

Documento de Reflexão sobre Equidade para a Iniciativa PGI



Karen Hardee
Ian Askew
Rodolpho Gomez Ponce de Leon
Erika Houghtaling
Baker Maggwa
Shawn Malarcher
Sara Stratton
Chandra-Mouli Venkatraman

Sumário

| | |
|---|----|
| Introdução | 3 |
| Métodos | 4 |
| Como a Equidade é Definida para Planejamento Familiar e de Saúde | 4 |
| <i>Definição de Equidade para Saúde</i> | 4 |
| <i>Definição de Equidade para Planejamento Familiar</i> | 5 |
| Modelos para Conceitualização de Equidade | 6 |
| <i>Modelo para Definição de Equidade</i> | 6 |
| <i>Modelos para Identificação das Dimensões de Equidade</i> | 7 |
| <i>Modelos para se Operacionalizar Equidade em Programas</i> | 7 |
| Modelo Analítico das Condições de Saúde Pública Prioritárias da OMS | 8 |
| Modelo de EQUIDADE..... | 9 |
| Medidas de Equidade Relevantes para Programas de Planejamento Familiar | 10 |
| <i>Análises e Métodos Usados para Medir Mudanças nas Dimensões de Equidade – Econômicas, Sociais e Ambientais</i> | 10 |
| Econômicas | 10 |
| Social | 12 |
| Ambiental | 12 |
| Multidimensional | 13 |
| <i>Revisão de Literatura sobre Intervenções para Melhorar Equidade em Planejamento Familiar</i> | 14 |
| <i>Revisão de Equidade em Resumos PGI Existentes</i> | 20 |
| Recomendações sobre Como a Equidade Deve ser Definida para Parceria PGI e Medidas Adequadas para o Exame de Questões de Equidade | 20 |
| <i>Medidas de Equidade Relevantes para Planejamento Familiar</i> | 20 |
| <i>Definição e medição de iniquidade:</i> | 22 |
| Recursos em Criação e Mensuração de Programas | 24 |
| Referências | 25 |
| Anexo 1 - Menções à Equidade nos Resumos PGI | 31 |

Introdução

A equidade, um dos oito princípios orientadores da Iniciativa Práticas de Grande Impacto no Planejamento Familiar (PGIs) (veja Quadro 1), é um aspecto importante da programação de planejamento familiar (UNFPA, 2017; IPPF, 2017). Há mais de 50 anos, os programas vêm buscando ampliar a equidade em relação ao acesso a contraceptivos e serviços de planejamento familiar, oferecendo serviços gratuitos ou subsidiados e através de programas inovadores para alcançar grupos desfavorecidos (Shah and Chandra-Mouli (2007).

Nos últimos 20 anos, eliminar a iniquidade tem sido o foco dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e da Cobertura Universal de Saúde (CUS) ao assegurar que a equidade seja um elemento constituinte. Para o planejamento familiar, alcançar a CUS “implica tornar os serviços (...) disponíveis a pessoas que têm sido excluídas devido ao custo, gênero ou geografia”. (UNFPA, 2017: 79). A fim de se obter cobertura universal de saúde, a Comissão Guttmacher-*Lancet* observou que “equidade no acesso significa que todos devem ter acesso e receber cobertura, não apenas aqueles que podem pagar por ela... [com] prioridade para reformas que tratem iniquidades desde a origem, beneficiando as pessoas menos favorecidas em um grau igual ou maior do que recebem aqueles que são mais favorecidos” (Starrs et al. 2018: 2651).

Quadro 1. Equidade na Iniciativa PGI

“Empenhar-se em identificar e entender as barreiras sociais, étnicas, financeiras, geográficas, linguísticas, etárias e outras que possam dificultar o uso de cuidados de saúde e o uso voluntário de contraceptivos, além de ajustar programas para corrigir estas disparidades”

Enquanto muitos artigos de pesquisa fazem reivindicações para que se torne efetiva a equidade no planejamento familiar, atingindo grupos desfavorecidos, nos encontros passados do Grupo de Aconselhamento Técnico (GAT) foram realizados questionamentos relacionados ao uso de métodos inapropriados para se fazer tais reivindicações e sobre como é definida a equidade em planejamento familiar. Dado que a equidade deve ser um foco cada vez mais importante de los programas de planejamento familiar, a iniciativa PGI deve considerar como comunicar a base de evidências sobre o que funciona na abordagem da equidade. Para fazer isto, devemos primeiramente examinar como é definida a equidade, incluindo-se nisso a comunidade desse planejamento familiar, e que evidências existem de sua bem-sucedida incorporação aos programas. Este trabalho objetiva ajudar o GAT a pensar sobre a questão da equidade na revisão e sumarização de evidências.

Este documento de reflexão, baseado em trabalhos anteriores apresentados ao GAT das PGI,¹ está centrado em torno de quatro questões: 1) Como a equidade é definida para o planejamento familiar e de saúde, 2) como se enquadra a conceitualização de equidade, 3) quais são as medidas relevantes para a conceitualização de equidade, 4) que evidência é necessária para se avaliar o impacto das PGIs sobre a

¹Stratton, Askew e Eber. 2015, “Inclusão de Subatendidos: Orientação para Avaliação de Evidência a ser Incluída em Sumários PGI”. Observação conceitual inédita,

equidade? O documento também destaca recursos úteis para a programação e medição de equidade e referências bibliográficas.

Métodos

Revisamos extensivamente a literatura sobre equidade em planejamento familiar e de saúde, assim como documentos de políticas e análises secundárias de longo prazo. Adicionalmente, conduzimos uma revisão de literatura para determinar como a equidade tem sido abordada em estudos sobre planejamento familiar e outras áreas de saúde. Bases de dados bibliográficas (PubMed, POPLINE, Scopus, Google Scholar, Cochrane Database of Systematic Reviews, Africa Journal Online, USAID DEC e Lilacs, entre outras) foram consultadas, usando-se os seguintes termos e seus derivativos: equidade, iniquidade, populações marginalizadas, adolescentes, juventude, jovens e minorias. Focamos em pesquisas sobre análise e intervenção, onde os resultados estavam relacionados a resultados de saúde e equidade. Resultados de equidade concentraram-se somente em comportamentos e impactos de comportamentos. Os resultados não incluíram convicções ou atitudes equitativas. Na literatura sobre intervenções foram excluídos os estudos que não incluíam a metodologia usada para medir equidade.

Esta revisão de literatura teve algumas limitações. Os termos de busca podem não ter recuperado estudos onde a equidade era um resultado secundário ou onde outros termos foram usados na discussão sobre a população estudada, tal como desassistida. A pesquisa também foi limitada a trabalhos escritos em inglês sobre intervenções em países de renda baixa ou média publicados entre 2000 e 2018.

Como a Equidade é Definida para Planejamento Familiar e de Saúde

Definição de Equidade para Saúde

Definições de equidade emanaram do direito à saúde, expresso pela primeira vez na Constituição da Organização Mundial de Saúde de 1946, que enfatiza a equidade ao observar que “o gozo do mais alto padrão de saúde possível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política ou condição econômica ou social” (OCHCR, 2008: 1). A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 reiteraram o direito à saúde e incluíram atenção à equidade. Como extensão do direito à saúde, a USAID (ND) registra que “equidade na saúde é a noção de que todos devem ter uma oportunidade justa de alcançar seu completo potencial de saúde”.

Contudo, há algum questionamento sobre a diferença, se existe, entre desigualdade e iniquidade (OMS, 2015). Se pode haver diferenças em saúde entre diferentes grupos de pessoas (p. ex., pessoas jovens tendem a ter melhor saúde que pessoas mais velhas devido ao processo de envelhecimento), Whitehead (1992) explicou que iniquidades em saúde são aquelas que são evitáveis, desnecessárias e injustas.

Iniquidades em saúde são aquelas que são evitáveis, desnecessárias e injustas (Whitehead, 1992)

Whitehead e Dahlgren (2006) observam que o termo desigualdade é usado particularmente na Europa para conotar também diferenças de saúde que são desleais e injustas. Eles escrevem que “três características distintas, quando combinadas, transformam meras variações ou diferenças em saúde em iniquidade social em saúde. Elas são *sistemáticas* e *produzidas socialmente* e por isso são modificáveis e *injustas*” (Whitehead e Dahlgren, 2006: 2). A definição de equidade da OMS reflete estas três dimensões.

“Equidade é a ausência de diferenças evitáveis, injustas ou remediáveis entre grupos de pessoas, sejam estes grupos definidos socialmente, economicamente, demograficamente geograficamente ou por outro meio de estratificação. ‘Equidade de saúde’ ou ‘equidade na saúde’ implica que idealmente todos deveriam ter oportunidade justa de alcançar seus totais potenciais de saúde e que ninguém deve ser desfavorecido no atingimento deste potencial” (OMS, ND).

Uma publicação da OMS, intitulada *State of Inequality Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health*, observa que “no geral, as iniquidades aconteceram em detrimento de mulheres, jovens e crianças em subgrupos de populações desfavorecidas; ou seja, os mais pobres, os menos educados e aqueles que residem em áreas rurais tiveram mais baixa cobertura em intervenções de saúde e piores resultados de saúde que os mais favorecidos” (WHO, 2015: xii). Em seu relatório de 2017, *Worlds Apart Reproductive Health and Rights in an Age of Inequality*, o UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas) também usou o termo iniquidade para representar diferenças que são injustas. O UNFPA (2017:19-20) vincula a desigualdade no planejamento familiar a outras mais amplas desigualdades para mulheres, registrando que “a gravidez não desejada restringe oportunidades que as mulheres de outro modo teriam em educação, participação na sociedade civil e em progresso econômico”. Nos Estados Unidos, o termo “disparidade” é usado para conotar o mesmo significado de iniquidade. Outros termos que têm sido usados em relação à equidade e ao planejamento familiar incluem desassistidas/os e “vulneráveis” (IPPF, 2017). Marmot (2006) descreve um gradiente social em um conjunto de resultados de saúde tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento que favorecem a riqueza e aqueles em posições sociais mais favorecidas (i.e., educados em nível mais alto). Este gradiente social frequentemente aparece em análises de uso de contraceptivos (Malarcher et al., 2010; WHO, 2015).

Quadro 2. Equidade e Não Discriminação em Planejamento Familiar

“Indivíduos têm a capacidade para acessar informação e serviços contraceptivos de qualidade e abrangentes, livres de discriminação, coerção e violência. Informação e serviços contraceptivos de qualidade, acessibilidade e disponibilidade não devem variar segundo características não indicadas por médicos, como idade, localização geográfica, idioma, etnia, incapacidades, status de HIV, orientação sexual, riqueza, estado civil e outros.” FP2020, Rights and Empowerment Working Group, 2014: 3.

Definição de Equidade para Planejamento Familiar

Com relação ao direito ao mais alto padrão de saúde alcançável, a OMS (2014) e o FP2020 (2014) expressaram o que equidade significa quando se relaciona ao planejamento familiar e a serviços contraceptivos. O Quadro 2 mostra a definição de equidade oferecida pelo Rights and Empowerment Working Group (Grupo de Trabalho de Direitos e Empoderamento) do FP2020.

Equidade em planejamento familiar não significa que todos os grupos utilizam contracepção – ou certos métodos de contracepção – em taxas necessariamente iguais. Equidade em planejamento familiar implica

que todos os grupos tenham o mesmo acesso à informação e aos serviços e a todos os métodos de contracepção disponíveis e que eles sejam capazes de tomar decisões sobre sua fertilidade e seu uso de contracepção e ajam de acordo a essas decisões. Equidade implica que todos os grupos tenham o mesmo acesso a serviços de qualidade, incluindo remoção de contraceptivos e que não haja diferenças em como eles são tratados pelos prestadores.

A este respeito, o planejamento familiar difere de outros aspectos de saúde. Por exemplo, um uso amplo e uniforme de mosquiteiros para prevenção de malária ou o acesso a cuidados especializados no parto para melhores resultados de saúde materna são ambos resultados equitativos. O uso amplo e uniforme de contracepção é equitativo apenas se aderir às escolhas de indivíduos nos grupos cobertos por serviços de planejamento familiar.

Gillespie et al. (2007) usaram dados de Demographic and Health Surveys (Pesquisas Demográficas e de Saúde, DHS) para examinar se alta fertilidade e baixo uso de contraceptivos entre segmentos de sociedade mais pobres em 41 países configuram desigualdade (com base em diferentes desejos de fertilidade) ou iniquidade (com base no impedimento para a realização de desejos de fertilidade no mesmo grau entre grupos). Os autores analisaram a fertilidade desejada (fertilidade real maior à fertilidade desejada) e disponibilidade de serviços de planejamento familiar (exposição a mensagens de planejamento familiar via rádio; conhecimento de uma fonte de planejamento familiar, contato com um trabalhador de campo de planejamento familiar) para segmentos mais pobres e mais ricos. Eles observaram quatro características que devem estar presentes para que uma condição seja de iniquidade:

1. Ela deve estar desproporcionalmente presente em uma população desfavorecida em relação a segmentos populacionais mais bem situados;
2. Ela deve ser suscetível a intervenções efetivas.
3. Ela deve ser indesejada; e
4. As intervenções para atenuar ou diminuir esta condição estão menos disponíveis para os desfavorecidos do que para populações mais ricas.

Modelos para Conceitualização de Equidade

Há três tipos de modelos que são úteis para a conceitualização de equidade, incluindo aqueles que definem equidade, aqueles que identificam as dimensões da equidade e aqueles que auxiliam na operacionalização em programas, junto com pesquisa e análise. O contexto e propósito ajudarão a determinar qual modelo é mais apropriado para se usar em uma dada situação.

Modelo para Definição de Equidade

O modelo para se definir equidade é a configuração de direitos humanos e um prisma de justiça, conforme observado na seção anterior deste documento. “Desde uma perspectiva de ética e direitos humanos, é imperativo diminuir as disparidades evitáveis em saúde” (Wirth et al., 2006: 519). Os modelos para a abordagem da equidade precisam levar em consideração suas múltiplas dimensões.

Modelos para Identificação das Dimensões de Equidade

Enquanto a pobreza vem à mente mais frequentemente quando se pensa sobre iniquidade, de fato há muitas dimensões nas disparidades que podem levar a iniquidades. Muitos autores observam a necessidade de se abordar estas múltiplas dimensões como disparidades geralmente intercombinadas na vida das pessoas (Braveman and Gruskin, 2003; Ahmed et al., 2009; MCHIP, 2011).

Evans e Brown cunharam o acrônimo PROGRESS em referência às dimensões da iniquidade de riqueza, compostas por **P**onto de residência, **R**aça, **O**cupação, **G**ênero, **R**eligião, **E**ducação, **S**tatus socioeconômico e **C**apital **S**ocial. Gwatkin (2007: 348) observa que esta lista é “um importante lembrete de que equidade em saúde tem muitas dimensões significativas além de gênero e outras de economia que vieram a dominar a literatura” (Gwatkin, 2007: 348).

Um modelo eficaz que categorize as várias dimensões da iniquidade vem da Healthy People 2020, nos Estados Unidos, que definiu a disparidade em saúde como: “Um tipo particular de diferença de saúde que está intimamente ligada a desvantagens econômicas, sociais ou ambientais” (Braveman, 2014: 2). Este modelo é muito útil para categorizar dimensões de iniquidade observadas em relação ao direito ao mais alto padrão de saúde alcançável (Tabela 1) e para ajudar a identificar métodos relevantes a fim de medir resultados de intervenções para se reduzir iniquidades:

| Tabela 1. Tipos de Iniquidade/Desfavorecimento | | |
|---|--------------------------------|--|
| Econômico | Social | Ambiental |
| Riqueza/ pobreza/ status socioeconômico | Sexo | Localização geográfica (i.e., rural, remota, favela) |
| | Idade | Área ambientalmente degradada |
| | Educação | Cenário de crise humanitária |
| | Estado civil | |
| | Raça/etnia | |
| | Idioma | |
| | Orientação sexual | |
| | Incapacidade | |
| | Outras marginalizações sociais | |

Modelos para se Operacionalizar Equidade em Programas

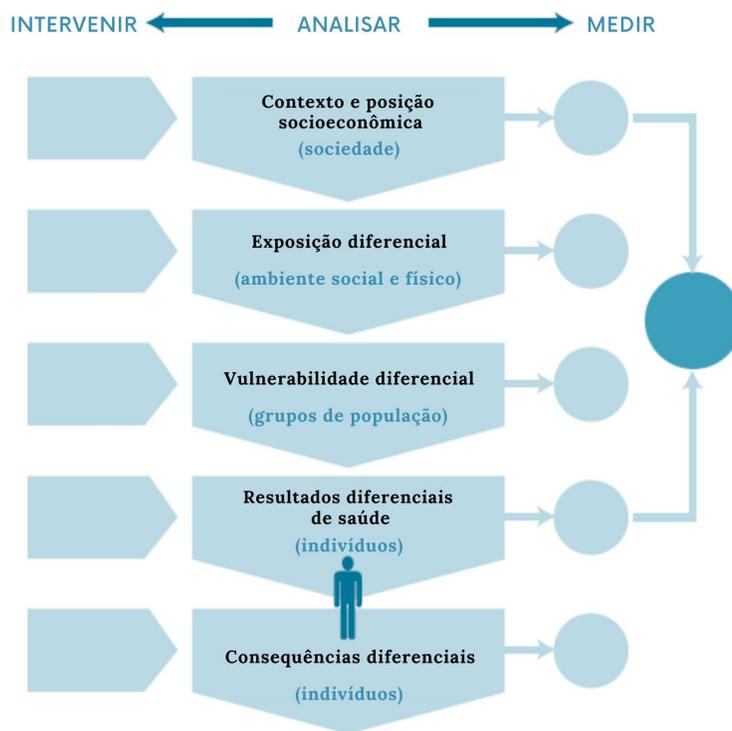
Existem diversos modelos para se operacionalizar equidade em programas. Estes modelos, em geral, pedem a identificação de grupos que enfrentam disparidades e a análise das disparidades, projetando programas para abordá-las e avaliar os resultados. Ao se analisar comparativamente as disparidades cotejadas com os grupos mais bem situados, pode-se avaliar melhorias na equidade.

Modelo Analítico das Condições de Saúde Pública Prioritárias da OMS

O Modelo Analítico das Condições de Saúde Pública Prioritárias da OMS foi desenvolvido por seu trabalho junto aos determinantes sociais de saúde (Blas e Kurup, 2010). O modelo mostrado na Figura 1, opera em cinco níveis que requerem análise e (potencialmente) intervenções. Estes incluem:

- Contexto e posição socioeconômica, aborda o poder, as leis e políticas, além da posição social de saúde na sociedade e o status de saúde diferenciais entre grupos dentro da sociedade.
- Exposição diferencial, implica que grupos enfrentam exposições variáveis a risco (material, psicossocial e comportamental) dependendo de suas posições sociais.
- Vulnerabilidade diferencial, significa que o mesmo nível de exposição pode ter diferentes efeitos em grupos de pessoas, dependendo de suas circunstâncias, incluindo seus fatores social, cultural e econômico, e as circunstâncias e experiências de vida individuais. A dinâmica de gênero tem um papel crucial em questões relacionadas à vulnerabilidade e exposição e vulnerabilidade.
- Resultados diferenciais de saúde. “Equidade em cuidados de saúde idealmente implica que todos que precisam de cuidados de saúde os recebam de uma forma que lhes seja benéfica, independentemente de suas posições sociais ou outras circunstâncias socialmente determinadas. O resultado deve ser a redução de todas as diferenças sistemáticas em resultados de saúde entre os diferentes grupos socioeconômicos que nivele todos para cima com a saúde dos mais favorecidos” (Blas e Kurup, 2010: 7).
- Consequências diferenciais, implica que grupos diferentes, dependendo de suas circunstâncias, vão enfrentar consequências diferentes de resultados de saúde ruins.

Figura 1. Modelo Analítico das Condições de Saúde Pública Prioritárias da OMS



Fonte: Blas e Kurup, 2010.

Por suas análises sobre os determinantes sociais de saúde para diferentes áreas de saúde, o modelo demanda análise para estabelecer e documentar:

- Determinantes sociais em jogo e suas contribuições para a iniquidade, como, por exemplo, caminhos, magnitude e gradientes sociais;
- Pontos de entrada para intervenção promissores;

- Potenciais efeitos-colaterais adversos de uma eventual mudança;
- Possíveis fontes de resistência à mudança; e
- O que tem sido experimentado e quais foram as lições aprendidas.

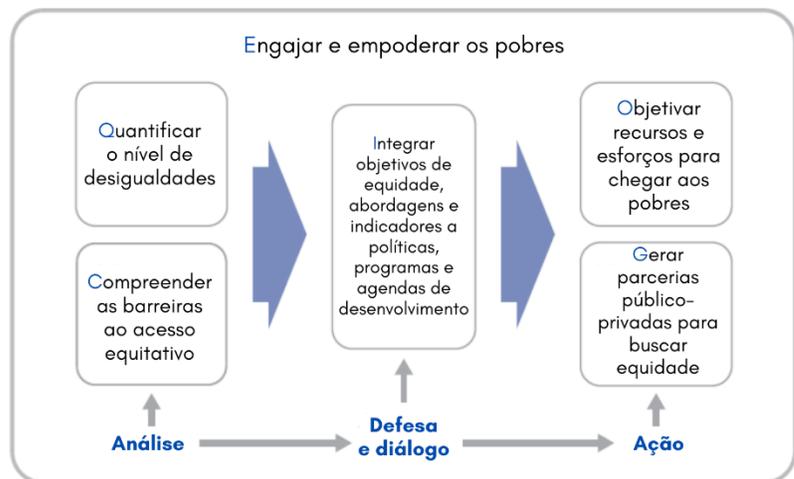
Malarcher et al. (2010) usou este modelo para analisar equidade e determinantes sociais associados à gravidez não desejada e aos resultados de gravidez. Eles identificaram que os pobres são desproporcionalmente afetados pelas consequências da gravidez e procriação não desejadas e que a vulnerabilidade à gravidez não desejada está intimamente ligada ao acesso à informação e a serviços contraceptivos, adicionalmente à experiência de sexo não desejado. Eles observam que abordar a gravidez indesejada e melhorar resultados exigirão intervenções intencionais projetadas para alcançar equidade, “especialmente focalizando os pobres e desfavorecidos para que acessem serviços contraceptivos e de parto qualificados” (Malarcher et al., 2010:” 178).

Modelo de EQUIDADE

O modelo de EQUIDADE foi desenvolvido pela Health Policy Initiative (iniciativa de política de saúde, HPI), financiada pela USAID, para promover um foco pró-pobres em saúde reprodutiva e políticas e programas de planejamento familiar. O modelo mostrado na Figura 2 tem seis elementos: Engajamento e empoderamento dos pobres na abordagem de disparidade; Quantificação dos níveis de iniquidade enfrentados pelos pobres; Entendimento das barreiras que eles enfrentam ao acessar serviços equitativamente; Integração da equidade nas agendas políticas, de programas e desenvolvimento; Priorização de recursos para estratégias pró-pobres; e Desenvolvimento de parcerias público-privadas para assegurar a atenção à totalidade do mercado. Apesar de este modelo ter sido desenvolvido como uma estratégia pró-pobre, o modelo é adaptável para abordar disparidades adicionais à pobreza (p. ex. moradia, idade, etnia etc.).

O modelo de EQUIDADE foi utilizado no Quênia para ajudar a orientar a criação de programas com início no final dos anos 1990. Usando aquele modelo, entre outras fontes, o governo do Quênia e parceiros de desenvolvimento implementaram uma estratégia para alcançar os pobres urbanos; em contraste com o período 1993-1998, entre 2003-2008/09 houve uma significativa mudança no uso de contraceptivos, que resultou em “virtual eliminação da diferença entre pobres e ricos em 2008/09” (Fotso et al., 2013: 1). Eles concluíram que essa diminuição da

Figura 2. Modelo de EQUIDADE



Fonte: Health Policy Initiative.
http://www.healthpolicyplus.com/archive/ns/pubs/hpi/1271_1_EQUITY_Overview_Poster_FINAL_Sept_2010_acc.pdf

diferença entre pobres e ricos no Quênia também tinha sido notada em outros resultados de saúde.

Outros recursos úteis para criação de programas e monitoramentos e avaliações para abordar o tema da equidade encontram-se na seção de recursos.

Medidas de Equidade Relevantes para Programas de Planejamento Familiar

Esta seção discute análises para definir as três dimensões de iniquidades e medidas de equidade relevantes para o planejamento familiar. A seção começa com uma discussão de estudos da literatura que medem iniquidades no planejamento familiar, mas não têm foco em intervenções. Os métodos usados para medir mudanças nas três dimensões da equidade também são descritos. A seção apresenta achados de oito estudos que incluíram planejamento familiar na pesquisa bibliográfica sobre intervenções para melhoria da equidade. A seção é concluída com uma análise de equidade em resumos de PGI existentes.

Análises e Métodos Usados para Medir Mudanças nas Dimensões de Equidade – Econômicas, Sociais e Ambientais

Econômicas

Apesar de os resumos PGI sugerirem que a criação de programas em planejamento familiar aborda as várias dimensões da equidade, a maioria dos estudos estava focada em iniquidade econômica. Medições de quintis de riqueza nas DHS tornaram a equidade econômica mais simples de se medir (Rutstein and Saveteig, 2014); seu uso está disseminado em estudos de planejamento familiar.

Diversos estudos utilizam quintis de riqueza para avaliar diferenças de equidade. Ross (2015) analisou mudanças na diferença de uso contraceptivo, fertilidade total e desejada e número ideal de crianças entre os ricos e pobres ao longo de um período de quase 14 anos em 46 países, analisando os achados em relação a escores do esforço de planejamento familiar. Ross conclui que “é animador que a ‘diferença de equidade’ em uso contraceptivo está diminuindo na maioria dos países e diminuindo mais onde esforços de programas, especificamente para acesso a métodos, são mais fortes” (Ross, 2015: 434). Ross postula que programas “mais fortes” são majoritariamente aqueles que têm estado em voga mais longamente e, assim, agora estão alcançando os pobres mais efetivamente, ao passo que programas nacionais em estágios iniciais frequentemente atingem primeiramente clientes urbanos e mais ricos. De fato, Ross descobriu que a iniquidade aumentou em alguns países africanos com programas que estão em estágios mais iniciais.

A avaliação de mudanças em demanda satisfeita por contracepção moderna entre grupos (p. ex. os quintis mais baixos e mais altos de riqueza) ao longo do tempo é um indicador de progresso na redução de iniquidade. Em análise semelhante de cerca de 155 países em desenvolvimento em um período pouco maior que 10 anos para cada país, a UNFPA (2017) mostrou que, na maioria dos países, estão sendo feitos progressos tanto na demanda crescentemente satisfeita quanto na redução da diferença em demanda satisfeita entre os quintis de riqueza mais altos e mais baixos. Eles mostram, utilizando equiplots, mudanças nas diferenças entre quintis de riqueza em demanda satisfeita.

Alkenbrack et al. (2015), em uma análise de equidade em cobertura de serviço de saúde materna e reprodutiva (incluindo mCPR e demanda atendida de métodos contraceptivos modernos) em 74 países de renda baixa e média durante a era dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, identificaram que educação mais alta e maior comprometimento político (medido em quota de gasto público em saúde) estavam associados com uma equidade aumentada em cobertura de serviços. A análise, que tinha em seu denominador mulheres com necessidade dos respectivos serviços, mediu uso relativamente à necessidade, em outras palavras, demanda satisfeita.

Muitos estudos de equidade incluem o uso do Concentration Index (índice de concentração). Conforme explicado por Chakraborty et al. (2013) o Índice de Concentração usa um valor sumário para capturar a magnitude da desigualdade socioeconômica em um resultado de saúde. O índice de concentração varia de -1 a +1, baseado em uma curva de concentração de Lorenz, que ordena a população por SES (status socioeconômico) no eixo x e traça o percentual cumulativo do resultado de saúde no eixo y. Com zero significando igualdade perfeita, um valor negativo representa a concentração do resultado de saúde entre os pobres, e um valor positivo denota a concentração entre os ricos. Se o índice de concentração se move para além do zero, seja negativamente ou positivamente, há grande iniquidade no resultado de saúde. O índice de concentração oferece vantagens como uma métrica da equidade de saúde por ser estatisticamente comparável ao longo de períodos de tempo e regiões geográficas. Assim, um índice de concentração pode medir se o uso de planejamento familiar é maior entre os pobres ou não pobres e o grau de iniquidade entre eles.

Incorporar o setor privado tem sido recomendado como um meio de aumentar o acesso ao planejamento familiar. Hotchkiss, et al. (2011) exploraram o efeito da expansão do fornecimento de suprimentos contraceptivos no setor privado, no que eles chamaram de “iniquidade horizontal” no uso de contraceptivos modernos. Eles definiram iniquidade horizontal como uso desigual de planejamento familiar para uma necessidade igual. Utilizaram dados DHS de quatro países, Nigéria, Uganda, Bangladesh e Indonésia, para analisar tanto o grau de desigualdade quanto o de iniquidade ao longo do tempo usando o índice de concentração entre quintis de riqueza. O estudo controlou as diferenças na necessidade de

Quadro 3. Ferramentas para Medir a Equidade

Ferramenta para Medição de Pobreza

O MSI usa uma ferramenta que mede a pobreza para orientar a criação de programa de modo a alcançar os pobres através de equipes itinerantes de assistência para chegar a áreas remotas e rurais juntamente com franquias sociais, clínicas fixas e vouchers (Wumenu et al., 2013). A ferramenta para medição de pobreza depende do Progress out of Poverty Index (PPI) desenvolvido pela Grameen Foundation e, como alternativa, do Índice de Pobreza Multidimensional (MPI), que é parte da Oxford Poverty and Human Development Initiative. O MSI mede a pobreza através de entrevistas e compara a proporção de clientes que eles avaliam como pobres às médias nacionais de pessoas que vivem na pobreza. O MSI combina o uso da ferramenta de avaliação da pobreza com o uso de seu modelo IMPACT 2.

Ferramenta para Medição de Vulnerabilidade

O IPPF tem uma ferramenta para medir vulnerabilidade que avalia múltiplas dimensões da iniquidade. A ferramenta da IPPF, que seus afiliados podem usar para monitorar seus fornecimentos de serviços a populações vulneráveis, define vulnerabilidade como grupos que vivem abaixo da linha de pobreza, aqueles que enfrentam exclusão social ou marginalização e aqueles desassistidos devido a falta de capacidade ou vontade política (IPPF, 2017). A avaliação de vulnerabilidade, que pode ser adaptada ao contexto do país, é implementada através de pesquisa randômica de clientes, incluindo questões sobre estas dimensões da vulnerabilidade (Taylor et al., 2012).

planejamento familiar em relação à riqueza da unidade familiar. A necessidade foi controlada derivando probabilidades esperadas de necessidade de uso de contraceptivo moderno, que foi usado para calcular índices contraceptivos padronizados por necessidade. O estudo descobriu que a expansão da contracepção através do setor comercial privado, aumentando desta forma o acesso, diminuiu a iniquidade no uso de contraceptivos ao longo do tempo na Nigéria e em Uganda e que a iniquidade, que já era baixa, flutuou ao longo do tempo em Bangladesh e na Indonésia. Eles notaram que “uma contribuição do estudo é que incluímos controle para a necessidade de serviços de planejamento familiar, que potencialmente poderia variar por status socioeconômico e, como resultado, levou a diferenças entre desigualdade da mCPR (taxa de prevalência de contraceptivo moderno), a qual está baseada no uso real e iniquidade da mCPR, a qual está baseada na necessidade identificada do uso e o uso real” (Hotchkiss et al., 2011: 8).

Outras ferramentas de análise de pobreza, ou graduação de pobreza, também têm sido desenvolvidas. Estas ferramentas podem ser usadas para triagem de elegibilidade para benefício oferecido ou “atendido” por um programa; tais ferramentas têm sido comumente usadas em programas de cupons e similares. As avaliações da proporção de beneficiários classificados como pobres podem indicar a eficiência da ferramenta de triagem e do programa no alcance de seus beneficiários almejados (veja Quadro 3).

Social

Enquanto muitos estudos de planejamento têm controle de fatores sociais, poucos estudos avaliaram mudanças na equidade com base em fatores sociais. Iniquidades sociais, tais como por sexo ou gênero, idade ou estado civil, educação, raça/etnia, status de migrante, incapacidade física, orientação sexual ou por outra marginalização social, também podem ser avaliadas através de análise de brechas absolutas e relativas.

As diferenças no uso de contraceptivos entre mulheres com diferentes níveis de educação são consistentemente encontradas em estudos, com algumas exceções. A OMS (2015) descobriu que em um conjunto de 71 países, uma média de 35,3% de uso de mCPR, era quase o dobro mais alto entre mulheres com educação secundária ou superior do que entre mulheres sem educação (18,9%). Contudo, observando-se as mudanças ao longo do tempo entre mulheres de 38 países, a mCPR aumentou em uma taxa mais alta entre mulheres sem educação (0,7 pontos percentuais anualmente sobre um período de quase 10 anos), comparada ao aumento entre mulheres com educação secundária ou superior (0,2 pontos percentuais) (OMS, 2015). Este achado sugere que mulheres com níveis menores de educação estão fazendo progressos em alcançar mulheres mais educadas, em um reflexo de melhoria na equidade.

Ambiental

Enquanto muitos estudos de planejamento familiar têm controle para residência urbana e rural, há menos exemplos de estudos que analisaram mudanças na equidade ambiental. Iniquidades ambientais podem ser estudadas pela análise de isolamento geográfico e por diferenças nas distâncias até estabelecimentos de serviços de saúde ou pela cobertura de estabelecimentos de saúde ao longo de espaços geográficos (Shiferaq et al., 2017). A análise geoespacial pode ser usada em conjunto com pesquisas e outras metodologias. Tais estudos podem avaliar diferenças entre países (p.ex. urbanos, rurais, montanhosos) ou entre regiões (p.ex., favelas urbanas). Cenários de crise (p.ex. áreas de desastre humanitário ou

natural) também podem ser avaliados para confirmação de que as barreiras ao fornecimento e uso de planejamento familiar estão sendo tratadas. Um estudo do PSI (2005) para medir a disponibilidade de preservativos, pílulas e injetáveis no Camboja usou a Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) para amostragem de pontos de distribuição em áreas dentro das três categorias geográficas (rural, cidades urbanas e metrópoles). Os pontos de distribuição foram categorizados em tradicionais, não tradicionais e bordéis. O estudo encontrou iniquidade na cobertura e na disponibilidade dos métodos ao longo dos bairros identificados.

Multidimensional

Alguns estudos trataram de mais de uma das dimensões da iniquidade.

Gómez Ponce de León et al. (2019) usaram pesquisas nacionais da América Latina e Caribe para avaliar o uso e a demanda satisfeita por métodos contraceptivos modernos em geral e em particular, Long Acting Reversible Contraceptives (contraceptivos reversíveis de longa ação, LARCs), definidos como DIUs e implantes. A análise foi estratificada por riqueza, residência, educação, etnia, idade e uma combinação de riqueza e área de residência. Eles identificaram alguma variação no uso de contraceptivos modernos por ricos e uma ampla variação no uso de LARCs. A demanda satisfeita por contraceptivos foi registrada para todas as mulheres em cada país; mas brechas de equidade na demanda satisfeita não foram analisadas entre grupos de mulheres em cada país.

Existe alguma literatura sobre desigualdades e iniquidades em planejamento familiar (Neal et al., 2015; Neal et al., 2018). Há diversas situações diferentes com níveis desiguais de uso de contraceptivo entre adolescentes sexualmente ativos. Em algumas destas situações, a desigualdade é claramente injusta e remediável e, deste modo, elas são tanto desiguais quanto não equitativas. Em outros casos, a situação é menos clara, conforme discutido abaixo. Se adolescentes femininas solteiras e sexualmente ativas em um país são capazes de obter facilmente métodos contraceptivos que desejam e os usam corretamente devido a aconselhamento e atenção, enquanto adolescentes femininas nas mesmas circunstâncias de vida de outro país não são capazes de obtê-los; essa desigualdade pode ser descrita como injusta e remediável e, assim, pode ser classificada como uma iniquidade. Se adolescentes femininas solteiras e sexualmente ativas que desejam obter contraceptivos são incapazes de fazê-lo devido a restrições legais e/ou porque o estigma social as impede de fazê-lo, enquanto moças casadas e sexualmente ativas podem obtê-los sem impedimentos, isso também pode ser classificado tanto como uma desigualdade quanto como iniquidade. Por outro lado, se métodos contraceptivos estão totalmente disponíveis e acessíveis para todos os segmentos da população, mas não são obtidos por jovens mulheres casadas por razões individuais (p.ex. desejo de gravidez), combinado com outras razões sociais (p.ex., pressão familiar por gravidez), e contudo são obtidos por mulheres em seus vinte anos que tiveram filho/filhos, não fica claro se estes níveis desiguais de uso podem ser classificados como não equitativos. Contudo, enquanto baixos níveis de consumo de contraceptivos em um grupo de jovens mulheres casadas pode não acontecer devido a barreiras no ponto de fornecimento, eles podem muito bem ser devidos a desigualdades e iniquidades que elas experimentaram em outras esferas de suas vidas (p.ex. em oportunidades de educação), as quais as deixaram suscetíveis a casamentos precoces que levaram a procriações precoces como única forma viável de oportunidade de vida (conforme percepção delas).

Madsen and Greenbaum (2018) avaliaram a equidade em planejamento familiar com base nos quintis de riqueza para a juventude. Ao analisar dados DHS de 33 países (representados em 76 pesquisas entre 2003 e 2016), eles identificaram que no conjunto dos países a iniquidade permaneceu alta, mas os níveis de demanda satisfeitas em geral melhoraram ao longo do tempo. Ao longo dos quase 13 anos, a lacuna na demanda satisfeita entre os quintis mais pobres e os mais ricos diminuiu de 16 para 13 pontos percentuais. Outras análises multivariadas descobriram que mulheres mais ricas estiveram muito mais propensas a ter suas demandas por planejamento familiar satisfeitas. Na análise de adolescentes, Madsen e Greenbaum (2018) identificaram que educação e estado civil têm pelo menos tanto impacto na probabilidade de satisfação de demanda por planejamento familiar moderno quanto o quintil riqueza.

Neal et al. (2016) analisaram diferenças geográficas entre gestações adolescentes no Quênia, na Tanzânia e em Uganda. A análise deles mostrou diferenças marcadas entre primeiros partos adolescentes, particularmente entre mulheres jovens abaixo de 16 anos e com disparidades mais amplas no Quênia e Uganda que na Tanzânia. A análise revelou “bolsões” de alta prevalência de primeiros partos ligados à pobreza e com diferenças entre bairros vizinhos. Esta análise mostra que “técnicas geoespaciais podem identificar estas desigualdades e fornecer aos formuladores de políticas informação necessária para se alcançar áreas de alta prevalência e concentrar recursos escassos onde eles são mais necessários” (Neal et al., 2016: 1).

Revisão de Literatura sobre Intervenções para Melhorar Equidade em Planejamento Familiar

Aqui discutimos os resultados da revisão de literatura sobre pesquisas de intervenção em equidade e saúde que foi realizada para este documento, a qual resultou em 86 estudos de intervenções, algumas das quais cobriam múltiplos países. Cada estudo foi revisado duas vezes e categorizado por foco em equidade, tópico de saúde e resultados. Classificadas de acordo com umas dimensões econômica, social e ambiental da equidade, houve 79 estudos de intervenção que focaram em equidade econômica, 34 estudos em equidade social e cinco em ambiental. Houve alguns estudos que se concentram em mais de um tipo de equidade. Em termos do tópico de saúde, 47 estudos focaram em saúde materna e neonatal (MNH)/saúde da criança (MCH), 20 estudos em malária, 11 estudos em nutrição e vitamina A, oito estudos em planejamento familiar voluntário, seis estudos não especificaram, cinco estudos em sarampo, três em HIV, dois em educação, dois em gênero e um em cuidados com os olhos. Alguns estudos concentraram-se em mais de um resultado de saúde (p.ex. MCH e planejamento familiar).

Os estudos apresentaram resultados mistos em termos de equidade. Trinta e seis estudos demonstraram melhoria de equidade, 29 estudos resultados mistos, 21 estudos não demonstraram melhoria em equidade e três estudos não puderam ser classificados.

Dos oito estudos que mediram equidade através de intervenções de planejamento familiar voluntárias, oito focaram em equidade econômica, dois em equidade social e um em equidade ambiental. Alguns estudos focaram em mais de um tipo de equidade e os resultados para todos foram majoritariamente mistos (veja na Tabela 2 abaixo um resumo de cada um dos estudos).

Tabela 2. Intervenções de Equidade em Planejamento Familiar

| Intervenção e País | Foco de Equidade | Metodologia | Resultado de PF | Resultado de Equidade | Referências |
|---|------------------|--|---------------------------------------|---|------------------------|
| Múltiplas intervenções em sistemas de saúde e marketing social, cobertura, direcionamento de subsídios (Quênia) | Econômico | Equidade avaliada com uso de dados retirados de: <ul style="list-style-type: none"> • Estudos MAP sobre cobertura de sistema de saúde; • Indivíduos que acessam um seguro de saúde ou produtos financeiros (Relatórios trimestrais PSI/PSK 2011-2014); • Direcionamento de subsídios (Relatórios trimestrais PSI/PSK 2011-2014); • Pesquisas TRaC, (2011-2014 conduzidas por PSI). | Acesso e uso de planejamento familiar | Melhorado | IBTC, 2015 |
| Financiamento baseado em Desempenho (PBF) para cuidados de saúde maternas e uso de contraceptivos modernos (Burundi) | Econômico | Pesquisas transversais repetidas em bairros com intervenção e bairros de controle, comparação de indicadores por status socioeconômico | Uso de contraceptivo moderno | Sem efeito “É improvável que uma intervenção pelo lado do suprimento, tal como financiamento baseado em desempenho sem acompanhamento de incentivos de acesso focalizados nos pobres, possa melhorar equidade” (p. 2186) | Bonfer et al., 2014 |
| PBF - para serviços MCH fornecidos (incluindo PF) (Afeganistão) | Econômico | Uso de contraceptivos em área de intervenção servida pelo esquema PBF e áreas de comparação na linha de base e na linha final | Uso de contraceptivo moderno | Sem efeito | Engineer et al., 2016 |
| PBF - para ANC, fornecimento baseado em um estabelecimento, uso de contraceptivo moderno (Ruanda) | Econômico | Sem intervenção específica para focalizar nos pobres. Base de dados em painel em nível agregado, criada para intervenção/controle usando pesquisas de 2005 (pré) e 2007/8 (pós). Usou um modelo diferença-nas-diferenças com efeitos fixados na comunidade. Os termos de interação entre quintis de riqueza e PBF foram estimados para identificar o efeito diferencial do PBF entre mulheres mais pobres. | Uso contraceptivo | Sem efeito “Se a diferença de equidade é extrema ou o uso de serviço está abaixo do ótimo entre as populações mais pobres, então o programa não | Priedeman et al., 2013 |

Tabela 2. Intervenções de Equidade em Planejamento Familiar

| Intervenção e País | Foco de Equidade | Metodologia | Resultado de PF | Resultado de Equidade | Referências |
|---|---|--|-------------------|---|--------------------------|
| | | | | direcionado pelo lado do suprimento, como o de Ruanda, provavelmente fará pouco no sentido de reduzir as disparidades” (p. 833) | |
| PBF - Esquema de imunização materna e infantil por serviços direcionados/não direcionados (Tanzânia) | Econômico | Foi utilizado um projeto de estudo com controle antes e depois. As pesquisas foram conduzidas em janeiro de 2012 e 13 meses mais tarde. A amostragem foi realizada nas unidades familiares de mulheres que pariram nos 12 meses anteriores à entrevista; e pacientes atendidos em estabelecimentos de saúde para serviços direcionados e não direcionados em cada estágio da coleta de dados. Foi utilizada análise de regressão diferenças nas diferenças. | Uso contraceptivo | Sem efeitos no uso de contraceptivo | Binyaruka et al., 2015 |
| Cupons para LARCs (Camboja) | Econômico e Social (educação, ocupação e idade) | Projeto de estudo e dados quase experimental antes e depois da intervenção desde pesquisas transversais em unidades familiares (2011 e 2013) em nove bairros com programas de cupons e nove bairros de controle, para avaliar mudanças no uso de contraceptivos modernos e particularmente LARCs nos 12 meses precedentes a cada pesquisa. Análises tipo diferenças nas diferenças foram usadas para examinar o impacto dos cupons de planejamento familiar. | Consumo de LARC | Aumento maior de LARC na área de intervenção; maiores aumentos em grupos de SES e educação mais baixos “Um programa de cupons para planejamento familiar pode aumentar o acesso e o uso mais efetivo de métodos de longa ação entre pobres através da redução de barreiras financeiras e de informação” (p. S109). | Bajracharya et al., 2016 |
| Franquias Sociais (MSI) - serviços e uso | Econômico e Social (idade) | O programa de franquias sociais MSI foi analisado contra os quatro resultados pretendidos: acesso, eficiência, | Uso contraceptivo | Resultados mistos - particularmente para os | Munroe et al., 2015 |

Tabela 2. Intervenções de Equidade em Planejamento Familiar

| Intervenção e País | Foco de Equidade | Metodologia | Resultado de PF | Resultado de Equidade | Referências |
|--|------------------|--|---------------------------------|---|---------------------|
| de contraceptivos (17 países na África e na Ásia) | | qualidade e equidade. Para equidade, as entrevistas de desligamento recolheram dados demográficos (idade e pobreza), e uso prévio de contraceptivo. O modelo “Impact 2” do MSI foi usado para estimar resultados no nível da população ao converter dados de serviço em resultados de saúde estimados. | | muito pobres e mais jovens “O Social tem a capacidade de rapidamente ampliar o acesso a serviços de planejamento familiar de qualidade, incluindo LARCs, para a população em geral, assim como para mulheres jovens e pobres” (p. 195). | |
| Franquia Social com/ sem cupons e parteiras comunitárias para DIU – continuação (Paquistão) | Econômico | Usuárias de DIU de um modelo de FS (com e sem cupons) e um modelo de Parteiras Comunitárias foram matriculadas em um acompanhamento prospectivo de 24 meses das usuárias. As participantes foram acompanhadas por mobilizadoras da comunidade a cada dois meses. As probabilidades de continuidade com DIU e os fatores de risco para descontinuidade foram estimados com técnicas de análise de tábuas de vida e risco-proporcional de Cox. | Taxas de descontinuidade de DIU | Clientes com cupons/ sem cupons no modelo FS tiveram taxas de descontinuidade de DIU semelhantes “Fornecedores privados de nível médio treinados e trabalhadores em áreas remotas, apoiados com cupons para serviços gratuitos de DIUs [para aqueles necessitados], em programas de franquia social podem promover efetivamente a continuidade de DIUs. As descobertas também revelam que visitantes de CMWs e Lady Health Visitors são igualmente capazes de fornecer | Hameed et al., 2015 |

Tabela 2. Intervenções de Equidade em Planejamento Familiar

| Intervenção e País | Foco de Equidade | Metodologia | Resultado de PF | Resultado de Equidade | Referências |
|--------------------|------------------|-------------|-----------------|---|-------------|
| | | | | serviços de DIU de qualidade e assegurar uma alta continuidade do método” (p. 8). | |

Ao revisar estes estudos, houve várias variações sobre como a equidade é definida e nos resultados de planejamento familiar para medição de equidade, apesar de o uso de contraceptivo ser o mais comum. Por exemplo, no estudo de Bajracharya et. al. (2016) sobre cupons para LARCs, o artigo sugere uma iniquidade no uso de contraceptivo moderno, particularmente LARCs em países de baixa e média renda. A iniquidade não é definida especificamente, mas ele declara que há barreiras financeiras para os pobres no Camboja para ter acesso a contraceptivos modernos, especialmente LARCs. No Camboja, uma pessoa é considerada pobre se apresenta uma carteira de identidade específica, que a habilita a participar do programa Fundo de Equidade em Saúde, “uma estratégia para melhorar o acesso dos pobres aos cuidados de saúde” (Bajracharya 2016). A variável do resultado primário foi o uso de contraceptivos modernos entre mulheres casadas em idade reprodutiva nos 12 meses anteriores a cada pesquisa. Contudo, a análise focou-se no consumo de LARC. O estudo revelou um maior aumento de LARC na sequência da intervenção de cupons entre mulheres com os mais baixos níveis de educação e no quintil de riqueza mais pobre. O estudo sugere que os cupons podem ser um meio efetivo de dar acesso a LARCs para mulheres que de outro modo podem não ser capazes fazê-lo devido a barreiras socioeconômicas. Contudo, a preocupação deste estudo era diferenciar entre o uso igualitário de LARCs, status socioeconômicos e acesso equitativo a LARCs. Adicionalmente, o estudo não abordava todos os aspectos da equidade na medida em que focava apenas nas possíveis barreiras financeiras.

Outro exemplo de definições variáveis de equidade e resultados vem da avaliação de Munroe et al. (2015) de redes de franquias sociais administradas pela Marie Stopes International (MSI). O estudo analisou programas de franquias sociais da MSI em 17 países sob quatro resultados, incluindo equidade. Neste caso, equidade foi explicitamente definida como “a extensão na qual um programa assegura a todas/os as/os usuárias/os potenciais uma oportunidade igual ou justa de obter serviços” (Munroe 2015). Os indicadores para medição deste resultado foram 1) proporção de usuárias/os de planejamento familiar que recentemente adotaram um método contraceptivo moderno, definido como não uso de um método moderno durante os três meses anteriores à visita, 2) proporção de usuárias/os com menos de 25 anos e proporção de menos de 20 anos e 3) proporção de usuárias/os vivendo com menos de US\$ 1,25 por dia e proporção daqueles vivendo com menos de US\$ 2,5 por dia. O estudo extraiu diversas conclusões em termos de “preencher lacunas de equidade”. Por exemplo, os resultados levaram à conclusão de que o MSI tem a capacidade de alcançar o grupo desassistido de populações mais jovens. Contudo, concede que o pagamento de uma taxa em um programa de franquias sociais pode não ser o canal mais adequado para alcançar os jovens por causa das possíveis barreiras financeiras. O estudo também encontrou resultados mistos no alcance de usuárias/os pobres devido a barreiras financeiras. Finalmente, o estudo teve resultados positivos em chegar a mulheres que foram consideradas novas usuárias dos métodos. Diferente de alguns outros estudos, Munroe et al. (2015) ofereceram uma definição de equidade e indicadores a partir dos quais se extraem conclusões mais sucintas (veja definições e indicadores acima). Isto também dissipou a confusão entre equidade de acesso a contraceptivos e uso igualitário de contraceptivos entre grupos.

Surpreendentemente, esta revisão encontrou poucos estudos de intervenção em equidade de planejamento familiar comparado com a vasta literatura sobre estudos de mudanças na equidade que

usam pesquisas nacionais. Talvez o tempo empregado nas pesquisas nacionais, medido em décadas em vez do usado nos estudos de intervenção, que tendem a um ou dois anos, seja mais adequado para detectar mudanças em equidade.

Alguns temas úteis comuns surgiram dos 86 estudos da revisão de literatura que cobriu todos os tópicos de saúde. Um tema comum é que melhorar a equidade demanda tempo. Outro tema dos estudos, incluindo alguns dos estudos sobre planejamento Familiar, é a necessidade de intervenções no lado da demanda junto com intervenções no lado do suprimento para se abordar as múltiplas dimensões da iniquidade. Finalmente, diversos estudos na revisão de literatura apelaram para a ciência da implementação para pesquisar que aspectos das intervenções melhoram a equidade.

Mesmo que cada um tenha suas limitações, estes estudos, juntamente com os que examinaram a equidade usando dados de pesquisas nacionais ou outros, e as evidências mais amplas sobre equidade utilizadas em resumos PGI existentes, são úteis para se fazer recomendações sobre como a equidade deve ser abordada em iniciativas e resumos PGI.

Revisão de Equidade em Resumos PGI Existentes

Finalmente, revisamos os 20 resumos PGI (prestação de serviços, mudança social e comportamental, ambiente favorável e melhorias) desenvolvidos a partir de janeiro de 2019. A equidade é mencionada em 12 dos 20 resumos (veja Anexo 1). São mencionados todos os aspectos de equidade econômica, social e geográfica. Os resumos que focam particularmente na abordagem da equidade incluem os resumos de prestação de serviços com cupons, agentes comunitários de saúde e o resumo de ambiente favorável para a educação de meninas.

Recomendações sobre Como a Equidade Deve ser Definida para Parceria PGI e Medidas Adequadas para o Exame de Questões de Equidade

Medidas de Equidade Relevantes para Planejamento Familiar

Ao designar uma “prática de grande impacto”, a Iniciativa PGI tem como seu resultado primário de interesse o uso de métodos modernos de contracepção. As intervenções associadas com cada prática de grande impacto são avaliadas considerando a evidência do impacto analisando se a intervenção melhorou o uso da contracepção. Enquanto o uso da contracepção pode ser avaliado com uma lente de equidade, este não deve ser o único resultado avaliado para medir se os programas e serviços são equitativos.

Mesmo que os estudos que avaliam diferenças quanto ao uso contraceptivo e à fertilidade possam ajudar a identificar diferenças que poderiam ser não equitativas e requerem mais investigação e possíveis alterações na programação, é necessário fazer uma análise adicional para avaliar onde as diferenças são não equitativas. Ugaz et al. (2016: 53) fizeram tal constatação em um estudo do uso de métodos permanentes e de longa ação (LAPM), ao afirmarem que: “A relação positiva entre riqueza e uso de LAPMs é uma questão preocupante na medida que isso pode indicar que há uma iniquidade no acesso a LAPMs em países em desenvolvimento (...) também é possível que mulheres mais pobres simplesmente tenham preferências diferentes” (Ugaz et al., 2016: 52). Em sua análise da mCPR, em demanda satisfeita e

tendências de fertilidade em quatro países, Patierno, Feranil e Reidy (2018: 3) observaram que em Gana e na Etiópia, “disparidades de fertilidade baseadas na riqueza parecem ser parcialmente promovidas pelo desejo de mulheres mais pobres por mais crianças”. Assim, as diferenças podem não refletir apenas iniquidades. De fato, diferentemente de muitas questões de saúde, o uso de contracepção ou uso de um método particular poderia ser altamente influenciado por convicções e valores culturais com o resultado de que as diferenças daquele grupo podem não refletir iniquidade. Determinar que proporção das diferenças de grupo são reais iniquidades requer uma análise rigorosa. Adicionalmente ao uso do modelo do direito à saúde com uma lente de justiça, também é importante avaliar as diferenças na exposição do grupo às intervenções de planejamento familiar e exposição à informação e a serviços de qualidade em planejamento familiar.

Para avaliar progressos equitativos em relação a metas de projetos, nacionais ou globais, é importante ser capaz de mostrar que os resultados dos grupos desfavorecidos melhoram até taxas iguais ou maiores que os resultados de grupos mais bem situados, estabelecendo, assim, a necessidade de uma linha de base (Witth et al., 2016); Whitehead e Dalhgren (2006) chamam isso de “nivelamento por cima”, ou trabalhar em favor do grupo menos favorecido, movendo-se na direção dos resultados do grupo mais favorecido. Usando dados nacionais de pesquisa de seis países, Wirth et al. (2006) mostraram que não há padrões consistentes da mCPR estratificados por riqueza, educação e residência, ilustrando a necessidade de se avaliar múltiplas dimensões de iniquidade em vez de traçar inferências a partir de um único indicador. Estudos sobre planejamento familiar sustentam a necessidade de se analisar indicadores múltiplos (Patierno et al., 2018; WHO, 2015; Madsen and Greenbaum, 2018).

Hosseinpour et al. (2014: 1) oferecem estratégias para se monitorar iniquidades múltiplas em saúde relacionadas à cobertura universal de saúde. Eles observam que tanto as lacunas como as medidas absolutas de iniquidade devem ser examinadas. Ao enfatizar a importância de se analisar as múltiplas dimensões da equidade, eles declaram que “a extensão da iniquidade pode variar consideravelmente entre diferentes dimensões, tais como status econômico, educação, sexo e residência rural/urbana”. Tanto em sistemas de monitoramento e avaliação quanto em pesquisa sobre intervenções para melhorar a equidade, devem ser coletados suficientes dados para poderem ser desagregados ou controlados em diferentes dimensões de iniquidade relevantes para o contexto no qual os dados estão sendo coletados. Em sua lista de indicadores de Planejamento Familiar e Saúde Reprodutiva, o MEASURE Evaluation inclui uma discussão sobre pobreza e equidade relacionada a indicadores mCPR e necessidades não satisfeitas de planejamento familiar (observe que demanda satisfeita não está incluída na lista de indicadores).

Especialistas que escrevem sobre equidade concordam que os programas precisam de um foco na equidade; ela não advém simplesmente como resultado de outros esforços de desenvolvimento (MCHIP, 2011). Alkenbrack et al. (2015: 17) relataram que “os melhores exemplos de melhorias na equidade de saúde não são de países nos quais o crescimento econômico foi dos mais altos, mas em vez disso naqueles em que reformas direcionadas foram colocadas em andamento para cobertura dos pobres, como, por exemplo, no Camboja. Analogamente, a UNFPA (2017) observa que abordar a iniquidade pode requerer atenção a leis, políticas e programas adicionalmente a normas sociais e de gênero. Gillespie et al. (2007) explicaram que o uso da lente da equidade na programação deve ser feito com cuidado. Em alguns países,

as iniquidades entre grupos precisam ser abordadas; em outros países, melhorias no planejamento familiar são necessárias para todos os grupos.

Em razão disso, baseado no conteúdo geral deste documento para discussão, o grupo de trabalho em equidade GAT do PGI tem esta recomendação global:

O planejamento familiar enfrenta muitos desafios singulares relacionados à análise e resposta a questões de equidade. Em razão disso, a comunidade de planejamento familiar internacional se beneficiaria de plataformas e grupos que possam fazer uma reflexão profunda e contínua para abordar questões destacadas, tais como a exploração adicional de como iniquidades relacionadas a planejamento familiar são definidas e analisadas, quais são os métodos e indicadores adequados para se analisar iniquidade no fornecimento de contraceptivos e acesso à informação, e como a análise de equidade pode levar em conta preferências, escolhas e voluntarismo? Como a análise de equidade incorpora aspectos de posição social para além da riqueza, tais como dinâmicas de gênero, oportunidades educacionais, diferenças geográficas etc.? Conectar os esforços atuais pelo entendimento e pela abordagem de iniquidades, tais como aquelas apoiadas pela OMS e OPAS, será importante.

O grupo recomenda que o GAT PGI adote o seguinte no que se refere aos achados do documento de discussão:

Definição e medição de iniquidade:

Está além do escopo do GAT PGI definir como iniquidades são determinadas e o GAT encoraja a comunidade de planejamento Familiar a continuar o trabalho nesta questão (veja recomendação global acima). Enquanto isso, o grupo sugere que o GAT adote a definição da OMS sobre equidade para orientar discussões e trabalhos futuros:

*“Equidade é a ausência de diferenças evitáveis, injustas ou remediáveis entre grupos de pessoas, sejam estes grupos definidos socialmente, economicamente, demograficamente, geograficamente ou por outro meio de estratificação. ‘Equidade de saúde’ ou ‘equidade em saúde’ implica que idealmente todos deviam ter uma oportunidade justa de alcançar seus completos potenciais de saúde e que ninguém deve ser prejudicado para alcance deste potencial” (OMS, ND).
https://www.who.int/topics/health_equity/en/*

Especificamente, o GAT adota este modelo que define iniquidade como quando diferenças em resultados são **evitáveis, desnecessárias e injustas**. Além disso, o GAT acredita serem úteis as medidas específicas resumidas em Gillespie et al. (2007):

- Os resultados devem estar desproporcionalmente presentes em uma população desfavorecida em relação a segmentos populacionais mais bem situados;
- Os resultados devem ser suscetíveis a intervenções efetivas;
- Os resultados devem ser indesejados; e
- Intervenções para amenizar ou diminuir esta condição estão menos disponíveis para a população desfavorecida.

Reconhece-se que esta definição e medidas recomendadas serão refinadas ao longo do tempo e que o GAT deve incorporar melhorias conforme for adequado.

A equidade deve ser abordada em todos os resumos, dada sua centralidade na expansão do acesso universal e no cumprimento do direito ao mais alto padrão de saúde. Os autores devem utilizar os modelos para equidade quando preparem os resumos, a fim de assegurar que a equidade seja cuidadosamente considerada e explicada nos resumos de forma adequada. O Anexo 1, Tabela A1, que fornece um sumário de o quanto a equidade é abordada em resumos PGI atuais, pode oferecer um contexto útil a autores. Se a equidade não for o foco da prática, isso deve estar declarado no resumo.

O GAT reconhece que pode haver pouca evidência sobre equidade para ser incluída em resumos, mas esperamos que todos os autores explorem este tópico conforme forem desenvolvendo o resumo. Especificamente:

Quando desenvolverem e escreverem Resumos PGI, os autores devem responder a medidas específicas, sumarizadas em Gillespie et al. (2007):

- População desfavorecida e comparação com segmentos de população em “uma melhor situação” devem ser claramente definidos.
- A condição ou causa da iniquidade observada deve ser explícita e deve-se apresentar evidência de que a condição está menos disponível aos desfavorecidos que à população em melhor situação.
- Deve ficar claro que a Prática alivia ou reduz essa condição.

O GAT deve defender junto a pesquisadores, analistas de dados e autores a inclusão de abordagens mais robustas para a análise de equidade e usar os pontos acima de Gillespie et al. (2007) e os seguintes para informar suas análises:

- Incorporar medidas de equidade que vão além do uso de contraceptivo moderno. Outras medidas poderiam incluir: demanda satisfeita por contracepção (que inclui a dimensão da demanda, necessidade não satisfeita), gravidez-parto não intencional ou fora de época e fertilidade acima do tamanho de família ideal.
- Incluir medidas que tracem condições ou causas de iniquidade, tais como **acesso** a serviços, métodos e informação; e **qualidade** medida através da satisfação da usuária, cuidados respeitosos e tratamento equitativo.
- Determinantes sociais adicionais, incluindo iniquidade de gênero, poderiam também ser incluídos, conforme adequado.

Uma recomendação final é que este documento de discussão poderá beneficiar-se com a elaboração de um Guia de Planejamento Estratégico de Iniciativa PGI sobre equidade, que ajudará os programas a entender melhor como analisar equidade e identificar respostas baseadas em evidências para reduzir/abordar iniquidades.

Suggested Citation: High Impact Practices in Family Planning (HIPs). Discussion Paper on Equity for the HIP Partnership. Washington, DC: HIPs Partnership; 2019 June. Available from: <https://www.fphighimpactpractices.org/discussion-paper-on-equity-for-the-hip-partnership/>

Recursos em Criação e Mensuração de Programas

Criação de Programas:

Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations - Wyatt R, M Laderman, L Botwinick, K Mate, and J Whittington. 2016. *IHI White Paper*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Health-Equity.aspx>

Considerations for Incorporating Health Equity into Project Design: A Guide for Community-Oriented Maternal, Neonatal and Child Health Programs - MCHIP. 2011. http://resources.jhpiego.org/system/files/resources/Equity%20guidance_090111_formatted_final_0.pdf

Equity and Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean from 1995 to 2005: Approaches and Limitations - International Society for Equity in Health – Chapter of the Americas. 2006. Report with a useful table of interventions for equity. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/equity.pdf>

Equity Framework for Health - Health Policy Project (HPI) http://www.healthpolicyplus.com/archive/ns/pubs/hpi/1271_1_EQUITY_Overview_Poster_FINAL_Sept_2010_acc.pdf

Priority Public Health Conditions Analytic Framework - Blas, E., and A.S. Kurup. 2010. Equity, Social Determinants and Public Health Programs. Geneva: WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mensuração:

Addressing Poverty. A guide for Considering Poverty-related and Other Inequities in Health - MEASURE Evaluation. 2012. MS-08-27. <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-08-27>

Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus): software for exploring and comparing health inequalities using uploaded datasets - Ahmad Reza Hosseinpour, Anne Schlotheuber, Devaki Nambiar and Zev Ross. *Global Health Action*, 2018 Vol. 11, 1440783 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6041818/pdf/zgha-11-1440783.pdf>

Quick Poverty Score - MEASURE Evaluation. ND. <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/poverty/quick-poverty-score>

Referências

- Ahmed S, Creanga, AA, Gillespie DG, Tsui AO. Economic status, education and empowerment: Implications for maternal health service utilization in developing countries. *Plos ONE*. 2010;5(6):1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0011190>
- Alkenbrack S, Chaikin M, Zeng W, Couture T, Sharma S. Did equity of reproductive and maternal health service coverage increase during the MDG era? An analysis of trends and determinants across 74 low- and middle-income countries. *Plos ONE*. 2015;10(9):e-134905. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134905>
- Bajracharya A, Veasnakiry L, Rathavy T, Bellows B. Increasing uptake of long-acting reversible contraceptives in Cambodia through a voucher program: Evidence from a difference-in-differences analysis. *Glob Health Sci Pract*. 2016;4(Suppl 2):S109-21. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00083>
- Barros AJ, Ronsmans C, Axelson H, Loaiza E, Bertoldi AD, França GV, Bryce J, Boerma JT, Victora CG. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: A retrospective review of survey data from 54 countries. *Lancet*. 2012;379:1225-1233. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60113-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60113-5)
- Barros FC, Victora CG, Scherpbier RW, Gwatkin D. Social determinants and public health programs in health and nutrition of children: Equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, eds. *Equity, Social Determinants and Public Health Programs*. Geneva: WHO; 2010. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf. Acessado: 3 de julho de 2019.
- Binyaruka P, Patouillard E, Powell-Jackson T, Greco G, Maestad O, Borghi J. Effect of paying for performance on utilisation, quality, and user costs of health services in Tanzania: A controlled before and after study. *PloS One*. 2015;10(8):e0135013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135013>
- Blas, E, Kurup AS. Equity, social determinants and public health programs. Geneva: WHO; 2010. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf. Acessado: 2 de julho de 2019.
- Bonfrer I, Soeters R, Van de Poel E, Basenya O, Longin G, van de Looij F, van Doorslaer E. Introduction of performance-based financing in Burundi was associated with improvements in care and quality. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(12):2179-87. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0081>
- Braveman P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Rep*. 2014;129(Suppl 2):5-8. <https://doi.org/10.1177/003335491412915203>
- Braveman P, Gruskin, S. Poverty, equity, human rights and health. *Bull World Health Organ*. 2003;81:539-545. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572503/pdf/12973647.pdf>.
- Chakraborty, NM, Firestone R, Bellows M. Equity monitoring for social marketing: Use of wealth quintiles and the concentration index for decision making in HIV prevention, family planning, and malaria programs. *BMC Womens Health*. 2013;13(Suppl 2):S6. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S2-S6>

Engineer CY, Dale E, Agarwal A, et al. Effectiveness of a pay-for-performance intervention to improve maternal and child health services in Afghanistan: A cluster-randomized trial. *Int J Epidemiol*. 2016;45(2):451-59. <https://doi.org/10.1093/ije/dyv362>

Family Planning 2020. Rights and empowerment principles for family planning. http://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/rights-based-fp/FP2020_Statement_of_Principles_FINAL.pdf. Acessado: 2 de julho de 2019.

Flores W. Equity and health sector reform in Latin America and the Caribbean from 1995 to 2005: Approaches and limitations. International Society for Equity in Health - Chapter of the Americas; 2006. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/equity.pdf>. Acessado: 3 de julho de 2019.

Foreit K. Addressing Poverty. A guide for considering poverty-related and other inequities in health. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2012. <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-08-27>. Acessado: 3 de julho de 2019.

Gillespie D, Ahmed S, Tsui A, Radloff S. Unwanted fertility among the poor: An inequity? *Bull World Health Organ*. 2007;85(2):100-107. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636279/pdf/06-033829.pdf>.

Gwatkin, DR. 10 best resources on...health equity. *Health Policy Plan*. 2007;22:348-351. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm028>

Hameed W, Azmat SK, Ishaque M, et al. Continuation rates and reasons for discontinuation of intra-uterine device in three provinces of Pakistan: Results of a 24-month prospective client follow-up. *Health Res Policy Syst*. 2015;13(1):S53. <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0040-9>

Futures Group, Health Policy Initiative (HPI). Equity framework for health. Washington, DC: HPI; 2010. http://www.healthpolicyplus.com/archive/ns/pubs/hpi/1271_1_EQUITY_Overview_Poster_FINAL_Sept_2010_acc.pdf. Acessado: 2 de julho de 2019.

Hosseinpour AR, Schlottheuber A, Nambiar D, Ross Z. Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus) software for exploring and comparing health inequalities using uploaded datasets. *Glob Health Action*. 2018;11(Suppl 1):1440783. <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1440783>

Hosseinpour AR, Bergen N, Koller T, et al. Equity-oriented monitoring in the context of universal health coverage. *Plos Med*. 2014;11(9):1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001727>

Hotchkiss DR, Godha D, Do M. Effect of an expansion in private sector provision of contraceptive supplies on horizontal inequity in modern contraceptive use: Evidence from Africa and Asia. *International Journal for Equity in Health*. 2011;10(33):1-11. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-33>

International Business and Technical Consultants. USAID Kenya end-of-project evaluation of APHIAplus Health Communication and Marketing Program. Vienna, VA: International Business & Technical Consultants, Inc.; 2015. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pa00km19.pdf. Acessado: 2 de julho de 2019.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). Under-served and over-looked: Prioritizing contraceptive equity for the poorest and most marginalized women and girls. London: IPPF; 2017.

https://www.ippf.org/sites/default/files/2017-07/IPPF_Underserved_Overlooked.pdf. Acessado: 3 de julho de 2019.

Jain AK, Hardee K. Revising the FP quality of care framework in the context of rights-based family planning. *Stud Fam Plann*. 2018;49(2):171-179. <https://doi.org/10.1111/sifp.12052>

Johns Hopkins Center for Communication Programs. Health Communication Capacity Collaborative (HC3). Gender equity and family planning outcomes in health communications programs: A secondary analysis. Baltimore, MD: HC3; 2015. <https://healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2015/04/Gender-Equity-and-Family-Planning-Outcomes-in-Health-Communication.pdf>. Acessado: 2 de julho de 2019.

Koseki S, Klein K. Sustainable growth of Uganda's family planning market through improved private sector engagement: A political economy analysis. Washington, DC: Health Policy Plus; 2018. http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/8214-8378_UgandaPEABrief.pdf. Acessado: 3 de julho de 2019.

Madsen EL, Greenbaum C. Family planning equity among youth: Where are we now? Washington, DC: Population Reference Bureau; 2018. <https://www.prb.org/family-planning-equity-among-youth-where-are-we-now/>. Acessado: 3 de julho de 2019.

Malarcher S, Olson LG, Hearst N. Unintended pregnancy and pregnancy outcome: Equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS. Equity, Social Determinants and Public Health Programs. Geneva: OMS; 10:177-197. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf. Acessado: 3 de julho de 2019.

Marmot M. Health in an unequal world: Social circumstances, biology and disease." *Clin Med (Lond)*. 2006;6(6):559-572. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.6-6-559>

Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP). Considerations for incorporating health equity into project design: A guide for community-oriented maternal, neonatal and child health programs. Washington, DC: MCHIP; 2011. https://www.mchip.net/sites/default/files/Equity%20guidance_090111_formatted_final.pdf. Acessado: 3 de julho de 2019.

MEASURE Evaluation. Quick Poverty Score. <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/poverty/quick-poverty-score>. Acessado: 3 de julho de 2019.

Munroe E, Hayes B, Taft J. Private-sector social franchising to accelerate family planning access, choice, and quality: Results from Marie Stopes International." *Glob Health Sci Pract*. 2015;3(2):195-208. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00056>

Neal SE, Chandra-Mouli V, Chou, D. Adolescent first births in East Africa: Disaggregating characteristics, trends and determinants. *Reprod Health*. 2015;12(13):1-13. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-13>

Neal S, Ruktanonchai C, Chandra-Mouli V, Matthews Z, Tatem AJ. Mapping adolescent first births within three East African countries using data from Demographic and Health Surveys: Exploring geospatial methods to inform policy. *Reprod Health*. 2016;13(98):1-29. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0205-1>

Neal S, Harvey C, Chandra-Mouli V, Caffee S, Camacho AV. Trends in adolescent first births in five countries in Latin America and the Caribbean: Disaggregated data from demographic and health surveys. *Reprod Health*. 2018;15(146):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0578-4>

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR); World Health Organization (WHO). *The Right to Health*. Geneva: OHCHR; 2008. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>. Acessado: 3 de julho de 2019.

Patierno K, Feranil I, Reidy M. *Enhancing family planning equity for inclusive economic growth and development*. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2018. https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/04/EnhancingFPEquityForDev_2018.pdf. Acessado: 3 de julho de 2019.

PATH. *Enhancing Equity and Sustainability of Public Sector Family Planning Through Total Market Approaches*. Seattle, WA: PATH; 2013. https://path.azureedge.net/media/documents/RH_enh_equity_sustain_fp_fs.pdf. Acessado: 3 de julho de 2019.

Population Services International (PSI), Research Division. *Cambodia (2005): MAP study evaluating coverage and quality of coverage of hormonal contraceptives and condoms in urban and rural areas. First round*. Washington, DC: PSI, Research Division; 2005. <https://doi.org/10.7910/DVN/27415>

Priedeman Skiles M, Curtis SL, Basinga P, Angeles G. An equity analysis of performance-based financing in Rwanda: Are services reaching the poorest women? *Health Policy Plann*. 2013;28(8):825-37. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs122>

Ross, J. Improved reproductive health equity between the poor and the rich: An analysis of trends in 46 low- and middle-income countries." *Glob Health Sci Pract*. 2015;3(3):410-445. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00124>

Rutstein S, Saveteig S. *Making the Demographic and Health Surveys Wealth Index Comparable*. Rockville, MD: ICF International; 2014. <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/MR9/MR9.pdf>. Acessado: 3 de julho de 2019.

Shah IH, Chandra-Mouli V. Inequality and unwanted fertility in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2007;85(2):86. <https://doi.org/10.2471/blt.06.037366>

Shiferaw S, Spigt M, Seme A, et al. Does proximity of women to facilities with better choice of contraceptives affect their contraceptive utilization in rural Ethiopia? *Plos One*. 2018;13(1):1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192258>

Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391:2542-2692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)

Stratton S, Askew I, Eber M. *Reaching the underserved: Guidance for evaluating evidence for inclusion in HIP briefs*. 2015. Draft.

Taylor G, Khan S, Hughes C, Fraser E. *International Planned Parenthood Federation DFID PPA Mid-Term Independent Progress Review*. [London]: Social Development Direct; 2012.

https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_ipr_final_synthesis_report_2012_with_annexes.pdf. Acessado: 3 de julho de 2019.

Ugaz J, Chatterji M, Gribble JN, Banke K. Is household wealth associated with use of long-acting reversible and permanent methods of contraception? A multi-country analysis. *Glob Health Sci Pract*. 2016;4(1):43-54. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00234>

UNFPA. Worlds Apart: Reproductive health in an age of inequality. State of the World Population 2017. New York: UNFPA; 2017. https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/UNFPA_PUB_2017_EN_SWOP.pdf. Acessado: 3 de julho de 2019.

United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). Geneva: CESCR; 2009. <https://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>. Acessado: 2 de julho de 2019.

United States Agency for International Development (USAID). Equity in health. USAID website. <https://www.usaid.gov/global-health/global-health-newsletter/equity-in-health>. Publicado em 2 de janeiro de 2018. Atualizando em 3 de julho de 2019. Acessado: 3 de julho de 2019.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>

Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1. Copenhagen, Denmark: OMS; 2006. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf. Acessado: 3 de julho de 2019.

Organização Mundial das Nações Unidas (OMS). The state of inequality reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: OMS; 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164590/9789241564908_eng.pdf. Acessado: 3 de julho de 2019.

Organização Mundial das Nações Unidas (OMS). Health equity. Website da OMS. https://www.who.int/topics/health_equity/en/. Acessado: 3 de julho de 2019.

Wirth ME, Balk D, Delamonica E, Storygard A, Sacks E, Minujin A. Setting the stage for equity-sensitive monitoring of the maternal and child health Millennium Development Goals. *Bull World Health Organ*. 2006;84:519-527. <https://doi.org/10.2471/blt.04.019984>

Wumenu J, Reichwein B, Ngo TD, Footman K. Measuring poverty for optimal FP2020 programming. London: Marie Stopes International; 2015. <https://mariestopes.org/media/2123/measuring-poverty-for-optimal-fp2020-programming.pdf>. Acessado: 3 de julho de 2019.

Wyatt R, Laderman M, Botwinick L, Mate K, Whittington J. Achieving health equity: A guide for health care organizations. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Health-Equity.aspx>. Acessado: 3 de julho de 2019.

Anexo 1 - Menções à Equidade nos Resumos PGI

Diversos resumos PGI desenvolvidos a partir de junho de 2019 mencionam equidade. Uma revisão de como equidade é incluída nos resumos é instrutiva para orientar uma inclusão mais sistemática que faça avançar a equidade. Conforme mostrado na Tabela A1, dos oito resumos PGI de fornecimento de serviços, cinco mencionam que a prática melhora várias dimensões da equidade (os resumos sobre Agentes comunitários de saúde, Marketing social, Serviços itinerantes, Franquias sociais e Drogarias e farmácias mencionam equidade, ao passo que resumos sobre Planejamento familiar no pós-parto imediato, Cuidados pós-aborto e Planejamento familiar e integração de vacinação não mencionam equidade). Dos seis resumos PGI de ambientes favoráveis, três mencionam equidade (os resumos sobre Financiamento público doméstico, Gestão da cadeia de suprimento e Educação de meninas mencionam equidade, enquanto os resumos sobre a geração de compromisso [Gerar compromisso], e Líderes e gestores não mencionam equidade). Dos três resumos PGI sobre Mudança social e comportamental, Mídias de massas, Saúde digital para mudança social e de comportamento; e Engajamento de grupos comunitários, nenhum menciona equidade. Dos três PGI de Melhorias (Cupons, Serviços contraceptivos amigáveis para adolescentes e Saúde digital), todos mencionam aspectos da equidade. O resumo de evidências sobre educação de meninas também menciona equidade.

As esferas econômica, social e geográfica da equidade são mencionadas nos resumos PGI. Por exemplo, entre os PGIs de Prestação de Serviços, o resumo Agentes comunitários de saúde observa a importância da prática no tratamento de barreiras de acesso geográfico causadas por escassez de trabalhadores de saúde, barreiras financeiras, barreiras sociais que inibem o uso e a mobilidade restringida por normas sociais. Os resumos Marketing social, Serviços itinerantes e Drogarias e farmácias afirmam que aquelas práticas tratam tanto de barreiras geográficas quanto socioeconômicas (idade e gênero). O resumo Franquias sociais menciona alcançar os jovens e o resumo Cupons² menciona a abordagem de barreiras de idade e educação em adição à equidade econômica. Entre os resumos de Ambiente Favorável o resumo Financiamento público doméstico incluem equidade em sua teoria de mudança, observando que aumentar a equidade será um dos resultados de aumentar recursos domésticos (embora o resumo não diga como). O resumo sobre educação de meninas observa que realizar tal coisa “ajuda a equidade de gênero ao aumentar a ação e empoderar meninas para se engajarem na tomada de decisão que afeta suas famílias e o desenvolvimento de suas comunidades”. Dos dois PGI Melhorias, o resumo Serviços contraceptivos amigáveis para adolescentes menciona equidade de gênero e o resumo Saúde digital menciona a segmentação de usuárias/os em grupos, o que se aproxima a equidade.

Tabela A1. Menções à Equidade em Resumos PGI Desenvolvidos a partir de Janeiro de 2019

| Resumo PGI | Dimensões de Equidade | Declarações-Chave sobre Equidade e Seção do Resumo PGI | Evidência |
|--|---|---|---|
| Prestação de Serviços¹ | | | |
| Agentes comunitários de saúde (ACS) | <ul style="list-style-type: none"> • Barreiras geográficas causadas por escassez de trabalhadores de saúde • Barreiras financeiras • Barreiras sociais que inibem uso • Mobilidade restringida por normas sociais | <p>“Os ACSs são especialmente importantes para reduzir as desigualdades no acesso aos serviços, trazendo informações, serviços e insumos a mulheres e homens nas comunidades onde vivem e trabalham e não exigindo que visitem os centros de saúde, que podem estar afastados ou inacessíveis.” <i>(Antecedentes)</i></p> | <p>Guatemala: as nativas foram as mulheres que utilizaram os serviços dos ACS mais frequentemente.</p> <p>Etiópia e Uganda: as/os solteiras/os foram as/os usuárias/os que mais utilizaram os serviços dos ACS</p> |
| Marketing Social | <ul style="list-style-type: none"> • Acesso geográfico • Socioeconômica (idade, gênero) | <p>“O marketing social ajuda a reduzir as disparidades geográficas e socioeconômicas no uso de planejamento familiar” <i>(Por que esta prática é importante)</i></p> <p>“O marketing social ajuda a alcançar pessoas jovens desassistidas” <i>(Por que esta prática é importante)</i></p> | <p>As análises dos dados do IDS têm mostrado que, mesmo entre as pessoas mais pobres, nos países mais pobres, um número significativo de mulheres obtém o seu método contraceptivo de uma fonte do setor privado.</p> <p>Os adolescentes geralmente preferem obter métodos contraceptivos de fontes do setor privado, que tendem a fornecer mais anonimato do que as fontes do setor público</p> <p>O marketing social fornece serviços subsidiados para melhorar a acessibilidade aos pobres e jovens (p.ex. em Bangladesh).</p> |

Tabela A1. Menções à Equidade em Resumos PGI Desenvolvidos a partir de Janeiro de 2019

| Resumo PGI | Dimensões de Equidade | Declarações-Chave sobre Equidade e Seção do Resumo PGI | Evidência |
|-----------------------------|---|---|---|
| Franquias Sociais | <ul style="list-style-type: none"> Equidade socioeconômica (alcance étário, jovens) | <p>“As franquias sociais ajudam prestadores privados a incorporar serviços contraceptivos amigáveis a adolescentes.” <i>(Evidência de que a prática é de alto impacto)</i></p> | <p>Estudos no Quênia e Madagascar demonstraram que capacitar os franqueados em princípios que sejam amigáveis aos jovens e incluir pessoas jovens na estratégia de marketing pode aumentar o uso de contraceptivos modernos, incluindo o uso voluntário de LARCs entre jovens – tanto masculinos quanto femininos.</p> |
| Serviços Itinerantes | <ul style="list-style-type: none"> Equidade geográfica para serviços e fornecedores Equidade socioeconômica | <p>Serviços itinerantes buscam contornar desigualdades no acesso aos serviços e materiais relacionados ao planejamento familiar a fim de ajudar homens e mulheres a satisfazerem suas necessidades de saúde reprodutiva <i>(Antecedentes)</i></p> | |
| | | <p>Serviços itinerantes podem ajudar comunidades com acesso limitado às unidades e aos profissionais de saúde <i>(Que desafios esta prática aborda)</i></p> | <p>O Relatório Mundial da Saúde 2006 identificou 57 países que enfrentam grande carência de pessoal de saúde (WHO, 2006). Além de mobilizar prestadores de serviços clínicos treinados, os modelos de prestação de serviços itinerantes garantem o fornecimento de contraceptivos confiáveis e dos dispositivos e equipamentos médicos necessários para a oferta de todas as opções possíveis e viáveis de planejamento familiar.</p> |
| | | <p>Serviços itinerantes abrangem populações novas e desassistidas, levando os serviços de saúde para mais perto da/o usuária/o <i>(Que desafios esta prática aborda)</i></p> | <p>Na África subsaariana em 2012, 42% dos clientes de uma organização não governamental internacional (ONG) viviam com menos de US\$ 1,25 por dia, em comparação com 17% e 13% dos clientes de unidades de saúde de base fixa e franquias sociais, respectivamente</p> |

Tabela A1. Menções à Equidade em Resumos PGI Desenvolvidos a partir de Janeiro de 2019

| Resumo PGI | Dimensões de Equidade | Declarações-Chave sobre Equidade e Seção do Resumo PGI | Evidência |
|------------|-----------------------|--|--|
| | | <p>Quando implementados em escala e com atenção à prestação de serviços de alta qualidade, as comunidades atendidas pelos serviços itinerantes aumentam o uso de contraceptivos modernos. <i>(Qual é o impacto?)</i></p> | <p>A conclusão de um estudo realizado no Zimbábue foi de que serviços itinerantes “têm um efeito poderoso” sobre o uso de métodos contraceptivos. Após monitorar as características sociais e econômicas, os pesquisadores descobriram que a exposição a serviços itinerantes produzia efeitos da mesma magnitude sobre a utilização corrente e continuada de métodos contraceptivos do que a presença de um hospital geral na região. O estudo também constatou que unidades itinerantes de planejamento familiar tinham maior impacto entre a população pobre, pois parecem atender mulheres com pouca educação.</p> <p>Na Tunísia, um estudo teve como conclusão que, embora apenas um quarto do orçamento operacional nacional de planejamento familiar tenha apoiado o programa de serviço itinerante, as unidades móveis contribuíram com um terço da produção total do programa nacional. Ainda mais significativo é que as unidades móveis contribuíram com parte ainda maior de atividades do programa nacional em zonas rurais e desempenharam um papel fundamental na expansão da cobertura geográfica dos serviços de planejamento familiar</p> |

Tabela A1. Menções à Equidade em Resumos PGI Desenvolvidos a partir de Janeiro de 2019

| Resumo PGI | Dimensões de Equidade | Declarações-Chave sobre Equidade e Seção do Resumo PGI | Evidência |
|--|--|---|---|
| <p>Drogarias e Farmácias</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Equidade geográfica – áreas desassistidas • Equidade socioeconômica – etário (alcance de jovens) e gênero (alcance de homens) | <p>As drogarias, em particular, removem os obstáculos do acesso ao planejamento familiar em áreas carentes (<i>Por que esta prática é importante?</i>)</p> <hr/> <p>As drogarias e farmácias são preferidas por algumas populações marginalizadas ou carentes, incluindo homens e jovens (<i>Qual é o impacto?</i>)</p> | <p>Em países onde são permitidas drogarias, elas geralmente são mais comuns do que as farmácias, o que pode reduzir as barreiras de transporte e a distância. Estudos mostram que as/os usuárias/os muitas vezes percebem os prestadores privados, como operadores de drogarias, mais aceitáveis do que as clínicas do setor público</p> <hr/> <p>As drogarias são convenientes para os homens e rapazes que possam estar menos dispostos a ir para clínicas ou farmácias, especialmente se eles têm de percorrer longas distâncias.</p> <p>Os homens na Índia citaram as farmácias como a sua principal fonte para a obtenção de preservativos.</p> <p>Estudos da Zâmbia, El Salvador, Estados Unidos e Reino Unido mostraram que os jovens estão mais confortáveis em obter contraceptivos nas farmácias do que em clínicas, que consideram mais intimidantes e julgadoras.</p> <p>Em Bangladesh, a maioria dos adolescentes com idade entre 10-18 anos usa contraceptivos socialmente comercializados, obtidos através de farmácias, em comparação com menos de um terço das mulheres com 19 anos de idade e mais velhas</p> |
| <p>Ambiente Favorável²</p> | | | |

Tabela A1. Menções à Equidade em Resumos PGI Desenvolvidos a partir de Janeiro de 2019

| Resumo PGI | Dimensões de Equidade | Declarações-Chave sobre Equidade e Seção do Resumo PGI | Evidência |
|--|------------------------------|---|--|
| Financiamento público doméstico | Não especificado | A Teoria da Mudança observa que o aumento da equidade será um resultado do aumento dos recursos domésticos. | |
| Gestão da cadeia de suprimentos (GCS) | Não especificado | Fortalecer cadeias de suprimento até a última instância. A distribuição baseada na comunidade (DBC) oferece o potencial para aumentar significativamente o acesso e uso de serviços de planeamento familiar, especialmente por parte de grupos carentes. Embora esses programas tenham estabelecido de forma frequente, mecanismos para treinar e supervisionar os agentes de DBC, eles costumam alocar recursos limitados para GCS. Programas de DBC têm características próprias que exigem considerações únicas de cadeias de suprimento, incluindo o nível de instrução do distribuidor e, condição de voluntário ou a tempo parcial, e o acesso para reabastecer. Programas de DBC têm características próprias que exigem considerações únicas de cadeias de suprimento, incluindo o nível de instrução do distribuidor e, condição de voluntário ou a tempo parcial, e o acesso para reabastecer. <i>(Como fazer. Dicas da experiência em implementação)</i> | |
| Educação de meninas | Social | Embora as desigualdades de gênero na educação estejam diminuindo [elas ainda requerem atenção]. Os governos e seus aliados podem investir em mudanças estruturais que facilitem o acesso à educação formal tais como as normas de gênero, o empoderamento econômico e a promoção de comportamentos saudáveis. <i>(Contexto)</i> | A UNESCO estima que apenas 29% das crianças em idade escolar para o ensino fundamental vive em países que atingiram a paridade de gênero (i.e., igual participação de meninas e meninos na escola) nos últimos anos do ensino fundamental, e apenas 15% vive em países onde há paridade de gênero no ensino médio. |

Tabela A1. Menções à Equidade em Resumos PGI Desenvolvidos a partir de Janeiro de 2019

| Resumo PGI | Dimensões de Equidade | Declarações-Chave sobre Equidade e Seção do Resumo PGI | Evidência |
|------------|-----------------------|--|--|
| | | Investimentos complementares em educação e planejamento familiar podem acelerar a transição de fecundidade e facilitar o desenvolvimento. <i>(Qual é o impacto?)</i> | Um modelo de projeção demográfica com dados da Índia previu que os investimentos em programas tanto educacionais quanto de planejamento familiar teriam maior impacto na desaceleração do crescimento da população do que investir em apenas um aspecto, e que esses investimentos, quando feitos em conjunto, teriam efeitos de longo alcance na equidade de gênero e no crescimento econômico. |
| | | Engajar comunidades para mudar as normas sociais que desvalorizam meninas e sua educação. <i>(Que ações contribuem para manter as meninas na escola?)</i> | <p>Em um estudo com sete países africanos, quase a metade dos pais entrevistados acreditavam que a escolarização das meninas tinha desvantagens.</p> <p>As meninas perdem sua motivação para ir à escola pela falta de apoio social, como, por exemplo, os funcionários dando maior apoio aos meninos do que às meninas, os professores acreditando que disciplinas como a matemática são menos importantes para meninas do que para meninos, o assédio dos meninos, e os meninos não reconhecendo que as meninas não são tratadas com equidade</p> <p>As abordagens de envolvimento da comunidade podem abordar essas barreiras colocando a ênfase no valor das meninas e nos benefícios de sua educação; promovendo uma distribuição das tarefas domésticas com equidade de gênero; envolvendo pais, meninas e comunidades para garantir a segurança das meninas; e oferecendo uma estrutura de apoio para que as meninas continuem a estudar.</p> |
| | | Ambiente político. O setor da saúde também tem um papel importante na criação de um ambiente político | |

Tabela A1. Menções à Equidade em Resumos PGI Desenvolvidos a partir de Janeiro de 2019

| Resumo PGI | Dimensões de Equidade | Declarações-Chave sobre Equidade e Seção do Resumo PGI | Evidência |
|------------|-----------------------|---|-----------|
| | | <p>que apoie a educação das meninas. Eis alguns exemplos das contribuições que o setor da saúde pode fazer: Defesa de políticas públicas baseadas na equidade de gênero e em favor da educação para todos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reivindicação junto aos Ministérios da Educação, Gênero e Juventude da remoção de barreiras políticas que impossibilitam o retorno das meninas à escola depois do abandono escolar, casamento ou gravidez. • Trabalho junto aos Ministérios da Educação e da Saúde para implementar políticas que eliminem as práticas de casamento infantil, que representa uma barreira para a educação de meninas; para encorajar o desenvolvimento dessas políticas; e para apoiar programas que impeçam o casamento infantil ou cuidem das necessidades das adolescentes casadas. <p>Ambiente Escolar. Os esforços para melhorar a qualidade do ambiente escolar vão além do âmbito do setor da saúde. Eis algumas das contribuições que o setor da saúde pode fazer em colaboração com o setor da educação para melhorar o ambiente escolar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redução da violência baseada em gênero nas escolas para gerar ambientes escolares de apoio às meninas. | |

Tabela A1. Menções à Equidade em Resumos PGI Desenvolvidos a partir de Janeiro de 2019

| Resumo PGI | Dimensões de Equidade | Declarações-Chave sobre Equidade e Seção do Resumo PGI | Evidência |
|--|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Capacitação de professores em métodos de ensino baseados na equidade de gênero. • Apoio a programas de promoção de professoras e mulheres como tutoras das meninas nas comunidades. <p><i>(Como o setor de saúde pode contribuir para manter as meninas na escola)</i></p> | |
| Mudança social e comportamental³ | | Nenhum resumo em mudança social e comportamental menciona equidade | |
| Melhoria | | | |
| Cupons | <ul style="list-style-type: none"> • Iniquidade econômica e social (p.ex. educação) | Ofereça cupons aos usuárias/os para facilitar o acesso equitativo e a escolha voluntária de serviços contraceptivos. <i>(Definição da prática)</i> | |
| | | [Cupons] são usados como um mecanismo de financiamento e uma ferramenta programática para melhorar o acesso equitativo e aumentar o uso de produtos e serviços essenciais de saúde. <i>(Antecedentes)</i> | Ensor T, Ronoh J. Effective financing of maternal health services: a review of the literature. Health Policy. 2005;75(1):49-58. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.02.002 |
| | | Além de podem reduzir barreiras financeiras, os cupons orientados a grupos específicos da população ajudam a garantir que os subsídios cheguem a indivíduos que podem ser menos propensos e capazes de usar serviços e produtos de planejamento familiar. <i>(Antecedentes)</i> | |
| | | Os cupons podem apoiar a implementação de diversas PGIs (Tabela 1). Eles podem ajudar os programas de | Mesmo quando serviços de saúde são tidos como gratuitos, ainda podem existir barreiras financeiras. |

Tabela A1. Menções à Equidade em Resumos PGI Desenvolvidos a partir de Janeiro de 2019

| Resumo PGI | Dimensões de Equidade | Declarações-Chave sobre Equidade e Seção do Resumo PGI | Evidência |
|------------|-----------------------|---|---|
| | | planejamento familiar a remover barreiras e expandir o acesso de usuárias/os a mais opções contraceptivas, incluindo aquelas que podem ser muito caras ou de outro modo pouco acessível para as/os usuárias/os. <i>(Como os cupons podem melhorar as PGIs?)</i> | Por exemplo, uma pesquisa em sete países na América Latina e do Caribe, onde o planejamento familiar é largamente autorizado gratuitamente para usuárias/os em instalações do setor público revelou que gastos de próprio bolso das/os usuárias/os eram uma fonte significativa de financiamento de planejamento familiar. |
| | | | Uma revisão sistemática concluiu que os “cupons podem ampliar a escolha das/os usuárias/os ao reduzir barreiras financeiras a serviços contraceptivos e fazer com que os prestadores privados sejam uma opção para usuárias/os desfavorecidas/os anteriormente restringidos por custo. |
| | | | Evidências de programas de cupons mostram consistentemente que, quando um programa de cupons reduz ou remove o custo para a/o usuária/o de métodos dependentes do prestador, o uso de métodos dependentes do prestador aumenta enquanto o uso de outros métodos se mantém igual ou aumenta. |
| | | Cupons melhoram o acesso a contraceptivos por parte de grupos-chave de população <i>(Como os cupons podem melhorar as PGIs?)</i> | Uma revisão de 24 programas de cupons em 11 países na África e na Ásia entre 2005 e 2015 revelou que a maioria dos programas teve sucesso em alcançar subgrupos, tal como o de consumidores pobres e jovens (menores de 25 anos), apesar de que este resultado dependeu de como foram enfocados e de como os beneficiários foram identificados. |

Tabela A1. Menções à Equidade em Resumos PGI Desenvolvidos a partir de Janeiro de 2019

| Resumo PGI | Dimensões de Equidade | Declarações-Chave sobre Equidade e Seção do Resumo PGI | Evidência |
|------------|-----------------------|---|--|
| | | Cupons também podem alcançar outros grupos desfavorecidos, tais como aqueles com pouca ou nenhuma educação (<i>Como cupons podem aprimorar PGIs?</i>) | Por exemplo, em Uganda, onde apenas 23% das mulheres sem qualquer educação formal e 34% das mulheres com educação primária usam um método moderno, ²⁶ um programa de cupons facilitou o acesso a planejamento familiar para 330.826 mulheres, 79% das quais não tinha qualquer educação ou apenas a primária. |
| | | Cupons facilitam acesso a prestadores privados (<i>Como cupons podem aprimorar PGIs?</i>) | Os cupons podem ampliar o acesso ao setor privado a grupos que podem estar enfrentando desafios de acessibilidade devido a custos proibitivos, tais como indivíduos de baixa renda ou adolescentes |
| | | Os programas de cupons criam acesso equitativo a serviços de planejamento familiar? (<i>Questões prioritárias de pesquisa</i>) | Engajar o setor privado também pode expandir a cobertura geográfica e/ou o acesso a uma escolha de métodos contraceptivos mais ampla. |

Tabela A1. Menções à Equidade em Resumos PGI Desenvolvidos a partir de Janeiro de 2019

| Resumo PGI | Dimensões de Equidade | Declarações-Chave sobre Equidade e Seção do Resumo PGI | Evidência |
|--|--|---|---|
| <p>Serviços Contraceptivos Amigáveis para Adolescentes (SCAA)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Social | <p>Normas de gênero (<i>Quais desafios os países podem enfrentar com a ajuda dos SCAA?</i>)</p> | <p>Normas de gênero que idealizam a ignorância sexual para as meninas e proezas sexuais para os meninos existem no mundo todo e podem impedir o acesso das jovens a informação e serviços e comprometer sua capacidade de negociar os termos de relações sexuais.</p> <p>Prestadores de serviços muitas vezes reforçam estas normas de desigualdade de gênero ao se recusarem a fornecer métodos anticoncepcionais a meninas adolescentes solteiras, mesmo quando solicitado.</p> <p>As meninas adolescentes casadas, frequentemente, enfrentam obstáculos diferentes devido a seu isolamento social, falta do poder, mobilidade limitada e pressões para provar sua fertilidade, ficando grávida cedo e com frequência.</p> <p>Como forma de apoio a estas normas sociais e de gênero, prestadores de serviço podem não fornecer métodos contraceptivos a meninas adolescentes casadas ou restringir a oferta de métodos de longa duração até que tenham tido filho.</p> <p>Já dos rapazes, espera-se que estejam bem informados sobre sexo, tornando-se difícil para eles buscar informações; eles também podem enfrentar barreiras estruturais no acesso a serviços, que são normalmente direcionados às mulheres.</p> |

Tabela A1. Menções à Equidade em Resumos PGI Desenvolvidos a partir de Janeiro de 2019

| Resumo PGI | Dimensões de Equidade | Declarações-Chave sobre Equidade e Seção do Resumo PGI | Evidência |
|----------------------|-----------------------|--|---|
| | | Normas de gênero (<i>Quais desafios os países podem enfrentar com a ajuda dos SCAA?</i>) | Não enfrentar questões como o baixo status social da mulher, sua dependência econômica e poder limitado de decisão, a importância da negociação sexual como recurso econômico para meninas novas, além de normas sociais de masculinidade levou ao fracasso um grande esforço de melhoria na prestação de serviços de saúde reprodutiva na Tanzânia, que não teve capacidade de impactar o uso de métodos contraceptivos entre jovens. |
| | | Prestar atenção às normas sociais e de gênero para garantir que investimentos em SCAA sejam bem sucedidos. (<i>Dicas da experiência</i>) | Meninas adolescentes terão acesso a métodos contraceptivos em contextos em que normas de gênero tenham sido transformadas para permitir que elas adquiram conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e se sintam autorizadas a acessar os serviços (McCleary-Sills et al., 2012). Meninos adolescentes terão acesso a métodos contraceptivos em contextos em que rapazes sintam algum senso de responsabilidade para planejar gravidez. |
| Saúde Digital | • Múltiplo | Reúna informações sobre e a partir de usuárias/os pretendidos nas intervenções digitais | <p>Isto inclui questões relativas a como as partes interessadas atualmente entendem e usam a tecnologia (incluindo os tipos de tecnologia que usam e preferem e como pagam por esse uso), assim como as barreiras que enfrentam e que uma solução digital deve atender.</p> <p>A segmentação de usuárias/os em subcategorias (p. ex., homens/mulheres, educados/não educados) pode oferecer descobertas sobre importantes diferenças que poderiam influenciar o projeto da intervenção digital.</p> |

Tabela A1. Menções à Equidade em Resumos PGI Desenvolvidos a partir de Janeiro de 2019

| Resumo PGI | Dimensões de Equidade | Declarações-Chave sobre Equidade e Seção do Resumo PGI | Evidência |
|---|-----------------------|--|--|
| | | | <p>Uma vez definido que uma solução digital é apropriada para a solução de um certo problema, engaje as 70s usuárias/os, assim como outras partes interessadas, no projeto e teste da ferramenta. Este procedimento pode ajudar a criar intervenções mais apropriadas e intuitivas que sejam mais propensas a serem adotadas, ao passo que não fazer isto pode significar revisões custosas e periódicas mais tarde.</p> |
| <p>¹ Resumos de Prestação de Serviços que não mencionam equidade: Planejamento familiar pós parto, PAC e Planejamento familiar e integração da vacinação integração de imunização.</p> <p>² Resumos de Ambiente Favorável que não mencionam equidade: Gerar compromisso, Políticas, e Líderes e gestores.</p> <p>³ Nenhum resumo em Mudança social e comportamental menciona equidade.</p> | | | |