

**Promoção de saúde, Juventude e Cidadania**

**Empoderamento de mulheres em saúde reprodutiva: treinamento  
e pesquisa**

**Avaliação dos projetos de mulheres e jovens implementados pela  
Gestão Comunitária – Instituto de Investigação e Ação Social**

**Women's Front of Norway e FOKUS**

**Relatório preliminar**

**Janeiro de 2002**

## **Conteúdo**

Agradecimentos

## **Sumário Executivo**

Antecedentes

Pontos fortes e realizações

Dificuldades e desafios

### **1. Introdução**

- 1.1 Objetivos dos projetos
- 1.2 Propósito da avaliação
- 1.3 Metodologia da avaliação
- 1.4 Esquema de atividades da avaliação
- 1.5 Limitações

### **2. Resultados**

- 2.1 Instituição implementadora
- 2.2 Contexto comunitário
- 2.3 Desenvolvimento e gerenciamento de projetos
- 2.4 Implementação das atividades planejadas
- 2.5 Impactos e resultados
- 2.6 Colaboração institucional

### **3. Conclusões e recomendações**

Anexos

Anexo 1 – Termos de referência

Anexo 2 – Currícula vitae da equipe de avaliadores

Anexo 3 – Documentos revisados

Anexo 4 – Apresentação: um panorama dos objetivos da Gestão, atividades e a situação das favelas na Grande Tijuca<sup>1</sup>

Anexo 5 – Apoios à Gestão, por fontes : 1998-2001

---

<sup>1</sup> Nota da trad.: Os anexos 4 e 5 não trazem texto; devem estar em vias de elaboração.

## **Agradecimentos**

As avaliadoras gostariam de agradecer a todos da Gestão Comunitária e às equipes das secretarias de governo e instituições com quem se encontraram, pelo tempo dedicado, abertura e generosa hospitalidade. Agradecemos também aos educadores de jovens, aos educadores comunitários e aos agentes por sua inestimável e positiva contribuição a esta avaliação e às mulheres e jovens das comunidades da Formiga, Borel, Casa Branca e Chácara do Céu. Agradecimentos especiais à Marize Bastos da Cunha por toda a energia investida e ajuda prática e à Cecília Campello do Amaral Mello, pelos excelentes serviços de tradução. A líder da equipe também gostaria de expressar sua apreciação à Agnete Strom, da Women's Front of Norway, pelo seu apoio.

## **SUMÁRIO**

### **Antecedentes**

A Women's Front of Norway (WFN) e o Forum for Women and Development (FOKUS) forneceram apoio à Gestão Comunitária Instituto de Investigação e Ação Social, uma organização não-governamental do Rio de Janeiro, Brasil, para a implementação de um projeto de mulheres e um projeto de jovens. Cada projeto foi financiado por dois anos, o projeto de mulheres de 1998 a 1999 com fundos do NORAD e o projeto dos jovens de 2000 a 2001, com fundos do Operation a Dayswork (OD).

Esta colaboração terminou em dezembro de 2001, com o final do período de financiamento para o projeto de jovens. Não haverá mais apoio do OD ou do NORAD, uma vez que o financiamento para o projeto de mulheres é limitado e a WFN e o FOKUS devem manter um equilíbrio entre as necessidades dos projetos parceiros existentes e a oferta de oportunidades para outras organizações obterem financiamento.

As avaliadoras ficaram impressionadas com a atitude extremamente positiva assumida pela equipe da Gestão em relação à avaliação - mesmo sabendo que não haveria mais financiamento do NORAD – assim como com sua vontade de aproveitar a avaliação como uma oportunidade de refletir e aprender. A equipe e os educadores comunitários estavam altamente motivados e abriram mão de uma quantidade considerável do seu tempo para o processo.

Esta seção enfatiza alguns dos principais pontos fortes e conquistas, assim como dificuldades e desafios identificados pela avaliação. Um sumário das lições-chave aprendidas e das recomendações está incluído na seção 3, seguindo a discussão sobre os resultados da avaliação.

### **Pontos fortes e realizações**

Baseada nos resultados, a equipe de avaliadoras identificou os seguintes pontos fortes e realizações. Em primeiro lugar, a Gestão deve ser felicitada por aquilo que foram capazes de fazer num ambiente difícil e desafiador. A aceitação comunitária das atividades do projeto neste ambiente é uma realização considerável. A força maior da abordagem da organização é que ela tenta traduzir uma abordagem teórica de desenvolvimento comunitário para uma ação comunitária prática. Aspectos específicos desta abordagem a serem enfatizados incluem os esforços para promover a identidade da comunidade e sua comunicação inter-geracional.

A estratégia de trabalhar com educadores comunitários também tem sido efetiva. O cuidadoso recrutamento dos educadores das comunidades, o treinamento regular e intensivo e a supervisão e apoio efetivos contribuíram

para a permanência e motivação desses educadores. Os próprios educadores têm sido o maior ponto forte dos projetos. Eles são altamente comprometidos, têm um excelente relacionamento com as comunidades em que trabalham e merecem a maior parte do crédito em relação àquilo que os projetos conseguiram atingir. A existência de uma relação positiva e mutuamente respeitosa entre a equipe da Gestão e os educadores também é clara.

Outro ponto forte do projeto é a relação positiva que a Gestão desenvolveu com o governo federal, a secretaria municipal de saúde e alguns postos de saúde. Isso permitiu à Gestão assegurar o financiamento governamental, fornecimento de preservativos e, mais especificamente, aumentar o acesso aos serviços de saúde, através da colaboração entre educadores comunitários e profissionais da saúde colaboradores. Através do projeto de jovens, a Gestão também desenvolveu bons relacionamentos com algumas escolas e professores.

O projeto também se beneficiou das parcerias efetivas e da colaboração com uma variedade de outras organizações, incluindo ONGs e instituições acadêmicas. A Gestão recorre aos especialistas, material técnico e experiência de treinamento dessas organizações, ao invés de tentar implementar cada aspecto das atividades dos projetos individualmente.

A abordagem de trabalho relativa às questões de saúde sexual e reprodutiva também reflete o compromisso da Gestão com o desenvolvimento comunitário. Ambos os projetos começaram focando questões que eram prioritárias para as mulheres e jovens e introduziram o tema da saúde sexual e reprodutiva de uma forma apropriada e relacionada ao contexto mais amplo. Os projetos e os educadores foram suficientemente flexíveis para adaptar sua abordagem às necessidades do público e enfatizaram o desenvolvimento da auto-estima e da confiança, assim como a melhoria do conhecimento e conscientização. As avaliadoras ficaram particularmente bem impressionadas com as abordagens criativas que foram desenvolvidas no trabalho com crianças com dificuldades de aprendizado nas escolas e com o esforço que os educadores fazem de trabalhar com os pais, para melhorar a comunicação entre pais e adolescentes.

Outro ponto forte é a forma como as atividades do projeto estão ligadas às atividades e estruturas pré-existentes. Atividades de conscientização foram integradas a programas de aprendizagem para adultos e conduzidas em locais em que as mulheres já se encontram e os educadores têm trabalhado através de agentes comunitários já existentes, como os agentes do programa de saúde da família. A distribuição de preservativos foi estendida através de distribuidores comunitários, como lojas e bares.

O projeto atingiu um número significativo de mulheres e jovens e aumentou seu conhecimento e conscientização sobre questões de saúde sexual e reprodutiva, assim como outras questões, como desigualdades de gênero. Os projetos também ajudaram a melhorar a auto-estima a confiança de mulheres e

de alguns dos jovens com problemas de aprendizado. Os educadores e agentes foram especialmente “empoderados” pela sua participação nos projetos; outras mulheres e jovens também, mas em menor medida.

Um número impressionante de preservativos têm sido distribuído e os educadores têm sido bem-sucedidos em aumentar a demanda por preservativos entre homens, mulheres e adolescentes. Os educadores também desempenham um papel importante ao facilitar o acesso aos serviços públicos, agindo como intermediários entre as mulheres e jovens e os postos de saúde locais. Por exemplo, eles ajudaram a aumentar o número de mulheres jovens que buscam tratamento contra DSTs e aumentaram o número de mulheres que fizeram controle para câncer de colo.

### **Dificuldades e desafios**

A abordagem holística da Gestão também é uma dificuldade, na medida em que os projetos foram implementados dentro de um programa mais amplo de desenvolvimento comunitário. Isso tornou difícil para a equipe de avaliação identificar e avaliar o impacto dos projetos individualmente e as diferentes atividades dos projetos, assim como a ausência de uma boa base de informações a partir da qual fosse possível avaliar as mudanças no comportamento ou na saúde sexual e reprodutiva. A relatoria sobre os projetos também é uma área que requer melhora, para permitir à Gestão e às pessoas de fora analisar as atividades dos projetos e seus impactos.

Os projetos não foram capazes de desenvolver fortes parcerias com alguns setores, tais como as organizações para a saúde e direitos das mulheres, igrejas, juventude e educação e parece haver um potencial para a duplicação dentro das favelas do trabalho de outras organizações fazendo um trabalho similar, sugerindo que uma maior formação de redes é necessária no nível comunitário.

Em primeiro lugar, houve muita ênfase e alocação de recursos na produção material e os materiais que foram produzidos não foram efetivamente rastreados ou avaliados.

Aspectos da implementação dos projetos que foram particularmente desafiadores e onde menos foi alcançado em relação ao proposto inicialmente, inclui conscientização dos homens, envolvimento dos professores, recrutamento dos jovens como educadores e agentes e superação de algumas barreiras quanto ao uso do preservativo. Algumas mulheres e jovens foram claramente “empoderadas”, mas isso não se desenvolveu mais amplamente numa organização formal maior ou algo que permita aos jovens e mulheres aumentar sua participação na sociedade civil.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Objetivos do projeto

Tanto os projetos das mulheres como o dos jovens focou-se no “empoderamento”, através de ações com o objetivo de melhorar a saúde sexual e reprodutiva, apoio à organização popular e fortalecimento da participação das mulheres e dos jovens na sociedade civil.

Os objetivos específicos do projeto das mulheres, *Empoderamento de mulheres em saúde reprodutiva: treinamento e pesquisa*, inclui:

- Troca de informações para encorajamento e discussão do universo sócio-cultural das mulheres;
- Promoção de consciência e conhecimento relativo à saúde sexual e reprodutiva e acesso a serviços;
- Capacitação de lideranças femininas e outras agentes comunitários para desempenhar um papel em assuntos de políticas públicas relativos à promoção da saúde e à igualdade de gênero.
- Promoção de conscientização em relação a temas de saúde sexual e reprodutiva, assim como desigualdade social e de gênero, entre equipes de organizações governamentais e não-governamentais.

Os objetivos específicos do projeto dos jovens *Promoção de saúde, Juventude e Cidadania* incluía:

- Mobilização de jovens e discussão de temas como desigualdade social e de gênero;
- Promoção de conscientização e conhecimento relativo à saúde sexual e reprodutiva e acesso a serviços;
- Troca de informações e discussão sobre o universo sócio-cultural dos jovens;
- Empoderamento dos jovens através da auto-promoção e organização civil.

## 1.2 Propósito da avaliação

O NORAD e a OD requisitaram uma avaliação externa dos projetos, de modo a determinar quais as lições que poderiam ser aprendidas a partir da implementação dos projetos sobre abordagens para “empoderar” mulheres e jovens em relação à saúde sexual e reprodutiva e a partir da parceria entre a Gestão Comunitária: Instituto de Investigação e Ação Social e a WFN e o FOKUS (ver Termos de Referência – Anexo 1).

Os objetivos específicos da avaliação foram:

- Analisar as realizações e pontos fortes que contribuíram para os sucessos;
- Analisar as limitações e constrangimentos que limitaram a capacidade dos projetos em resolver as questões desafiadoras;

- Ganhar “insight” sobre as experiências e aspectos do processo das perspectivas individual, organizacional e social;
- Entender a instituição implementadora, seus objetivos e atividades e o contexto no qual trabalha;
- Avaliar como perspectivas feministas e de gênero informaram as respostas dos projetos às necessidades das mulheres e jovens.

Para a Gestão, o propósito da avaliação foi o de fornecer uma oportunidade para refletir, aprender lições, obter “feedback”, elaborar sua experiência e usá-la para obter apoio financeiro no futuro.

Essas dificuldades estão fortemente associadas ao contexto comunitário de destituição social, falta de oportunidades educacionais e de trabalho, discriminação e marginalização e tráfico de drogas. Embora não seja realista esperar que os projetos individualmente possam solucionar essas questões mais amplas, a Gestão precisa desenvolver estratégias que articulem as realizações até agora conquistadas, que apóiam e fortalecem a organização e a defesa das comunidades.



### **1.3 Metodologia da Avaliação**

A avaliação foi conduzida no Rio de Janeiro, entre 12 e 20 de novembro de 2001 por uma equipe de duas consultoras independentes, Kathy Attawell, do Reino Unido e Simone Diniz, do Brasil (ver currícula vitae no Anexo 2).

A avaliação se propôs a considerar de maneira específica:

- A importância das perspectivas centradas nas mulheres e nos jovens, especialmente perspectivas que olhem para experiências, valores, informações e questões, do ponto de vista das mulheres e jovens cuja vida é afetada.
- O contexto social diverso e complexo, especificamente a variedade de grupos sociais direta e indiretamente envolvidos nos projetos – membros das comunidades, em particular mulheres e jovens, equipe profissional, educadores comunitários e outros agentes e instituições como escolas locais, ONGs e serviços de saúde pública; e os fatores que influenciam a implementação dos projetos – desigualdades sociais e marginalização, valores sócio-culturais, mudanças no contexto político, dinâmica comunitária, relacionamentos e redes, e o papel dos atores tais como políticos, agentes da lei e lideranças comunitárias formais e informais.

A equipe de avaliadoras revisou as propostas dos projetos e as publicações, relatórios e registros das atividades (ver Documentos revisados no Anexo 3) e obteve informação qualitativa através de encontros com a equipe do projeto e educadores comunitários, discussões com mulheres e jovens e observação direta das atividades do projeto, como descrito no esquema de atividades abaixo. As questões apresentadas nos termos de referência (ver anexo 1) foram usadas como guias para reuniões e discussões.

### **1.4 Esquema de atividades da avaliação**

Segunda-feira, 12 de novembro:

- Encontro com a equipe da gestão – para introduzir e planejar a avaliação, começar discussões com a equipe do projeto, revisar os registros de monitoramento e relatórios de projetos e identificar as informações adicionais requeridas pela equipe de avaliadoras.

Terça-feira, 13 de novembro:

- Encontro com Dra. Rosalie Magalhães, da Escola Nacional de Saúde Pública, pesquisadora em saúde pública em comunidades de baixa renda e consultora da Gestão – para discutir a situação em saúde reprodutiva e HIV/DSTs, incluindo conhecimento, consciência e acesso aos serviços por mulheres e jovens nas favelas, e sua percepção sobre a Gestão e os projetos.
- Encontro com Sandra, educadora comunitária e Glória, supervisora dos educadores comunitários da Gestão, para discutir a seleção, treinamento, apoio e papel dos educadores comunitários e sua percepção sobre os projetos.

- Visita à comunidade da Formiga – para observar Edna, educadora comunitária, facilitar um grupo de discussão com mulheres e jovens que freqüentam um programa do governo que estimula jovens e adultos a completar sua educação básica e se encontrar com os participantes do grupo.

Quarta-feira, 14 de novembro:

- Visita à escola CAMPI – para observar Lourdes, educadora de jovens empregada pela Gestão, conduzir uma oficina com jovens usando música e teatro e encontrar com os jovens.
- Visita à Escola Municipal Barão de Itacurussá – para observar Lourdes conduzir uma oficina com jovens usando música e para encontrar com os jovens e seus professores.

Quinta-feira, 15 de novembro:

- Visita às comunidades do Borel e Chácara do Céu – para encontrar com as mulheres das comunidades e discutir os projetos com os educadores e agentes comunitários.

Sexta-feira, 16 de novembro:

- Encontro com Dr. Leila, do posto de saúde Heitor Beltrão, que serve às comunidades do Borel e da Formiga, para discutir questões de saúde sexual e reprodutiva que afetam essas comunidades, serviços de saúde e sua percepção sobre os projetos.
- Encontro na Gestão – para obter informações adicionais sobre os projetos.
- Encontro com Dr. Marli Maquis da Cruz, da Secretaria Municipal de Saúde – para discutir questões de saúde sexual e reprodutiva e obter a percepção do governo sobre o projeto.

Sábado, 17 de novembro

- Observação de um evento público da Gestão e apresentação das atividades do projeto, incluindo esquetes, teatro e música apresentados por educadores comunitários, mulheres e jovens.

Domingo, 18 de novembro

- Revisão da equipe de avaliadoras sobre os resultados e preparação da apresentação do “feedback”.

Segunda-feira, 19 de novembro

- Encontro com a Gestão – para esclarecer questões importantes e perguntas.
- Observação do lançamento do vídeo comunitário “Condutores de Memória”, desenvolvido pela Agenda Social do Rio com apoio técnico e participação da Gestão e outras ONGs.

Terça-feira, 20 de novembro:

- Apresentação, pela equipe de avaliadoras, dos resultados da avaliação à equipe da Gestão e aos educadores comunitários, “feedback” e discussão.

## 1.5 Limitações

A avaliação foi limitada pelas seguintes questões:

- O curto período de tempo, o que significou que a equipe só conseguiu se encontrar com uma amostra limitada de mulheres e jovens das comunidades e outros respondentes-chave. A isto se somou os feriados públicos e uma greve dos trabalhadores de saúde, que representou a possibilidade de visitar apenas um posto de saúde.
- Ausência de informação de base e indicadores claramente mensuráveis, o que tornou difícil quantificar o progresso e impacto dos projetos.
- Problemas para obter informações claras e consistentes nos relatórios dos projetos sobre número de atividades implementadas e número de indivíduos alcançados.
- A evolução do projeto das mulheres a partir do projeto da AIDS e do projetos de jovens a partir do projeto das mulheres, abordagens similares usadas por todos esses projetos e a sobreposição entre projetos concorrentes, por exemplo, entre o projeto dos jovens e o projeto de educação complementar, tornaram difícil identificar as atividades e realizações de cada projeto individualmente. Em quase todos os casos os respondentes descreveram os resultados do programa geral de trabalho da Gestão, ao invés de se referirem aos resultados dos projetos separadamente.

## 2. Resultados

### 2.1 Instituição implementadora

#### História

A Gestão Comunitária: Instituto de Investigação e Ação Social (Gestão) se estabeleceu como uma organização não-governamental autônoma em 1997, através do Contadores de História, um grupo de indivíduos com um passado de pesquisa em comunidades, história e “contação” de estória.

Inicialmente, a Gestão implementou atividades, em particular o projeto Comunidades na luta contra a AIDS, em parceria com a Ação Comunitária Pró-favela, uma organização ligada à Igreja Católica e à Universidade Federal do Rio de Janeiro. O Comunidades na luta contra a AIDS começou em 1995 na Grande Tijuca, uma área com muitas favelas onde a equipe da Gestão já tinha realizado trabalhos de resgate da história local e desenvolvido boas relações com as comunidades.

Mais recentemente, a Gestão vem implementando projetos, incluindo o de mulheres e de jovens apoiados pelo NORAD e OD, independentemente do Ação Comunitária Pró Favela.

#### Objetivos e atividades

O principal objetivo da Gestão é permitir às pessoas das comunidades de favelas participarem integralmente da sociedade civil, através do desenvolvimento e organizações locais e “empoderamento” individual e civil. A organização pretende fazer isso articulando pesquisa – “investigação” - com ação social – “Ação Social”.

As atividades de pesquisa focam-se em : desenvolvimento institucional; programas de monitoramento de desenvolvimento social; pesquisa técnica; publicações e consultorias. As atividades de ação social focam-se em: saúde e meio ambiente; juventude e cidadania; cultura, história e memória; organização e desenvolvimento local e educação complementar.

Os públicos-alvo da organização são mulheres, crianças, jovens, idosos, lideranças comunitárias, educadores e agentes e a comunidade de um modo geral. Outros projetos da Gestão, além do *Comunidades na luta contra a AIDS*, o *Empoderamento de mulheres em saúde reprodutiva e promoção de saúde* e o *Juventude e Cidadania*, inclui os projetos Condutores de Memória e o Centro de Educação Complementar.

A Gestão tem uma pequena equipe de seis pessoas que trabalham em tempo integral e em tempo parcial. A coordenadora do projeto, Marize de Bastos Cunha é atualmente responsável pela organização como um todo, enquanto a coordenadora-geral Patrícia Gouveia, está no Reino Unido fazendo sua tese de

doutorado. Há duas pessoas na equipe responsáveis pela supervisão do trabalho de campo e aquele dos educadores comunitários, Márcia Teixeira Pinto e Gloria Mizael e duas pessoas responsáveis pela parte financeira e administrativa, Sandra Mattos e Catarina Leon.

## **2.2. O Contexto Comunitário**

### População e problemas

A Grande Tijuca é uma área do Rio de Janeiro com aproximadamente 366.000 habitantes. Dentro da Grande Tijuca, aproximadamente 49.000 pessoas (13% do total da população da Grande Tijuca e 6% da população total do Rio) vivem em 29 favelas. A Gestão trabalha em muitas favelas da Grande Tijuca, em particular, os morros da Formiga, Casa Branca, Borel, Mata Machado e Chácara do Céu.

As favelas estão espalhadas entre as comunidades de classe média e há uma tensão considerável entre elas, assim como entre as diferentes favelas. Os problemas nas favelas incluem falta de suprimento de água, esgotamento inadequado, transporte público pobre, altos níveis de analfabetismo, desemprego e violência gerada pelas guerras entre os comandos pelos pontos de venda de drogas. Alguns entrevistados estimaram que aproximadamente 30% da economia das favelas é dependente do tráfico de drogas. A marginalização sócio-econômica daqueles que vivem nas favelas é ainda mais exacerbada pela discriminação e o racismo.

### **Saúde sexual e reprodutiva**

Essas comunidades são desproporcionalmente afetadas por problemas de saúde sexual e reprodutiva – incluindo gravidez indesejada, aborto ilegal, câncer de mama e de colo e infecções sexualmente transmissíveis – por causa da situação nas favelas e, especificamente, devido à assistência médica ser inadequada. O grau em que as mulheres das favelas sofrem com a saúde sexual e reprodutiva deficiente foi indicado pelas histórias individuais relatadas às avaliadoras, descrevendo experiências de câncer de colo, assistência obstétrica ruim e infecções sexualmente transmissíveis. Membros das comunidades também observaram que muitas jovens adolescentes não conseguem completar sua educação devido às altas taxas de gravidez entre adolescentes.

O problema da saúde sexual e reprodutiva deficiente nas favelas foi confirmado durante discussões com funcionários do governo e dos postos de saúde, que identificaram doenças sexualmente transmissíveis, tais como gonorréia, sífilis e HPV, como um problema sério no Rio de Janeiro, com taxas de infecção particularmente altas nas comunidades mais pobres. A Secretaria Municipal de Saúde estima que a incidência de HIV em mulheres grávidas é de 1% para a cidade do Rio toda, mas incidências de 6% a 9% foram encontradas em clínicas especializadas em DSTs e em emergências de hospitais. Os dados de assistência pré-natal não são desagregados por área, então não é possível dizer se a taxa de

incidência entre mulheres grávidas é maior em favelas. Porém, as estatísticas governamentais mostram que a incidência de HIV na Grande Tijuca em 1999 estava entre as mais altas da cidade e os funcionários notam que a epidemia está afetando cada vez mais pobres e mulheres.

Nem todas as favelas têm um posto de saúde. O governo tentou criar postos de saúde comunitários, mas a experiência nem sempre foi bem-sucedida. No Borel, por exemplo, o financiamento do governo para o posto de saúde foi dado para a Associação de Moradores administrar. Porém, uma vez que a associação foi controlada pelo tráfico de drogas, os funcionários da saúde temiam ir trabalhar, os agentes comunitários não foram pagos e, deste modo, as pessoas nessa comunidade preferem ir ao posto de saúde mais próximo fora da favela, do que ter um posto de saúde na própria comunidade ao qual não podem ter acesso.

A falta de acesso físico não é a única barreira ao uso dos serviços de saúde. Outras barreiras incluem a má qualidade da assistência e as atitudes negativas de muitos profissionais de saúde frente aos moradores de favelas e, em particular, às jovens adolescentes com necessidade de assistência relativa à saúde sexual e reprodutiva. Ademais, o governo está aumentando a terceirização dos serviços de saúde para o setor privado, reduzindo o alcance do controle e da necessidade de se prestar contas à comunidade.

Uma apresentação feita para as avaliadoras pela coordenadora do projeto (em português), que fornece mais informações detalhadas sobre a Gestão, seus objetivos e atividades e o contexto da favela, está incluído no Anexo 4<sup>2</sup>.

## **2.3 Desenvolvimento e administração do projeto**

### **Evolução dos projetos**

O projeto de mulheres nasceu a partir do projeto Comunidades na Luta contra a AIDS, que envolveu a distribuição de preservativos e materiais informativos e de conscientização, pelos educadores comunitários, através de visitas às casas e reuniões. A Gestão decidiu focar nas mulheres, dentro de uma estrutura mais ampla de desenvolvimento comunitário, pelas seguintes razões:

- As mulheres tendem a participar mais das ações sociais, comunitárias e democráticas no Brasil. O movimento feminista teve um papel central no processo de democratização nos anos 80 e dois movimentos sociais recentes – pela introdução de creches e a campanha contra a miséria – foram lideradas por mulheres. Em São Paulo, são basicamente mulheres que participam das campanhas populares por uma melhor oferta de serviços e postos de saúde.

---

<sup>2</sup> Nota da trad.: Não há dados no Anexo 4.

- As mulheres são mais conscientes e mais afetadas de maneira adversa pela marginalização social econômica e pelos problemas das comunidades, como alcoolismo e violência.
- Os direitos das mulheres estão relacionados aos direitos sociais e o “empoderamento” é crítico para permitir às mulheres desafiarem as desigualdades sociais e de gênero no acesso à educação, saúde e emprego.
- As mulheres podem ser “empoderadas” através de oportunidades que melhorem seu conhecimento, trabalhando como agentes comunitários e ampliando seus horizontes para além da comunidade imediata.
- As mulheres são mediadoras entre as esferas pública e privada e tendem a se envolver mais em organizações comunitárias, como igrejas.
- As mulheres podem implantar mais facilmente atividades comunitárias nas favelas. Homens que façam este tipo de trabalho podem enfrentar a oposição do tráfico de drogas que controla a comunidade.

A equipe atual da Gestão acredita que o ímpeto principal para o foco na juventude no segundo projeto partiu da Women’s Front of Norway, uma vez que o financiamento era disponível somente para projetos com jovens. O projeto de jovens tanto continuou como expandiu as atividades do projeto de mulheres e o “Comunidades na Luta contra a AIDS”. Os educadores comunitários continuaram seu trabalho com as mulheres nas favelas e, ao mesmo tempo, estenderam seu alcance para incluir os jovens. Atividades adicionais visando jovens em escolas também foram desenvolvidas. As atividades dos projetos de mulheres e jovens são discutidas em detalhe na seção 2.4.

#### Participação de mulheres e jovens

A equipe de avaliação avaliou a extensão em que mulheres e jovens se envolveram no planejamento e implementação dos projetos.

Uma diagnose “pré-teste” foi realizada pelo projeto “Comunidades na luta contra a AIDS” através de histórias de vida e as necessidades identificadas nessa diagnose forneceram a base para o desenvolvimento do projeto de mulheres. Não ficou claro se alguma atividade de avaliação sobre necessidades específicas foi realizada antes do início do projeto de jovens.

Os objetivos dos projetos foram delineados em comum com os educadores comunitários e eles desenvolveram e implementaram suas próprias atividades. Porém, não ficou claro se os “beneficiários” – mulheres da comunidade mais ampla e jovens – tiveram um papel ativo na determinação dos objetivos ou no desenho das atividades do projeto.

Os projetos são administrados pela equipe da Gestão e não há representação formal de mulheres ou jovens na administração ou supervisão do projeto. A equipe da Gestão interage com as comunidades através dos educadores comunitários. O relacionamento entre a equipe e os educadores é positivo, aberto e respeitoso e a impressão da equipe de avaliadoras é que os educadores são parceiros iguais no processo de tomada de decisão.

A equipe da Gestão parece ter optado pela estratégia de não “se intrometer” no trabalho dos educadores e fica claro que os educadores tomam a frente na decisão de como as atividades serão implementadas. Os educadores revêem os processos do projeto e seu próprio progresso e desenvolvem suas próprias estratégias para lidar com os problemas. Eles podem, porém, chamar a equipe da Gestão para assistência quando necessário.

## 2.4 Implementação das atividades planejadas

Um resumo das atividades planejadas e implementadas para cada projeto, baseado nas informações contidas nos relatórios dos projetos, é apresentado nas tabelas abaixo. Como observado anteriormente, as avaliadoras tiveram alguma dificuldade para analisar o número de atividades implementadas e o número de mulheres e jovens alcançados através dessas atividades, já que em alguns casos os relatórios dos projetos incluíam números diferentes.

### Projeto de mulheres (1998-1999)

<b>Atividade</b>	<b>1998 Planejado</b>	<b>1998 Realizado</b>	<b>1999 Planejado</b>	<b>1999 Realizado</b>
Participação dos educadores e agentes comunitários em atividades de treinamento	100	127	100	354
Grupos de trabalho (reuniões entre os supervisores da Gestão e os educadores comunitários)	-	22	20	18
Ajuda a agentes (apoio aos educadores comunitários para problemas específicos)	-	22	20	24
Reuniões domésticas (visitas a casas)	530	553	530	551
Encontro do grupo de mulheres	45	79	45	45
Distribuição de preservativos	108,000	128,072	108,000	96,924
Eventos especiais	15	25	15	33
Programas de rádio	18	7	18	6
Contatos informais	600	890	600	801
Encontros comunitários	98	4	4	6
Grupos de discussão	90	102	90	114



## Projeto de jovens (2000-2001)

Atividade	2000 Planejado	2000 Realizado	2001 Planejado	2001 Realizado 6 meses
Sessões de treinamento para agentes e educadores comunitários	40	73	3	5
Grupos de trabalho (reuniões entre os supervisores da Gestão e os educadores comunitários)	20	16	15	12
Ajuda aos agentes (apoio aos educadores comunitários para problemas específicos)	20	64	30	20
Reuniões domésticas (visitas a casas)	480	361	N/a	N/a
Grupos de adolescentes	96	96	50	42
Preservativos distribuídos	54,000	55,049	24,000	44,000
Eventos especiais	15	15	15	9
Palestras sobre gênero	96	80	N/a	N/a
Contatos informais	360	342	400	441
Oficinas sobre sexualidade	24	24	70	56
Grupos de discussão	90	102	90	114

Embora algumas atividades adicionais tenham sido desenvolvidas especificamente para o projeto de jovens, as atividades planejadas tanto para o projeto das mulheres, como dos jovens eram similares de um modo geral. Questões relativas à implementação dessas atividades são discutidas em maior detalhe abaixo.

### Educadores Comunitários e outros agentes

O projeto de mulheres tinha inicialmente 15 educadores comunitários. Cinco dentre estes saíram do projeto, porque a Gestão não pôde pagar os salários de todos os 15 educadores, embora eles ainda façam algum trabalho ocasional do projeto de maneira informal. Hoje há 10 educadores comunitários no projeto – 8 trabalham principalmente com mulheres e 2 que trabalham com mulheres e jovens – e 2 educadores profissionais que foram contratados especificamente para trabalhar com jovens nas escolas. Dos 12 educadores, 11 são mulheres. Uma das educadoras comunitárias é HIV-positiva e apresenta-se publicamente enquanto tal. Os educadores recebem um salário mínimo<sup>3</sup>, que agora é pago pelo organismo do governo relativo à saúde e à juventude<sup>4</sup>. Os projetos também usam uma rede mais ampla de agentes comunitários, que recebem um salário mínimo do governo para realizar atividades nas suas comunidades. Cada educador

<sup>3</sup> No original: “basic salary”, salário básico. Optei por traduzir por salário mínimo.

<sup>4</sup> Nota da trad.: não fica claro no original se a autora se refere ao governo federal (isto é, ao Ministério da Saúde) ou ao governo municipal (as secretarias municipais).

trabalha conjuntamente com pelo menos quatro agentes ou “multiplicadores”. Durante os projetos, a Gestão implementou atividades através de aproximadamente 60 educadores e agentes.

- Seleção e recrutamento

A maior parte dos educadores selecionados já havia feito algum tipo de trabalho comunitário anteriormente, por exemplo, através de organizações de igrejas. Os selecionados inicialmente identificaram outras mulheres como educadoras potenciais. As avaliadoras perguntaram aos educadores comunitários quais as características que consideram quando selecionam outras mulheres e o que torna alguém um bom educador comunitário. As características mencionadas incluem dinamismo, empatia, flexibilidade, compromisso, vontade de aprender, bom senso de humor, respeito e habilidade em manter informações confidenciais.

O projeto de jovens planejava originalmente treinar 40 agentes comunitários jovens. Porém, isso não ocorreu porque a Gestão não conseguiu identificar jovens com o perfil adequado que estivessem disponíveis. Isso se dá em parte porque jovens com as características apropriadas e aptidão estão freqüentemente já envolvidos com outros projetos do governo ou de ONGs, mas principalmente porque os jovens que são vistos como “modelos” ou “líderes” pelos outros jovens são freqüentemente aqueles envolvidos com o tráfico de drogas. Embora considerando que o contexto é desafiador e reconhecendo que abordagens educacionais semelhantes com os jovens foram criticadas em outros contextos, as avaliadoras sugerem que a Gestão reveja as estratégias para aumentar o potencial de envolvimento dos jovens como educadores comunitários e pares no futuro.

- Treinamento e apoio

Os educadores e agentes comunitários receberam treinamentos durante ambos os projetos, principalmente através de oficinas e seminários. Os educadores tiveram bastante treinamento, incluindo inicialmente 95 horas sobre questões que incluem HIV/AIDS, gênero e sexualidade, ética e cidadania, direitos sociais, assim como treinaram habilidades práticas e receberam reciclagem regular. A Gestão se apóia em uma ampla gama de ONGs e instituições governamentais para oferecer treinamento para os educadores comunitários e sempre que possível envia educadores para cursos oferecidos por outras organizações.

Os educadores também recebem apoio considerável dos supervisores da Gestão. Eles também se apóiam mutuamente, encontrando-se a cada 15 dias para discutir e planejar seu trabalho. Os educadores e agentes comunitários podem obter apoio em momentos outros que não a supervisão regular e reuniões, no caso de terem que lidar com questões específicas ou difíceis que apareçam durante seu trabalho. Os educadores fazem relatórios duas vezes por mês sobre o processo de distribuição de preservativos e uma vez por mês sobre o seu trabalho em geral.

- Interação com a comunidade

Os avaliadores observaram que a interação dos educadores comunitários com as mulheres e com os jovens da comunidade é muito positiva. Isso foi confirmado a partir do retorno dado por outros membros das comunidades, que relataram que os educadores são muito bem vistos. A extensão em que se confia e respeita os educadores comunitários também é indicada pelas demandas que recaem sobre eles. Uma educadora, por exemplo, disse que as mães que consideram difícil conversar com seus filhos com frequência pedem ajuda. Outro disse que os jovens vêm conversar com ele a qualquer hora do dia ou da noite e que às vezes ele se sente como um padre.

- Ação social e conscientização da comunidade

Os educadores comunitários realizam atividades de conscientização com mulheres através de grupos de discussão e visitas às casas, assim como através de suas redes pessoais. Uma das educadoras, por exemplo, faz um trabalho de conscientização com membros da sua congregação religiosa.

- Encontros de mulheres e grupos de discussão

Inicialmente, os educadores consideravam difícil convencer as mulheres de ir aos encontros, porque elas não queriam falar sobre HIV/AIDS. Frente a isto, as educadoras começaram a trabalhar com questões em que as mulheres estavam interessadas em aprender e com empoderamento pessoal. A partir daí, abordavam a questão do HIV/AIDS de maneira indireta. Hoje em dia, os grupos de discussão são populares entre as mulheres e uma das educadoras expressou orgulho em ser capaz de atingir hoje aquelas mulheres que “costumavam se esconder”. As mulheres da comunidade disseram às avaliadoras que gostam de ter a oportunidade de se encontrar com outras mulheres.

As próprias mulheres decidem quais as questões que querem discutir. Os temas variaram de “HIV e infecções sexualmente transmissíveis”, à “mulher e o emprego”. Se necessário, a Gestão escolhe especialistas de fora para oferecer dados para a discussão em torno de assuntos mais técnicos. Os educadores comunitários avaliam o nível de conscientização e conhecimento dos membros do grupo antes de planejar as atividades. Tem sido dada menos atenção ao uso de agulhas descartáveis por usuários de drogas do que originalmente planejado, uma vez que constatou-se que o uso de drogas por injeção não é comum.

Até onde isso é possível, os educadores comunitários organizam discussões para relacioná-las com outras atividades de grupo envolvendo mulheres. Por exemplo, uma das educadoras organiza uma discussão semanal num grupo que faz um curso de educação de adultos e mulheres jovens, que deixaram a educação formal e precisam completar a educação básica, financiado pelo governo. A educadora prepara cada sessão baseada nos tópicos definidos pelas mulheres na semana anterior. As avaliadoras observaram uma dessas sessões, em que um

grupo de mulheres que variava de mães adolescentes a avós discutia questões como “vida de casado”, “mulheres na força de trabalho”, “se os direitos e deveres são partilhados igualmente entre homens e mulheres” e “o papel da moda feminina”.

Outros educadores conduzem discussões em outros locais, por exemplo, na sala de espera de um advogado comunitário e no lugar em que os membros das comunidades vão para pegar o seu “cheque-cidadão”. Outra educadora disse que no seu trabalho na comunidade ela usa todas as oportunidades para falar com as mulheres e jovens, seja em conversas particulares, seja em grupos de 4 ou 5, em que sempre introduz temas relativos à saúde sexual e reprodutiva.

- Visitas às casas e multiplicadores comunitários

As mulheres também gostam das visitas às casas, uma vez que esta oferece-las a oportunidade de falar com as educadoras de uma forma mais direta e informal. Muitas mulheres relataram às avaliadoras que apreciam o apoio emocional e psicológico que recebem das educadoras.

A conscientização da comunidade e a ação social também é multiplicada através de agentes comunitários formais – por exemplo, agentes comunitários que trabalham para o Programa Médico de Família – e uma rede informal de mulheres – por exemplo, mulheres que distribuem preservativos em lojas ou bares. Uma educadora comunitária, por exemplo, citou seu marido como um distribuidor de preservativos em jogos de futebol.

- Materiais e métodos

Para apoiar as atividades de conscientização, os educadores usam materiais informativos produzidos, por exemplo, pelo Ministério da Saúde, sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, assim como panfletos sobre câncer de colo e auto-exame da mama produzidos pela Gestão. Eles também usam material visual, como vídeos, bonecas e modelos e, com os jovens, métodos mais “ativos”, como teatro, esquetes, música e dança e desenho. Todos os educadores concordaram que a melhor abordagem é o uso de uma mistura de métodos.

- Adaptando abordagens de trabalho com juventude na comunidade

Grupos de discussão regulares não foram um método efetivo para trabalhar com os jovens. Os educadores comunitários consideram difícil fazer os jovens irem aos encontros e perceberam que precisariam de um método diferente. Os educadores aprenderam que para trabalhar efetivamente com os jovens eles teriam que estar preparados para ir aos lugares aonde esses jovens vão, ser suficientemente flexíveis para trabalhar com cada um e com pequenos grupos informais, aproveitar o tempo em que os jovens são receptivos e usar diferentes instrumentos e métodos. Inicialmente, eles tiveram dificuldades para obter materiais que fossem adequados para usar com jovens.

- Diferentes necessidades de meninas e rapazes

Os educadores também aprenderam que é melhor trabalhar separadamente com grupos de meninas e rapazes adolescentes, porque as meninas são relutantes a falar em frente dos rapazes e os meninos temem parecer vulneráveis. Os relatórios dos projetos mostram que os jovens demandam discussões sobre uma variedade de temas como drogas, emprego e direitos políticos. As meninas especificamente identificaram a desigualdade como um tópico para discussão. Os educadores comunitários relatam que o que mais interessa aos rapazes saber é o tema das doenças sexualmente transmissíveis. Rapazes adolescentes freqüentemente têm concepções errôneas sobre este assunto. Por exemplo, um educador disse que muitos rapazes não acreditam que gonorréia é sexualmente transmissível. O que as meninas adolescentes têm mais interesse em saber são temas relativos à sexualidade, como evitar gravidez e uso de preservativos. As educadoras encorajam as meninas que temem ter alguma infecção sexualmente transmissível a ir ao posto de saúde com sua mãe. Se é difícil para uma menina discutir este assunto com a mãe, freqüentemente pede-se à educadora comunitária para atuar como mediadora.

- Comunicação com os pais

Uma comunicação deficiente entre pais e filhos é fato comum e os educadores investem boa parte do seu tempo tentando suprir esta falta. Portanto, trabalhar com adolescentes também requer trabalhar com os pais. Em muitos casos, os educadores descobriram que os pais não podem discutir assuntos relativos à saúde sexual e reprodutiva, porque eles próprios não têm conhecimentos sobre o assunto ou sentem que não são um bom exemplo. Assim, os educadores também dedicam algum tempo a “educar” os pais.

- Trabalhando com jovens nas escolas

A Gestão também desenvolveu um método diferentes para trabalhar com grupos de jovens nas escolas. Inicialmente, o projeto de jovens havia planejado uma série de oficinas focando em questões como cidadania e comunicação. Logo de saída, tornou-se claro que o projeto deveria lidar com outros assuntos mais básicos antes de levantar estes temas, ou aqueles relativos à saúde sexual e reprodutiva, e que as oficinas de discussão não seriam efetivas, particularmente com jovens que têm antecedentes que os colocam em desvantagem frente aos outros.

As avaliadoras observaram uma das educadoras comunitárias conduzindo uma sessão de música com um grupo misto de adolescentes entre 10 e 16 anos. Este grupo estava numa classe especial de aceleração; vêm de famílias muito disfuncionais e acabam de aprender a ler e escrever. A educadora explicou que esta turma era de início muito difícil. Eles eram estigmatizado dentro da escola – nenhum dos professores ou dos outros alunos queria se aproximar deles -; eram rudes, desequilibrados e violentos e tinham uma auto-estima muito baixa. Antes

de conseguir introduzir o tema da saúde sexual e reprodutiva, ela teve que trabalhar com o grupo para melhorar seu comportamento e ensiná-los sobre assuntos como cuidados e higiene pessoal básicos. A música mostrou-se o método mais efetivo, usando instrumentos que os próprios jovens fizeram. Esta é uma atividade que eles gostam muito e que deu-lhes um sentimento de orgulho. Com o tempo, os educadores têm sido capazes de introduzir a discussão de uma ampla gama de questões.

- Eventos especiais

A Gestão em geral organizou eventos especiais em torno de outras atividades, tais como campanhas de vacinação, dia mundial da luta contra a AIDS e festas juninas, onde os educadores comunitários distribuem preservativos e informações, organizam jogos e competições e os jovens dançam e tocam música.

A equipe observou dois eventos durante a avaliação. Um foi a apresentação de música, dança, teatro e esquetes pelos educadores comunitários, mulheres das comunidades e jovens. Houve uma presença considerável, incluindo pais dos jovens músicos e dançarinos, o que faz com que este tipo de evento tenha claramente um papel importante no desenvolvimento de um sentimento de orgulho, tanto nos jovens individualmente, quanto na comunidade em geral. O segundo evento foi o lançamento de um vídeo das pessoas mais velhas descrevendo a história de suas comunidades (financiado pela Agenda Social do Rio). O objetivo deste vídeo era construir um sentimento de identidade e orgulho comunitários e promover um diálogo inter-geracional. Também houve uma audiência considerável, por membros da comunidade e por representantes de outras ONGs. O encontro produziu reações interessantes dos jovens presentes, aos quais se pediu que dessem sua opinião.

- Rádio comunitária e lideranças comunitárias

No passado, os projetos usaram a rádio comunitária para conscientização. Isso não é mais feito, já que as atividades das rádios comunitárias terminaram nas favelas em que a Gestão desenvolve seus projetos.

O projeto original vislumbrava trabalhar com lideranças comunitárias. Porém, isso não foi viável, uma vez que a “liderança” comunitária é frequentemente assumida por aqueles que controlam o tráfico de drogas.

- Alcançando o público-alvo previsto

O público-alvo direto para o projeto de mulheres eram as mulheres e as lideranças femininas locais. Os alvos indiretos eram os membros da comunidade, incluindo homens e jovens, participantes dos projetos locais, funcionários do governo e de ONGs envolvidos em programas sociais.

O público-alvo direto do projeto de jovens eram os jovens de baixa-renda, estudantes e professores das escolas públicas, pais e famílias. Os alvos indiretos eram os grupos de jovens envolvidos em projetos locais públicos ou de ONGs, lideranças comunitárias e educadores participando em projetos direcionados para adolescentes de comunidades de baixa renda.

- Mulheres

A proposta do projeto de mulheres visava alcançar 10.000 mulheres na comunidade. Relatórios do projeto sugerem que mais de 10.000 mulheres foram alcançadas em 1998. Em 1999, aproximadamente 7.000 mulheres participaram de reuniões e grupos de discussão, 500 foram atingidas através de visitas às casas e houve contatos informais com aproximadamente 800 mulheres. Esta é uma conquista impressionante. Os educadores comunitários têm um registro do número de mulheres que participam dos grupos de discussão, encontros e visitas domésticas, mas não foi possível dizer a partir dos relatórios quantas dessas mulheres participam das discussões de forma regular ou quantos contatos foram interações únicas ou constantes.

O projeto também trabalhou em parceria próxima com outras ONGs e com instituições do governo, incluindo a Secretaria Municipal de Saúde e alguns postos de saúde. (As parcerias são discutidas em mais detalhe abaixo).

Foi mais difícil atingir os homens do que qualquer outro público-alvo. Oficinas para homens foram conduzidas logo no início do projeto de mulheres, por um educador que teve que deixar o projeto e, desde então, este trabalho parou. Os educadores comunitários relataram que conversar com homens adultos sobre saúde sexual e reprodutiva é um desafio particular. Isso pode ser devido ao fato de que todos os educadores, exceto um, são mulheres. Apesar disso, algumas delas disseram que estavam recebendo um número crescente de demandas de homens por informações e preservativos. A Gestão reconheceu que precisa aumentar seu foco no trabalho com os homens, de modo a lidar com temas como relações de gênero e HIV.

### Juventude

Através do projeto de jovens, a Gestão planejou alcançar 1.000 jovens, 200 em escolas e 800 fora das escolas. Durante o ano de 2000, o único ano que tinha dados completos nos relatórios, o projeto trabalhou com três turmas, ou aproximadamente 100 adolescentes em duas escolas públicas, e alcançou um total de 1.872 adolescentes em todas as atividades. Isso também é uma conquista significativa, mas não é possível dizer quantos contatos fora da escola foram únicos e quantos eram constantes. Também teria sido útil se os registros tivessem sido organizados de maneira a permitir um recorte de gênero pelos jovens alcançados pelo programa. Educadores das comunidades relataram que atingir jovens ligados ao tráfico de drogas é um dos maiores desafios ao se trabalhar com jovens.

O projeto só conseguiu atingir aproximadamente 30 professores, menos que os 90 esperados. No início do projeto, a Gestão decidiu se concentrar no trabalho com educadores de jovens, em escolas onde os professores são motivados para o trabalho, pois era difícil incentivar os professores a se envolverem mais. Os professores são mal pagos e têm pouco tempo disponível; assim, têm pouca vontade para assumir mais responsabilidades. Uma mudança não é provável, a menos que haja mudanças no currículo. No entanto, planos para a introdução de temas como cidadania estão sendo considerados pelo governo.

Como discutido acima, educadores comunitários fizeram esforços particulares para trabalhar com pais e para melhorar a comunicação entre pais e filhos adolescentes. Isso é uma conquista muito positiva; em muitos outros contextos há significativa oposição dos pais à discussão de questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva com jovens.

O projeto de jovens pretendia, inicialmente, trabalhar com jovens contraventores e estabeleceu uma parceria com órgão por eles responsável. No entanto, esse órgão já estava acompanhando de perto o trabalho de algumas outras ONGs em projetos direcionados especificamente para jovens contraventores, então a Gestão decidiu não se envolver para evitar uma sobreposição das atividades.

## **Promoção e distribuição de preservativos**

### **Números distribuídos**

A Gestão distribui um número significativo de preservativos, aproximadamente 12.000 a 15.000 por mês. Em comparação, o posto de saúde Heitor Beltrão, que atende uma população muito maior, distribui aproximadamente 5.000 preservativos por mês.

O Governo Municipal do Rio de Janeiro reconhece que trabalhar com ONGs como a Gestão é o melhor meio de garantir que os preservativos cheguem às comunidades e grupos carentes. Numa reunião na Secretaria Municipal de Saúde, que fornece preservativos para distribuição por 53 ONGs e organizações comunitárias, funcionários do governo foram muito positivos em relação ao papel da Gestão na distribuição de preservativos, lembrando que a Gestão distribui mais preservativos que qualquer outra ONG no Rio.

### **Métodos de distribuição**

A abordagem da Gestão em relação à distribuição de preservativos tem sido bastante eficaz e os projetos conseguiram criar uma rede significativa de fornecedores de preservativos em comunidades. Os preservativos são distribuídos através de uma ampla variedade de vias de distribuição comunitárias, incluindo bares e lojas, bem como pelos educadores comunitários. Para “novos usuários”, os educadores comunitários fazem uma demonstração do uso de preservativos, usando assistência visual e folders produzidos pelo Programa de AIDS do Ministério da Saúde. Os educadores comunitários também monitoram a



distribuição de preservativos e, no início de 1999, a demanda por preservativos entre jovens era relativamente baixa. Eles identificaram que o tamanho do preservativo era uma das razões para isso, e Gestão, juntamente com outras organizações, persuadiu o governo a fornecer preservativos menores para a distribuição entre os jovens.

Os avaliadores ficaram impressionados com o número de preservativos distribuídos e com a estratégia do projeto para a distribuição. No entanto, seria útil para a Gestão considerar como os educadores comunitários poderiam acompanhar e descobrir até que ponto os preservativos são usados de forma correta e consistente e identificar quantos “clientes” são iniciantes ou usuários constantes.

### **Produção e distribuição de material informativo**

Gestão produziu uma quantidade considerável de material informativo. Estes são altamente qualificados e incluem vídeos, relatórios de pesquisas sobre sua atuação, folhetos com propaganda de atividades do projeto e da experiência de outras ONGs e de instituições governamentais (veja anexo 3) e folhetos sobre temas relacionados à saúde, como o auto exame de câncer de mama e de útero, ou para promover eventos como o Dia Internacional da Mulher.

No entanto, não está claro até que ponto as mulheres e jovens se envolveram na produção desse material. Além disso, não há registro de quantas cópias foram produzidas e distribuídas, ou de como foram usados e não houve uma avaliação do material produzido.

Os avaliadores sugerem que a Gestão introduza procedimentos para estimar a necessidade efetiva da produção de material e para avaliar a eficácia de futuros materiais produzidos, especialmente por haver uma quantidade considerável de material produzido pelo governo e por outras ONGs.

### **Estabelecendo parcerias e colaboração entre instituições e agências**

A Gestão colocou grande importância no trabalho em conjunto, no sentido de institucionalizar as atividades dos projetos, complementando o trabalho de outras organizações e contribuindo para aumentar os esforços para melhorar a situação das comunidades em favelas.

Os principais parceiros na implementação incluíram: Agenda Social do Rio e membros das ONGs que dela fazem parte, como o IBASE (Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas); o CAMPI, escolas públicas e o posto de saúde Heitor Beltrão.

Os principais parceiros financeiros incluíram: Women’s Front of Norway; Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, que pagam os salários dos educadores comunitários, fornecem preservativos e oferecem oportunidades de treinamento; o Comunidade Solidária, a Fundação para a Infância e Adolescência,

que deram suporte para o projeto de jovens e para outras atividades relacionadas aos jovens e fundações privadas como o Instituto C&A (um resumo do suporte financeiro de diferentes fontes de doação para os anos de 1998 a 2001 está incluído no Anexo 5). Para substituir o financiamento do NORAD, Gestão está atualmente procurando financiamentos adicionais do governo e da Petrobrás, que apóia programas sociais.

Os principais parceiros técnicos incluíram: ONGs como a ABIA e Pela Vidda, que forneceram treinamento; instituições acadêmicas e de pesquisa, como a Universidade Popular da Baixada, a Fundação Oswaldo Cruz, o Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, que forneceram apoio técnico e de pesquisa social.

A Gestão não trabalhou com sindicatos de professores, pois eles têm pouca credibilidade, nem com associações de jovens, já que eles concentram as atenções para jovens no grupo de idade que estão no ensino médio, nem com os projetos para a juventude da Agenda Social do Rio já que, aparentemente, estes envolvem principalmente jovens de classe média. A Gestão também percebe que muitas organizações que trabalham com jovens pretendem controlar e não empoderar os jovens e, deste modo, tomaram uma decisão deliberada de não fazer parcerias com essas organizações.

## **2.5 Impactos e resultados**

A Gestão monitorou e avaliou as atividades do projeto através de acompanhamento regular e de grupos focais, assim como através dos relatórios dos educadores comunitários. No entanto, pelas razões citadas na Seção 1.5, os avaliadores tiveram dificuldade para traçar conclusões definitivas sobre o impacto das atividades do projeto.

### **Aumentando a conscientização e o conhecimento**

Um dos objetivos dos dois projetos era aumentar a conscientização e o conhecimento sobre questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, e de questões afins, como desigualdade social, relações de gênero e violência doméstica, entre mulheres e jovens. Os funcionários da Gestão e os educadores comunitários identificaram um aumento na demanda por informações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva – por parte das mulheres e dos jovens – como um dos principais resultados dos projetos.

Os avaliadores também concluíram, baseados na sua interação com os educadores e agentes comunitários e com mulheres e jovens, que os projetos tiveram um impacto significativo na conscientização e no conhecimento deles. Mulheres e jovens demonstraram estar consideravelmente conscientizados e informados sobre HIV, DST e outros problemas em saúde sexual e reprodutiva, e disseram estar mais conscientes dos serviços disponíveis. Os educadores comunitários também frisaram que as pessoas têm menos medo agora de dizer que têm uma infecção sexualmente transmissível.

Algumas mulheres que os avaliadores conheceram em comunidades diferentes relataram que, como resultado de ter participado de grupos de mulheres, elas obtiveram novas informações e aumentaram seus conhecimentos sobre seus corpos, sobre questões como o HIV, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo e sobre elas mesmas como mulheres.

As mulheres do grupo de discussão observado pelas avaliadoras levantaram questões como a oferta desigual de emprego para homens e mulheres, a oportunidade de emprego limitada para mulheres e a necessidade das mulheres de serem economicamente auto-suficientes. O grupo havia claramente conscientizado as mulheres e os participantes também disseram que estes encontros tinham sido a primeira oportunidade que tiveram de se encontrar para discutir tais questões. Ficou menos claro para as avaliadoras a que ponto questões como violência doméstica e aborto foram abordados nestes encontros.

Durante as discussões com os avaliadores, jovens de grupos escolares demonstraram alto nível de conscientização sobre assuntos como preservativo, doenças sexualmente transmissíveis, papéis dos gêneros, homossexualidade, preconceito e discriminação. Eles disseram que participar dos grupos aumentou o conhecimento e a auto-estima deles, e as relações com seus pais – eles conversam com mais facilidade, compartilham o que aprenderam e os pais freqüentemente lhes perguntam sobre os assuntos. As avaliadoras também perceberam que estes jovens têm aspirações muito positivas para suas vidas e para seus relacionamentos no futuro.

### **Aumentando o acesso a serviços**

Os projetos aumentaram o conhecimento das mulheres e dos jovens em relação aos serviços disponíveis e onde eles estão e facilitaram o acesso a esses serviços. Isso pode ser ilustrado usando o exemplo do exame preventivo do câncer de colo. Dentre as mulheres nas favelas há um alto grau de incidência de câncer de colo, principalmente por causa da transmissão sexual do HPV. Educadores comunitários e agentes sanitários foram bem sucedidos em aumentar a consciência das mulheres em relação à importância do exame preventivo regular e em colaborar com o posto de saúde Heitor Beltrão, que atende as comunidades do Borel e da Formiga, para garantir que as mulheres façam o preventivo. Eles identificam mulheres que devem fazer o preventivo, fornecem uma lista de nomes para o posto de saúde apropriado, marcam consultas e, se necessário, fornecem uma pessoa para acompanhá-las ao posto. Mais de 2.000 mulheres fazem agora o papanicolau todo ano. Educadores comunitários também relataram que, como resultado do trabalho deles, um número maior de mães está levando suas filhas para o posto de saúde para obterem métodos de contracepção.

O posto de saúde tem um programa para a saúde da mulher e um para a saúde da família. Os serviços incluem exame preventivo do câncer de mama, planejamento familiar, teste de HIV, diagnóstico e tratamento de doenças

sexualmente transmissíveis, acompanhamentos pré-natal, imunização e pediatria. Educadores e agentes comunitários também agem como intermediários entre as mulheres das comunidades e o posto nestas questões de saúde. A médica encarregada do posto de saúde que atende as comunidades do Borel e da Formiga enfatizou a importância deste papel de mediador, principalmente pela escassez de serviços que chegam às favelas e relatou que o número de mulheres que usam os serviços do posto aumentou devido à ação do projeto de mulheres. Ela também disse que os educadores ajudaram a chamar atenção para a dificuldade que as meninas enfrentam para ter acesso ao atendimento nos hospitais nos casos de parto e, como resultado, o posto de saúde agora está tentando garantir um leito para as meninas que utilizaram o atendimento pré-natal do posto.

### **Qualidade de atendimento**

Os projetos contribuíram significativamente para facilitar o acesso a serviços de saúde e, ainda, a Secretaria Municipal de Saúde adotou a ideia implementada pela Gestão de usar intermediários para melhorar o acesso das comunidades aos serviços. No entanto, a baixa qualidade do atendimento ainda afasta muitos habitantes das favelas dos serviços de saúde públicos. Muitas mulheres nas comunidades relataram aos avaliadores que elas preferem pagar por um médico particular a usar o serviço público, pois elas podem ter que esperar durante um mês por uma consulta num posto de saúde. Não foi possível para os projetos tornar as mulheres capazes de exigir melhorias nos serviços de saúde e na qualidade do atendimento – isso deve-se, em grande parte, devido aos problemas do Fórum de Saúde da Grande Tijuca, discutidos com mais detalhes abaixo em relação ao empoderamento.

### **Aborto**

O acesso ao aborto é outra questão. O aborto só é legal se uma menina ou mulher tiver sido estuprada ou se sua vida correr perigo. Pela lei, fazer sexo com uma menina com menos de 14 anos é considerado estupro. Os educadores comunitários relataram que a gravidez em meninas com menos de 14 anos é, em geral, resultado de incesto ou abuso sexual por parte de vizinhos e que essas meninas têm medo de procurar fazer um aborto legal. Muitas acabam tendo o bebê. Aquelas que não desejam ter o bebê normalmente optam por um aborto ilegal chamado cytotec.

### **Impacto no comportamento e na saúde sexual e reprodutiva**

#### **Saúde sexual e reprodutiva**

Dados da secretaria municipal de saúde sugerem que os níveis de infecção com HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez na adolescência estão crescendo nas comunidades das favelas. Isso foi reafirmado pelo médico do posto de saúde Heitor Beltrão, que disse ter notado uma tendência para o

aumento de adolescentes grávidas, adolescentes infectados(as) pelo HIV e com câncer de colo.

Não foi possível para as avaliadoras tirar conclusões sobre o impacto dos projetos na saúde sexual e reprodutiva, em parte por causa da dificuldade em separar os efeitos desses projetos dos efeitos das outras iniciativas e, em parte, pela ausência de dados anteriores para confrontar e comparar. Além disso, não é realista esperar que qualquer projeto faça uma diferença significativa em dois anos.

Em relação à gravidez, os educadores comunitários sentem que os projetos contribuíram para uma redução de gravidez indesejadas, mais entre mulheres mais velhas com relações estáveis do que entre mulheres mais jovens. Isso porque, no contexto social das favelas, ter um bebê traz status a uma menina e engravidar uma menina traz status a um menino. Os educadores sentem que levará mais tempo para aumentar as oportunidades para os jovens e para mudar suas aspirações. Os educadores também lembraram que é particularmente difícil mudar o comportamento sexual dos jovens que usam álcool e outras drogas.

### **Mudança de comportamento**

No entanto, a abordagem dos projetos parece ter tido um impacto positivo nos indicadores intermediários de mudança de comportamento – por exemplo, aumentou a conscientização e o conhecimento, maior auto-estima, confiança e habilidades comunicativas e aumentou o uso de serviços. Esse é um passo positivo, já que se mulheres e jovens, principalmente meninas adolescentes, forem capazes de se proteger da transmissão do HIV, de outras infecções e da gravidez indesejada, elas devem ser confiantes e terem habilidades para negociar um sexo mais seguro.

Também houve uma melhora na conscientização e na procura por preservativos, o que pode ser visto como um possível indicador da adoção de um comportamento sexual mais seguro. Os educadores comunitários também disseram que os homens casados têm cada vez mais usado preservativos em relações extra-conjugais, mas que convencê-los a usar preservativo nas relações conjugais ou em outros relacionamentos estáveis ainda é um desafio.

Os educadores também relataram uma encorajadora tendência no aumento do uso de preservativos entre jovens e acreditam que isso tenha evitado infecções com HIV/ DST e a gravidez indesejada nessas pessoas. Uma educadora comunitária disse que seu maior orgulho era o número cada vez maior de jovens que usam preservativo regularmente. Ela não precisa mais promover preservativos, os jovens a procuram para obtê-los. Por exemplo, um dia, quando ela não conseguiu ir a um dos lugares – um ponto de ônibus – onde ela costuma distribuir preservativos para jovens, eles foram procurá-la para pegarem os seus preservativos. Outro educador contou que jovens, normalmente rapazes, vão frequentemente até a sua casa de noite para pedir preservativos.

Jovens nos grupos observados também disseram aos avaliadores que era “tudo bem para as meninas andarem com preservativos” e isso foi uma mudança significativa.

### **Barreiras para a mudança de comportamento**

Os educadores comunitários relataram que algumas vezes ainda é difícil levantar a questão do uso de preservativo, especialmente com algumas mulheres e adolescentes e que não foram capazes de ultrapassar algumas barreiras para o uso do preservativo. Dentre elas, a percepção das comunidades de que o preservativo é meramente um contraceptivo, a percepção dos jovens de que eles não estão correndo o risco de serem infectados com o HIV ou outras doenças sexualmente transmissíveis e barreiras relacionadas à cultura machista e à desigualdade de gêneros, na negociação do uso do preservativo nos relacionamentos. A disponibilidade de preservativos femininos ajudaria a direcionar isso até certo ponto e há uma procura cada vez maior por preservativos femininos nas comunidades. Pesquisas sobre o preservativo feminino no Brasil encontraram um alto grau de aceitação, mas o governo fornece apenas preservativos masculinos para a Gestão, outras ONGs e serviços de saúde, já que os preservativos femininos são considerados muito caros.

A oposição da Igreja Católica e de algumas igrejas evangélicas ao uso de preservativo também é um desafio. A Gestão, assim como outras ONGs, não foi capaz de lidar com essa questão, apesar de alguns educadores comunitários estarem trabalhando nessa questão básica através dos seus próprios canais na igreja.

Os educadores comunitários também identificaram outros fatores que têm efeito inverso aos seus esforços para mudar o comportamento sexual dos jovens. A mídia e a música popular, como o funk, geralmente exercem uma influência negativa. Há uma falta de exemplos a serem seguidos pelos jovens. A ausência de oportunidades de emprego significa que os únicos rapazes com dinheiro são os que estão envolvidos com o tráfico de drogas e muitas meninas vêm esses rapazes como namorados desejáveis.

### **Empoderamento e organização civil**

#### **Participação na sociedade civil**

Empoderamento – fortificando a participação de mulheres e jovens na sociedade civil – foi um objetivo importante dos dois projetos. Mais especificamente, o projeto de mulheres tinha o objetivo de capacitar líderes femininas e outros agentes comunitários para desempenhar um papel em questões relacionadas às políticas públicas e à promoção da saúde e igualdade de gêneros. O projeto de

jovens tinha como objetivo dar suporte para a auto-promoção e para a organização civil de jovens.

Como resultado do projeto de mulheres, alguns educadores comunitários já estavam bem “empoderados” para participar do último Fórum sobre Saúde Comunitária da Grande Tijuca. No entanto, não participam mais, pois o fórum se tornou politizado e desacreditado.

Não há evidências de que o projeto de jovens tenha contribuído para a auto-promoção ou para a organização civil de jovens. Isso se deve parcialmente porque o contexto mais amplo não é aberto para a participação de jovens – como foi dito anteriormente, algumas estratégias governamentais e de ONGs objetivam mais controlar do que empoderar os jovens –, em parte, porque o projeto tem trabalhado com jovens menos favorecidos e mais marginalizados nas favelas e, em parte porque é difícil desenvolver a solidariedade entre pessoas que são “afiliadas” a gangs rivais. Como foi dito anteriormente, parece que é mais provável que um jovem de classe média participe de esportes, artes, iniciativas ambientais e outras iniciativas promovidas pelo governo e por outras ONGs. No entanto, a Gestão explorou maneiras de garantir que jovens da favela aproveitem as crescentes oportunidades para a juventude.

Há poucas evidências de que os projetos tenham contribuído para participação de mulheres, jovens, organizações de mulheres ou de jovens na sociedade civil. No entanto, há um consenso geral de que mulheres e jovens têm pouca representação em fóruns políticos e burocráticos e de que empoderar mulheres e jovens nas favelas para participar da sociedade civil é um processo lento que levará bastante tempo. A Gestão também deu alguns passos no sentido de empoderar a sociedade em geral para participar da sociedade civil, através de cursos de capacitação abertos a qualquer um envolvido em atividades comunitárias, que foram inicialmente apoiados pelo projeto de mulheres e, posteriormente, apoiados pela Agenda Social do Rio, através de atividades como o projeto Condutores de Memória, que dá às pessoas a oportunidade de contar a sua própria história, ajuda a criar um sentido de comunidade, a criar relações mais positivas e uma melhor compreensão entre gerações.

Alguns dos entrevistados disseram que o empoderamento de organizações comunitárias nas favelas deve ser complementado por esforços para fortalecer os laços entre essas organizações e as organizações fora das favelas. Esse ponto foi ilustrado usando o exemplo de uma experiência no setor de AIDS. A ação de organizações da sociedade civil foi bem sucedida em mudar a política governamental no Brasil, por exemplo, garantindo acesso livre ao tratamento anti-retroviral, mas isso foi conquistado por uma aliança que inclui a influência de grupos de classe média.

Empoderamento individual

No nível individual, está claro que educadoras comunitárias femininas e agentes foram empoderados pela participação nos projetos. Eles comentaram que com esse trabalho aumentaram a confiança neles mesmos e a auto-estima, têm um sentido de “ter uma causa”, assim como um salário fixo. Uma disse: “Mulheres e adolescentes confiam em mim”, enquanto outra disse: “Eu tenho credibilidade na comunidade, sinto que estou fazendo um trabalho importante e útil”.

Alguns educadores comunitários relataram que agora acham mais fácil falar com seus próprios filhos e se tornaram mais interessados na sua educação. Uma agente comunitária disse que o seu envolvimento nos grupos de discussão e no projeto a encorajaram a “fazer planos para a vida”. Também a encorajou a ficar na comunidade, enquanto que anteriormente sua maior ambição era sair e viver em outro lugar.

Foi menos fácil para as avaliadoras tirar conclusões sobre o empoderamento de mulheres na comunidade pois a equipe só conheceu uma pequena amostra. Mas foi interessante notar que todos aqueles, com uma exceção, que freqüentaram o programa de complementação educacional para adultos eram mulheres – e todos eles estavam determinados a ter qualificações para melhorar suas vidas. Quando questionadas sobre o impacto do seu trabalho sobre outras mulheres, uma educadora comunitária disse: “Me sinto orgulhosa pelas mulheres serem mais capazes de se expressar...a auto-estima delas aumentou... elas podem falar de HIV/AIDS.”

O projeto de jovens também ajudou a empoderar jovens, em particular os que participaram das atividades dos projetos. Nas discussões com as avaliadoras, os jovens na escola do CAMPI relataram que trabalhar com música juntos, como um grupo, aumentou o respeito de uns pelos outros. Foi pedido que se apresentassem dentro e fora da escola e isso mudou a atitude dos professores e de outros alunos em relação a eles. Tanto o professor quanto o diretor da escola também disseram ter notado uma mudança radical nesses jovens. Conversando com os jovens deste grupo, ficou muito claro para os avaliadores que o projeto fez uma diferença significativa para eles, aumentando a confiança neles mesmos e a auto-estima e mudando suas aspirações para o futuro.

Tocando em questões de gênero

Uma perspectiva de gênero é necessária em questões em que ser uma mulher ou ser um homem acarreta diferentes consequências. Esse é certamente o caso em saúde sexual e reprodutiva. Como deixou claro a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, a igualdade de gêneros é essencial para melhorar a saúde sexual e, mais amplamente, são integrais para o desenvolvimento e o avanço de mulheres e homens.



- **Equidade de gênero** – um princípio que requer o fim da discriminação baseada no sexo de uma pessoa em todos os setores da sociedade, incluindo a alocação de recursos, o acesso à saúde, os serviços sociais e o emprego.
- **Igualdade de gênero** – igualdade e justiça na distribuição de benefícios e responsabilidades entre homens e mulheres.

Os projetos parecem ter tido sucesso em aumentar a conscientização entre mulheres e jovens sobre questões de gênero, papéis, relacionamentos e sobre as desigualdades nas oportunidades educacionais e de emprego disponíveis para as mulheres, assim como foi bem sucedido em aumentar a auto-estima e a confiança, como ficou evidente nas discussões dos grupos das mulheres e jovens com a equipe de avaliadoras.

Porém, “empoderar” mulheres e crianças e promover equidade e igualdade de gênero, inclusive dentro das comunidades onde tanto os homens como as mulheres são pobres e marginalizados, também requer atuação em outras áreas. O trabalho com mulheres e jovens deve ser complementado por esforços para trabalhar com homens, assegurar que os serviços de saúde sejam sensíveis ao gênero, melhorar o acesso das mulheres à educação e oportunidades de trabalho, promover leis e políticas públicas que defendam os direitos das mulheres e introduzam medidas para melhorar o ambiente social e apoiar os grupos de mulheres e outras organizações comunitárias no desafio às normas e práticas instituídas.

A Gestão tentou lidar com muitas dessas questões através dos projetos, através de parcerias e redes (ver abaixo), sendo que algumas foram mais bem sucedida do que outras. Por exemplo, os projetos ajudaram a trazer algumas mudanças nos serviços de saúde e estão tentando mudar a atitude dos meninos adolescentes. Porém, esforços constantes são necessários para lidar com as atitudes e comportamentos de homens, para se conseguir mudanças nas leis e políticas públicas relativas à temas como aborto e provisão da camisinha feminina, a qualidade do cuidado fornecido às mulheres pelos serviços públicos de saúde e para se conseguir mudanças nas normas e práticas sociais nas comunidades de favela.

### **Parcerias e redes**

- **Relacionamento com outras ONGs e instituições acadêmicas**

A Gestão estabeleceu uma colaboração positiva e relações de trabalho com uma ampla gama de organizações (ver seção 2.4) e essas organizações têm uma visão muito positiva do trabalho da Gestão nas favelas. A Gestão tem particularmente uma relação forte com ONGs relativas à AIDS, assim como com as ONGs que são parte da Agenda Social do Rio. As avaliadoras não foram capazes de avaliar a extensão em que a Gestão foi capaz de aumentar a consciência relativas à saúde

sexual e reprodutiva em outras organizações, já que houve tempo insuficiente para encontrar com outras ONGs.

Visando promover uma pesquisa que é relevante às necessidades das comunidades, a Gestão também estabeleceu boas relações com instituições acadêmicas. Mais especificamente, no projeto de mulheres, a Gestão usou cientistas sociais para conduzir discussões em grupos focais. A abordagem da Gestão no trabalho comunitário é muito bem vista pelos pesquisadores. Uma dessas pesquisadoras, que trabalhou com a Gestão, observou que na maior parte dos projetos há uma distância entre o grupo de “profissionais” e o grupo “popular” e que a Gestão foi capaz de acabar com esta distância devido ao respeito da equipe com os grupos populares e o trabalho em parceria com as mulheres da comunidade. Ela também notou que as abordagens tradicionais à mudança de comportamento, que são focadas no indivíduo e na informação, são inapropriadas e ineficientes nas comunidades de favela e que a abordagem da Gestão, que enfatiza o contexto e a experiência da comunidade tem mais chances de conseguir mudanças efetivas.

A Gestão foi menos bem sucedida em desenvolver parcerias com grupos de mulheres e redes, tais como a rede de mulheres brasileiras por direitos de saúde e reprodutivos, que inclui 130 grupos e funciona em São Paulo. Isto talvez seja em parte devido ao fato de que a equipe da Gestão tem um passado em pesquisa social, história e educação e não no movimento de mulheres ou por saúde.

Além de ter uma rede com uma ampla variedade de ONGs, há também um potencial para a duplicação do trabalho de outras organizações nas favelas. As avaliadoras e os educadores comunitários notaram que há um leque de iniciativas, seja pelo governo, seja por Ongs e igrejas. Mesmo reconhecendo que essas organizações frequentemente têm uma abordagem diferente para o trabalho comunitário e que há frequente competição entre as ONGs, talvez haja espaço para uma melhor partilha de informações e coordenação a partir da base.

#### ▪ **Ralacionamento com o governo**

A Gestão tem uma relação de trabalho muito boa com a Secretaria Municipal de Saúde e com o Programa de AIDS do Ministério da Saúde. O governo assumiu a responsabilidade de pagar os salários dos educadores comunitários, assegurando que suas atividades sejam sustentáveis. Os funcionários do governo têm a percepção de que a Gestão implementa bons projetos comunitários; há uma competição considerável por fundos da prefeitura disponíveis para ONGs e o governo só financia organizações que julga estar fazendo um trabalho efetivo.

A Gestão também foi capaz de estabelecer boas relações de trabalho com alguns postos de saúde e equipes de profissionais da saúde e, como discutido anteriormente, isso ajudou a aumentar o acesso aos serviços de saúde. Porém, nem todos os postos de saúde são cooperativos e em alguns momentos ainda é difícil fazer os profissionais de saúde reconhecer o trabalho dos educadores

comunitários. Os educadores notaram que às vezes não têm credibilidade aos olhos desses profissionais, por não terem qualificação formal e esta é uma questão com a qual a Gestão precisa lidar.

## **2.6 Colaboração institucional**

A equipe de avaliação analisou brevemente a colaboração entre a Gestão e a WFN e o FOKUS. A colaboração é vista bastante positivamente. A Gestão reconhece bastante a importância dos fundos recebidos do NORAD e do OD e do apoio fornecido pelas equipes da WFN e do FOKUS.

As avaliadoras percebem que talvez haja algumas diferenças nas percepções sobre os objetivos dos projetos e as atividades desenvolvidas e que isto é devido ao fato de que a WFN e o FOKUS, como as avaliadoras, tiveram algumas dificuldades, por um lado, em interpretar as informações fornecidas pelos relatórios dos projetos e na comparação dos relatórios com as atividades planejadas e, por outro, em compreender as diferenças de linguagens e o uso de terminologias.

### 3.CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

#### 3.1 Lições-chave aprendidas

Algumas das lições-chave que podem ser aprendidas desses projetos incluem:

- É preciso definir o tempo adequado para o trabalho de desenvolvimento comunitário e para realizar mudanças no comportamento e na saúde sexual e reprodutiva. Os objetivos iniciais dos projetos podem ter sido muito ambiciosos para um limite de tempo de dois anos. Há também limites quanto ao que pode ser atingido pelos projetos individuais num contexto comunitário desafiador, sem políticas públicas mais amplas e mudança social.
- Não fica claro que os projetos em saúde reprodutiva e sexual possam contribuir para o “empoderamento” ou o desenvolvimento comunitário. Se tanto, os programas de saúde sexual e reprodutiva precisam começar com desenvolvimento comunitário e “empoderamento”, oferecendo às mulheres e aos jovens oportunidades de encontro e reflexão sobre questões mais amplas que afetam sua vida, tais como desigualdades de gênero, social e econômica, racismo e preconceito e capacitação de habilidades, auto-estima e confiança. É, porém, muito mais difícil traduzir o “empoderamento” de mulheres e jovens individualmente em organizações formais, que são capazes de influenciar a comunidade e os contextos mais amplos.
- A conscientização comunitária e a ação social são mais efetivas quando conduzidas e implementadas pelos educadores que são da própria comunidade. Eles entendem o contexto, estão comprometidos com a melhoria da situação da comunidade, entendem quais abordagens funcionarão melhor e estão mais propensos a permanecer na comunidade.
- Trabalhar com os jovens requer abordagens mais oportunas e criativas. Os jovens não respondem tão bem aos grupos de discussões e encontros como o fazem as mulheres. Métodos como teatro, música e dança são mais efetivos. O trabalho com os jovens também requer um trabalho com os pais.
- Trabalhar com homens é particularmente desafiador, especialmente para as educadoras comunitárias mulheres numa cultura “machista” e num contexto em que a liderança comunitária masculina é sinônimo de liderança do tráfico.
- Trabalhar em rede e construir parcerias com organizações governamentais e não-governamentais permite a um projeto pequeno maximizar o uso dos recursos, institucionalizar atividades e alcançar um impacto maior. Porém, as parcerias nem sempre são fáceis, especialmente quando diferentes organizações operam a partir de estruturas teóricas diferentes e assumem abordagens diferentes em seu trabalho.

## 3.2 Recomendações

As avaliadoras propõem as seguintes recomendações a serem consideradas pela Gestão:

### Assuntos administrativos

- Identificar formas de permitir que as mulheres, jovens e outros beneficiários estejam ativamente envolvidos na determinação dos objetivos e atividades dos projetos futuros, desenvolvendo indicadores apropriados para monitorar o progresso e para monitoramento e avaliação.
- O desenvolvimento básico e o desenho de todos os projetos devem estar baseados em avaliações participativas sobre as necessidades e na coleta de informação de base para facilitar a mensuração da mudança e do impacto do projeto.
- Identificar abordagens melhores, recorrendo à experiência da Gestão com o projeto de memória, para capturar e registrar informações qualitativas sobre o processo, incluindo estudos de casos, relativos aos resultados dos projetos. Atualmente há ênfase excessiva em informações qualitativas relativas aos resultados dos projetos.
- Considerar formas de envolver os beneficiários e os educadores comunitários na administração e supervisão dos projetos, para ajudar a construir a capacitação e o domínio sobre questões de gerenciamento.
- Desenvolver um formato simples de relatório padrão, que inclua uma análise clara dos processos de informação. A abordagem atual não faz justiça às realizações da organização, nem torna fácil para pessoas de fora identificar as informações relevantes.

### Questões de política pública e parceria

- Considerar como trabalhar com outras ONGs para fazer *lobbies* junto ao governo para tornar a camisinha feminina disponível.
- Desenvolver estratégias, incluindo parcerias com outras ONGs, para encorajar a replicação mais ampla de abordagens efetivas usadas pelos projetos nas escolas e com os serviços de saúde. Isso pode incluir o uso de profissionais de saúde e educação que são colaboradores para defender essa idéia com seus colegas em outros postos de saúde e escolas.
- Mapear mais sistematicamente as atividades em nível comunitário, para evitar superposição.
- Desenvolver estratégias para uma ação mais ampla na comunidade e com organizações parceiras em questões como violência doméstica, aborto e qualidade do atendimento.

- Revisitar a questão da promoção do envolvimento das mulheres e jovens na sociedade civil.

#### Questões técnicas

- Considerar a introdução de uma ampla variedade de técnicas participativas para trabalho em grupo com mulheres adultas.
- Revisar o potencial para novas abordagens em relação às mesmas mensagens, particularmente as mensagens que não estão surtindo efeito.
- Dar maior ênfase na garantia de que o uso do preservativo é correto e consistente; olhar mais estrategicamente para formas de lidar com barreiras ao uso da camisinha e focar maiores esforços nas mulheres vulneráveis e adolescentes que não estão usando preservativos.
- Desenvolver uma abordagem mais sistemática para identificar quais beneficiários-alvo estão sendo atingidos e quais não estão e as razões disso, de modo a tentar desenvolver estratégias para aumentar a cobertura a grupos de mais difícil acesso.
- Fortalecer as abordagens de trabalho com os homens e considerar como fazer fazerem atuar os homens que já estão envolvidos até certo ponto com as atividades comunitárias, tais como maridos e filhos das educadoras comunitárias.
- Explorar em que medida a aparente invisibilidade das pessoas com HIV/AIDS na comunidade é devida à estigmatização e considerar como as atividades de conscientização e ação social podem lidar com isso.
- Construir esforços no sentido de “empoderar” as mulheres e aumentar a sua consciência de questões de gênero, incluindo apoio às mulheres para se organizarem e desenvolverem estratégias para lidar com as desigualdades de gênero.

#### Questões de sustentabilidade

- Planejar recrutamento de novos educadores comunitários e identificar estratégias para aumentar o número de jovens educadores.
- Desenvolver um planejamento estratégico para a organização, incluindo levantamento de fundos para o futuro, para reduzir a dependência em relação a uma oferta limitada de doadores e assegurar a continuidade das atividades dos projetos.

## Anexo 1: Termos de referência

### **Avaliação de Projetos sobre mulher e juventude, no Brasil Termos de referência**

#### **1. Introdução**

Com financiamento do *Operation a Dayswork* (OD) e da NORAD, a Frente das Mulheres da Noruega (WFN) e FOKUS (Forum para Mulher e Desenvolvimento) deram apoio ao Instituto de Investigação e Ação Social (IIAS) Gestão Comunitária, situado no Rio de Janeiro, Brasil, para a implementação de projetos relativos à mulher e à juventude. Ambos foram financiados por dois anos; o projeto das mulheres de 1998 a 1999 (NORAD) e o projeto da juventude de 2000 a 2001 (OD). Essa colaboração será complementada para o projeto da juventude no final do atual período de financiamento em dezembro de 2001.

OD e NORAD requisitaram uma avaliação externa dos projetos, visando determinar as lições aprendidas a partir da implementação do projeto e da parceria entre o IIAS e a Frente das Mulheres da Noruega e o FOKUS.

#### **2. Antecedentes do projeto**

Ambos os projetos enfocaram a questão do empoderamento, através de ações que visam a melhoria da saúde sexual e reprodutiva, apoio à organização popular e fortalecimento da participação das mulheres e dos jovens na sociedade civil.

O objetivo do projeto das mulheres, intitulada *Empoderamento das mulheres na saúde reprodutiva: treinamento e pesquisa*, incluía:

- Troca de informações encorajadoras e discussão do universo sócio-cultural das mulheres;
- Promoção da consciência e do conhecimento relacionados à saúde sexual e reprodutiva e acesso a serviços;
- Capacitação de lideranças femininas e outros agentes comunitários para terem uma atuação nas questões de políticas públicas relacionadas à promoção da saúde e da igualdade de gêneros;
- Promoção de consciência quanto à questões relativas à saúde sexual e reprodutiva, assim como desigualdade social e de gênero, entre agentes do governo e organizações não-governamentais.

O público-alvo do projeto das mulheres foi:

- Direto – mulheres, lideranças femininas locais;
- Indireto – membros da comunidade, incluindo homens e jovens, participantes dos projetos locais, agentes de organizações do governo e de ONGs envolvidos em projetos sociais.

O objetivo do projeto para a juventude *Promoção da Saúde, juventude e cidadania*, incluía:

- Mobilização dos jovens e discussão sobre temas tais como desigualdade social e de gênero;
- Promoção da consciência e do conhecimento relativo à saúde sexual e reprodutiva e acesso a serviços;
- Troca de informações e discussões sobre o universo sócio-cultural dos jovens;
- Empoderamento do jovens através da auto-organização e das organizações civis.

O público-alvo do projeto sobre juventude foi:

- Direto – jovens de baixa renda, estudantes e professores de escolas públicas, pais e famílias
- Indireto – grupos de jovens envolvidos em projetos locais públicos ou de ONGs, lideranças comunitárias e educadores participando em projetos direcionados a adolescentes em comunidades de baixa renda.

As principais áreas de atividade em ambos os projetos eram similares e incluíam a formação de parcerias e redes com uma variedade de instituições e agências, ação social e ampliação da consciência da comunidade, treinamento para educadores comunitários e outros agentes comunitários e produção e disseminação de materiais informativos.

### 3. Propósitos e objetivos

O propósito geral da avaliação é contribuir com as propostas inovadoras para avaliar projetos que visam empoderar mulheres e jovens e identificar quais lições poderiam ser aprendidas sobre essas propostas de empoderamento de mulheres e jovens em relação à saúde sexual e reprodutiva.

Dados os limites da disponibilidade de tempo, a avaliação irá focar em:

- Análise das realizações e forças que contribuíram às experiências bem-sucedidas;
- Análise das limitações e constrangimentos que limitaram a capacidade dos projetos em investir em questões que são desafiadoras em muitos contextos, tais como direitos reprodutivos, aborto, promoção do uso da camisinha, abuso e violência sexual, classe e raça.
- Obtenção de *insights* sobre as experiências e aspectos do processo, a partir das perspectivas individual, organizacional e social.
- Compreensão da instituição implementadora, seus objetivos e atividades e o contexto no qual ela trabalha.
- Avaliação de como as perspectivas feminista e de gênero informaram as respostas dos projetos à necessidades das mulheres e dos jovens.

Os objetivos específicos da avaliação são:

#### **Objetivo 1 – Avaliar a consecução dos objetivos do projeto e seu impacto nos níveis individual, comunitário e social.**

Referência particular será feita aos objetivos do projeto, atividades e resultados, através de questões que incluem:

Objetivos

- Qual foi a compreensão dos objetivos do projeto dentro do IIAS, nas agências parceiras, beneficiários e participantes e comunidades?



- Os objetivos do projeto foram realizados?

#### Atividades

- As atividades do projeto foram implementadas como planejado?
- Quais mudanças foram feitas nas atividades planejadas ou no tempo para implementação? Por quê?

#### Resultados

- Quais foram os principais resultados da perspectiva do IIAS, dos parceiros, beneficiários e participantes e comunidades?
- Qual o impacto que os projetos tiveram sobre os indivíduos?
  - Qual foi o impacto do projeto nos participantes, por exemplo, sobre os educadores comunitários, professores e outros beneficiários? Quais indivíduos foram mais afetados e quais foram menos afetados pelos projetos?
  - Qual o impacto que houve sobre o conhecimento e as habilidades das mulheres e dos jovens?
  - Qual foi o impacto sobre fatores como auto-estima, auto-confiança e habilidades de comunicação?
  - Qual foi o impacto sobre consciência sobre saúde sexual e reprodutiva e temas relativos, tais como direitos, violência doméstica e relações de gênero?
  - Qual foi o impacto sobre o comportamento das mulheres e dos jovens? Em que medida houve alguma mudança quanto à adoção de práticas sexuais mais seguras e no uso dos serviços de saúde sexual e reprodutiva?
  - Há alguma evidência do impacto dos projetos sobre as taxas de gravidez e infecções sexualmente transmissíveis?
  - Quais necessidades não foram atendidas? Por quê?
- Qual o impacto dos projetos sobre a organização comunitária?
  - Qual foi o impacto do projeto sobre a solidariedade das mulheres e dos jovens e em sua capacidade de organização?
  - Houve um aumento na participação de mulheres e jovens nas organizações comunitárias e nas atividades relacionadas à cidadania?
  - Como o trabalho para empoderar as mulheres entre 1998 e 1999 continua e se sustenta?
  - Como o trabalho desenvolvido para empoderar os jovens irá se sustentar?
- Qual o impacto que os projetos tiveram no ambiente mais amplo?
  - Os projetos contribuíram para a criação de um ambiente comunitário defensor de um comportamento sexual mais seguro? Qual foi o impacto sobre as famílias e outros membros da comunidade aos quais os projetos chegaram?
  - Os projetos ajudaram a melhorar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e tornar esses serviços mais atentos às mulheres e jovens?

- Qual foi o impacto da parceria e das atividades das redes sobre o ambiente mais amplo?

## **Objetivo 2 – Avaliar a metodologia do projeto e seu processo de implementação**

Referência particular será feita quanto à proposta geral definida pelos projetos e as estratégias específicas utilizadas, através de questões, que incluem:

### **Proposta**

- Quantas mulheres e jovens e outros atores comunitários importantes (por exemplo famílias e líderes), agentes (p. ex. educadores pares e trabalhadores da área de saúde) e instituições (p. ex. escolas e serviços de saúde) foram atingidos pelo projeto?
- A abordagem geral tomada foi um meio efetivo de melhorar a saúde sexual e reprodutiva?
- A abordagem foi meio efetivo de empoderar as mulheres e os jovens? Os programas de saúde sexual e reprodutiva podem contribuir para fortalecer as organizações locais de mulheres e jovens?
- A abordagem funciona do mesmo jeito com as mulheres e os jovens? Como a abordagem inicial do projeto das mulheres foi adaptado para trabalhar com os jovens?
- Como a abordagem foi adaptada com base nas respostas/no feedback do monitoramento do projeto?

### **Estratégias específicas**

#### **Participação e capacitação**

- Como as mulheres e os jovens se envolveram nos projetos? Como eles são representados na administração do projeto? Como a Gestão Comunitária IIAS se relaciona com os participantes e beneficiários dos projetos?
- Como as atividades de avaliação das demandas foi conduzida? Como as demandas/necessidades identificadas foram usadas na elaboração do projeto?
- Como as mulheres e os jovens foram envolvidos na definição das prioridades, determinação dos objetivos dos projetos e planejamento e execução das atividades do projeto?
- Como as mulheres e os jovens foram selecionadas para serem treinados como educadores comunitários, agentes comunitários e educadores pares? Como eles foram selecionados para participar das atividades de conscientização como oficinas?
- Quais são as características das mulheres e dos jovens que participaram e foram atingidos pelo projeto? Quais são as características daqueles que não participaram ou foram atingidos pelo projeto?
- Como os projetos responderam às propostas dos grupos das mulheres e dos jovens, tanto aqueles que se envolveram, como aquele que não se envolveram com os projetos?
- Como os projetos reforçaram a solidariedade, a participação civil e a organização popular de mulheres e jovens?

#### **Treinamento**

- Que métodos foram usados para treinar os professores e os educadores da comunidade, mulheres (tais como agentes comunitários e educadores pares), jovens (agentes comunitários e educadores pares) e promotores de saúde? Quão efetivo esses métodos foram?

- Que questões foram cobertas? Como elas foram identificadas?
- O que os educadores fizeram como resultado do seu treinamento? Que desafios foram identificados? Por que os educadores comunitários consideram difícil o trabalho com jovens? Como o projeto superou isso?

#### Conscientização

- Quais métodos foram utilizados para oficinas com as mulheres e jovens para desenvolver seus conhecimentos e habilidades? Quão efetivas foram essas oficinas? Quais abordagens funcionam melhor com mulheres e com jovens? Que questões foram cobertas? Como elas foram identificadas?
- Como os projetos desenvolveram as atividades localizadas nas comunidades (visitas às casas e às famílias, reuniões, atividades com lideranças comunitárias)? Como os educadores comunitários são percebidos e avaliados pelas comunidades? Quais métodos foram mais efetivos? Quais desafios foram identificados?
- Que eventos especiais foram realizados? Como os jovens participaram desses eventos? Que tipo de eventos especiais são mais efetivos?
- Que métodos de disseminação de informação foram utilizados (publicações, vídeos)? Como esses produtos foram desenvolvidos e distribuídos e para quem? Até que ponto esse métodos funcionaram e com que tipo de público?
- Como foi estabelecida a “help desk” (secretaria ou balcão de apoio)? Como funciona? Quão efetivo tem sido?
- Que métodos tem sido empregados para promover os direitos de saúde sexual e reprodutiva das mulheres e jovens?
- Que processos de transformação conduziram às mudanças positivas observadas, por exemplo, na percepção das mulheres jovens sobre sua atuação?

#### Promoção do uso de camisinha

- Quantas camisinhas foram distribuídas? Como e aonde são distribuídas? Quais métodos de promoção e distribuição funcionam melhor?
- A quem as camisinhas foram distribuídas? Quantas mulheres e jovens foram atingidos? Quantos são os que receberam pela primeira vez e quantos são clientes constantes? Qual é o tamanho da demanda por camisinhas?
- Como o uso de camisinha é apoiado? Como a promoção da camisinha e a distribuição foi ligada ao desenvolvimento de habilidades? Como os projetos avaliaram se o uso de camisinhas é correto e consistente?
- Que desafios ao uso de camisinhas foram identificados? Como isso foi enfrentado?

#### Parcerias e formação de redes

- Quais parcerias institucionais e redes foram estabelecidas com organizações que trabalham em, por exemplo, promoção de saúde, serviços sociais e de saúde, direitos sociais e movimento das mulheres?
- Como esses projetos estabeleceram legitimidade e credibilidade com os parceiros institucionais, fóruns sociais e líderes comunitários? Quais abordagens foram mais efetivas?
- Como esses parceiros vêem os projetos?
- Qual foi o efeito do projeto nas direções de instituições como escolas e centros de saúde?
- O que foi realizado através dessas parcerias? Quão efetivamente os projetos promoveram consciência da saúde sexual e reprodutiva e questões de gênero e desigualdades sociais?

- Que elos foram estabelecidos com organizações de jovens e de mulheres? E com grupos comunitários? E com outros que fazem trabalhos de base comunitária?
- Quão sustentáveis são essas parcerias? Quão sustentáveis são as redes estabelecidas pelos projetos?

### **Objetivo 3 – Avaliar a colaboração entre a Gestão Comunitária II AS e a Frente de Mulheres da Noruega.**

Uma referência particular será feita aos seguintes temas:

- Compreensão dos objetivos do projeto, abordagem e atividades.
- Parceria, comunicação e diálogo.
- Apoio financeiro e técnico, capacidade organizacional e sustentabilidade do projeto.

## **4. Abordagem e métodos**

A avaliação terá uma abordagem que reconhecerá:

- **A importância das perspectivas centradas nas mulheres e nos jovens**, especificamente as perspectivas que olham para as experiências, valores, informações e temas do ponto de vista das mulheres e dos jovens cuja vida é afetada.
- **O contexto social diverso e complexo**, especificamente a variedade de grupos sociais direta e indiretamente envolvidos nos projetos – membros da comunidade, em particular, mulheres e jovens, equipe de profissionais, educadores comunitários e outros agentes, e instituições tais como escolas locais, ONGs e serviços públicos de saúde; e os fatores que influenciam a implementação do projeto – desigualdades sociais e marginalização, valores sócio-culturais, mudanças no contexto político, dinâmica da comunidade, relações e redes, e o papel de atores como políticos, agentes defensores da lei e as lideranças comunitárias formais e informais.

A equipe de avaliadores usará os seguintes métodos:

- Revisão dos documentos de referência
- Revisão das informações de monitoramento do projeto e relatórios do projeto.
- Conjunto de informações qualitativas, a partir de:
  - entrevistas individuais e em grupo semi-estruturadas com informantes-chave (equipe do projeto, educadores comunitários, professores de escolas, lideranças comunitárias, representantes de instituições parceiras e participantes da rede).
  - Discussões em grupos focais com mulheres e jovens (educadores locais, agentes comunitários, beneficiários do projeto).
  - Observação direta das atividades do projeto, onde isso for viável.
- Revisão dos dados quantitativos em relatórios de atividades do projeto e registro e comparação com dados de referência, também quando viável.

## **5. Produtos**

O principal produto da avaliação será um relatório de não mais de 30 páginas (excluindo anexos) contendo:

- Sumário executivo (introdução, antecedentes, principais conclusões e recomendações).

- Itens para cada um dos objetivos da avaliação (conquistas do projeto, metodologia e processos do projeto, colaboração entre a Gestão Comunitária II AS e a Frente das Mulheres da Noruega).
- Conclusões e recomendações.
- Anexos incluindo os termos de referência da avaliação, metodologia, programação das atividades, conclusões detalhadas e revisão dos documentos de referência.

## **6. Membros da equipe, esfera de ação do trabalho e programação**

A avaliação será desenvolvida por uma equipe de duas consultoras independentes: Kathy Attawell (líder da equipe) do Reino Unido e Simone Diniz do Brasil (ver currículos no Anexo 1). A equipe vai trabalhar em conjunto no Brasil nos três objetivos da avaliação. A avaliadora do Reino Unido será contratada por 18 dias (4 dias de revisão do material, trabalho preparatório e encontros, 10 dias para viagem e trabalho de campo, 4 dias para escrever o relatório). A avaliadora brasileira será contratada por 12 dias (2 dias para rever o material e trabalho preparatório, 9 dias de trabalho de campo e um dia para a revisão do relatório).

Os termos de referência já foram revisados pela Gestão Comunitária e serão aprovados pelo FOKUS, Frente das Mulheres da Noruega, OD e NORAD.

A avaliação será realizada no Brasil, entre 12 e 20 de novembro de 2001. Antes disso, a avaliadora britânica se encontrará com o coordenador geral do IIAS em Londres e entrará em contato com a equipe do projeto IIAS e com a avaliadora brasileira para planejar a avaliação, preparar os instrumentos de coletas de dados e rever o material de referência do projeto.

A programação proposta para o trabalho de campo é a seguinte:

Segunda 12/11 – Apresentações, planejamento e discussão inicial com a equipe do projeto, revisão dos registros de monitoramento e relatórios do projeto, finalização dos instrumentos de coleta de dados qualitativos.

Terça, 13/11 – Visitas a órgãos e instituições parceiras (na área de saúde, educação, serviço social, ONGs e organizações de mulheres)

Quarta, 14/11 - Visitas a órgãos e instituições parceiras (na área de saúde, educação, serviço social, ONGs e organizações de mulheres)

Quinta 15/11 - Encontros com a equipe do projeto Gestão Comunitária IIAS, professores, educadores comunitários e outros agentes.

Sexta 16/11 – Visitas à comunidades

Sábado 17/11 - Visitas à comunidades

Domingo 18/11 - Visitas à comunidades

Segunda 19/11 – Compilação das conclusões, preparação do esboço do relatório e apresentação

Terça 20/11 – Resposta/retorno/feedback para a Gestão Comunitária IIAS

*Nota: as visitas aos órgãos e instituições parceiras estão provisoriamente programadas para o início da primeira semana, uma vez que quinta-feira (15 de novembro) é um feriado público e as instituições públicas estarão fechadas nos dias 15 e 16 de novembro.*

A equipe de avaliadoras vai apresentar suas conclusões e recomendações à equipe do projeto da Gestão Comunitária IIAS antes de sair do Brasil.

A líder da equipe vai elaborar um rascunho do relatório até 7 de dezembro de 2001. O relatório-rascunho será revisado por Simone Diniz, Gestão Comunitária, FOKUS, Women's Front of Norway, OD e NORAD e o relatório final será produzido incorporando os "feedbacks" (retornos/respostas) desse processo de revisão. O relatório final será apresentado em torno do dia 21 de dezembro de 2001.

A Frente das Mulheres da Noruega pode organizar um encontro para apresentar e discutir as conclusões da avaliação, se isso for considerado apropriado.

## **7. Informações básicas**

Promoção de saúde, juventude e cidadania:

Solicitação ao OD para 2001, Frente das Mulheres da Noruega

Proposta 2000-2001

Proposta 2001

Relatório sobre progressos, junho a setembro de 2000

Relatório técnico, fevereiro-maio de 2000

Relatório técnico, junho-setembro de 2000

Relatório técnico, outubro-dezembro de 2000

Relatório condensado, fevereiro-dezembro de 2000

Relatório técnico, janeiro-dezembro 2001

Empoderamento de mulheres em saúde reprodutiva: treinamento e pesquisa:

Contrato:

Proposta 1996

Proposta 1998

Proposta 1999

Relatório técnico, fevereiro-maio 1998

Relatório técnico, junho-setembro 1998

Relatório técnico, outubro-dezembro 1998

Relatório técnico, maio-agosto 1999

Relatório de progresso, janeiro-abril 1999

Relatório de progresso, setembro 1999 a janeiro de 2000

Relatório de auditoria financeira 1998

Referência

1. Questões de Saúde Reprodutiva.

## **Anexo 2: Curriculum vitae das avaliadoras do Reino Unido e do Brasil.**

### 1. Kathy Attawell

#### Informações pessoais

Nome: Kathleen Ann Attawell

Endereço: 107 Royal Hill, Greenwich, London SE10 8SS, UK

Telefone: 00 44 (0)20 8 694 8560

E-mail: attawell@btopenworld.com

Data de nascimento: 23 de abril de 1960

Nacionalidade: Britânica

#### Formação

1994-1995 **London School of Hygiene and Tropical Medicine, MSc Health Promotion (Distinção)**

As disciplinas incluem: epidemiologia, estatística, políticas públicas de saúde, economia da saúde, administração organizacional, promoção de saúde, antropologia médica, economia política da saúde, avaliação de serviços de saúde. Tema da dissertação: estratégias para reduzir a vulnerabilidade de mulheres jovens ao HIV/AIDS na África Sub-saariana.

1978-1981 **University of Exeter, Bacharelado (com distinção) em Ciência Política (2.1)**

1971-1978 **Ravensbourne School for Girls (Escola para Mulheres de Ravensbourne)**  
"O" levels: 12; "A" levels; Geografia, Matemática Pura e Aplicada e Literatura Inglesa.

#### **Áreas-chave de experiência e habilidades**

- Dezesseis anos de experiência em serviços básicos de saúde e desenvolvimento, com foco específico em HIV/AIDS, saúde reprodutiva, saúde da mãe e da criança e malária.
- Experiência em administração de projetos, incluindo contatos com financiadores e governos receptores, monitoramento de programas, avaliação, relatoria narrativa e financeira, administração de aportes de cooperação técnica e de consultores.
- Experiência em administração de ONG, incluindo planejamento estratégico e administração de políticas, desenvolvimento organizacional, pessoal, administração financeira e orçamentária, planejamento de programas e projetos.
- Forte habilidade para negociação, comunicação e relacionamento interpessoal, experiência em representação externa e contatos com a ONU e agências bilaterais, ONGs nacionais e internacionais, conselhos técnicos e instituições acadêmicas.
- Experiência em informação, educação e comunicação, com habilidades que incluem treinamento, pesquisa secundária, escrita, edição, produção de material para educação para saúde, planejamento e implementação de educação para saúde, disseminação de informações e estratégias de educação continuada, publicidade, promoção e desenvolvimento de redes.
- Experiência extensiva de trabalho com ONGs parceiras no Hemisfério Sul na África, Ásia e América Latina e fornecimento de assistência técnica com desenvolvimento institucional, planejamento e administração de projetos, estratégias de levantamento de fundos, apoio para produção descentralizada de material de aprendizado sobre a saúde e uma ampla gama de IEC e atividades de disseminação de informações

## **EMPREGOS**

### **Consultora Freelance**

De abril de 1997 até o presente.

IFH (outubro de 2001 a abril de 2002) – Suporte administrativo para Acting Director e administração da equipe.

HEALTHLINK (Maio a dezembro 2001) – Consultoria para projetos e fornecimento de assistência técnica para WHO IMD.

MALARIA CONSORTIUM (Agosto- setembro 2001) – Edição dos manuais de WHO ITN  
JSI EGYPT (Julho- outubro 2001) – Edição dos estudos sobre mortalidade materna e pré-natal nacional do Egito e escrita de cartilha simplificada para trabalhadores da área de saúde.

COMMONWEALTH FOUNDATION (Julho 2001) – Preparação de paper de base, relator e escritura do relatório para o encontro de reflexão da Commonwealth em abordagens multi-setoriais ao HIV/AIDS.

INTERNATIONAL HIV/AIDS ALLIANCE (Maio-setembro 2001) – Reescrita e edição dos relatórios de Zambia e Maharashtra de operações de estudo e pesquisa sobre o envolvimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS em ONGs.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL (Dezembro 2000) – Relatoria oral e escrita para encontro sobre microbicídio.

ROYAL BROMPTON AND HAREFIELD NHS TRUST (Novembro 2000 – Janeiro 2001) – Reescrita e edição do material do levantamento independente sobre serviços cardíacos pediátricos NHS

HELPAGE INTERNATIONAL (Novembro 2000 – Agosto 2001) – Planejamento e edição do manual sobre pesquisa participativa com pessoas idosas.

WHO (Novembro 2000 – Outubro 2001) – Edição da segunda edição do manual sobre Serviços básicos de saúde infantil e do manual sobre Administração integrada de doenças da infância.

DIFID/WELL (Outubro-novembro de 2000 e Julho 2001) – Consultoria para avaliar oportunidades de saúde ambiental na Guiana, como parte do Programa do Setor de Águas da Guiana.

EUROPEAN COMMISSION (Setembro-outubro 2000) – Escrita do relatório da Conferência da União Européia sobre HIV/AIDS, malária, tuberculose e redução da pobreza.

IFH (Setembro 2000 – Julho 2001) – Planejamento de estratégias de facilitação, escrita do plano estratégico organizacional, desenvolvimento de comunicações organizacionais e estratégias de marketing e sistemas internos de informação.

WATERAID (Agosto-Setembro 2000) – Líder da equipe, avaliação do suprimento de água em área rural do WaterAid Ethiopia, saneamento e projetos de promoção de higiene.



ECHO (Agosto 2000 – Agosto 2001) – Escrita, edição, projeto administrativo de um manual prático sobre a seleção de suprimentos médicos e equipamentos para instalações para serviço básicos de saúde.

HEALTHLINK (Junho e agosto de 2000) – Implantação, escrita e edição do boletim *Disability Dialogue* (Diálogo dos deficientes), sobre saúde mental e países em desenvolvimento.

USAID AFRICA BUREAU (Junho 2000) – Avaliação da disseminação e componente de advocacia do Suporte para Pesquisa e Análise em projetos na África.

HEALTHLINK/UK HEALTH DEVELOPMENT AGENCY (Maio-junho 2000) – Edição e revisão do manual prático sobre recursos de comunicação no desenvolvimento da saúde..

MALARIA CONSORTIUM (Março 2000 – Outubro 2001) – Edição do guia para WHO RBM sobre controle de malária em situações complexas de emergência.

POPULATION CONCERN (Fevereiro 2000) – Avaliação do projeto financiado pelo DfID sobre saúde reprodutiva e sexual de adolescentes em Motherwell Township, Port Elizabeth, África do Sul.

HEALTHLINK (Janeiro-março 2000) – Escrita do kit de ação prático sobre saúde, gênero e HVI/DST para o Programa de Juventude da Commonwealth.

IFH (dezembro 1999 – maio 2000) – Consultora em projeto colaborativo financiado pelo DfID com o Conselho da População para a promoção da consciência e educar fazedores de políticas públicas sobre microbicídio, tarefas que incluíram conduzir um exercício de mapeamento global, pesquisa e escrita de relatório sobre microbicídio e planejar um encontro técnico de consultoria.

HEALTHLINK (Outubro - Novembro 1999) – Implantação, escrita e edição de uma edição especial do *Health Action* sobre controle de tuberculose em nível municipal.

EUROPEAN COMMISSION (Outubro-Novembro 1999) – Implantação e edição do boletim sobre HIV/AIDS da Comunidade Europeia sobre abordagens multi-setoriais.

MALARIA CONSORTIUM (Outubro-Novembro 1999) – Escrita do relatório da Segunda Conferência Internacional sobre Redes de Tratamento de Inseticida, Dar es Salaam.

IFH/UNAIDS/Health Canada (Julho 1999 – Outubro 1999) – Coordenação, reescrita, edição de *papers* básicos para a reunião de discussão sobre a política pública canadense em HIV/AIDS em Ottawa, Novembro de 1999.

UNICEF (Julho-Agosto 1999) – Escrita da descrição geral da estratégia da UNICEF em HIV/AIDS e ações a serem realizadas.

POPULATION CONCERN (Agosto 1999) – Avaliação de projetos em saúde reprodutiva de jovens e desenvolvimento de uma proposta sobre direitos de saúde reprodutiva e sexual entre jovens e advocacia com UMATI (FPA da Tanzânia).

HEALTHLINK (Junho-setembro 1999) – *Escrita do suplemento especial sobre saúde infantil em emergências para o Child Health Dialogue.*

IFH/UNAIDS (Junho-julho 1999) – Relatoria do encontro das Nações Unidas sobre AIDS sobre planejamento do marketing social do uso de camisinha.

HEALTHLINK/DFID (Maio-Junho 1999) – Condução de oficinas de treinamento para pessoal da área de saúde de idosos em preparação HLM para o Ministério da Saúde, Gana.

EUROPEAN COMMISSION (Maio 1999 – Agosto 2000) – Coordenação do desenvolvimento da estratégia de vacinação contra HIV na União Européia, chamada para propostas, desenvolvimento de propostas para estudo colaborativo sobre a demanda de vacina anti-HIV na União Européia/Banco Mundial.

HEALTHLINK (Janeiro-Abril 1999) – Escrita do paper de instruções sobre os teste do HIV.

VSO (Fevereiro 1999) – Edição de manual em prescrição racional.

EUROPEAN COMMISSION and IAVI (Fevereiro – Março 1999) – Preparação e coordenação da conferência técnica para vacinas contra AIDS da EU.

IFH (Janeiro 1999) – Aplicação escrita para a National Lottery Board do projeto para melhorar a saúde sexual no sul da África.

EUROPEAN COMMISSION (Novembro 1998 - Junho 1999) – Escrita e edição do relatório sobre o teste de Mwanza e outras intervenções do STD para o controle do HIV.

SARA PROJECT/USAID/WHO TDR PROGRAMME (Novembro 1998 – Março 1999) – Preparação da pauta para o programa de ação baseado na pesquisa da malária na África e, SARA PROJECT (Outubro 1998 – Fevereiro 1999) – Pesquisa de informação de saúde e atividades de disseminação na Europa.

MALARIA CONSORTIUM (Julho 1998 – Fevereiro 1999) – Reescrita e edição de livro de malariologia prática.

LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE (Julho 1997 - Novembro 1998) – Planejamento, escrita e edição de um instrumental prático para gerentes de programas sobre planejamento e projetos de implementação de redes para o controle da malária.

HEALTHLINK (Outubro 1998) – Preparação da proposta da EC para o projeto de saúde e direitos infantil.

AUSAID (Setembro 1998) – Revisão do relatório sobre a resposta australiana ao HIV/AIDS.

UNAIDS/WHO/UNICEF (Setembro 1998) – Revisão da resenha científica sobre HIV e alimentação infantil.

IFH (Setembro - Outubro 1998) – Preparação do relatório do projeto e do plano comercial para a Community Based Social Marketing de produtos de saúde reprodutivos em Madras, para DFID.

IFH/DFID (Junho - Julho 1998) – Relatório na conferência internacional de AIDS em Genebra.

HEALTHLINK (Abril - Maio 1998) – Pesquisa e escrita dos resultados da Ação da AIDS em cuidado paliativo.

EUROPEAN COMMISSION (Março - Abril 1998) – Revisão de artigos resumindo as experiências do programa de controle STD em Moçambique.

UNAIDS/WHO/UNICEF (Novembro 1997 - Abril 1998) – Preparação da pauta para agentes de saúde sobre HIV e alimentação infantil.

IFH/DFID (Janeiro 1998 – Janeiro 2001) – Assistência técnica por 80 dias ao ano para atividades de mídia e comunicação do Programa Nacional de AIDS (NAP) e coordenação da assistência técnica da DFID implantadas no NAP, África do Sul.

GTZ (Julho 1997 - Março 1998) – Escrita de um manual para orientar o planejamento familiar e agentes de saúde no IEC e para prover pautas práticas para o planejamento e implementação do IEC.

INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY (Dezembro 1997) – Revisão do International Journal of Community Eye Health para desenvolver recomendações de aperfeiçoamento.

EUROPEAN COMMISSION/AIDS TASK FORCE (Agosto - Novembro 1997) – Preparação e administração de uma estrutura contratual, preparação dos termos de referência e políticas de estratégia de tratamento, revisão e finalização dos estudos de base e relatórios de pesquisa em HIV/AIDS e em DST, na África do Sul.

WORLD HEALTH ORGANISATION (Abril - Outubro 1997) – Revisão e edição de um Guia adaptado para Administração Integrada de doenças infantis para ser usado pelos gerentes do programa nacional e pelos consultores para adaptar a abordagem IMCI para situações locais e nacionais, edição de documentos de base e instruções para a imprensa.

AHRTAG (Agosto - Outubro 1997) – Pesquisa e escrita do paper com relatos práticos sobre HIV/AIDS e crianças pequenas.

UK COALITION OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS (Julho - Setembro 1997) – Desenvolvimento e escrita de um guia para oficinas e conferências regionais que forneça a base para a discussão de assuntos relacionados à morte e a mortalidade de pessoas com HIV/AIDS.

INTERNATIONAL CONFERENCE OF WOMEN LIVING WITH HIV/AIDS (Junho - Julho 1997 e Julho – Agosto 1998) – Preparação de demandas por fundos e levantamento de fundos para estudo de pesquisa em ação participativa para a experiência em direitos reprodutivos de saúde para mulheres com HIV/AIDS.

## **ADMINISTRADORA DE CAMPO DO PROJETO DE SAÚDE DA ESCOLA ANDHRA PRADESH**

DIVISÃO DO CONSELHO BRITÂNICO/ADMINISTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALÉM-MAR (hoje chamado DEPARTAMENTO BRITÂNICO PARA DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL)

*Junho 1996 - Março 1997*

- Atuação como representante da Overseas Development Administration (ODA), garantindo o entendimento comum dos objetivos do projeto e aproximação da implementação entre a ODA e o governo de Andhra Pradesh (GAP).
- Monitoramento e avaliação do progresso do projeto contra objetivos consensuais e planos de trabalho, em cooperação com oficiais do GAP e a equipe do projeto.
- Monitoramento do compromisso financeiro, custo local e a despesa técnica da cooperação.
- Gerência de cooperações técnicas implantadas como consultorias, treinamento estrangeiro, suporte de informação e aquisição de equipamento.
- Progresso do projeto e relatórios financeiros para a ODA.
- Provisão de conselho técnico sobre temas de caráter administrativo, técnico e de implementação.
- Administração do British Council Division Andhra Pradesh Project Management Office em Hyderabad e gerência de campo e de pessoal administrativo.

## **-CONSULTORA FREELANCE**

*Agosto 1995 - Maio 1996*

USAID (Maio 1996) - Revisão e reescrita do relatório final do Egyptian National Child Survival Project.

IPPF (Outubro 1995 - Maio 1996) – Suporte consultivo em andamento, incluindo revisão e avaliação das aplicações das doações do FPA, proposta escrita para a Unidade de Desenvolvimento de Recursos e Projeto de Saúde Sexual para doadores, incluindo os Fundos semeadores Saúde e População da ODA, estados de Jersey, União Européia, Fundação Ford, edição do relatório anual do IPPF; preparação dos relatórios para os doadores para o mundo árabe.

UNAIDS (Março - Abril 1996) – Consultoria para revisar as funções de documentação e informação, funcionamento e estrutura e desenvolver recomendações para a coleta de informação futura global do Fundo das Nações Unidas para a AIDS, produção e disseminação de estratégia.

AHRTAG (Outubro 1995 - Maio 1996) – Proposta de desenvolvimento e escrita para a Comunidade Européia e a ODA Joint Funding Scheme; pesquisa e escrita de materiais práticos sobre tuberculose, HIV/AIDS e pneumonia infantil; pesquisa e compilação de relatório para a Agência de Cooperação Internacional japonesa sobre doadores Europeus e políticas de ONGs em relação ao HIV/AIDS e planejamento familiar.

IFH (Novembro 1995 - Maio 1996) – Escrita de relatório sobre aplicação de doações para o ODA Joint Funding Scheme. .

PANDORA/HARPER COLLINS (Março - Maio 1996) – Levantamento de títulos de livros de saúde da mulher; pesquisa, revisão, atualização do livro Drogas na gravidez e o nascimento do bebê, de Judy Priest.

POPULATION CONCERN (Janeiro - Abril 1996) – Pesquisa e desenvolvimento de proposta para a Comunidade Européia para projetos de planejamento familiar no Vietnam.

SUNIL MEHRA ASSOCIATES (Outubro 1995 - Maio 1996) – Levantamento e edição de material sobre educação para saúde para o pessoal dos programas de malária em nível municipal, para WHO; planejamento de oficina para o Consórcio Malária Reino Unido e o Programa Nacional Indiano contra a Malária.

WATERAID (Agosto 1995) – Avaliação do Programa WaterAid's para o sul da Índia, fornecendo elementos sobre saúde e questões de administração de ONG e responsável por escrever o relatório de avaliação

## **CONSULTORIAS**

*1993 - 1994*

USAID (Fevereiro 1994 e Abril 1993) – Conselheira do Projeto Sobrevivência da criança do Ministério da saúde do Egito, desenvolvimento materiais IEC e estratégias para ampliar as habilidade e o conhecimento do pessoal do programa EPI e para o pessoal do programa ARI.

ODA (Março 1994) – Consultora para o ODA Saúde e População, do Ministério da Saúde de Gana para o componente de educação para a saúde do Projeto Ghana Two Regions Water.

## **CO-DIREÇÃO**

Recursos apropriados de saúde e grupo de ação tecnológica (hoje chamado Healthlink Worldwide) *Setembro 1988 - Agosto 1994*

Responsabilidades organizacionais, incluindo direção geral e desenvolvimento de AHRTAG, que promove cuidados médicos básicos em países em desenvolvimento através de uma gama de informações, publicações, atividades e programas de assistência técnica, com uma equipe de 25 pessoas e um orçamento anual de 1,7 milhões de libras. Responsabilidade por:

- Política organizacional e planejamento estratégico;
- Desenvolvimento de um novo programa e das atividades do projeto;
- Contatos com o comitê administrativo, conselheiros técnicos e organizações-irmãs;
- Levantamento dos fundos mais fundamentais, promoção externa e desenvolvimento do perfil;
- Política de pessoal e administração.

Administração geral de duas áreas de programa: HIV/AIDS e saúde sexual e cuidados de saúde da mãe e da criança, com um orçamento anual de 1 milhão de libras. As atividades do programa incluíram: publicação de um boletim, papers de instrução, relatórios e bibliografias; serviços de informação; produção de linhas mestras, práticas de educação para a saúde e material de treinamento; suporte técnico para capacitação da ONG, formação de redes e consultorias de informação. Responsabilidade por:

- Planejamento de Programa, coordenação, monitoramento e avaliação e identificação e desenvolvimento de novos projetos.
- Administração de projetos, monitoramento, suporte técnico e visitas a mais de 20 organizações parceiras no Hemisfério Sul.
- Planejamento orçamentário e administração, levantamento de recursos, contatos com doadores e relatoria para organizações bilaterais, incluindo ODA, USAID, SIDA; UK e ONGs européias, incluindo Christian Aid, SCF, Memisa Medicus Mundi, Norwegian Red Cross, HIVOS, Misereor; e multilaterais, como WHO e UNICEF.
- Além disso, administração durante 1993-1994 de programas no Oriente Médio e na Tanzânia da AHRTAG's, incluindo serviços de informação, suporte técnico para o centro de recursos para o desenvolvimento e educação continuada de trabalhadores da área de saúde.

Enquanto Editora administrativa, responsabilidade geral por serviços de publicação e administração editorial, com responsabilidade específica por:

- Planejamento e revisão do conteúdo do boletim do AHRTAG's *AIDS Action, Dialogue on Diarrhoea e Acute Respiratory Infections News*.
- Escrita, edição, implementação e pesquisa de material para o boletim e outras publicações da AHRTAG, que incluíam papers de instrução, manuais práticos, publicidade e exibição de materiais.
- Administração e desenvolvimento de uma mala direta, mecanismos de distribuição e estratégias de disseminação de promoção e informação

1981 - 1988

EDITOR ADMINISTRATIVO, GRUPO DE AÇÃO RECURSOS E TECNOLOGIAS DE SAÚDE ADEQUADOS  
GERENTE EDITORIAL E PRODUÇÃO, QUANTUM SCIENCE CORPORATION  
TRAINEE DE ADMINISTRAÇÃO, MARKS AND SPENCER PLC

## 1. Simone Diniz

Nome: Carmen Simone Grilo Diniz  
 Data de nascimento: Julho 20, 1961  
 e-mail: [sidiniz@uol.com.br](mailto:sidiniz@uol.com.br)

### Educação Universitária:

- Graduada em Medicina na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN (1979-1984)
- Residência Médica no Departamento de Medicina Preventiva da Escola de Medicina da USP (1985-88)
- Mestrado em Medicina Preventiva, no Depto de Medicina Preventiva da Escola de Medicina da USP (1994-96).
- **Doutora em Medicina Preventiva, no Depto de Medicina Preventiva no Depto de Medicina Preventiva da Escola de Medicina da USP (1997-2001)**

### Atividades Profissionais

- Coordenadora e antiga coordenadora da Casa do Coletivo Feminista Sexualidade Saúde, uma ONG que trabalha com saúde reprodutiva e direitos desde 1985. Atualmente trabalha como diretora de pesquisa.
- Coordenação Geral da “Coordenadoria Especial da Mulher”, o gabinete de políticas de gênero da Cidade de São Paulo (1989-1992).
- Fundadora da “Casa Eliane de Grammont”, um centro de assistência à mulheres em situação de violência (1990)
- Membro do programa “A favor das meninas” para empoderar mulheres jovens em questões relativas à saúde e aos direitos (Coordenadoria Especial da Mulher)
- Coordenadora nacional da equipe brasileira do IRRRAG (International Reproductive Rights Research Action Group (1993-1995); coordenadora nacional na segunda fase do projeto, sobre Envolvimento Masculino na Saúde Reprodutiva (1999-2000).
- Coordenadora do “Projeto Integrado para treinamento profissional e desenvolvimento de tecnologias para assistir Mulheres em Situação de Violência” (1994-1997) e (1998-2001), apoiada pela Ford Foundation.
- Coordenadora do projeto “Cuidando do Prazer – sobre prevenção a AIDS em ações em saúde sexual e reprodutiva” (1995-1997), apoiada pela Fundação Levi-Strauss.
- Consultora para o WHO/HRP e o Ministério da Saúde brasileiro na “Avaliação das Necessidades para a introdução da Contracepção no Brasil” (1993-94);
- Consultora do Conselho da População para a reintrodução do projeto Métodos de Barreira e diafragma na Índia. New Delhi Office (1995);
- Consultora do projeto “Políticas sociais, modelos de desenvolvimento e Saúde internacional: avaliando o desenvolvimento de programas e políticas de prevenção e controle da epidemia de HIV/AIDS no Brasil”, ABIA, Rio, sobre “A interface entre Saúde reprodutiva e políticas de prevenção da AIDS” (1997-98);
- Consultora do projeto “Saúde Integral da Mulher”, Cosméticos Avon (1993-1999);
- Consultora do Hospital Geral de Itapeverica (SP), sobre humanização do cuidado pré-natal (1999).
- Consultora do Programa Nacional de AIDS, em tema relativo à prevenção de AIDS e gênero (2001)
- Suplente da Secretaria executiva da Rede nacional brasileira sobre saúde e direitos reprodutivos (1995-1998).
- Membro e ativista da REHUNA (Rede nacional para a humanização do parto).
- Membro da equipe central brasileira do Estudo WHO Multi-país, sobre saúde da mulher e violência doméstica.
- Coordenadora do Projeto “Integrando Programas de Saúde Reprodutiva e prevenção da AIDS: (Ministério da Saúde/Coletivo Feminista).

### Anexo 3: **Documentos revistos**

#### *Promoção de saúde, juventude e cidadania:*

Requerimento para OD para 2001, Women's Front of Norway  
Proposta 2000-2001  
Proposta 2001  
Relatório de progresso, junho-setembro 2000  
Relatório técnico, fevereiro-maio 2000  
Relatório técnico, junho-setembro 2000  
Relatório técnico, outubro-dezembro 2000  
Relatório condensado, fevereiro-dezembro 2000  
Relatório técnico, janeiro-dezembro 2001

#### *Empoderamento de Mulheres em saúde reprodutiva: treinamento e pesquisa:*

Contrato  
Proposta 1996  
Proposta 1998  
Proposta 1999  
Relatório técnico, fevereiro-maio 1998  
Relatório técnico, junho-setembro 1998  
Relatório técnico, outubro-dezembro 1998  
Relatório técnico, maio-agosto 1999  
Relatório de progresso, janeiro-abril 1999  
Relatório de progresso, setembro 1999-janeiro 2000  
Relatório da auditoria financeira 1998

#### *Outros materiais*

Notas de campo: Comunidades na Luta contra a AIDS  
Caderno de Experiência: Núcleo e Educação: Trabalho e Cidadania  
Juventude Anos 90  
AIDS e Comunidades: Saúde Sexual-reprodutiva e Prevenção

Tradução: Cecília Campello do Amaral Mello – [ceciliamellobr@hotmail.com](mailto:ceciliamellobr@hotmail.com)



**Anexo 4 Apresentação: panorama dos objetivos da Gestão, atividades e a situação das favelas na Grande Tijuca**

## **Anexo 5 Suporte financeiro da Gestão por fonte 1998-2001**