et al. Sex, clinical presentation, and outcome in patients with acute coronary syndromes. *The New England Journal of Medicine*, 1999, 341:226–232.doi:10.1056/NEJM199907223410402 PMID:10413734
 12. Jneid H, Thacker HL. Coronary artery disease in women: different, often undertreated. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2001, 68:441–448.doi:10.3949/ccjm.68.5.441 PMID:11352324
 13. Mikhail GW. Coronary heart disease in women. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 2005, 331:467–468. doi:10.1136/bmj.331.7515.467 PMID:16141136
 14. *World health survey*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 18 June 2009).
 15. Kim ESH, Carrigan TP, Menon V. Enrollment of women in National Heart, Lung, and Blood Institute-funded cardiovascular randomized controlled trials fails to meet current federal mandates for inclusion. *Journal of the American College of Cardiology*, 2008, 52:672–673. doi:10.1016/j.jacc.2008.05.025 PMID:18702973
 16. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, World Health Organization (in press).
 17. Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: low average levels and large inequalities. *PLoS Medicine*, 2008, 5:e132.doi:10.1371/journal.pmed.0050132 PMID:18563963
 18. *World health statistics 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008.
 19. Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF. Aging, health risks and cumulative disability. *The New England Journal of Medicine*, 1998, 338:1035–1041.doi:10.1056/NEJM199804093381506 PMID:9535669
 20. Manton KG, Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982–1994. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 1997, 94:2593–2598.doi:10.1073/pnas.94.6.2593 PMID:9122240
 21. Manton KG, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2001, 98:6354–6359.doi:10.1073/pnas.111152298 PMID:11344275
 22. Freedman VA, Martin LG. Understanding trends in functional limitations among older Americans. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1457–1462.doi:10.2105/AJPH.88.10.1457 PMID:9772844
 23. Crimmins EM, Reynolds SL, Saito Y. Trends in health and ability to work among the older working-age population. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 1999, 54:S31–S40. PMID:9934400
 24. Spiers N, Jagger C, Clarke M. Physical function and perceived health: cohort differences and inter-relationships in older people. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 1996, 51:S226–S233.PMID:8809007
 25. Lewallen S, Courtright P. Gender and use of cataract surgical services in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:300–303. PMID:12075366
 26. *Prevention and management of osteoporosis*. WHO Technical Report Series, No 921. Geneva, World Health Organization, 2003.
 27. Johnell O, Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. *Osteoporosis International*, 2006, 17:1726–1733.doi:10.1007/s00198-006-0172-4 PMID:16983459
 28. Chrischilles E, Shireman T, Wallace R. Cost and health effects of osteoporosis fractures. *Bone*, 1994,

- 15:377–386.doi:10.1016/8756-3282(94)90813-3 PMID:7917575
29. WHO *global report on falls prevention in older age*. Geneva, World Health Organization, 2007.
30. Beard J et al. Economic analysis of a community-based falls prevention program. *Public Health*, 2006, 120:742–751.doi:10.1016/j.puhe.2006.04.011 PMID:16824563
31. Prince M. 10/66 Dementia Research Group. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004, 19:170–177.doi:10.1002/gps.1059 PMID:14758582
32. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine*, 2006, 62:866–876.doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
33. Habicht J, Xu K, Couffinhal A, Kutzin J. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 2006, 21:421–431.doi:10.1093/heapol/czl026 PMID:16951417
34. Xu K et al. *Access to health care and the financial burden of out-of-pocket health payments in Latvia*. Technical Brief for Policy-Makers, No 1/2009. Geneva, World Health Organization, 2009.
35. *Women, ageing and health: a framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007.
36. *A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf, accessed 18 July 2009).

7

CAPÍTULO

AS IMPLICAÇÕES DAS POLÍTICAS

Este capítulo final considera as implicações políticas das evidências apresentadas nos Capítulos de 1 a 6. Aqui são identificadas as oportunidades de progredir com maior rapidez, bem como as áreas em que mais informações e diálogo político em âmbito nacional, regional e internacional podem levar a abordagens mais eficazes e melhores resultados para a saúde das mulheres.

Apesar dos enormes avanços realizados nos últimos anos, mulheres em muitas partes do mundo ainda enfrentam problemas que deveriam ter sido enfrentados há muitos anos atrás. Por outra parte, as mulheres se beneficiaram do progresso só para deparar-se com novos problemas, muitos dos quais crônicos e emergentes em idades mais avançadas. Estes problemas podem ser controlados através da promoção da saúde e intervenções de atenção em saúde cedo na vida.

Mulheres e homens compartilham o mesmo direito de usufruir ao mais alto padrão possível de saúde física e mental.¹ No entanto, as mulheres estão em desvantagem devido a fatores sociais, culturais, políticos e econômicos que influenciam diretamente a saúde e impedem o acesso a informações e cuidados de saúde. As estratégias para melhorar a saúde das mulheres devem levar em conta que os determinantes não manifestos da saúde, particularmente as iniquidades de gênero, e devem tratar dos obstáculos socioeconômicos e culturais que impedem as mulheres de protegerem e melhorarem a sua saúde. Estas estratégias devem ser colocadas em um contexto mais amplo de atenção primária em saúde revitalizada, que lida com necessidades prioritárias e determinantes latentes da saúde.² A atenção primária pode fazer a diferença através de uma ação política para fortalecer lideranças, construir serviços de saúde que dão respostas às necessidades existentes, alcançar a cobertura universal e alavancar a mudança nas políticas públicas.

Liderança

Construindo uma forte liderança

É preciso liderança para garantir que todas as mulheres alcancem plenamente seu potencial. Os avanços significativos realizados na saúde das mulheres em alguns países indicam que isto pode ser feito, pois as intervenções são conhecidas e os recursos são alcançáveis.

A falta de progresso em alguns países pode ser parcialmente atribuída a restrições socioeconômicas, junto com a instabilidade política, contenda civil e outras crises. Contudo, as diferenças no *status* de saúde são relacionadas com as decisões políticas e investimentos em áreas programáticas estratégicas. É importante reconhecer que os sistemas de saúde podem não equilibrar com eficácia as diversas áreas programáticas, e não levar a resultados de saúde mais equitativos. De fato, a tendência é o aumento da diferença nos resultados-chave de saúde, relacionados à saúde das mulheres, tanto entre os países quanto dentro deles.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio tiveram importância vital para estimular e acelerar a ação voltada ao alcance dos objetivos de saúde no contexto do desenvolvimento, apesar da existência de inúmeras reivindicações concorrentes disputando a atenção mundial. A existência de um objetivo separado de mortalidade materna chama a atenção para a falta de progresso nesta área, e tem atraído o apoio político e financeiro para acelerar a mudança. A adição da meta do acesso universal à saúde reprodutiva, em consonância com os compromissos anteriores sobre a saúde das mulheres,^a ajudou na ampliação do alcance da meta. No entanto, embora crítico, o foco permanece limitado a um aspecto da vida das mulheres. Há, agora, a necessidade de ampliar a atenção para tantos outros desafios e determinantes da saúde das mulheres descritos neste relatório. Ao fazê-lo, é importante trabalhar em prol da

a Em relação aos compromissos internacionais sobre a saúde das mulheres, ver o Programa de Ação adotado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), Cairo, 5-13 de setembro de 1994 (<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>); a Declaração de Pequim e a Plataforma de Ação da Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres, 15 de setembro de 1995.

equidade de gênero e do empoderamento das mulheres (Objetivo 3).

A situação se torna mais complexa pela maneira com que a saúde das mulheres é tratada tanto dentro como entre as organizações, com múltiplas iniciativas competindo para atenção e recursos. As respostas nacionais às questões de saúde das mulheres tendem a ser fragmentadas e limitadas em seu alcance. Há necessidade de um compromisso sustentado na obtenção de resultados e de um acordo sobre uma abordagem coerente e unificada.

Uma liderança audaciosa e participativa, com uma agenda clara e coerente de ação, é fundamental para o avanço. A liderança deve ter em conta uma série de questões que afetam a vida das mulheres e deve lidar deliberadamente com áreas problemáticas onde o progresso é inadequado ou há crescimento das desigualdades. É crítica a participação da sociedade civil, e particularmente a dos defensores e líderes da saúde das mulheres. Seu engajamento significativo em todos os níveis de avaliação, estabelecimento de prioridades e implementação deve ser defendido, e sua habilidade de cobrança de prestação de contas pelos tomadores de decisão, fortalecida.

O papel da integração do gênero

Nos últimos anos, a “integração do gênero”^a tem se tornado a abordagem de escolha para alcançar a saúde das mulheres. Isto tem origem no reconhecimento de que, embora abordagens técnicas sejam necessárias, elas não são suficientes, a menos que lidem com a discriminação de gênero, preconceitos e iniquidades que permeiam as estruturas organizacionais de governos e organizações, inclusive os sistemas de saúde, e que se modifique a forma de operação destas estruturas (“integração institucional”). A integração de gênero implica também que as questões de gênero devem ser tratadas em cada aspecto do desenvolvimento e programação de políticas, mediante análises sistemáticas de gênero e implementação de ações que tratam do equilíbrio de poder e da distribuição de recursos entre mulheres e homens (integração operacional).³

A integração de gênero na saúde objetiva promover a igualdade entre mulheres e homens ao longo da vida e alcançar a equidade em saúde. A Rede de Conhecimentos sobre Mulheres e Equidade de Gênero, da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS, propõe abordagens concretas sobre a integração de gênero para a saúde em organizações governamentais e não governamentais e descreve os esforços colaborativos para proteger os direitos e a saúde das mulheres.^{4,5} Experiências documentadas incluem muitas iniciativas destinadas a tratar de questões negligenciadas e a melhorar os resultados de saúde para as mulheres. Estas iniciativas variam dos esforços para pressionar para serviços de triagem e tratamento de câncer de mama e cervical em Gana ao desenvolvimento de políticas sobre aborto e violência contra as mulheres na África do Sul. As líderes, incluindo aquelas nos ministérios de saúde, têm uma influência clara na condução destas mudanças. Além disso, também foram realizados esforços para integrar o gênero no currículo de treinamento dos profissionais de saúde.^{6,7}

Para ir além da “manutenção das tendências atuais” e acelerar o ritmo da mudança, alguns países têm tomado medidas deliberadas para integrar a análise de gênero e ações em suas políticas públicas de saúde. Por exemplo, a política pública de saúde da Suécia destaca especificamente seu compromisso com a redução das iniquidades de saúde baseadas no gênero, além da redução das iniquidades por grupo socioeconômico e étnico e de região geográfica.⁸

a A integração do gênero foi assim definida em 1997 pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas: “A integração de uma perspectiva de gênero é o processo de avaliação das implicações para mulheres e homens de quaisquer ações, incluindo legislação, políticas ou programas em todas as áreas e níveis. É uma estratégia para tornar as questões e as experiências de mulheres e homens uma dimensão integral da elaboração, da implementação, do monitoramento e da avaliação de políticas e programas em todas as esferas políticas, econômicas e sociais, para que mulheres e homens possam se beneficiar de forma igual e que a desigualdade não seja perpetuada. O objetivo final é alcançar a igualdade de gênero.”

Construindo a responsabilidade

O foco no governo e no ambiente das políticas demanda melhor conhecimento e rastreamento de mudanças nestas áreas. Um exemplo útil é oferecido pela iniciativa Contagem Regressiva para 2015 que está promovendo o uso de indicadores de políticas de saúde e de sistemas de saúde como complementos críticos para o rastreamento da cobertura das intervenções de melhoria da saúde materna, do recém-nascido e da criança. A iniciativa propõe indicadores selecionados para avaliar políticas específicas em relação a evidências e informações, governo e liderança, qualidade e eficácia dos cuidados, financiamentos dos serviços de saúde e disponibilidade da força de trabalho de saúde. Os dados disponíveis são oferecidos a 68 países prioritários.⁹ Mais trabalhos deste tipo podem ajudar os líderes em saúde e os governos a identificar os passos a serem tomados para remover empecilhos de políticas e de sistemas de saúde ao progresso, bem como desenvolver sistemas de responsabilidade mais eficazes. Por exemplo, a África do Sul não somente exige que todos os óbitos maternos sejam notificados, como também realiza auditorias de óbitos maternos no contexto de um sistema chamado “cada óbito é importante” que também cobre partos de natimortos e óbitos neonatais e infantis.¹⁰

Murthy identificou vários mecanismos através dos quais os governos têm promovido a responsabilidade em saúde, incluindo a saúde das mulheres, para os cidadãos.¹¹ Os observatórios de saúde podem servir a esse propósito, visto que envolvem uma série de atores no rastreamento e na interpretação de dados, com vínculos diretos com a tomada de decisões e com o compartilhamento das melhores práticas. Na América Latina e alhures, vários observatórios de saúde vêm sendo estabelecidos para reunir melhores dados e construir responsabilidades no intuito de reduzir iniquidades em saúde baseadas no gênero. Alguns são dirigidos pela sociedade civil e outros por ministérios de assuntos das mulheres (como no Chile e na Colômbia) ou ministérios de saúde (como na Espanha).¹² Alguns observatórios são dirigidos por um conjunto de ministérios, como é o caso de observatórios de violência baseada no gênero, em vários países.

Serviços de saúde responsivos

Os sistemas de saúde refletem as sociedades que os criam. Para evitar uma situação em que contribuem à perpetuação de iniquidades em saúde, eles devem se tornar capazes de responder às necessidades e expectativas das mulheres na qualidade de consumidoras e provedoras de atenção em saúde.

O que as mulheres precisam

O princípio central da atenção primária em saúde é “as pessoas em primeiro lugar”.² Isto requer atenção nas características específicas de sistemas de saúde essenciais à melhoria dos resultados de saúde e sociais das mulheres.

A primeira série de características trata da resposta dos serviços às necessidades de saúde das mulheres. Embora as mulheres sejam as principais usuárias de cuidados, uma atenção insuficiente está sendo dada às suas necessidades e perspectivas ao longo da vida e às restrições que elas enfrentam para proteção da própria saúde, no acesso ou no máximo aproveitamento dos serviços disponíveis. As questões-chave para as mulheres buscarem atenção em saúde incluem respeito, confiança, privacidade e confidencialidade, valores muitas vezes prejudicados por privilégios existentes, particularmente entre determinados grupos etários e sociais.¹³

Os responsáveis pela atenção em saúde são também responsáveis pela proteção da autonomia da mulher no que diz respeito à sua saúde. Isto significa eliminar preconceitos e discriminações de gênero nos serviços de saúde, bem como assegurar que as mulheres não sejam excluídas dos serviços. Por exemplo, meninas não casadas que buscam cuidados para infecções sexualmente transmissíveis devem receber estes cuidados, porém, são frequentemente barradas enquanto seus pares masculinos podem ter acesso ao tratamento.

A contracepção ou outros serviços não devem ser recusados às mulheres se estas não têm o consen-

mento do parceiro.⁷ Além disso, os provedores de atenção em saúde devem tomar medidas firmes contra as práticas que violam os direitos e prejudicam a saúde de mulheres e meninas, bem como contra a violência do parceiro íntimo, violência sexual, mutilação genital feminina, casamento precoce e outras práticas nocivas.

Em segundo lugar, os sistemas de saúde devem construir condições para tratar de uma série mais ampla de questões de saúde das mulheres, em consonância com a carga de doenças e tendências locais e mecanismos para corrigir a fragmentação dos cuidados dos programas prioritários. A melhoria da saúde das mulheres exige atenção às condições da saúde sexual e reprodutiva que afetam principalmente as mulheres, porém, é importante cuidar de outras condições comuns que permanecem não detectadas e não tratadas em mulheres. Por exemplo, mulheres com síndromes coronárias agudas muitas vezes não são diagnosticadas, em parte porque manifestam sintomas diferentes dos homens; em particular, em muitos contextos, a ameaça crescente de doenças não transmissíveis e problemas de saúde mental em mulheres é negligenciada; a perda da visão causa 32% dos anos de vida perdidos por incapacidade entre as mulheres mais velhas que ainda enfrentam dificuldades na obtenção de cuidados.

Em terceiro lugar, a continuidade dos cuidados é essencial quando se pretende abordar uma série de problemas de saúde interrelacionados, tanto agudos como crônicos, que afetam as mulheres ao longo de sua vida. Um dos fatores de risco evitáveis mais sérios que leva a doenças e ao óbito precoce em mulheres adultas é o uso de tabaco. A prevalência crescente do tabagismo entre as mulheres jovens exige uma ação urgente. A partir da primeira infância e ao longo dos anos pela promoção do envelhecimento ativo e saudável, uma perspectiva de longo prazo e abrangente é necessária quando se investe na saúde das mulheres. Os serviços de saúde sexual e reprodutiva têm estado muitas vezes na vanguarda de tentativas de promoção de cuidados focados nas mulheres, porém, estes serviços tenderam a ser muito restritos e perderam oportunidades de oferecer uma série mais ampla de intervenções ou negligenciaram determinados grupos de mulheres. Por exemplo, os cuidados pré-natais devem ser vistos como um ponto de partida potencial para um pacote maior de serviços de saúde que leva em conta as necessidades gerais das mulheres.¹⁴ As mulheres portadoras do HIV devem ter acesso à própria avaliação e tratamento, e não apenas a intervenções que reduzam o risco de transmissão do vírus para seus bebês.¹⁵ Os serviços de saúde sexual e reprodutiva devem também evitar o foco exclusivo nas mulheres casadas e ignorar as necessidades de adolescentes solteiras e mulheres marginalizadas como as trabalhadoras do sexo.

Dando voz às mulheres

Há expectativas crescentes sobre a participação eficaz das mulheres na elaboração e implementação de serviços de saúde que objetivam ter impacto sobre sua saúde.¹⁶

A demanda de serviços de saúde que atendam as necessidades das mulheres vem de organizações que trabalham com mulheres ou grupo comunitários formados por elas. É importante trabalhar com estas organizações e apoiar a participação comunitária no planejamento da mudança. No Nepal, uma intervenção participativa, baseada na comunidade e envolvendo grupos de mulheres na identificação de problemas de parto para formulação de estratégias para lidar com eles tem se mostrado eficaz na redução de mortalidade materna e neonatal na população rural.¹⁷ A participação comunitária foi bem sucedida na organização de transporte até as unidades de saúde para o parto.¹⁸ Estes processos na atenção em saúde materna podem levar a mudanças de longo alcance. Há evidências da Malásia e do Sri Lanka de que os contatos da comunidade com parteiras capacitadas na qualidade de trabalhadoras da linha de frente podem servir de base para a expansão de um sistema de saúde abrangente nas zonas rurais.¹⁹

É também necessário empoderar as mulheres para que elas possam trabalhar em todos os níveis do sistema de saúde. Conforme observado no Capítulo 1, as mulheres formam a maior parte dos trabalhadores da saúde na maioria dos contextos, mas são muitas vezes excluídas de posições de responsabilidade, refletindo assim desigualdades mais gerais da sociedade.²⁰

É preciso um compromisso genuíno acompanhado de uma ação firme para aumentar a participação das mulheres em todos os níveis de saúde do governo e particularmente nas posições de tomada de deci-

sões.²¹ No mesmo sentido, as questões específicas das mulheres devem ser integradas por meio de medidas como maior reconhecimento de profissões dominadas por mulheres (como enfermagem), normas e códigos de conduta para trabalhadores em saúde, supervisão (com melhoria da qualidade) e programas de treinamento e tutoriais pré-emprego e no emprego. Os trabalhadores são mais propensos a prover serviços focados no cliente e de melhor qualidade onde eles se sentem valorizados, cuidados e respeitados.²² Finalmente, é crucial que sejam tomadas medidas para a prevenção de riscos saúde enfrentados pelas trabalhadoras da saúde, incluindo violência no local de trabalho, bem como para satisfazer suas necessidades de saúde e segurança.

As abordagens para o fortalecimento de recursos humanos para a saúde devem reconhecer o papel fundamental desempenhado pelas mulheres na qualidade de cuidadoras no lar e na comunidade. Estima-se que até 80% de toda a atenção em saúde e 90% dos cuidados de doenças relacionadas ao HIV/AIDS são providos no lar.²³ No contexto da epidemia de HIV/AIDS, se reconhece que em geral as mulheres e meninas são as principais cuidadoras e assumem o maior grau de responsabilidade com o cuidado psicossocial e físico da família e dos membros da comunidade.²⁴ É vital que essas mulheres recebam o reconhecimento que merecem e o apoio de que precisam dos setores formais e profissionais, incluindo treinamento, supervisão, apoio dos sistemas de referência, acesso a medicamentos, equipamentos e conhecimentos especializados.²⁵

Cobertura universal

A chave da reforma na atenção primária é o acesso equitativo à atenção em saúde por meio da provisão de cobertura universal, isto é, acesso à atenção integral em saúde, com proteção social.

Melhorando o acesso

A ampliação dos serviços em busca do acesso universal representa um grande desafio. O progresso é desigual e irregular em relação à maioria das intervenções que poderiam fazer a diferença nos problemas de saúde mais comuns que afetam as mulheres. Alguns serviços, como os cuidados pré-natais, são mais propensos a estarem disponíveis que outros, como os relacionados com saúde mental, violência sexual, triagem e cuidados para o câncer cervical.

Maior progresso está sendo alcançado pelos países que relativamente já estavam em boa posição no começo dos anos 1990, enquanto que os outros em situação menos favorável, particularmente na África subsaariana, foram deixados para trás. Estagnação, retrocessos e progresso lento são encontrados, principalmente, nos países mais pobres (e muitas vezes institucionalmente mais fracos), particularmente aqueles afetados por conflitos ou desastres. Os fatores agravantes específicos aos conflitos e outras formas de instabilidade incluem a interrupção dos serviços de atenção primária e a falta de provedores de atenção em saúde.²⁶

Há, nestes contextos, baixos níveis de cobertura com intervenções básicas, como imunização e atendimento profissional ao parto. Para muitas meninas e mulheres, os serviços simplesmente não existem ou não são alcançáveis. Por exemplo, um grande número de mães das zonas rurais é excluído dos cuidados de urgência no momento do parto simplesmente por falta de acesso aos hospitais onde cuidados obstétricos de emergência podem ser oferecidos. Apenas uma pequena minoria da população tem acesso a um conjunto razoável de serviços, configurando um padrão de privação em massa. Há, no outro extremo, países onde grande parte da população tem acesso a uma gama extensa de serviços e uma minoria é excluída, gerando um padrão de marginalização.²⁷ Existem muitos obstáculos ao acesso e o uso de serviços de saúde é muitas vezes restrito devido à falta de poder de decisão das mulheres ou ao baixo valor atribuído à saúde das mulheres.

A documentação e o mapeamento da exclusão de serviços essenciais pode ser uma ferramenta útil para o planejamento e pode servir de referência para se medir o progresso da cobertura. Em muitos países, especialmente os que estão vivenciando estagnação ou retrocesso, o maior desafio é expandir a rede ser-

viços de saúde e construir condições para oferta das intervenções necessárias. Em outros países, as causas determinantes de padrões de exclusão devem ser enfrentadas.

Proteção social da saúde

Assegurar a cobertura universal não significa apenas aumentar o fornecimento de serviços. Os obstáculos financeiros à sua utilização devem ser eliminados. A cobertura universal tem um significado particular para as mulheres. Elas enfrentam gastos em saúde mais altos que os dos homens porque utilizam mais os serviços de atenção em saúde e são também mais propensas que suas contrapartes masculinas a serem pobres, desempregadas, empregadas em tempo parcial ou a trabalharem no setor informal que não oferece benefícios em saúde. As intervenções para ampliação da cobertura da atenção em saúde devem levar em conta o conteúdo dos pacotes de benefícios, assegurando que estes incluam um conjunto maior de serviços para meninas e mulheres de todas as idades. Alguns países, como a Tailândia, introduziram a cobertura universal com um pacote abrangente de serviços de saúde, incluindo atenção em saúde sexual e reprodutiva.²⁸ Deve-se também lidar com a necessidade de proteção financeira das mulheres contra os gastos da busca de atenção em saúde, eliminando-se taxas de usuário e tornando os esquemas pré-pagos e de partilha mais comuns. Há evidências de que, onde existe cobrança de taxas de usuário para serviços de saúde materna, as residências desembolsam grande parte do custo dos serviços e a despesa de partos complicados muitas vezes é desastrosa para a família. A remoção da taxa de usuário em saúde materna, especialmente para partos, pode estimular a demanda, como foi observado em Gana, onde o governo introduziu uma política de cuidados de parto gratuitos para todas as mulheres. Embora os problemas de financiamento tenham sido um desafio, as evidências indicam um aumento nos partos institucionais.²⁹ As transferências de dinheiro (inclusive transferências condicionadas) para as mulheres também foram consideradas como parte de um pacote maior de serviços voltado para a proteção de residências pobres em relação aos cortes de despesas essenciais de saúde durante períodos de desaceleração econômica.³⁰⁻³²

Política Pública

As políticas e práticas de saúde pública devem levar em conta o contexto social de saúde para mulheres e homens, e devem trabalhar em prol da remoção das desigualdades baseadas no gênero no que se refere ao acesso a serviços de saúde e ao alcance de resultados de saúde positivos. O setor saúde tem um papel importante a desempenhar no sentido de chamar atenção para a forma como as políticas de outros setores podem afetar a saúde das mulheres e de incentivar a colaboração intersetorial para melhorar os resultados positivos e minimizar os efeitos adversos sobre a saúde das mulheres.

Tendo em vista as questões de direitos humanos e compromissos internacionais, uma ação deliberada e firme é necessária para tratar das desigualdades.^a

As mulheres serão capazes de alcançar seu potencial pleno de saúde somente se a política pública for transformada no sentido de empoderá-las. “Saúde em todas as políticas” é a chamada do movimento renovado para a atenção primária em saúde, reconhecendo que a saúde da população pode ser melhorada mediante políticas que são controladas principalmente por outros setores além da saúde.^{33,34}

a Para compromissos internacionais relacionados com os direitos das mulheres, ver o Programa de Ação adotado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 5-13 de setembro de 1994: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>; a Declaração de Pequim e a Plataforma de Ação da Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres, de 15 de setembro de 1995: http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/pdf/BEIJIN_E.PDF; o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais que foi adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 16 de dezembro de 1966 e entrou em vigor em 3 de janeiro de 1976 (<http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/cescr.pdf>); a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, que foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 18 de dezembro de 1979 e entrou em vigor em 3 de setembro de 1981 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>); e a Convenção sobre os Direitos da Criança que foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e entrou em vigor em 2 de setembro de 1990 (<http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>).

A saúde das mulheres em todas as políticas

Um conjunto de políticas públicas que impactam sobre os determinantes da exposição aos riscos, da vulnerabilidade às doenças, do acesso aos cuidados, assim como sobre as consequências dos problemas de saúde das mulheres é discutido na Rede de Conhecimentos sobre Mulheres e Equidade de Gênero da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS. Exemplos que ações de políticas que podem contribuir ao progresso incluem:

- medidas legais e sociais de proteção aos direitos de propriedade das mulheres;^{16,35}
- políticas que apoiam a igualdade de acesso ao emprego formal para as mulheres e a igualdade de gênero no local de trabalho, e que protegem as mulheres contra a perda de promoção, renda ou emprego por causa da gravidez ou do seu papel no cuidado de crianças e membros da família;^a
- ações específicas para incentivar as meninas a se matriculem e a permanecerem na escola, fornecendo merenda escolar, construindo instalações sanitárias separadas, garantindo um ambiente escolar seguro e promovendo o casamento em idade mais avançada;³⁶
- promoção da saúde e outras medidas para aumentar o acesso de todas as adolescentes à educação, incluindo educação sexual abrangente, educação e políticas sobre tabaco e álcool, dieta, atividade física e segurança no trânsito;
- medidas que preveem especificamente oportunidades econômicas para as mulheres, especialmente em países mais vulneráveis aos efeitos da crise econômica global e de alimentos;³⁷
- medidas que aumentam o acesso a água, combustível e tecnologias de economia de tempo;
- estratégias para desconstruir os estereótipos de gênero e mudar normas, práticas e comportamentos discriminatórios;³⁸
- ações para acabar com todas as formas de violência contra as mulheres, inclusive em situações de conflito;³⁹
- construção de ambientes “amigáveis para todas as idades” e ampliação das oportunidades para que as mulheres mais velhas possam contribuir produtivamente à sociedade, e de apoio ao desempenho do seu papel de cuidadora e outros, quando necessário.

Lições podem ser aprendidas a partir de iniciativas nacionais arrojadas que buscaram tratar da desigualdade e exclusão social com vistas à promoção da igualdade de gênero e da saúde das mulheres. Por exemplo, a experiência do Chile com a abordagem multissetorial e integrada à proteção social dirigida aos pobres com um programa universal para o desenvolvimento da criança: “Chile Crece Contigo” (Chile cresce Contigo), que inclui acesso a cuidados da criança, educação e serviços de saúde para ajudar as crianças a alcançarem o desenvolvimento físico, social e emocional pleno, ao mesmo tempo que se fortalece o direito de mães trabalhadoras cuidarem de seus bebês e se estimula o emprego das mulheres.⁴⁰

Benefícios importantes para a saúde das mulheres podem vir de políticas sociais que aparentam neutralidade em relação ao gênero, como investimentos em comunicações, infraestrutura e estradas rurais ou melhoria nas favelas. Lições podem ser aprendidas a partir da persistência de ameaças para a saúde das mulheres até em países de alta renda com fortes programas de saúde pública. Estas ameaças incluem a alta incidência de infecções sexualmente transmissíveis, uso de substâncias e problemas de saúde mental, incluindo o suicídio. O fato é que a análise de gênero é um componente crucial de todas as políticas públicas fundamentais à preservação e à melhoria da saúde das mulheres.

a Para exemplos relevantes das Convenções Internacionais do Trabalho nesta questão, ver: Convenção sobre Discriminação em Emprego e Profissão (1958), Convenção sobre Igualdade de Remuneração (1951), Convenção sobre Trabalhadores com Responsabilidades Familiares (1981) e a Convenção de Proteção à Maternidade (2000). Essas convenções são publicadas pela Organização Internacional do Trabalho e podem ser acessadas no seguinte endereço: <http://www.ilo.org/public/english/gender.htm>.

Oportunidades econômicas para mulheres

A crise financeira e a recessão econômica global agravam os problemas de muitos países que estão se esforçando para alcançar uma cobertura universal de atenção em saúde. Os países com rápida desaceleração do crescimento, especialmente aqueles já sobrecarregados pelos altos níveis de pobreza, encontrarão mais dificuldades na oferta da atenção em saúde para aqueles que precisam. Paradoxalmente, esta situação é uma oportunidade para sublinhar a urgência das questões da saúde das mulheres e para advogar a implementação de medidas sociais e econômicas que protegerão os mais vulneráveis de novos choques econômicos.

A crise já chamou atenção ao empoderamento econômico das mulheres como componente importante de qualquer resposta política. O Banco Mundial propôs que os países industrializados contribuíssem com um percentual de seus pacotes de incentivo econômico para financiar projetos de infraestrutura, programas de segurança social e instituições de microfinanciamento a pequenas empresas.⁴¹ Ele também pediu que estes esforços procurassem alocar dinheiro nas mãos das mulheres de residências pobres em razão dos grandes benefícios dessas medidas para mitigar dificuldades atuais e futuras.

Os programas de microfinanciamento já desempenharam um papel importante na redução da pobreza em alguns países de baixa renda (principalmente no sul da Ásia) onde as mulheres representam 85% dos 93 milhões de clientes mais pobres das instituições de microfinanciamento.³⁷ Tem-se perguntado se o microfinanciamento alcança os mais pobres dos pobres, mas há indícios de que ele está ajudando as mulheres a superar os obstáculos financeiros à atenção em saúde.⁴² E há interesse em continuar explorando seu potencial para reduzir as desigualdades na saúde e proporcionar uma rede de segurança para as mulheres pobres em ambientes onde a cobertura universal ainda não está disponível.

Diferentes abordagens têm sido tentadas. O microcrédito permite que os clientes tomem empréstimos, a juros baixos, que podem ser usados para gerar renda ou pagar serviços. Os serviços de microcrédito para mulheres são cada vez mais relacionados às oportunidades de formação em áreas como desenvolvimento de negócios, alfabetização, saúde e construção de equipamentos comunitários, o que pode levar a uma gama mais ampla de benefícios. Um estudo realizado na África do Sul mostrou, por exemplo, que um programa que aliava o microcrédito à educação em saúde baseada no gênero reduziu pela metade o risco de violência pelo parceiro íntimo entre as mulheres participantes.⁴³ Em Bangladesh, benefícios de saúde e nutrição têm sido observados entre as mulheres que participam do programa de microcrédito do BRAC (Comitê para o Progresso Rural em Bangladesh), bem como entre as crianças.⁴⁴

Esquemas de microseguro e micropoupança são destinados a fornecer algum nível de cobertura de seguro de saúde ou para incentivar as mulheres a pouparem para as necessidades futuras de saúde, ou para pagar os gastos de saúde ao longo do tempo. Um pequeno experimento de financiamento de saúde no estado indiano de Karnataka incluiu a abertura de uma conta poupança para cobrir os custos dos cuidados de saúde ambulatoriais para cada mulher que foi matriculada, além de seguro de assistência hospitalar. Mais de metade das necessidades de saúde das mulheres foram atendidas e o alcance do programa foi estendido às mulheres que não haviam utilizado o sistema formal de saúde.⁴⁵

Dado seu potencial para empoderamento econômico das mulheres, e seu possível incentivo à adoção de comportamentos que favorecem a saúde, são necessários esforços adicionais para melhor documentar e compreender os diferentes mecanismos de financiamento inovadores que operam a nível comunitário. O contexto em que tais regimes florescem, seus possíveis riscos e seu potencial para replicação e sustentabilidade merece mais atenção, assim como as maneiras pelas quais os esquemas afetam a saúde, em particular a saúde das mulheres pobres em períodos de recessão econômica.

Rastreando o progresso

Melhorias no planejamento e na implementação de políticas para a saúde das mulheres e no monitoramento dos resultados dependem de investimentos em sistemas de informação estratégicos para a coleta e a utilização de dados desagregados por sexo e idade, e do rastreamento do progresso realizado na consecução das metas globais e outros indicadores relevantes para a saúde e a sobrevivência das mulheres.

Atualmente, dados confiáveis sobre os aspectos críticos da saúde das mulheres não estão disponíveis por causa da precariedade dos sistemas de registro estatístico e das informações sobre saúde nos países. Por exemplo, a mortalidade materna, um indicador de peso para a saúde das mulheres e da situação dos sistemas de saúde, é medida precariamente na maioria dos lugares de baixa renda. Para resolver esse déficit e gerar dados mais confiáveis e pontuais sobre os padrões de mortalidade entre homens e mulheres, é necessário mais apoio para construir sistemas de registro que identifiquem e consolidem os nascimentos, óbitos e suas causas. Embora não enfocando as necessidades das mulheres em si, isso estabelecerá uma base para o monitoramento mais preciso da saúde das mulheres ao longo da vida.⁴⁶

Mulheres são “mais do que mães”, portanto quem elabora as políticas têm a responsabilidade de lidar com outras questões sérias que afetam a saúde das mulheres.⁴⁷ Um esforço coordenado é necessário para documentar melhor essas questões, muitas das quais ainda são invisíveis ou negligenciadas, como tem sido destacado no presente relatório. São necessários também melhores dados para monitoramento do desempenho do sistema de saúde e ampliação da cobertura das intervenções essenciais, especialmente quando as desigualdades são um problema. Este trabalho é fundamental para identificar como as mulheres e sua saúde estão sendo negligenciadas, quer seja pelo progresso insuficiente na melhoria da saúde, pelo agravamento das desigualdades ou, em algumas condições de saúde e situações, pela emergência de novos ou agravamento de antigos problemas.

Dadas as grandes lacunas em nosso conhecimento, expostas com destaque nos capítulos anteriores, são necessários investimentos substanciais em pesquisa sobre as questões de saúde das mulheres. Maior prioridade deve ser dada à investigação para subsidiar, orientar e monitorar a ação. As mulheres não devem ser apenas objeto de estudo, mas devem estar engajadas na pesquisa como participantes ativas. As mulheres continuam a ser excluídas de muitos estudos observacionais e ensaios clínicos e esta situação deve ser mudada. A participação das mulheres e representantes de organizações de mulheres em todas as etapas do processo de investigação é essencial para a construção de uma agenda de pesquisa mais relevante, trazendo uma nova compreensão para a interpretação dos resultados de pesquisas e facilitando mudanças importantes nas políticas

Referências Bibliográficas

1. *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing 4–15 September 1995*. New York, NY, United Nations, 1995. Paragraph 89 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/official.htm>, accessed 8 April 2009).
2. *The world health report 2008 – primary health care now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. Ravindran TKS, Kelkar-Khambete A. Gender mainstreaming in health: looking back, looking forward. *Global Public Health*, 2008, 3 suppl 1;121–142.doi:10.1080/17441690801900761 PMID:19288347
4. Ravindran TKS, Kelkar-Khambete A. *Women's health policies and programmes and gender mainstreaming in health policies, programmes and within the health sector institutions*. Background paper prepared for the Women and Gender Equity Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/womens_health_policies_wgkn_2007.pdf, accessed 10 April 2009).
5. Murthy RK. *Accountability to citizens on gender and health*. Background paper prepared for the Women and Gender Equity Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/accountability_to_citizens_wgkn_2007.pdf, accessed 10 April 2009).
6. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.
7. Govender V, Penn-Kekana L. *Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions*. Background paper prepared for the Women and Gender Equity Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/gender_biases_and_discrimination_wgkn_2007.pdf, accessed 21 April 2009).
8. Östlin P, Diderichsen F. *Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case study*. Policy Learning Curve Series No 1. Brussels, European Centre for Health Policy, 2001.
9. Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems. Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health. *Lancet*, 2008, 371:1284–1293.doi:10.1016/S0140-6736(08)60563-2 PMID:18406863
10. South Africa Every Death Counts Writing Group. Every death counts: use of mortality audit data for decision making to save the lives of mothers, babies, and children in South Africa. *Lancet*, 2008, 371:1294–1304.doi:10.1016/S0140-6736(08)60564-4 PMID:18406864
11. Murthy RK. Strengthening accountability to citizens on gender and health. *Global Public Health*, 2008, 3 suppl 1;104–120.doi:10.1080/17441690801900852 PMID:19288346
12. Matamala M. *The Observatory on Gender Equity in Health in Chile*. Presentation given at the Council of Women World Leaders, Madrid, 2007 (http://www.realizingrights.org/pdf/MLI_Madrid_Meeting_Report_April_2007.pdf, accessed 20 April 2009).
13. Gijsbers Van Wijk CMT, Van Vliet KP, Kolk AM. Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care. *Social Science & Medicine*, 1996, 43:707–720. doi:10.1016/0277-9536(96)00115-3 PMID:8870135
14. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality- a neglected tragedy: where is the M in MCH? *Lancet*, 1985, 326:83–85.doi:10.1016/S0140-6736(85)90188-6
15. Rosenfield A, Figdor E. Where is the M in MTCT? The broader issues in mother-to-child transmission of HIV. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:703–704.doi:10.2105/AJPH.91.5.703 PMID:11344873
16. Sen G, Östlin P. *Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Final report to the Women and Gender Equity Knowledge Network of the

- WHO Commission on Social Determinants of Health. 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf, accessed 14 April 2009).
17. Manandhar DS et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 2004, 364:970–979. doi:10.1016/S0140-6736(04)17021-9 PMID:15364188
 18. Ahluwalia IB, Schmid T, Kouletio M, Kanenda O. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 2003, 82:231–240. doi:10.1016/S0020-7292(03)00081-X PMID:12873791
 19. Pathmanathan I et al. *Investing in maternal health. Learnings from Malaysia and Sri Lanka*. Washington, DC, The World Bank, 2003.
 20. George A. Nurses, community health workers, and home carers: gendered human resources compensating for skewed health systems Global. *Public Health*, 2008, 3 S1:75–89. PMID:19288344
 21. Brown H, Reichenbach L. *Increasing health systems performance: gender and the global health workforce*. Presentation at the Global Forum for Health Research, Forum 8, Mexico, November 2004.
 22. Govender V, Penn-Kekana L. Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions. *Global Public Health*, 2008, 3 suppl 1:90–103. doi:10.1080/17441690801892208 PMID:19288345
 23. Uys L. Guest editorial. Longer-term aid to combat AIDS. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44:1–2. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02787.x PMID:12956663
 24. Ogden J, Esim S, Grown C. Expanding the care continuum for HIV/Aids: bringing carers into focus. *Health Policy and Planning*, 2006, 21:333–342. doi:10.1093/heapol/czl025 PMID:16940299
 25. Sen G, Iyer A, George A. Systematic hierarchies and systemic failures: gender and health inequities in Koppal District. *Economic and Political Weekly*, 2007, 42:682–690.
 26. *Health action in crises: annual report 2008 – primary health care in crises*. Geneva, World Health Organization, 2009.
 27. *The world health report 2005: make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization, 2005.
 28. Tangcharoensathien V et al. Universal coverage and its impact on reproductive health services in Thailand. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:59–69. doi:10.1016/S0968-8080(02)00087-3 PMID:12557643
 29. Borghi J et al. Mobilising financial resources for maternal health. *Lancet*, 2006, 368:1457–1465. doi:10.1016/S0140-6736(06)69383-5 PMID:17055948
 30. Doetinchem O, Xu K, Carrin G. *Conditional cash transfers: what's in it for health?* Technical Brief for Policy-Makers No 1/2008. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/entity/health_financing/documents/pb_e_08_1-cct.pdf, accessed 16 April 2009).
 31. Brandstetter RH. *Evaluation of OFDA cash for relief intervention in Ethiopia*. Washington, DC, United States Agency for International Development /Office of US Foreign Disaster Assistance, 2004 (http://pdf.dec.org/pdf_docs/Pdacd354.pdf, accessed 16 April 2009).
 32. *Potential applications of conditional cash transfers for prevention of sexually transmitted infections and HIV in sub-Saharan Africa*. Policy research working paper No. 4673. Washington, DC, The World Bank, 2008 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2008/07/22/000158349_20080722084441/Rendered/PDF/WPS4673.pdf, accessed 17 April 2009).
 33. Stahl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Oslo, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
 34. Puska P. Health in all policies. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:328. doi:10.1093/eurpub/ckm048 PMID:17553811

35. *To have and to hold: women's property and inheritance rights in the context of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 2004 (http://www.icrw.org/docs/2004_paper_haveandhold.pdf, accessed 17 April 2009).
36. United Nations Girls' Education Initiative. New York, NY, United Nations Children's Fund (UNICEF) (<http://www.ungei.org/whatisungei/index.html>, accessed 16 April 2009).
37. The global financial crisis; assessing vulnerability for women and children. Policy Brief. Washington, DC, The World Bank, 2009 (<http://www.worldbank.org/html/extdr/financialcrisis/pdf/Women-Children-Vulnerability-March09.pdf>, accessed 30 March 2009).
38. Keleher H, Franklin L. Changing gendered norms about women and girls at the level of household and community: a review of the evidence. *Global Public Health*, 2008, 3 suppl 1;42–57. PMID:19288342
39. *In-depth study on all forms of violence against women. Report of the Secretary-General*. Document submitted to the Sixty-first session of the United Nations General Assembly, July 2006. Document No. A/61/122/Add.1 6. New York, NY, United Nations, 2006 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-sg-study.htm>, accessed 21 April 2009).
40. Frenz P. *Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity. Chilean case study prepared for the CSDH*. Santiago, Ministry of Health, Division of Health and Family Planning, Social Determinants of Health Initiative, 2007.
41. *Zoellick calls for 'Vulnerability Fund' ahead of Davos Forum*. News announcement 30 January 2009. Washington, DC, The World Bank, 2009 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,contentMDK:22049582~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:4607,00.html>, accessed 23 June 2009).
42. Mohindra K, Haddad S, Narayana D. Can microcredit help improve the health of poor women? Some findings from a cross-sectional study in Kerala, India. *International Journal for Equity in Health*, 2002.doi:10.1186/1475-9276-7-2 PMID:18186918
43. Pronyk PM et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet*, 2006, 368:1973–1983. doi:10.1016/S0140-6736(06)69744-4 PMID:17141704
44. Chowdhury AM, Bhuiya A. Do poverty alleviation programmes reduce inequities in health? The Bangladesh experience. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health*. Oxford, Oxford University Press, 2001:312–332.
45. Durairaj V et al. *Shaping national health financing systems: can micro-banking contribute?* Technical Brief for Policy Makers No 2/2009. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_09_2-microbanking/en/index.html, accessed 9 April 2009).
46. AbouZahr C et al. The way forward. "Who counts?" series, No. 4. *Lancet*, 2007, 370:1791–1799. doi:10.1016/S0140-6736(07)61310-5 PMID:18029003
47. Women: more than mothers [Editorial]. *Lancet*, 2007, 370:1283.doi:10.1016/S0140-6736(07)61546-3 PMID:17933626

CONCLUSÕES

Conclusões

Esta visão global mostra que embora a saúde de meninas e mulheres tenha melhorado muito nos últimos 60 anos, os ganhos foram repartidos de forma desigual. Em muitas partes do mundo, desde a infância até a velhice, a vida das mulheres é reduzida por doenças evitáveis e óbitos prematuros. Este ano, mais de quatro milhões de meninas com menos de cinco anos de idade morrerão de doenças que podem, na sua grande maioria, ser prevenidas ou tratadas. Mais de 2,5 milhões de idosas ficarão cegas por razões também evitáveis. Entre esses dois extremos da vida humana, um milhão de mulheres deve morrer com o HIV/AIDS, meio milhão de tuberculose e outro meio milhão de complicações relacionadas com a gravidez e o parto.

Este relatório destaca os aspectos comuns aos desafios de saúde enfrentados pelas mulheres ao redor do mundo, mas também chama a atenção para as diferenças relacionadas aos diversos contextos e circunstâncias em que elas vivem. O relatório afirma que tratar da saúde das mulheres é uma abordagem necessária e eficaz para o fortalecimento global dos sistemas de saúde e uma ação que beneficiará a todos e que a atenção primária em saúde - com seu foco na equidade, solidariedade e justiça social - representa uma oportunidade para fazer a diferença.

Um fato surpreendente que emerge do relatório é a escassez de dados confiáveis. Mesmo a mortalidade materna, uma das ameaças mais chocantes para a saúde das mulheres no mundo em desenvolvimento, continua a ser medida precariamente. Existem lacunas em nossa compreensão de como a maioria das ameaças à saúde afeta as mulheres de forma distinta da que afeta os homens, e dos efeitos diferenciados das intervenções e dos serviços de saúde sobre meninas e mulheres. Não se sabe o suficiente sobre como os sistemas de saúde devem ser estruturados e gerenciados para responder eficazmente às necessidades específicas de meninas e mulheres, especialmente das mais pobres e mais vulneráveis. Assim, este relatório é também um convite à apresentação de dados mais confiáveis, à realização de mais pesquisas, ao monitoramento mais sistemático da saúde feminina no mundo e para enfrentar os obstáculos que meninas e mulheres enfrentam na proteção de sua saúde e no acesso à atenção em saúde e a informações.

Ao analisar as evidências e definir uma agenda para o futuro, o presente relatório aponta um caminho para realização das ações necessárias com vistas à melhoria da saúde de meninas e mulheres. O relatório visa informar o diálogo político e incentivar a ação de países, agências e parceiros de desenvolvimento. Melhorar a saúde da mulher importa às mulheres, suas famílias, às comunidades e às sociedades em geral.

Melhorar a saúde das mulheres - melhorar o mundo.

Índice

Os números de página em *itálico* indicam figuras e tabelas

- Abortos não seguros *xii*, 31, 42–43
- Abuso sexual 23
- Abusos e maus-tratos 23, 55–56
 - consumo de álcool 54
 - mulheres mais velhas 67
- Acesso a serviços de atenção em saúde 77–78
- Acesso universal aos serviços de atenção em saúde 77–78
- Adolescentes 27–35
 - abortos não seguros 43
 - consumo de álcool 32
 - dieta pobre e inatividade física 32–33
 - excesso de peso e obesidade 33
 - gravidez 31
 - infecções sexualmente transmitidas 31–32
 - HIV/AIDS 32
 - puberdade e início da vida sexual 30–32
 - saúde mental 33
 - tabagismo 32
- África
 - condições maternas, períodos antenatais, de parto e pós-parto 42
 - cuidados maternos 42
 - doenças transmissíveis 4
 - mutilação genital feminina (MGF) 23
- África subsaariana
 - cuidados maternos 42
 - prevalência de HIV/AIDS em mulheres e homens por grupo etário, países selecionados 44
- Anos de vida ajustados à incapacidade (DALYs) 3–4
 - por região e causas (2004)
 - 0–10 anos 19
 - 10–19 anos 29
 - 15–44 anos 39
 - 20–59 anos 51
 - 60 anos e acima 61, 65
 - ver também anos de vida perdidos por incapacidade (YLDs)
- Anos de vida perdidos por incapacidade (YLDs) 65–66
 - ver também anos de vida ajustados à incapacidade (DALYs)
- Anemia por deficiência de ferro 42
- Artrite reumatoide 66
- Atividade física 32, 33
 - fator de risco de inatividade 55
- Atividade sexual, puberdade e início da vida sexual 30–31
- Auditoria e responsabilidade 75
- Banco Mundial, microfinanciamento 80
- Câncer cervical 52
 - papilomavírus humano (HPV) 45
 - taxas de incidência (padronizadas por idade e por 100.000
 - mulheres, 2004) 46
 - mulheres mais velhas 64
- Câncer de mama 52
 - Mulheres mais velhas 64
- Cânceres 52
 - fatores de risco 55
 - mulheres mais velhas 62, 64
- Carga de doenças em mulheres
 - cânceres 52
 - doenças cardiovasculares 51–52
 - doenças crônicas
 - fatores de risco 55
 - utilização de serviços de atenção em saúde 56
 - doenças não transmissíveis 2, 51–52, 51
 - doenças tropicais 53
 - fatores de risco para doenças crônicas 54–55
 - infecções sexualmente transmitidas 31–32, 45–46
 - por região, grupo etário e causas gerais (2004) 2, 51
 - problemas de saúde mental 53–54
- Cegueira 65–66
- Chile, abordagem multissetorial e integrada à proteção social 79
- Clamídia 45
- Coleta de água 60–61
- Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS,
 - Rede de Conhecimentos sobre Mulheres e Equidade de Gênero 74, 79
- Comitê para o Progresso Rural em Bangladesh (BRAC), programa de microcrédito 80
- Condições maternas 39–42
 - causa de óbito 39
 - períodos antenatais, parto e pós-parto 42
 - transtornos mentais após o parto 53

- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
(CIPD, 1994) 73, 78
Conflitos, desastres e emergências 11–12, 41
Consumo de álcool
 adolescentes 32
 e abuso 54
Contagem regressiva para a iniciativa 2015, 75
Contracepção 43–44, 75, 76
Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979) 78
Convenção sobre os Direitos da Criança (1990) 78
Convenções Internacionais do Trabalho 79
Cuidados maternos
 África subsaariana 42
 proteção social de saúde 78
Declaração de Pequim e Plataforma de Ação para a Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres (1995) 78 Deficiências nutricionais, gravidez 42
Demência 66
Depressão e suicídio 53–54
Desastres and emergências 11–12, 41
Desnutrição 21–22
 causa principal de óbito (2004) 21
 gravidez 42
Diabetes *Mellitus*, fatores de risco 54–55
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
 exposição ao ar interior 10
 mulheres mais velhas 62, 64
Doenças cardiovasculares 51–52
 fatores de risco 54–55
 mulheres mais velhas 62–63, 64
Doenças crônicas
 fatores de risco 55
 utilização de serviços de atenção em saúde 56
Doenças não transmissíveis 2, 51–52, 51
Doenças tropicais 53, 66
Educação
 alcançando a paridade 11
 e taxas de gravidez 31
Empoderamento das mulheres 77–78, 80
Envelhecimento ver mulheres mais velhas
Excesso de peso e obesidade
 causa de osteoartrite 66
 entre adolescentes 33
 entre crianças 22
 fatores de risco para doenças crônicas 55
Execuções em nome da honra 11
Expectativa de vida ao nascer por grupo de renda de país e região (1950–2005) 6
 aumento na 5
Experiência de financiamento da saúde, Índia, Karnataka 80
Esquistossomíase 53
Fatores de risco, doenças crônicas 55
Fertilidade (número médio de crianças por mulher) por região principal (1970–2005) 6
Filariose linfática 53
Gana, cuidados maternos, proteção social de saúde 78
Gravidez
 adolescentes 31–32
 deficiências nutricionais 42
 e nível educacional, países selecionados (1990–2005) 31
 e violência 42
Grupo de renda de país 2007
HIV/AIDS 43–44, 51, 77
 adolescentes 32
 causas de óbito 39, 51
 prevalência em mulheres de 15 a 49 anos de idade por região (1990–2007) 44
 prevalência em mulheres e homens por grupo etário, países selecionados 44
Implicações das políticas 73–85
 ações que apoiam o progresso 79
 cobertura universal 77–78
 liderança 73–75
 política pública 78–81
 rastreado o progresso 81–82
 serviços de saúde responsivos 75–77
Incapacidades, prevenção e cuidados 65
Índia, experiência de financiamento da saúde 80
Iniquidades de gênero 9–10
 diferenças nos indicadores-chave de saúde da criança,
 países selecionados (2002–2007) 22
 diferenciais em saúde 21–22
 e suicídio 54
 violência contra as mulheres 11
Infecções sexualmente transmitidas 31–32, 45–46
Infertilidade 46–47
Influências socioeconômicas na saúde, mulheres mais velhas 62
Integração de gênero 74–75
 definido 74
Intervenção participativa baseada na comunidade, Malásia, Nepal, Sri Lanka 76
Liderança, e política 73–75

- Malásia, intervenção participativa baseada na comunidade 76
- Meninas (0–9 anos) 18–25
- Microfinanciamento 80
- Mortalidade em mulheres
- anos
- causas principais de óbito 27
 - fatores de risco principais (2004) 27
- 0–9 anos
- as 10 causas principais por grupo de renda de país (2004) 20
 - por região e causas gerais (2004) 19
- 10–19 anos
- as 10 causas principais por grupo de renda de país (2004) 30
 - por região e causas gerais (2004) (2004) 29
- 15–44 anos
- as 10 causas principais por grupo de renda de país (2004) 40
 - por região e causas gerais (2004) 39
 - fatores de risco principais (2004) 41
- 20–59 anos
- as 10 causas principais por grupo de renda de país (2004) 52
 - por região e causas gerais (2004) 51
- 60 anos e acima
- as 10 causas principais por grupo de renda de país (2004) 63
- por região e causas gerais (2004) 61
- aborto não seguro (por 100.000 nascidos vivos) 43
 - as dez causas principais por grupo de renda de país (2004) 9, 20, 30, 40, 52, 63
 - bebês e crianças 19–20
 - doenças não transmissíveis 51–52
 - iniquidade de gênero 9–10
 - por causas e grupo de renda de país (2004) 9
- por grupo etário
- e grupo de renda de país (2007) 8
 - região e causas gerais (2004) 2
 - doenças cardiovasculares, 30 anos e acima, países selecionados (1950–2006) 64
- por condições transmissíveis maternas, perinatais e nutricionais (como % de todos os óbitos de mulheres (2004) 7
- razões de mortalidade materna (2005) 41
 - status* socioeconômico 8–9
 - taxas de tabagismo 55
- traumatismos 52–53
- Mulheres e meninas
- adolescentes 27–35
 - adultas 49–58
 - meninas (0–9 y) 18–25
 - expectativa de vida 5
 - número e distribuição por grupo etário grupo de renda de país (2007) 4, 5
 - saúde reprodutiva 39–48
- Mulheres mais velhas 61–70
- como % da população total por sexo e grupo de renda de país
 - (1950–2050) 62
 - cânceres 62
 - cuidados institucionais 67
 - doenças cardiovasculares 62–63
 - influências socioeconômicas na saúde 62
 - recursos para a sociedade 61
 - serviços de atenção em saúde 66–67
- Mulheres mexicanas, taxas de óbito por causas gerais (1955–2005) 7
- Mutilação genital feminina (MGF) 23
- Nematoides intestinais 53
- Nepal, intervenção participativa baseada na comunidade 76
- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) *xvii*, 73
- Objetivos da saúde, e liderança 73–75
- Oportunidades econômicas para as mulheres 80
- Osteoartrite 66
- Osteoporose 66
- Papilomavírus humano (HPV), câncer cervical 45
- Perda da visão 65–66
- Pesquisas sobre as questões de saúde das mulheres 81
- Planejamento familiar 43
- Política pública 78–81
- proteção social de saúde 78
- Poluição, exposição à fumaça interior causando DPOC 10, 64
- Problemas de saúde mental 53–54
- adolescentes 33
 - adultos 53–54
 - transtornos após o parto 53
- Programa de microcrédito, Comitê para o Progresso Rural em Bangladesh (BRAC) 80
- Proteção social de saúde 78
- Puberdade e início da vida sexual 30–32
- Razões de sexo
- ao nascer 5

- razão sexual enviesada 5
- Rede de Conhecimentos sobre Mulheres e Equidade de Gênero, Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS 79
- Responsabilidade, construindo a 75
- Resumo executivo *xi–xviii*
 - conclusões 87
- Saúde reprodutiva 39–48
 - transtornos mentais após o parto 53
 - serviços responsivos 75–76
 - ver também condições maternas
- Serviços de atenção em saúde 11–12, 56, 75–77
 - cobertura universal 77–78
 - mulheres mais velhas 66–67
 - partos (assistidos por pessoal capacitado) 11
 - responsivas, implicações de políticas 75–77
 - utilização por sexo e grupo de renda de país, 59 countries (2002–2004) 56
- Serviços de atenção em saúde responsivos 75–77
- Sífilis 45
- Sistemas de registro 81
- Sri Lanka, intervenção participativa baseada na comunidade 76
- Status* socioeconômico
 - e mortalidade em mulheres 8–9
 - iniquidades 12
- Suicídio 53–54
- Taxas de mortalidade materna, regiões mundiais (2005) 41
- Taxas de tabagismo 8
 - adolescentes 32
 - mortalidade 55
 - mulheres e meninas 8
- Trabalhadores em saúde, % de mulheres 12
- países selecionados (1989–1997) 12
- problemas de saúde relacionados com o trabalho 13
- Tracoma 53, 66
- Transição da saúde 6–7, 7
- Taxas de óbito de mulheres mexicanas por causas gerais (1955–2005) 7
- Transição de risco 6
- Transição epidemiológica da saúde 6
- Traumatismos 53
- Traumatismos decorrentes de acidentes de trânsito *xiv*, 53
- Traumatismos decorrentes de incêndios 53
- Tricomoníase 45
- Tuberculose, causa de óbito 39, 51
- Violência contra as mulheres 55–56
 - abuso e maus-tratos 23, 55–56
 - durante a gravidez 42
- mutilação genital feminina (MGF) 23
 - iniquidades de gênero 11
 - prevalência, por parceiro íntimo, países selecionados 56
 - práticas tradicionais 56

O presente relatório “Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã” utiliza dados atualmente disponíveis para fazer um balanço da saúde de meninas e mulheres no mundo e chamar a atenção sobre as consequências e o preço decorrente da falta de tratar assuntos de saúde em momentos pontuais de suas vidas. Mostra que, embora a saúde de meninas e mulheres tenha melhorado nos últimos 60 anos, os ganhos foram repartidos de forma desigual. Em muitas partes do mundo, as vidas de mulheres – da infância até a velhice – são reduzidas por doenças evitáveis e morte prematura. O relatório destaca os pontos comuns dos desafios de saúde enfrentados pelas mulheres no mundo, mas chama também a atenção sobre as diferenças que emergem das várias circunstâncias em que elas vivem.

O relatório aponta para o caminho das ações necessárias para melhorar a saúde de meninas e mulheres e visa informar o diálogo de política e incentivar as ações dos países, agências e parceiros de desenvolvimento. Enfatiza particularmente a necessidade urgente de uma liderança política e institucional mais coerente, de visibilidade e recursos para a saúde das mulheres no intuito de permitir a realização de progresso em salvar vidas e melhorar a saúde de meninas e mulheres. Como mencionado no relatório, tratar da saúde das mulheres é uma abordagem necessária e eficaz para o fortalecimento dos sistemas de saúde como um todo – uma ação que beneficiará a todos.