**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Evolução da associação entre padrões de empoderamento
e autonomia das mulheres**

Jéssica Cumpian Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Nutrição em Saúde Pública
para obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Wolney Lisbôa Conde

São Paulo

2021

Evolução da associação entre padrões de empoderamento e autonomia das mulheres

Jéssica Cumpian Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Wolney Lisboa Conde

**Versão original
São Paulo
2021**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese a minha mãe Elmira por me ensinar o que é ser uma mulher forte e guerreira, ao mesmo tempo me ensinar sobre a fé e amor. Ao meu grande amor, Sérgio. E a minha família que sempre incentivaram meus sonhos, e estavam disponíveis para um abraço apertado ou para dizer: vai ficar tudo bem, estamos juntos.

AGRADECIMENTOS

Sou grata ao meu Deus, amigo e protetor. Grata por me possibilitar viver experiências antes inimagináveis ou inalcançáveis, grata por todo amor e cuidado, grata pela sabedoria e por suas promessas que sempre permanecem vivas, como está que acontece agora com o término dessa tese. A Ele toda glória, para sempre, amém!

Professor Wolney, agradeço por essa longa jornada juntos, lembro-me quando cheguei na nossa primeira reunião, uma menina, tímida, ainda sem saber minhas aspirações sobre o futuro, preocupada com tantas questões, e você com doçura, tranquilidade e muito carinho me orientou e tranquilizou sobre minhas escolhas profissionais. São seis anos compartilhando várias experiências, e quero te agradecer por cada uma delas. Todos esses anos foram de muito aprendizado, respeito e parceria, obrigada pela paciência e generosidade. Deixo aqui registrado minha imensa felicidade em encontra-lo, guardo com carinho tudo que compartilhamos.

Professora Ana Elisa, uma grande referência e inspiração para mim de mulher forte e segura, professora, cientista, estritamente profissional e o mais importante não deixa de ser leve, doce, meiga e com um coração bondoso. Obrigada por todo auxílio, e por estar disposta em ajudar todas as vezes que precisei. Obrigada por responder cada áudio no WhatsApp mesmo sendo ele bem longo...Sou grata por encontra-la e tê-la como amiga.

Ao meu esposo e grande amor, Sérgio, sou grata a Deus por tê-lo como companheiro de vida e de alma, obrigada por todo incentivo, pela compreensão, carinho e por todo amor. Sua determinação, força e fé sempre me inspiraram, hoje compartilhamos a vida juntos, e ela não poderia ser melhor. Amo você, sempre.

A minha querida mãe, a dona Elmira, como sempre você é a minha maior inspiração e referência de mulher, amiga e profissional. Com uma tese que discute empoderamento você precisa saber que foi com você meu primeiro contato com uma mulher empoderada. Ao te observar desde muito pequena, aprendi o que é ser uma mulher forte, guerreira, que luta por seus objetivos e sabe seu papel na sociedade. Você sempre com muita delicadeza me ensinou que eu poderia fazer e ser o que eu quisesse, mas que não seria fácil, entretanto, com fé e dedicação tudo seria possível. Obrigada mãe, por seu abraço acolhedor e por estar presente sempre. Obrigada por todo incentivo e por me impulsionar para alcançar grandes conquistas. Obrigada por seu amor e por sempre dizer: estarei aqui, dando certo ou não.

Zê, meu segundo pai, homem zeloso, seu cuidado com nossa família mostra o seu amor por nós. Agradeço por me acompanhar durante todos esses anos, por me aceitar como filha e estar sempre pronto a ajudar, desde o preparo de um café, até aos almoços dignos de um chefe aos domingos.

Pai, homem sábio, de fala tranquila e com um coração tão grande e puro. Sou grata pelos ensinamentos, pelo incentivo e pela vibração quando soube que tinha passado no doutorado. Por sua dedicação, amor, cuidado, respeito e estrutura que me possibilitou chegar até aqui.

Aos meus irmãos, sou mais feliz com vocês na minha vida, vocês sempre trouxeram luz, brilho e alegria para nossa família. É um grande presente de Deus ter vocês. Carol, minha princesa, sou grata por todos os momentos que compartilhamos, muitos deles são bem simples como assistir a filmes nostálgicos, conseguir rir, chorar, cantar e dançar tudo de uma vez só, minha irmã, obrigada por cada – vai ficar tudo bem – e obrigada por me fazer sorrir em momentos difíceis e acreditar em mim quando eu já não conseguia. Vinicius, meu bebê, e o tesouro de todos nós, obrigada por topar tudo, desde uma simples pizza, até tirar os entulhos da obra da minha casa. Pelos perrengues e por todos momentos alegres, sou grata pela sua vida.

Aos meus sogros Sérgio e Lena, hoje vocês são minha família também, obrigada por me acolherem tão bem, sempre com carinho e amor. Vocês são exemplos de caráter ímpar e honroso que me inspiram. Obrigada por cada oração, abraços e olhares que dizem - vai ficar tudo bem, estamos orando por você - Sou grata.

À Equipe do Lanpop, sou grata pela parceria, momentos de estudo e trabalho juntos, obrigada pelos encontros e conversas divertidas durante o almoço, cafés ou no Google Meet.

A minha amiga Iolanda, obrigada por todo apoio durante o mestrado e doutorado, sempre prestativa, paciente e bondosa, você se tornou uma grande amiga e uma verdadeira inspiração, sempre dedicada e disciplinada.

À CAPES, que fomentou o desenvolvimento deste estudo, à faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), a cada professor que contribuiu para minha formação. Sou grata.

EPÍGRAFE

*“Uns confiam em carros, e outros, em cavalos,
mas nós faremos menção do nome do Senhor,
nosso Deus”*

Salmos 20.7

RESUMO

CUMPIAN-SILVA, J. **Associação entre o empoderamento das mulheres e suas ações sociais, de saúde e nutrição**. 2021. Tese – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2021.

Introdução - O conceito Empoderamento Feminino pode ser entendido como o ato de ampliar o poder de participação social às mulheres, garantindo que possam estar cientes sobre a luta pelos seus direitos, com total igualdade entre os gêneros. Está relacionado também, com o processo de autoconfiança, poder de escolha e garantia de recursos sociais, o que torna a mulher capaz de controlar sua vida no presente e garantir ações para seu futuro. As mulheres modificaram e inverteram muitos papéis impostos pela sociedade e estas modificações podem ter alterado o formato tradicional da saúde da mulher, qualidade de vida, modo de vida e objetivos de realização plena como mulher. **Objetivo** – Analisar e propor um escore de empoderamento feminino de acordo com componentes multidimensionais que expressem os níveis de autonomia das mulheres e sua evolução em diferentes países entre dois inquéritos. **Métodos** – Os dados deste estudo transversal são provenientes da *Demographic Health Survey* (DHS), a amostra foi selecionada a partir do conjunto de mulheres em idade fértil entre 15 a 49 anos [n=1652956], correspondentes ao primeiro e último inquérito realizado em cada país. Os países selecionados foram separados em continentes ou regiões geográficas: Ásia [9 países]; América do Sul [4 países]; Europa [3 países]; Caribe [5 países]; África Ocidental [11 países]; África Oriental [13 países]; África Central-Austral [9 países]. As variáveis do estudo foram alocadas em três domínios de empoderamento: recurso, agência e estrutura institucional, onde as mulheres são representadas de forma civil, econômica e social. Neste estudo, foram utilizadas variáveis de caráter comportamental, poder de decisão, escolaridade, renda e atitudes quanto a violência doméstica. A Análise dos Componentes Principais (ACP) permitiu a utilização dos padrões de empoderamento como descritores sintéticos dos aspectos diversos da avaliação da autonomia das mulheres. A adequação da amostra em relação ao grau de correlação parcial entre as variáveis foi estimada pelo teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). **Resultados** – Quatro padrões de empoderamento foram gerados para a Europa e cinco padrões de empoderamento para os continentes: Ásia, América

do Sul, Caribe, África Ocidental, África Oriental, África Central-Austral. Os dois primeiros padrões de empoderamento em todos continentes ou região geográfica representaram mulheres com menos autonomia, os dois últimos padrões representaram mulheres com mais autonomia. Alguns países apresentaram evolução das mulheres de acordo com os padrões de pertencimento, portanto, mulheres que estavam alocadas em um padrão caracterizado por ausência de autonomia, passam a integrar o padrão de mais autonomia. Em outros países não houve evolução das mulheres nos padrões de pertencimento. **Conclusões** – Os padrões de empoderamento representam a diversidade de possibilidades de conceitualizar empoderamento, ao analisar de forma multidimensional, e não binária, é possível somar características das mulheres e identificar padrões de autonomia ou ausência dela para tomada de decisões, medidas e políticas públicas em benefício das mulheres. Destaca-se que existem variáveis como: renda, escolaridade, acesso a saúde, e planejamento familiar que estão associadas ao padrão de mais autonomia. O KMO apresentou-se acima de 0,80 em todos os continentes ou regiões geográficas analisadas, considera-se que a adequação da matriz é boa. **Descritores:** Empoderamento Feminino; Estado Nutricional das Mulheres; Saúde da Mulher e Avaliação Nutricional.

ABSTRACT

CUMPIAN-SILVA, J. **Association between the empowerment of women and their social, health and nutrition actions.** 2021. Thesis – Faculty of Public Health at USP, Sao Paulo, 2021.

Introduction - The Feminine Empowerment concept can be understood as the act of expanding the power of social participation to women, ensuring that they can be aware of the struggle for their rights, with total equality between genders. It is also related to the process of self-confidence, power of choice and guarantee of social resources, which makes women capable of controlling their lives in the present and guaranteeing actions for their future. Women have changed and reversed many roles imposed by society and these changes may have altered the traditional shape of women's health, quality of life, way of life and goals of full achievement as a woman. **Objective** – To analyze and propose a female empowerment score according to multidimensional components that express the levels of women's autonomy and its evolution in different countries between two surveys. **Methods** – The data for this cross-sectional study come from the Demographic Health Survey (DHS), the sample was selected from the group of women of childbearing age between 15 and 49 years [n=1652956], corresponding to the first and last survey carried out in each parents. The selected countries were separated into continents or geographic regions: Asia [9 countries]; South America [4 countries]; Europe [3 countries]; Caribbean [5 countries]; West Africa [11 countries]; East Africa [13 countries]; Central-Southern Africa [9 countries]. The study, variables were allocated into three domains of empowerment: resource, agency and institutional structure, where women are represented in a civil, economic and social way. In this study, behavioral variables, decision-making power, education, income and attitudes towards domestic violence were used. The Principal Component Analysis (PCA) allowed the use of empowerment patterns as synthetic descriptors of the different aspects of the assessment of women's autonomy. The adequacy of the sample in relation to the degree of partial correlation between the variables was estimated using the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test. **Results** – Four empowerment patterns were generated for Europe and five empowerment patterns for the continents: Asia, South America, Caribbean, West Africa, East

Africa, Central-Southern Africa. The first two patterns of empowerment across continents or geographic region represented women with less autonomy, the last two patterns represented women with more autonomy. Some countries showed an evolution of women according to the patterns of belonging, therefore, women who were allocated to a pattern characterized by the absence of autonomy, became part of the pattern of greater autonomy. In other countries, there was no evolution of women in the patterns of belonging. **Conclusions** - Empowerment patterns represent the diversity of possibilities to conceptualize empowerment, when analyzing in a multidimensional rather than binary way, it is possible to add women's characteristics and identify patterns of autonomy or absence of autonomy for decision-making, measures and public policies for the benefit of the women. It is noteworthy that there are variables such as: income, education, access to health, and family planning that are associated with the pattern of greater autonomy. The KMO was above 0.80 in all continents or geographic regions analyzed, considering that the adequacy of the matrix is good.

Descriptors: Female Empowerment; Nutritional Status of Women; Women's Health and Nutritional Assessment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 A construção do empoderamento feminino e a transição da visão sobre a mulher no campo da saúde.	19
1.2 Conceito de empoderamento feminino.....	21
1.3 Políticas Públicas voltadas as mulheres.	26
1.4 O empoderamento feminino como <i>proxy</i> no campo da saúde	28
1.5 A medida de empoderamento	30
1.6 Justificativa	46
2 OBJETIVOS	47
2.1 Objetivo geral	47
2.2 objetivos específicos	47
3 MÉTODOS.....	48
3.1 Delineamento do estudo.	48
3.2 Fonte dos dados e amostragem.....	50
3.3 Amostra e desenho do estudo.....	55
3.4 Variáveis do estudo e organização dos dados.	58
3.5 Variáveis socioeconômicas	63
3.5.1 Cálculo do índice de riqueza.....	64
3.6 Preparação dos dados	64
3.7 Método de imputação por Predictive Mean Matching	65
4 ANÁLISE DOS DADOS	68
4.1 Análise descritiva	68
4.2 Análise dos componentes principais	68
5 ASPECTOS ÉTICOS	79

6 RESULTADOS	80
6.1 Resultados descritivos.	80
6.2 Padrão de empoderamento.	86
7 DISCUSSÃO	119
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
9 REFERÊNCIAS.....	127
12 CURRÍCULO LATTES.....	136
11.1 Ms. Jéssica Cumpian Silva	136
11.2 Prof. Dr. Wolney Lisboa Conde	137

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos países estudados separados por continente e regiões, por ano do primeiro e último inquérito realizado por país.	48
Tabela 2 -	Distribuição do número de mulheres estudadas, segundo país, continente ou região geográfica pertencente e ano do primeiro e último inquérito realizado em cada país.	56
Tabela 3 -	Frequência (%) de dados imputados em cada bloco nos continentes ou região geográfica de variáveis utilizadas na pesquisa DHS.	67
Tabela 4 -	Distribuição das médias e intervalo de confiança (IC) de idade e altura das mulheres, segundo países estudados da pesquisa DHS.	81
Tabela 5 -	Descrição das características de cada padrão de empoderamento	92
Tabela 6 -	Descrição dos padrões de empoderamento na Ásia, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.	93
Tabela 7 -	Descrição dos padrões de empoderamento na América do Sul, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.	94
Tabela 8 -	Descrição dos padrões de empoderamento na Europa, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.	95
Tabela 9 -	Descrição dos padrões de empoderamento no Caribe, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.	97
Tabela 10 -	Descrição dos padrões de empoderamento na África Ocidental, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.	98

Tabela 11 -	Descrição dos padrões de empoderamento na África Oriental, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.	99
Tabela 12 -	Descrição dos padrões de empoderamento na África Central-Austral, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Dimensões e características incluídas no indicador OXFAM.	39
Quadro 2 -	Apresentação dos estudos encontrados na literatura com objetivo de determinar o empoderamento das mulheres em diferentes pesquisas.	40
Quadro 3 -	Descrição da configuração das variáveis consideradas pela DHS representativas do empoderamento feminino, segundo domínio pertencente.	59
Quadro 4 -	Descrição da configuração das variáveis utilizadas no presente estudo, segundo forma de utilização e domínio pertencente.	61
Quadro 5 -	Distribuição das médias de escore e erro padrão (EP) para os padrões de empoderamento das mulheres, segundo países e ano de monitoramento na DHS.	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Estrutura de empoderamento das mulheres segundo Banco Mundial.	24
Figura 2 -	Modelo conceitual sobre empoderamento das mulheres.	25
Figura 3 -	Domínios de empoderamento das mulheres definidos pelo Banco Mundial.	25
Figura 4 -	Cálculo do índice de Desigualdade de Gênero.	38
Figura 5 -	Estrutura do Índice de Normas Sociais de Gênero.	38
Figura 6 -	Apresentação do fluxograma do número de mulheres estudadas, segundo continente ou região pertencente.	55
Figura 7 -	Representação simplificada da estrutura das variáveis na análise componentes principais.	75
Figura 8 -	Síntese do modelo conceitual analítico operacional do presente estudo para análise empírica dos fatores associados ao empoderamento das mulheres.	76
Figura 9 -	Modelo conceitual dos padrões de empoderamento das mulheres obtidos na análise dos componentes principais.	77
Figura 10 -	Síntese das etapas de análise do estudo.	78
Figura 11 -	Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres na Ásia, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.	112
Figura 12 -	Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres na América do Sul, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.	113
Figura 13 -	Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres na Europa, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.	114
Figura 14 -	Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres no Caribe, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.	115

Figura 15 -	Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres na África Ocidental, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.	116
Figura 16 -	Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres na África Oriental, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.	117
Figura 17 -	Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres na África Central-Austral, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.	118

SIGLAS UTILIZADAS

ACP -	Análise dos Componentes Principais
DHS -	Demographic Health Survey
FAO -	Organização das Nações Unidas para Alimentação e a Agricultura
IC -	Intervalo de Confiança
KIT -	Royal Tropical Institute Amsterdã
KMO -	Kaiser-Meyer-Olkin
ODS -	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU -	Organização das Nações Unidas
OXFAM -	Comitê de Oxford para alívio da fome
PAISM -	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PE -	Padrão de empoderamento
PMM -	Predictive Mean Matching
WEAI -	Índice de Empoderamento das mulheres na Agricultura

1 INTRODUÇÃO

1.1 A CONSTRUÇÃO DO EMPODERAMENTO FEMININO E A TRANSIÇÃO DA VISÃO SOBRE A MULHER NO CAMPO DA SAÚDE.

As questões relacionadas a gênero representam os diferentes papéis, direitos e obrigações às quais as pessoas estão vinculadas, dada a sua característica sexual biológica. Em diversas instituições sociais as normas de gênero são incorporadas e com o ciclo sem fim de tratamento desigual entre os gêneros, poucas oportunidades no mercado de trabalho oferecidas as mulheres e pouco incentivo familiar, algumas mulheres passam a não apresentar grandes expectativas para o futuro (1,2).

A igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres estão associados, mas apresentam conceitos diferentes. A igualdade de gênero é associada a igualdade de direitos, responsabilidade e oportunidades entre homens e mulheres, já o empoderamento está relacionado ao poder de decisão da mulher sobre sua vida e destino (3).

A redução das desigualdades de gênero e o empoderamento das mulheres são objetivos fundamentais estabelecidos na política de desenvolvimento das Nações Unidas, que anunciou como principal objetivo a equidade, e principalmente a conquista da igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres (4). Desta forma, é essencial apoiar as mulheres para melhoria de seus meios de subsistência e sua capacidade de se apropriar e reivindicar seus direitos. Para atingir esses objetivos é necessário que as mulheres tenham acesso a melhores oportunidades, pois não é possível atingir o desenvolvimento de uma sociedade, se uma parcela da população não está incluída adequadamente (5,6).

Em alguns estudos é observado que a grande parte das mulheres de países de renda baixa e média são privadas de reivindicar seus direitos e tomar decisões sobre sua própria vida (7). Algumas mulheres, por exemplo, apresentam dificuldade de acessar assistência médica para ela e seus filhos. Portanto, atingir a igualdade entre os gêneros é um processo de desconstrução, onde a sociedade é desafiada a mudar muitas práticas e pensamentos culturais, assim, este processo é muito maior do que mudanças

constitucionais, leis e políticas para que exista mudanças na prática familiar e nas comunidades (8).

As publicações sobre empoderamento e autonomia das mulheres, assim como o estado nutricional estão em constante expansão. Algumas análises neste campo sugerem que o empoderamento das mulheres é o caminho fundamental com impacto direto sobre a melhoria socioeconômica, social e educacional na sociedade em geral (9,10).

Na área de saúde e nutrição o empoderamento das mulheres é frequentemente associado com qualidade de vida, características socioeconômicas, escolaridade e estado nutricional infantil. Na literatura, a maior parte dos estudos apontam para evidências de que com maior empoderamento, há melhora significativa do estado nutricional infantil (10).

Em geral os estudos que analisaram a associação entre o empoderamento das mulheres e estado nutricional dirigiram o foco para a criança, ou seja, o desfecho está associado a saúde e o estado nutricional infantil. Neste caso, o conceito de mulher é reduzido ao papel de mãe e se torna somente um canal de estudo para compreender os efeitos na saúde da criança. Essa visão reflete uma sociedade ainda conservadora em relação ao papel social e ao conceito de mulher, mesmo no meio científico. Entretanto, existe um campo pouco explorado nos estudos que diz respeito a autonomia, controle e poder de decisão da mulher e o impacto direto na saúde, na sociedade e em todos ambientes em que a mulher está inserida (11,12,13).

Os estudos encontrados sobre o empoderamento feminino e o estado nutricional são pontuais, geralmente realizados em países de renda baixa e média, com alta frequência de desnutrição infantil ou materna, por exemplo, a Índia e países na região Centro-Norte da África. Os estudos apresentam resultados inconclusivos sobre a relação do empoderamento das mulheres, educação materna, estado nutricional e saúde (14,15,16).

Frequentemente, nos estudos levantados, os autores indicam que existe uma limitação e sugestão de maior investimento em pesquisa quanto ao indicador utilizado para avaliar o empoderamento das mulheres. E concluem que novos estudos precisam ser realizados para testar a eficácia do método. Essa reiteração do argumento pelos autores indica a lacuna na comunidade científica que necessita ser preenchida tanto do ponto de vista empírico, quanto teórico (17,18).

Assim, mobilizações sociais, lutas políticas e intelectuais das mulheres, e adicionalmente os estudos científicos sobre o tema empoderamento apresentam impacto sobre paradigmas impostos pela sociedade durante muitos anos. Com a inserção da mulher no mercado de trabalho, com mais qualificação, que resulta em realização profissional e pessoal, também atrelada com o empoderamento social, são fatores que contribuem para alterar a percepção da mulher sobre o ambiente que está inserida, sua função na sociedade e estilo de vida. Desta forma, a ampla compreensão desse fenômeno que vem ocorrendo com as mulheres em diferentes sociedades do mundo é relevante para repensar e requalificar seu impacto sobre a saúde da mulher e suas externalidades em diferentes contextos da sociedade (19).

1.2 CONCEITO DE EMPODERAMENTO FEMININO.

Durante a década de 1980 após o movimento feminista na década de 1970, estabeleceu-se o indicador de “*status da mulher*” que estava relacionado a busca da mulher por espaço e direitos na sociedade. Estudos realizados após esse marco teórico evidenciaram a situação de desigualdade das mulheres utilizando indicadores como: grau de autonomia na família em relação as tomadas de decisões reprodutivas, trabalho, relações afetivas (casamento, separações, tomada de decisões quanto aos filhos, entre outros fatores). E outras questões como: mobilidade, autoridade e acesso e controle sobre recursos econômicos. Deste modo, após os estudos sobre “*status da mulher*” surge o conceito de autonomia, de caráter multidimensional e com aplicabilidade e representatividade ampla (3).

Para compreender a importância de estudos sobre empoderamento das mulheres é necessário conceituar o termo. O conceito de empoderamento é considerado complexo e existem muitas definições. Um dos mais citados na literatura o descreve como - a expansão da capacidade das pessoas de fazer escolhas estratégicas de vida em um contexto em que essa capacidade lhes era anteriormente negada (20).

De acordo com o Banco Mundial empoderamento é o processo de aprimorar a capacidade de um indivíduo ou grupo de fazer escolhas intencionais e transformar essas escolhas em ações e resultados desejados (21). Desta forma, requer que as mulheres sejam autônomas em todas as áreas de suas vidas, dentro e fora da casa (22), além disso, significa um passo mais próximo da vida que se deseja viver (23). Por

meio de diversas mudanças culturais, alguns países estão alcançando progresso em relação a autonomia das mulheres e igualdade de gênero, entretanto, os países que mais avançaram neste objetivo são países de renda alta (7,22,24).

O conceito de empoderamento feminino também pode ser entendido como o ato de ampliar o poder de participação social às mulheres, com garantia da consciência sobre a luta pelos seus direitos, com total igualdade entre os gêneros. De forma mais ampla, o empoderamento das mulheres pode ser definido como um processo de conquista da autonomia (10).

O empoderamento sugere uma ideia de processo, ou seja, a passagem de um estado de não se ter poder para aquele em que se tem e exerce o poder. Para avançar de um estágio para o outro, o indivíduo passa por um processo no qual ganha autoconfiança, se apodera de alguns recursos e torna-se capaz de tomar decisões necessárias ao controle de sua vida, no presente, e garante estratégias para o futuro. Desta forma, o empoderamento é um atributo individual e coletivo que consiste ao mesmo tempo em um processo e uma condição (3).

Para as mulheres o empoderamento especialmente representa um desafio às relações patriarcais e ao domínio predominantemente masculino no âmbito das relações familiares. Assim, o empoderamento das mulheres assegura a autonomia que se refere ao controle do seu corpo, sexualidade, direito de escolha e aversão a violência (25).

As lutas sociais pelo empoderamento das mulheres ressaltaram a magnitude da ausência de empoderamento, isto é, a negação social da possibilidade de escolhas livres pela mulher. Dessa forma, o empoderamento se refere ao processo pelo qual aquelas a quem se negou a capacidade de escolha adquirem tal habilidade. Além disso, ressalta-se as dificuldades existentes no processo de empoderamento, ao apontar que o mesmo implica no desafio das relações de poder estabelecidas, sem violar a capacidade de escolha do outro, e que condições como educação, acesso a trabalho remunerado e representação política têm efeitos positivos no processo de empoderamento (19,26).

Desta forma, o empoderamento implica no reconhecimento das restrições sociais a que as mulheres estão submetidas e da necessidade de reversão dessa situação, por meio de mudanças em um contexto amplo e público, como por exemplo, a inserção em cargos de poder, educação não sexista e serviços de saúde adequados (27).

O empoderamento das mulheres é um conceito multidimensional com várias divergências em sua definição e forma de mensuração na comunidade acadêmica

(20,28). Embora o empoderamento das mulheres não seja uma condição suficiente, ainda é necessário para alcançar um desenvolvimento equitativo e sustentável na sociedade (19).

Destacamos duas definições de empoderamento feminino que estão incorporadas tradicionalmente nas pesquisas sobre mulheres: a) empoderamento é considerado como uma expansão nas habilidades para fazerem escolhas estratégicas de vida em um contexto que essa habilidade foi previamente negada (29); b) empoderamento é apresentado como um processo através do qual o agente desempoderado ganha controle sobre as circunstâncias de suas vidas. Nos estudos em geral, para as mulheres o empoderamento reflete e divulga a ampliação dos direitos civis e políticos (3).

O empoderamento das mulheres é considerado o promotor de diversas esferas de desenvolvimento, por exemplo, crescimento econômico, redução da pobreza, conquista dos direitos humanos e potencial de gerar mudanças no contexto familiar (21). Estudos indicam que existe associação positiva entre mulheres com mais autonomia e as intervenções em saúde e procura por atendimento médico especializado, assim como, o uso de contraceptivos modernos, acesso a pré-natal e assistência especializada ao parto (30,31,32). Adicionalmente, mulheres com mais autonomia apresentam desejo de ter um número menor de filhos. É importante destacar que nos estudos sobre empoderamento das mulheres realizados em diferentes países as relações da autonomia da mulher podem ser diferentes para cada contexto estudado (33).

O conceito de empoderamento é descrito de várias formas diferentes, uma dessas formas encontradas nos estudos em grande quantidade descreve empoderamento como um processo que fortalece e permite as mulheres acessar serviços e recursos, assim como tomar decisões individuais ou coletivas com mais informações (34).

O conceito de empoderamento de forma ampla requer que as mulheres sejam autônomas em todas as áreas de sua vida, seja dentro ou fora de suas casas (22). É importante destacar que as mulheres costumam apresentar-se de forma mais empoderada quando conseguem visualizar um futuro ou situação diferente e se consideram não somente capazes, mas com direitos garantidos para tomar decisões. O empoderamento é representado por – poder para – e não poder sobre alguém (4).

O empoderamento pode ser entendido também como um processo de compressão dos direitos das mulheres e a consciência de normas de gênero, que podem

ser alteradas para que a igualdade de gênero de fato aconteça, e isso acontecerá com confrontos explícitos e intencionais para que obtenha resultados de saúde e desenvolvimento igualitário (35). Desta forma, o empoderamento é responsável por aumentar a autoconfiança e motivar as mulheres a questionar e enfrentar as normas e estruturas de desigualdade de gênero, assim como a consciência de responsabilizar governos para garantir condições de equidade sensíveis ao gênero (34).

O Banco Mundial entende empoderamento como um processo de aprimorar a capacidade de um indivíduo ou grupo de fazer escolhas intencionais e transformar essas escolhas em ações e resultados desejados (21). Além disso, apresenta uma proposta estrutural que representa de forma geral o empoderamento que pode ser utilizada em vários contextos. Este modelo depende da capacidade de tomar decisões intencionais e informadas e de uma estrutura de oportunidades que podem alterar e transformar ações (Figura 1). Assim, as estruturais legais e as informais influenciam o grau de empoderamento da mulher e esses fatores interagem para determinar o nível do mesmo (21).

Figura 1- Estrutura de empoderamento das mulheres segundo Banco Mundial.

Extraído de: Alsop R, Bertelsen MF, Holland J. Empowerment in practice: From analysis to implementation: World Bank Publications; 2006. p. 10.

O Banco Mundial também definiu três domínios de empoderamento: recurso, agência e estrutura institucional. Neste modelo as mulheres são representadas de forma civil, econômica e social, e dentro de cada domínio há uma segunda divisão em dez subdomínios (Figura 2). No domínio recurso os subdomínios são: Integridade corporal, consciência crítica e ativa; no domínio agência os subdomínios são: tomada de decisão, ação coletiva e liderança; e por último no domínio estruturas institucionais os subdomínios são: família, comunidade, comércio e Estado (36). Na figura 3 é

possível identificar dentro dos subdomínios Estado, comércio e comunidade as questões correspondentes a cada um.

Na literatura não há consenso sobre conceito de empoderamento, existem diversas dimensões e conceitos explorados por autores, e essas dimensões são consideradas amplas, portanto, dimensionar apropriadamente requer um conjunto de variáveis para descrever e distribuir em níveis o empoderamento das mulheres para uma classificação mais fidedigna e próxima da realidade (4).

Figura 2 – Modelo conceitual sobre empoderamento das mulheres.

Extraído de: Eerdewijk Av, Newton J, Tyszler M, Wong F, Vaast C. A. Conceptual Model of Empowerment of Women and Girls (draft). In: KIT Gender (Royal Tropical Institute), editor. Amsterdam, 2016. p. 16.

Figura 3 - Domínios de empoderamento das mulheres definidos pelo Banco Mundial.

Extraído de: Eerdewijk Av, Newton J, Tyszler M, Wong F, Vaast C. A. Conceptual Model of Empowerment of Women and Girls (draft). In: KIT Gender (Royal Tropical Institute), editor. Amsterdam, 2016. p. 64.

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AS MULHERES.

A independência das mulheres é fator importante e determinante para sua liberdade e qualidade de vida. As políticas públicas voltadas as mulheres tendem a não reconhecer o protagonismo das mulheres, uma vez que as políticas públicas para as mesmas assumem caráter amplamente assistencialista e com objetivo de atender as mulheres mães, desta forma, as mulheres ficam associadas apenas a reprodução, deixando de lado suas potencialidades enquanto apenas mulher, participante na sociedade como agente de transformação social, econômica e política, transformando-se em vetor do desenvolvimento (19,37)

A construção de políticas públicas a partir do espaço feminino sempre vinculado somente a papéis sociais ditos possíveis para as mulheres, sistematicamente retiraram do gênero feminino a sua condição primordial: aquela que não depende de papéis sociais, assim, as mulheres acabam tendo seus direitos roubados. Adicionalmente, a função do poder público não deve ser somente tentando diminuir discriminações e abusos contra a mulher, sob ameaças de punições. Ao contrário, deve promover a conscientização e a igualdade entre os gêneros, por meio de políticas públicas de ações afirmativas. Assim, cabe ao poder público a garantia dos meios de desenvolvimento, portanto, deve formular, implementar, conferir e avaliar as políticas públicas para as mulheres, garantindo-lhes os direitos políticos, decorrentes do fato de que a sociedade produz desigualdade sendo históricas ou naturalizada (38).

Atualmente, em contexto internacional as políticas públicas de empoderamento feminino são vistas como medidas essenciais para limitar a exploração, o preconceito e as desigualdades de gênero. Assim, devem ser acompanhadas de participação social para combater qualquer situação que se afaste da liberdade, respeito e garantia de direitos (13,39).

Desta forma, as políticas sociais precisam estar voltadas a mulher, independente de seu papel social de mãe. Alguns autores defendem que os programas de transferência condicional de renda que priorizam o repasse monetário às mulheres, no geral, as envolvem em grandes obrigações que acabam limitando ou impedindo outras conquistas, como a autonomia e o empoderamento. Ao serem incluídas como protagonistas no Programa Bolsa Família, por exemplo, as mulheres assumem o papel de esteio familiar e mais uma vez passam a ser vistas em função dos seus papéis

femininos, preferencialmente aqueles que associam a figura da mulher ao de mãe ou cuidadora principal (40).

Outros autores consideram que é necessário a inclusão das mulheres em programas como o de condicionamento de renda, por mais que assumam responsabilidades, as mulheres também passam a ter níveis mais elevados de consumo de bens que atendem aos seus próprios interesses e das crianças, além disso, se considera uma compensação para o trabalho gratuito que as mulheres fazem no cuidado com as crianças, principalmente as crianças ainda muito pequenas. Desta forma, acreditam que esse programa afeta positivamente o empoderamento feminino. Entretanto, esse programa não é uma condição suficiente para o empoderamento das mesmas, é necessário que os desenhos dos programas de transferência de renda indiquem um modelo com mais destaque para a mulher (41).

As desigualdades sociais e de gênero estão parcialmente superpostas nos países em desenvolvimento ou de desenvolvimento incompleto como o Brasil. Nesse sentido, políticas sociais voltadas para crianças ou famílias que foquem seu mecanismo no aumento do poder da mulher dentro das famílias contribuem para a redução das diferenças sociais e de papéis familiares ligados ao gênero. No entanto, outras possibilidades de papéis sociais dentro do espectro feminino não estão contempladas por essas políticas e isso limita de forma significativa o empoderamento feminino nessas sociedades (38).

Nas políticas voltadas a saúde da mulher são difíceis de desassociar a figura da saúde da mulher com a figura da saúde materna infantil. Tradicionalmente se constituiu, como campo de conhecimento associado a uma versão essencialista e conservadora da maternidade e das relações de gênero – o chamado “materno infantilismo”. Este termo tem sido usado por pesquisadoras para indicar o histórico descaso da integralidade nas ações de saúde da mulher, que seria vista prioritariamente em sua função materna. Estas ações materno-infantilistas desconsideram as escolhas e necessidades das mulheres, assim, o tratamento é de forma tutelada e infantizada. Mais do que isso, não raro as mulheres têm suas necessidades submetidas às das crianças, criando oposições artificiais entre os interesses de bebês e mães, de forma a pretender defender os interesses e necessidades das crianças melhor do que suas próprias mães, tratadas como ignorantes e perigosas, a serem de forma hostil, menos ou mais evidente, corrigidas e controladas por especialistas (42).

O Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que apresenta como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e equidade da atenção. Este programa inclui: ações educativas, preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação. Somando ações na assistência em clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. Todos esses cuidados são apresentados as mulheres desde a infância até a velhice, e não somente nos anos reprodutivos (43).

O Brasil trouxe a questão de integralidade como princípio do Sistema Único de Saúde, onde busca garantir ao indivíduo assistência à saúde que vai além da prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção, dessa forma, considera o contexto social, familiar e cultural. São essas características que precisam ser avaliadas para as mulheres, o entendimento de integralidade não é mais entendido como: mama, colo e gestação, e sim a compreensão sobre as vulnerabilidades das mulheres a partir das questões de gênero precisam ser consideradas (43).

1.4 O EMPODERAMENTO FEMININO COMO *PROXY* NO CAMPO DA SAÚDE

Como mencionado anteriormente, a grande maioria dos estudos que encontramos com o objetivo de estudar e avaliar o empoderamento das mulheres apresentam como principal variável de desfecho a saúde e estado nutricional da criança. Portanto, na nossa visão e neste caso, o agente empoderado é a criança e não a mulher. Desta forma, selecionamos alguns estudos que indicam esses resultados e destacamos a forma de argumentação dos achados (17,44,45,46).

Atualmente, alguns estudos apontam que a melhoria na saúde infantil nos países está relacionada ao empoderamento feminino e que o estado nutricional das crianças é influenciado pelo ambiente domiciliar. Essa interação parece ser mais forte em crianças menores de cinco anos, já que ainda não frequentam escolas e passam a maior parte do tempo em casa. Considerando esse contexto, o empoderamento das

mulheres tem um papel de destaque sobre o estado nutricional infantil de acordo com alguns autores (47,48).

Segundo um relatório da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), quando as mulheres agricultoras têm a oportunidade de ganhar e controlar a renda, elas são mais propensas a concentrar seus gastos na nutrição, educação e saúde de seus filhos. Desta forma, melhorar o conhecimento e o status das mulheres dentro do agregado familiar proporcionaria melhorias significativas na segurança alimentar, nutrição infantil, saúde e educação (49).

Um estudo transversal que analisou 36 países identificou que em três deles (Sul da Ásia, África, América Latina e Caribe) o empoderamento feminino influenciava diretamente o estado nutricional das crianças (50). Neste estudo o poder de decisão da mulher, foi a variável de maior impacto sobre o estado nutricional infantil entre as famílias mais pobres estudadas (51,52).

Um estudo realizado em Bangladesh em 2012 examinou a relação entre o empoderamento das mulheres e a nutrição infantil. O estudo observou várias dimensões do empoderamento das mulheres, incluindo mobilidade, poder de decisão e atitudes sobre a violência doméstica sobre os efeitos do atraso no crescimento das crianças menores de 5 anos. Os resultados indicaram que as atitudes sobre violência doméstica, educação materna, altura das mulheres e idade no primeiro casamento foram significativamente correlacionadas com o déficit de altura das crianças (53).

Em alguns estudos na África subsaariana e no sul da Ásia identificou-se que o desenvolvimento considerado ideal do cérebro das crianças requer um ambiente estimulante, interações sociais e ingestão adequada de alimentos e nutrientes (48,54). Nestes estudos os resultados mostraram que quanto mais as mulheres controlavam os recursos econômicos, mais era gasto com seus filhos (55). Assim, mulheres com mais poder também têm maior probabilidade de fornecer aos filhos cuidados com a saúde e nutrição (56).

No geral, os autores argumentam que o empoderamento das mulheres melhora o bem-estar de uma família e leva a melhores resultados para as crianças. Mulheres capacitadas frequentemente tomam decisões melhores que beneficiam a si e aos seus filhos (47). Já o poder e a capacidade de tomar decisões domésticas foram associados ao estado nutricional adequando das crianças (10).

Essa diferença de associações encontradas nos estudos possivelmente é explicada pela contextualização e definição em cada estudo sobre o que considerar por empoderamento das mulheres. Alguns estudos utilizam somente a autonomia na tomada de decisões e outros estudos utilizam um índice composto de empoderamento (57,58).

Nos estudos observados o empoderamento feminino é apenas um fator na determinação da saúde da criança, que se torna, de fato, a medida desse mecanismo. A promoção da emancipação das mulheres está vinculada, portanto, à saúde, estado nutricional e desenvolvimento infantil. Assim, o empoderamento é *proxy* desse mecanismo na saúde a nível mundial. Posto de outra forma, definido ou medido com base em níveis educacionais e papéis familiares, o empoderamento feminino se torna uma externalidade do desenvolvimento social ao invés de ser um de seus motores.

1.5 A MEDIDA DE EMPODERAMENTO

Apresentamos aqui indicadores de empoderamento das mulheres baseados em pesquisa de estudos disponíveis na literatura, principalmente que utilizaram como fonte de dados a DHS.

A probabilidade de conseguir mensurar o empoderamento das mulheres e indicadores de equidade de gênero são fundamentais para construção e formulação de políticas públicas, pois tudo que é mensurável tem maiores chances de ser priorizado (59). Entretanto, um indicador multidimensional que possa ser aplicado a diferentes realidades e contextos dos países ainda não foi identificado, assim, torna-se importante e necessário a construção de um indicador padrão e aplicável internacionalmente para identificar as mudanças, incentivos e propostas dos países sobre o tema de igualdade de gênero, já que as mulheres ainda sofrem privações e desigualdades persistentes (5,60).

O empoderamento das mulheres é um conceito desafiador para ser medido devido suas características abstratas e abrangentes (59,61,62). Alguns índices foram criados para países de baixa e média renda usando dados da DHS que incorporam um módulo de empoderamento específico desde o final dos anos 90 (30-34,62-67). Esses indicadores incluem perguntas sobre o envolvimento da mulher nas decisões domésticas; emprego e tipo de remuneração; controle sobre recursos; opinião sobre

atitudes de violência; e propriedade pessoal da casa/terreno. Esses índices têm três limitações principais: a) os pesos são subjetivamente escolhidos, sem orientação teórica ou estatística; b) são aplicados apenas a mulheres parceiras; e c) foram projetados para países ou regiões específicos (62-67).

Os relatórios dos países da DHS também apresentam dois índices de empoderamento, um composto por perguntas e outra com base no número de razões pelas quais a mulher acredita que violência é justificada. Esses índices são considerados subjetivos ponderais e não permitem comparação, pois as mesmas perguntas não estão disponíveis em todas as pesquisas e diferentes questões são consideradas nos índices (33,34).

Na literatura científica até agora consultada não existe um consenso sobre a melhor forma de construção da medida do empoderamento feminino. Selecionamos alguns estudos que demonstram o objetivo dos autores na construção de um indicador que melhor representasse o empoderamento das mulheres:

- a) Smith (2003) (50) construíram índices de empoderamento de mulheres com base em três dimensões, o conhecimento e tomada de decisão econômica, tomada de decisões domésticas e liberdade de movimento;
- b) Malhotra et al. (2005) (68) sintetizaram e listaram as dimensões mais comumente usadas de empoderamento de mulheres em sete dimensões, são elas: econômica, sociocultural, familiar, interpessoal, legal, política e psicológica, e depois em mais três dimensões: tomada de decisão econômica, tomada de decisões domésticas e movimentação física;
- c) Doss et al. (2012) (69) considerou como empoderamento das mulheres recursos intrafamiliares, decisões domésticas, estado nutricional das crianças, ausência de violência doméstica ou uma combinação desses fatores;
- d) Estudos realizados na Ásia e África as perguntas que compõem o escore de empoderamento feminino incluem: acesso das mulheres a recursos produtivos, acesso à renda familiar, acesso a serviços de extensão, participação em decisões domésticas e liderança agrícola. As mulheres que respondem positivamente a quatro de cinco perguntas são consideradas empoderadas e abaixo desse indicador ausência de empoderamento (18,57,70);

e) Outro estudo considerou como indicador de empoderamento das mulheres a mobilidade social, tomada de decisões, opinião sobre violência sofrida por outras mulheres por seus parceiros e participação social em organizações (17).

f) Ewerling et al. (2017) considerou como indicativo de empoderamento atitude em relação a violência, frequência de leitura de jornais e revistas, trabalho nos últimos doze meses, nível de educação, diferença de educação entre a mulher e o homem, idade da primeira coabitação, idade no primeiro nascimento, decisão sobre os cuidados de saúde, compras domésticas e visitas a familiares (107).

g) Ewerling et al. (2020) outro trabalho dos mesmos autores com algumas diferenças nas escolhas dos indicadores de empoderamento, são eles: atitude em relação a violência, frequência de leitura de jornais e revistas, nível de educação, diferença de educação entre a mulher e o homem, diferença de idade entre a mulher e o homem, decisão sobre os cuidados de saúde, compras domésticas e visitas a familiares e trabalho nos últimos doze meses (117).

As definições, indicadores e métodos para medir o empoderamento das mulheres sofre variância considerável entre os estudos e depende exclusivamente do que o pesquisador entende por empoderamento feminino e o que o caracteriza. Essas inconsistências apresentam desafios na interpretação da base de evidências (65,66,67).

As medidas mais utilizadas, como: idade do primeiro casamento e nível de educação fornecem apenas informações limitadas e indiretas sobre a autonomia, controle ou poder da mulher. Esses tipos de medidas geralmente refletem investimentos anteriores em vez do atual nível de empoderamento da mulher (68).

Os denominados índices agregados, estão sendo utilizados cada vez mais em estudos de empoderamento de mulheres, geralmente capturam a tomada de decisões e a autonomia, mas não avaliam outras dimensões do empoderamento das mulheres, como a carga de trabalho e o apoio social que representam a força da mulher na sociedade (53).

Até onde pudermos buscar na literatura, os estudos indicam como limitação a categorização das mulheres no nível de empoderamento de uma forma binária - muito empoderada ou não empoderada. Desta forma, os estudos não são sensíveis para diferenciar graus de empoderamento entre as mulheres. Para diminuir essas limitações e padronizar a mensuração do empoderamento das mulheres em 2011 o Instituto Internacional de Pesquisa de Políticas Alimentares e a Iniciativa de Pobreza e

Desenvolvimento Humano de Oxford criaram, testaram e validaram o denominado *Índice de Empoderamento das Mulheres na Agricultura* (WEAI, na sigla em inglês) em Bangladesh, Guatemala e Uganda. Este novo índice é muito utilizado em pesquisas, pois captura a natureza multidimensional do empoderamento em ambientes agrários rurais, assim, é considerado um índice agregado com base em dados individuais. O objetivo é facilitar a mensuração de restrições relacionadas ao papel das mulheres na agricultura e permitir a avaliação do impacto das intervenções agrícolas e de empoderamento das mulheres em uma variedade de outros resultados, incluindo a produção agrícola, o bem-estar das mulheres e crianças (53).

Entretanto, as evidências que relacionam o índice aos resultados de saúde e nutrição estão apenas começando a surgir na literatura. O índice WEAI considera cinco domínios: (1) decisões sobre a produção agrícola; (2) acesso e poder de decisão sobre os recursos produtivos; (3) controle sobre o uso da renda; (4) liderança na comunidade e alocação de tempo; (5) igualdade de gênero (14,15). Além disso, o índice avalia os níveis familiares, comunitários e/ou sociais que devem ser considerados ao desenvolver um indicador empoderamento das mulheres. Outros aspectos também são utilizados para mensurar o empoderamento na literatura, por exemplo, jurídicos, políticos e psicológicos. Ainda com diversas variáveis consideradas nos estudos, faltam dados de saúde da mulher (4,71).

Os principais pontos fortes da WEAI são: a) é a primeira e única ferramenta baseada em pesquisas especificamente projetada para medir o empoderamento das mulheres na agricultura; (b) reconhece explicitamente a multidimensionalidade do empoderamento; e (c) inclui um índice composto e indicadores desagregados, que permitem uma compreensão mais profunda das contribuições relativas de diferentes dimensões de desempoderamento em um contexto particular (14). Entretanto, sua aplicabilidade é apenas para mulheres que desempenham papel na Agricultura Familiar, ou mulheres que deveriam participar no mesmo (71).

Um estudo construiu um indicador de empoderamento utilizando a técnica de análise fatorial para compreender posições socioeconômicas em duas áreas consideradas de baixa renda no Egito, neste estudo foram identificados quatro principais componentes: (1) sociocultural; (2) socioeconômico; (3) moradia e (4) status da mulher baseado na liberdade de mobilidade das mulheres para sair de casa, ir ao mercado, ao hospital, visitar parentes e ou vizinhos e por último executar tarefas como

participação em decisões sobre o orçamento familiar. É importante destacar que as variáveis que expressam a liberdade de mobilidade da mulher não estão disponíveis em todas as pesquisas de saúde (35).

Considera-se um desafio medir e conceituar questões de gênero, principalmente empoderamento das mulheres, pois existem diversas definições e interpretações possíveis, divergentes, abstratas e amplas (21,61,63,72). Os indicadores de empoderamento consideram fatores individuais, coletivos e as associações de acordo com o contexto. É importante destacar que a definição que se considera de empoderamento será também sua forma de medida, portanto, difere de local, situação ou de indivíduo (34). Desta forma, para medir empoderamento é necessário um conjunto de indicadores multidimensionais, com variáveis complexas, até mesmo variáveis qualitativas (72).

Alguns indicadores foram propostos para serem aplicados de forma coletiva em níveis nacionais e regionais, por exemplo, o Índice de Diferenças de Gênero foi criado para ser aplicado em nível nacional pelo Fórum Econômico Mundial (7). Já o Índice de Desenvolvimento de Gênero e Índice de Desigualdade de Gênero, ambos foram desenvolvidos pelo Programa da Nações Unidas para o Desenvolvimento (22). O indicador Índice de Desigualdade de Gênero tem como principal objetivo quantificar a magnitude das desigualdades de gênero em diferentes áreas: saúde, educação, economia e política (74). De acordo com esse indicador, nenhum país do mundo alcançou a igualdade de gênero nessas áreas. Esse indicador foi criado em 2006 e classifica os países de acordo com o crescimento das mulheres em relação a igualdade com os homens em cinco principais áreas: a) participação e oportunidade econômica; b) empoderamento político; c) desempenho educacional d) saúde; e e) sobrevivência (74).

A mensuração do empoderamento das mulheres utilizando o Índice de Desigualdade de Gênero que é considerado um índice composto, reflete as desigualdades entre homens e mulheres em saúde reprodutiva que considera apenas o índice feminino, empoderamento e mercado de trabalho. Uma limitação desse indicador é que ao ser utilizado em nível nacional as desigualdades do país não são consideradas, desta forma, os dados não são considerados de qualidade pela comunidade acadêmica (4,72).

Já o Índice de Desenvolvimento de Gênero mede as desigualdades de gênero em três principais aspectos do desenvolvimento humano: a) saúde; b) educação e c) participação ativa sobre recursos econômicos. Neste índice utiliza-se a mesma metodologia de cálculo de Índice de Desenvolvimento humano (72).

O comitê de Oxford para alívio da fome (OXFAM) construiu um indicador para avaliar o impacto de intervenções no processo de capacitação de mulheres. Este indicador foi desenvolvido por meio de pontuações individuais baseadas em algumas variáveis (Quadro 1). É interessante destacar que esse indicador considera a maioria dos aspectos de empoderamento das mulheres, entretanto, foi desenvolvido para avaliar intervenções e alguns dados importantes não estão disponíveis para avaliar a saúde da mulher (61).

O grupo conhecido como Royal Tropical Institute, Amsterdã (KIT) que discute questões de gênero construiu um modelo conceitual com base na estrutura do Banco Mundial (Figura 2), nesse modelo o empoderamento é descrito como um processo de mudança causado e afetado por três fatores que podem interagir entre si, são eles: agência, recurso e estruturas institucionais. Neste modelo a agência é o centro do processo de empoderamento, é representada pela capacidade das mulheres de realizar ação intencional, ou seja, tomar decisões, ações coletivas e liderança. Já os recursos e estruturas institucionais, interagem com a agência no processo, são descritos como habilidades das mulheres e os arranjos sociais específicos que a mesma possa estar inserida. Neste modelo conceitual o empoderamento é entendido por um processo transformador, caracterizado por mudanças que questiona as relações de poder em cada contexto. Desta forma, a interação desses três fatores pode direcionar de diferentes maneiras, com processos e desfechos diferentes (36).

A grande maioria dos estudos encontrados que apresentavam como objetivo medir o empoderamento das mulheres propuseram formas diferentes e utilizaram os dados da pesquisa DHS que apresentam um módulo específico para empoderamento das mulheres desde a década de 90. Estes estudos basearam-se em perguntas como: envolvimento da mulher em algumas decisões domésticas, emprego e formas de remuneração, controle sobre recursos, atitude em relação a violência doméstica com base na opinião da mulher sobre ser justificável ou não o marido bater na esposa em algumas situações colocadas e acesso a propriedades de casas ou terrenos (35). Nesses

estudo que utilizam dados da pesquisa DHS, uma limitação é apontada, que se refere a todas perguntas são aplicadas apenas as mulheres com parceiros (74).

Na literatura alguns estudos em países de renda baixa e média como a Índia, analisaram a influência do empoderamento das mulheres sobre o estado nutricional de seus filhos. Nestes estudos o empoderamento foi estimado com base apenas no nível de educação das mães e no poder de decisão doméstica (12,14). Em outros estudos a variável utilizada para descrever o empoderamento foram: autonomia de decisão que inclui: a) autonomia em relação aos cuidados de saúde da mulher; b) da criança; c) poder de escolha de compras domésticas e d) liberdade de visitar parentes e amigos (61,63,75).

A mensuração do empoderamento das mulheres por meio de indicadores é considerada complicada por considerar diferentes variáveis e algumas delas podem ser inadequadas para expressar de fato uma mudança expressiva na sociedade. Por exemplo, quando se compara a renda da mulher em relação ao do seu parceiro, não é tão simples assim interpretar os resultados, já que podem ter diferentes níveis de educação, ocupação entre outros fatores que podem interferir. Outra variável muito utilizada nos estudos é o controle sobre os ganhos do parceiro, é importante observar que a igualdade de gênero se refere a todos que tem a liberdade de fazer escolhas, então não se deve esperar que aumente empoderamento das mulheres quando a mesma controla renda do parceiro. Também muito utilizada a variável relacionada ao tipo de renda da mulher é complicada interpreta-la, pois está associada a riqueza familiar, da mesma forma, quantificar casas ou terrenos precisam ser variáveis vistas com cuidado já que existem regimes diferentes para questões de heranças nos países (32,33,35).

Outra variável encontrada em poucos estudos foi decisão sobre o que cozinhar, entretanto na comunidade científica não pode ser considerada um marcador de empoderamento, pois depende de vários fatores como a disponibilidade de alimentos na casa e não somente e necessariamente uma obrigatoriedade da mulher (37,45,47).

É um exercício técnico a escolha do que considerar para medir o empoderamento das mulheres, entretanto, é também um processo político que reflete as prioridades dos que estão sendo responsáveis pelo desenvolvimento do indicador (59,72). Assim, é importante construir um indicador de empoderamento das mulheres baseado em evidências científicas sensíveis para identificar controle das mulheres sobre aspectos de suas vidas, ambiente e rejeição da subordinação baseada no gênero (1).

A construção e definição de um escore que pudesse ser aplicado internacionalmente tornaria os estudos comparáveis entre si, além disso, diminuiria as confusões relacionadas do que considerar no momento da análise para definir empoderamento feminino. Assim, indicadores específicos usados para o empoderamento podem ser parcialmente responsáveis por algumas das inconsistências encontradas na literatura (10,15).

Existem diversos indicadores baseados em pesquisas para mensurar empoderamento das mulheres, entretanto, das pesquisas até aqui levantadas não encontramos nenhuma medida que pudesse ser utilizada de forma geral em vários países, pois é considerado um grande desafio construir um indicador que contemple as variações entre os países em relação aos contextos culturais. Desta forma, para construir um indicador que seja aplicável de forma internacional é necessário identificar as variáveis consideradas universalmente que expressem empoderamento da mulher (63).

Há uma diversidade descrita na literatura na conceituação de empoderamento, autonomia e status da mulher. É possível identificar uma associação entre os principais conceitos utilizados e uma repetição constante dos termos como, por exemplo: escolha, controle, agência e liberdade. Neste estudo, entendemos o conceito de empoderamento como multidimensional baseado em definições de áreas principais da vida da mulher: saúde, nutrição e aspectos sociais de vida. Assim, consideramos que o grau de empoderamento é definido pela capacidade da mulher de fazer escolhas estratégicas na sua vida.

O quadro 2 demonstra os índices e indicadores encontrados na literatura com proposta de mensuração do empoderamento das mulheres em diferentes pesquisas.

A figura 4 e 5 respectivamente representam a configuração do Índice de Desenvolvimento de Gênero proposto pelo Banco Mundial.

Figura 4 - Cálculo do Índice de Desigualdade de Gênero.

Extraído de: Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD). Relatório de Desenvolvimento Humano (Notas técnicas) 2020. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>.

Figura 5 – Estrutura do Índice de Normas Sociais de Gênero.

Extraído de: Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD). Relatório de Desenvolvimento Humano 2020. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/gsni>.

Quadro 1 - Dimensões e características incluídas no indicador OXFAM.

Dimensão	Características
Capacidade de tomar decisões e influenciar	<p>Envolvimento nas decisões de investimento doméstico</p> <p>Envolvimento nas decisões de gestão de meios de subsistência</p> <p>Envolvimento nas decisões de gasto de receita</p> <p>Envolvimento nas decisões gerais</p> <p>Grau de influência na tomada de decisão da comunidade</p>
Autopercepção	<p>Opiniões sobre os direitos de propriedade das mulheres</p> <p>Opiniões sobre os direitos políticos das mulheres</p> <p>Opiniões sobre a igualdade educacional das mulheres</p> <p>Opiniões sobre os papéis econômicos e políticos das mulheres</p> <p>Opiniões sobre casamento precoce</p> <p>Auto confiança</p> <p>Bem-estar psicossocial</p>
Liberdade pessoal	<p>Alfabetização</p> <p>Autonomia no Trabalho</p> <p>É hora de buscar objetivos pessoais</p> <p>Apoio da família na busca de objetivos pessoais</p> <p>Atitude em relação à violência contra as mulheres</p> <p>Experiência de violência</p>
Acesso e controle sobre os recursos	<p>Posse de terras e propriedades</p> <p>Propriedade de outros ativos produtivos</p> <p>Renda independente</p> <p>Extensão da função na gestão / manutenção do dinheiro da família</p> <p>Poupança</p> <p>Acesso a crédito</p>
Suporte de redes sociais	<p>Grau de conectividade social</p> <p>Participação em grupos comunitários</p> <p>Nível de apoio fornecido por grupos para buscar iniciativas próprias</p>

Quadro 2 - Apresentação dos estudos encontrados na literatura com objetivo de determinar o empoderamento das mulheres em diferentes pesquisas.

Autor (ano)	Indicador	País	Mensuração do empoderamento das mulheres	Limitação
Afifi et al. (2009)	Empoderamento das mulheres	Egito	<p>Pontuação de 0 a 5 calculada pela soma das respostas positivas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seus próprios cuidados de saúde; 2. Grandes compras domésticas; 3. O agregado familiar diário precisa de compras; 4. Visitas a familiares ou parentes; 5. preparação das refeições diárias. 	Restrito a mulheres com parceiros, questões apenas de tomada de decisão (apenas um dos domínios) e perguntas não disponíveis em todas as pesquisas.
Shimamoto (2015)	Empoderamento das mulheres	Senegal e Tanzania	<p>Análise dos componentes principais:</p> <p>Envolvimento na tomada de decisão do agregado familiar sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seus próprios cuidados de saúde; 	Restrito a mulheres parceiras, a análise dos componentes principais determinou os domínios do empoderamento, os escores foram ponderados de forma subjetiva e questões sobre sexo não estão disponíveis em todas as pesquisas.

			<p>1.2. Grandes compras domésticas;</p> <p>1.3. Visitas a familiares ou parentes.</p> <p>Percepções sobre violência:</p> <p>1. Se ela sair sem dizer a ele;</p> <p>2. Se ela negligencia os filhos.</p> <p>3. Se ela discutir com ele.</p> <p>4. Se ela se recusar a fazer sexo com ele;</p> <p>5. Se ela queimar a comida.</p> <p>Percepção sobre normas de gênero para negociação de sexo</p> <p>1. Pode recusar sexo;</p> <p>2. Pode pedir ao parceiro para usar preservativo</p> <p>3. Idade no primeiro casamento</p>	
Kurimoto (2012)	Empoderamento das mulheres	Namíbia, Zambia, Gana e Uganda	<p>Análise dos componentes principais</p> <p>1. Capacitação econômica;</p>	Restrito a mulheres parceiras, os grandes domínios analisados têm apenas uma variável na sua composição, o que pode não representar todos os domínios completamente e perguntas sobre relação sexual não estão disponíveis em todas pesquisas

				<ul style="list-style-type: none"> 2. Renda da mulher em relação à de seu marido; 3. Controle sobre a renda das mulheres; 4. Controle sobre a renda do parceiro;
				<p>Envolvimento na tomada de decisão do agregado familiar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Grandes compras domésticas 2. Compras domésticas diárias
				<p>Sociocultural</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Envolvimento na tomada de decisões sobre visitas a familiares e parentes
				<p>Comportamentos relacionados a busca pela saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Envolvimento na tomada de decisão sobre a busca de cuidados de saúde para si mesma; 2. Acordo sobre preferências de fertilidade; 3. Se ela pensava que ela e seu parceiro queriam o mesmo número de filhos; 4. Negociação sobre atividade sexual
				<p>Sobre o que a mulher pode fazer:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Recusar-se a fazer sexo com o parceiro; 2. Peça a ele para usar camisinha;

			<p>3. Recusar-se a fazer sexo com o parceiro;</p> <p>Atitudes em relação à violência doméstica:</p> <p>O marido não tem justificativa para bater na esposa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se ela sair sem dizer a ele; 2. Se ela negligencia os filhos; 3. Se ela discutir com ele; 4. Se ela se recusar a fazer sexo com ele; 5. Se ela queimar a comida. 	
Ewerling (2017)	Empoderamento das mulheres	34 países da África	<p>Índice SWPER:</p> <p>Construído por meio da análise dos componentes principais.</p> <p>O marido não tem justificativa para bater na esposa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se a esposa sair sem avisar o marido; 2. Se ela negligencia os filhos; 3. Se ela discutir com ele; 4. Se ela se recusar a fazer sexo com ele; 5. Se ela queimar a comida; 6. Frequência de leitura de jornal e revista; 7. Trabalhou nos últimos 12 meses; 8. Educação da mulher em anos completos; 	<p>Restrito a mulheres parceiras, o indicador não cobre todos os domínios do empoderamento e dados indisponíveis de alguns países não permitiram cobertura completa do Norte e Centro da África.</p>

			9. Diferença entre a educação da mulher e do homem; 10. Idade da primeira coabitação; 11. Idade da mulher no primeiro nascimento; 12. Decisão sobre os cuidados de saúde; 13. Decisão sobre compras domésticas; 14. Decisão sobre as visitas a familiares.	
Ewerling (2020)	Empoderamento das mulheres	62 países	Índice SWPER Global: Construído por meio da análise dos componentes principais. O marido não tem justificativa para bater na esposa: 1. Se a esposa sair sem avisar o marido; 2. Se ela negligencia os filhos; 3. Se ela discutir com ele; 4. Se ela se recusar a fazer sexo com ele; 5. Se ela queimar a comida; 6. Frequência de leitura de jornal e revista; 7. Educação da mulher em anos completos; 8. Diferença entre a educação da mulher e do homem;	Restrito a mulheres parceiras e dados indisponíveis de alguns países não permitiram cobertura completa.

			<p>9. Diferença da idade entre a mulher e o marido;</p> <p>10. Decisão sobre os cuidados de saúde;</p> <p>11. Decisão sobre compras domésticas;</p> <p>12. Decisão sobre as visitas a familiares;</p> <p>13. Trabalhou nos últimos 12 meses.</p>	
--	--	--	--	--

1.6 JUSTIFICATIVA

Os estudos encontrados na literatura da área da saúde até o momento que abordam o tema empoderamento das mulheres apresentam como principal objetivo ou desfecho o estudo do estado nutricional infantil, além disso, a grande maioria dos estudos foram realizados em países de renda baixa e média e concluem que outras pesquisas devem ser realizadas, contemplando uma população com diferentes etnias e situação socioeconômica. Outro ponto em comum desses estudos são as críticas ao escore univariado utilizado para classificar ou dimensionar o empoderamento das mulheres (11,12,13).

A proposta do presente estudo é diferente já que seu desenvolvimento contempla a análise de quantidade relevante de bases de dados de diferentes países com cobertura considerável de continentes, regiões geográficas e estratos internacionais de desenvolvimento. Desta forma, é possível identificar diferentes formas do empoderamento das mulheres em diferentes regiões do mundo, culturas, etnias, estrado socioeconômico do país e estado de saúde. Além disso, este estudo tem como foco a mulher, e abrange todos os pilares que a mesma pode estar envolvida, sendo no âmbito social, aspectos relacionados a saúde e nutrição e ao ambiente e contexto que a mesma vive.

Assim, um indicador multidimensional aplicável internacionalmente para identificar as mudanças, incentivos, políticas e propostas dos países ao longo dos anos sobre o tema de igualdade de gênero, torna-se importante e necessário, pois ainda as mulheres sofrem privações e desigualdade de gênero persistente.

Um outro ponto importante de destaque é a criação dos componentes multidimensionais distintos que representam o empoderamento das mulheres. Esse tipo de análise gera variáveis latentes, neste estudo, definidas como padrão de empoderamento (PE). Esses componentes gerados por meio de análise multidimensional são expressos pela análise simultânea de variáveis que representam diferentes dimensões do que consideramos empoderamento das mulheres e permitem integrar as múltiplas interações entre questões gerais como saúde, nutrição, aspectos ambientais e sociais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar e propor um escore de empoderamento feminino de acordo com componentes multidimensionais que expressem os níveis de autonomia das mulheres e sua evolução em diferentes países entre dois inquéritos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as diversas formas de conceitualização de empoderamento das mulheres.
- b) Propor um escore internacional de empoderamento que permita comparar os países e analisar sua evolução durante os anos.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.

Estudo transversal com utilização dos dados da *Demographic Health Survey (DHS)*, esses dados são de mulheres em idade fértil entre 15 a 49 anos. A tabela 1 abaixo apresenta os países estudados separados por continentes ou região geográfica em diferentes anos.

Tabela 1 – Distribuição dos países estudados separados por continente e regiões, por ano do primeiro e último inquérito realizado por país.

Países estudados	Ano de monitoramento	
	Primeiro inquérito	Último inquérito
Ásia		
Bangladesh	1993-1994	2017-2018
Filipinas	1998	2013
Iémen	1997	2013
Índia	1998-1999	2015-2016
Indonésia	1994	2017
Jordânia	1997	2012
Timor-Leste	2009-2010	2016
Vietnã	1997	2002
Cazaquistão	1997	2002
América do Sul		
Bolívia	1989	2008
Brasil	1996	2006
Colômbia	1995	2015
Peru	1996	2000
Europa		
Albânia	2009	2017-2018
Armênia	2000	2015-2016
Turquia	1993	2013
Caribe		

Guatemala	1995	2014-2015
Haiti	2000	2012
Honduras	2005-2006	2011-2012
Nicarágua	1998	2001
República Dominicana	1999	2013
África Ocidental		
Benin	2001	2017-2018
Burkina Faso	2003	2010
Gana	1988	2014
Guiné	2005	2012
Libéria	2007	2013
Mali	1995-1996	2012-2013
Níger	1998	2012
Nigéria	2003	2013
Senegal	2005	2010-11
Serra Leoa	2008	2013
Togo	1998	2013-14
África Oriental		
Burundi	2010	2016-2017
Comores	1996	2012
Eritreia	1995	2002
Etiópia	2000	2016
Quênia	1998	2014
Egito	1988	2014
Madagascar	2003-2004	2008-2009
Malawi	2000	2015-2016
Moçambique	2003	2011
Ruanda	2000	2014-2015
Tanzânia	1996	2015-2016
Uganda	2000-2001	2016
Zâmbia	1996	2013-2014
África Central-Austral		
Camarões	2004	2011

Chade	1996-1997	2014-2015
Congo	2005	2011-2012
República Democrática do Congo	2007	2013-2014
Gabão	2000	2012
Lesoto	2004	2014
Namíbia	2000	2013
África do Sul	1998	2016
Zimbábue	1988	2015

3.2 FONTE DOS DADOS E AMOSTRAGEM.

Os dados utilizados neste estudo são provenientes das *Demographic Health Survey (DHS)* (<http://www.dhsprogram.com/>). A DHS é ligada a Macro Internacional, com apoio e colaboração da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (United States Agency for International Development – USAID) e também com contribuições de outros doadores, bem como recursos de países participantes, também apoiam essas pesquisas como o Governo Federal do Brasil. O projeto é implementado pela Strategic & Communications for Digital World (ICF). Desde setembro de 2013, a ICF faz parceria com seis organizações com experiência internacional para expandir o acesso e o uso dos dados do DHS: Avenir Health, Blue Raster, EnCompass, Escola de Saúde Pública Johns Hopkins Bloomberg/Centro de Programas de Comunicação, CAMINHO e Vysnova (1,13).

O objetivo principal dos inquéritos é fornecer amplos conjuntos de dados e indicadores para o monitoramento e avaliação de impacto sobre demografia, saúde e nutrição (fertilidade, planejamento familiar, saúde materno infantil, gênero, HIV/AIDS, malária e nutrição) e utilizar estes dados na elaboração de políticas, planejamento de programas de monitoramento e avaliação. Adicionalmente, o Programa DHS visa promover e reforçar a qualificação do país para a coleta, análise, apresentação e uso de dados; coordenar as principais partes interessadas na coleta e divulgação de dados; selecionar os métodos de coleta de dados mais adequados para garantir o fornecimento de dados de alta qualidade a um custo razoável; aumentar a capacidade dos parceiros de cada país para coletar e usar dados na elaboração de programas e políticas (35).

O Programa DHS fornece assistência técnica a mais de 400 pesquisas em mais de 90 países, avançando a compreensão global das tendências de saúde e população nos países de baixa e de média renda. A pesquisa ganhou reputação mundial por coletar e disseminar dados precisos e representativos nacionalmente sobre fertilidade, planejamento familiar, saúde materno-infantil, gênero, HIV/AIDS, malária e nutrição. Esses dados são utilizados para construção de diversos indicadores de monitoramento e avaliação de impacto populacional nas áreas de saúde e nutrição (62).

As amostras da DHS visam representar probabilisticamente a população feminina em idade fértil (15 a 49 anos em diferentes anos neste estudo) e as amostras são desenhadas para apresentar representatividade nacional para cada país participante da pesquisa. Os inquéritos são de base domiciliar com amostragem complexa realizada em dois estágios principais: a) seleção dos setores censitários, também definidos como conglomerados; b) estágio domiciliar. Todas as mulheres pertencentes à faixa etária de 15 a 49 anos residentes no domicílio são elegíveis para a amostra. A amostra geralmente tem representatividade no nível nacional, na área em que o domicílio está localizado (urbano ou rural) e na região (estados, distritos) (63).

A amostra geralmente é desenhada a partir de estratificação e conglomeração. A estratificação compreende dividir o território de um país em estratos geográficos (macrorregiões) para que as estimativas possam ser expandidas para estes estratos. Um ponto importante da estratificação é a possibilidade de garantir que regiões com características diferentes sejam representadas na amostra. A conglomeração se refere à divisão de cada estrato em subáreas compostas por domicílios (exemplos de conglomerado: um bloco de quarteirões, um prédio). Os conglomerados (também denominados de unidades primárias de análises ou *clusters* ou áreas de enumeração) são extraídos dos Censos realizados em cada país. A conglomeração é realizada em dois estágios, sendo que no primeiro estágio são selecionados os conglomerados randomicamente com probabilidade proporcional ao tamanho (conglomerados maiores tem maior chance de serem selecionados e conglomerados menores tem menor chance de serem selecionados). No segundo estágio são selecionados de 20 a 30 domicílios sem reposição dentro de cada conglomerado (13).

A pesquisa DHS apoia uma variedade de opções de coleta de dados que podem ser adaptadas para atender as necessidades específicas de monitoramento e avaliação dos países. Existem três tipos de pesquisa de demografia e saúde: padrão,

interinas e contínuas. A primeira é a pesquisa DHS padrão, que tem tamanho de amostras grandes, aproximadamente entre 5.000 e 30.000 domicílios e normalmente são realizadas a cada cinco anos, para garantir comparações ao longo do tempo, além disso, é realizada a aplicação de todas as questões que compõem o questionário principal. Já a pesquisa DHS interinas se concentra na coleta de informações sobre os principais indicadores de monitoramento de desempenho, mas podem não apresentar dados para todas as medidas e critérios de avaliação de impacto, por exemplo, taxas de mortalidade. Essas pesquisas são realizadas entre as rodadas de pesquisa já programadas na DHS padrão e apresentam questionários mais curtos. A DHS interinas tem representatividade nacional, entretanto apresentam amostras menores. A DHS contínua é realizada no Peru e Senegal e são projetadas para coletar dados com representatividade nacional para cada ano em que as pesquisas são realizadas. No final de cada fase, os resultados principais dos indicadores demográficos e de saúde coletados são fornecidos no relatório completo do DHS. As pesquisas da DHS são realizadas normalmente durante um período de 18 a 20 meses e a abordagem básica do Programa DHS é coletar dados comparáveis entre os países que é nosso objetivo nesse trabalho (35).

A organização das pesquisas de demografia e saúde são realizadas a cada cinco anos nos países que participam do programa, é provável que exceções, pois alguns países foram selecionados para a pesquisa depois do início da mesma ou pode acontecer dos países não realizarem as pesquisas após uma determinada fase, em função de razões internas desconhecidas. Existem fases das pesquisas disponíveis até o ano de 2019. As fases disponíveis são: A DHS I foi realizada entre os anos 1986-1990; DHS II 1991-1995, DHS III 1996-1999; DHS IV 2000-2004; DHS V 2005-2009; DHS VI 2010-2014; DHS VII 2015-2019 (1,13).

O Programa DHS é composto por diferentes pesquisas que incluem assuntos de demografia e saúde a fim de atender às necessidades específicas de monitoramento e avaliação dos países. Adicionalmente, é possível que os países incluam dados relevantes para seu contexto nestas pesquisas (35).

Os temas abordados e disponíveis nas pesquisas são: 1) Anemia: prevalência de anemia e suplementação de ferro; 2) Saúde da criança: vacinações, doenças infantis, cuidados com recém-nascido; 3) Gênero e violência doméstica: história de violência doméstica, frequência e consequências da violência; 4) Educação: alfabetização,

assiduidade e nível mais alto alcançado; 5) Saúde ambiental: água, saneamento e combustível para cozinhar; 6) Planejamento familiar: conhecimento e uso de contraceptivos; 7) Corte genital feminino: prevalência e atitudes sobre mutilação genital feminina; 8) Fertilidade e preferências de fertilidade: taxa de fertilidade total, tamanho familiar desejado, casamento e atividade sexual; 9) Conhecimento, atitudes e comportamento do HIV/AIDS: conhecimento sobre prevenção do HIV, conceitos errôneos, estigma, comportamento sexual de alto risco e teste prévio de HIV; 10) Prevalência de HIV: prevalência de HIV por características demográficas e comportamentais; 11) Características do agregado familiar e do entrevistado: eletricidade, qualidade da habitação, bens, educação, frequência escolar, idade, sexo e emprego; 12) Mortalidade infantil: taxas de mortalidade infantil; 13) Malária: posse e uso de redes mosquiteiras, prevalência e tratamento da febre e pulverização residual interna para mosquitos; 14) Saúde materna: assistência pré-natais, parto e pós-natal; 15) Mortalidade materna: taxa de mortalidade materna; 16) Nutrição: práticas de alimentação infantil, suplementação vitamínica, antropometria, anemia e adição de iodo no sal; 17) Uso de tabaco: uso de tabaco e exposição ao fumo de forma passiva; 18) Necessidade não atendida: planejamento familiar; 19) Índice de riqueza: divisão das famílias em 5 quintis de riqueza para mostrar a relação entre riqueza, população e indicadores de saúde; 20) Empoderamento das mulheres: atitudes de gênero, poder de decisão das mulheres, educação e emprego de homens comparado as mulheres; 21) Outros módulos: fístula e despesas com saúde (13).

Os questionários da DHS são acompanhados das justificativas da escolha de cada variável. Esses questionários são revisados em cada fase das pesquisas, com inclusão ou exclusão de variáveis. Normalmente, pede-se a um país que adote o questionário padrão na sua totalidade, mas é permitida a inclusão de questões de interesse do país. No entanto, as perguntas no modelo podem ser excluídas se forem irrelevantes em um país específico (35).

Os dados destas pesquisas estão organizados em quatro questionários diferentes com seus respectivos bancos de dados, os quais são: um questionário contendo questões referentes ao domicílio, um questionário de mulher, um questionário do homem e um questionário biomarcador. Os bancos de dados podem ser unidos por meio de variáveis de identificação (63). Segue abaixo os conteúdos dos questionários utilizados neste estudo:

Questionário do domicílio:

Dados demográficos de cada membro do agregado familiar: para os membros da família e visitantes, são coletadas informações sobre idade, sexo, relacionamento com o chefe da família, educação, sobrevivência e residência dos pais e registro de nascimento (62).

Características da família: as perguntas se referente à fonte de água potável, instalações sanitárias, combustível para cozinhar, bens da família e exposição ao fumo passivo. O sal de cozinha é testado quanto ao teor de iodo. Em áreas com alta prevalência de malária, são feitas perguntas sobre o uso de redes mosquiteiros (62).

Questionário da Mulher:

Características como idade, estado civil, educação, emprego, local de residência, comportamento e intenções reprodutivas, contracepção, cuidados pré-natais, parto e pós-natal, amamentação e nutrição, saúde das crianças, empoderamento feminino, HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, dados de escolaridade e emprego do cônjuge/companheiro e outros tópicos com perguntas que examinam o comportamento relacionado à saúde ambiental, uso de tabaco e seguro de saúde (62).

Questionário de Biomarcador:

Antropometria (altura da mulher) (62).

Módulos atuais:

Violência doméstica e gastos com saúde do próprio bolso (62).

O presente estudo transversal conta com 57 países que realizaram a pesquisa DHS e possuem variáveis referente a autonomia e empoderamento das mulheres de dois inquéritos.

3.3 AMOSTRA E DESENHO DO ESTUDO.

A amostra das mulheres na DHS foi selecionada a partir do conjunto de mulheres em idade fértil correspondentes ao primeiro e último inquérito realizado em cada país selecionado neste estudo. Desta forma, 1652956 mulheres atenderam a esses critérios. Na tabela 2 apresenta-se a descrição numérica e percentual de todas as mulheres estudadas da amostra final dos inquéritos. Na figura 6 apresenta-se o fluxograma do número de mulheres estudadas, segundo continente ou região geográfica pertencente.

Os indicadores utilizados nas análises deste estudo são referentes à autonomia e empoderamento das mulheres de forma ampla e multidimensional.

Os critérios de seleção dos países que compõe a amostra deste estudo foram: a) países com inquéritos realizados que apresentam dados de dois anos diferentes; b) inquéritos com microdados disponíveis eletronicamente; c) inquéritos com amostra populacional representativa e d) variáveis indicadoras da autonomia e empoderamento feminino.

Figura 6 – Apresentação do fluxograma do número de mulheres estudadas, segundo continente ou região geográfica pertencente.

Tabela 2 - Distribuição do número de mulheres estudadas, segundo país, continente ou região geográfica pertencente e ano do primeiro e último inquérito realizado em cada país.

Ano de monitoramento					Número de mulheres	
Países estudados	Ano de monitoramento		Número de mulheres		Total por continente	Total por continente
	Primeiro inquérito	Último inquérito	Primeiro inquérito	Último inquérito		
Ásia						
Bangladesh	1993-1994	2017-2018	3,284	3,336		
Filipinas	1998	2013	28,518	70,224		
Iémen	1997	2013	7,186	16,054		
Índia	1998-1999	2015-2016	12,215	22,680		
Indonésia	1994	2017	11,884	18,196		
Jordânia	1997	2012	38,199	32,767		
Timor-Leste	2009-2010	2016	9,806	8,234		
Vietnã	1997	2002	7,001	8,048		
Cazaquistão	1997	2002	40,457	34,675		
Total por inquérito			158,55	214,214		
Total por continente			372,764			
América do Sul						
Bolívia	1989	2008	24,174	7,923		
Brasil	1996	2006	3,573	13,283		
Colômbia	1995	2015	21,83	35,783		
Peru	1996	2000	65,453	30,611		
Total por inquérito			115,03	87,6		
Total por continente			202,63			
Europa						
Albânia	2009	2017-2018	2,297	5,765		
Armênia	2000	2015-2016	1,726	1,584		
Turquia	1993	2013	1,971	2,576		
Total por inquérito			5,994	9,925		
Total por continente			15,919			
Caribe						
Guatemala	1995	2014-2015	3,821	5,867		
Haiti	2000	2012	6,015	8,986		

Honduras	2005-2006	2011-2012	4,643	6,543
Nicarágua	1998	2001	6,897	8,432
República Dominicana	1999	2013	17,168	27,975
Total por inquérito			38,544	57,803

Total por região geográfica

96,347

África Ocidental

Benin	2001	2017-2018	19,359	6,857
Burkina Faso	2003	2010	22,145	15,044
Gana	1988	2014	11,888	15,984
Guiné	2005	2012	6,364	8,632
Libéria	2007	2013	4,621	5,897
Mali	1995-1996	2012-2013	2,474	3,876
Níger	1998	2012	12,558	10,543
Nigéria	2003	2013	104,808	28,647
Senegal	2005	2010-11	14,389	39,895
Serra Leoa	2008	2013	5,631	4,183
Togo	1998	2013-14	26,264	5,151
Total por inquérito			230,501	144,709

Total por região geográfica

375,21

África Oriental

Burundi	2010	2016-2017	7,742	8,987
Comores	1996	2012	3,432	2,436
Eritreia	1995	2002	2,607	16,522
Etiópia	2000	2016	2,769	3,659
Quênia	1998	2014	22,546	83,591
Egito	1988	2014	38,076	54,78
Madagascar	2003-2004	2008-2009	2,754	3,889
Malawi	2000	2015-2016	2,078	10,183
Moçambique	2003	2011	5,439	6,763
Ruanda	2000	2014-2015	30,072	11,086
Tanzânia	1996	2015-2016	24,89	29,143
Uganda	2000-2001	2016	13,863	10,456
Zâmbia	1996	2013-2014	23,805	8,402

Total por inquérito			180,073	249,897
Total por região geográfica			429,97	
África Central-Austral				
Camarões	2004	2011	29,455	17,853
Chade	1996-1997	2014-2015	4,567	6,632
Congo	2005	2011-2012	2,894	4,521
República Democrática do Congo	2007	2013-2014	4,376	5,876
Gabão	2000	2012	2,004	3,832
Lesoto	2004	2014	14,429	11,71
Namíbia	2000	2013	5,046	10,723
África do Sul	1998	2016	8,932	14,174
Zimbábue	1988	2015	2,273	10,819
Total por inquérito			73,976	86,14
Total por região geográfica			160,116	
Total de mulheres no estudo			1652,956	

3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.

As variáveis indicadas pela DHS como determinantes do empoderamento feminino são muito importantes já que incluem liberdade de movimento, liberdade para tomar decisões monetárias, educação e status de trabalho, o que faz com que a mulher apresente poder para tomada de decisões em sua vida e ou decisões relacionadas ao convívio familiar.

Entretanto, essas variáveis que a DHS apresenta como medidas de empoderamento, medem o efeito do empoderamento de forma direta. Neste estudo, avaliamos o empoderamento das mulheres de forma direta e indireta, desta forma, consideraremos outras variáveis que podem influenciar as mulheres no status de empoderamento e que podem ou não serem consideradas como efeito direto sobre a autonomia das mulheres. O termo padrão de empoderamento das mulheres é apresentado como um conjunto de variáveis que descreve o status da mulher, essa perspectiva, supera a análise baseada em variáveis isoladas para definir a autonomia das mulheres.

Além disso, avaliaremos o empoderamento das mulheres por meio de indicadores individuais e coletivos. No quadro 3 estão descritas as variáveis consideradas pela DHS como representativas do empoderamento feminino, segundo bloco pertencente. Na sequência no quadro 4 estão listadas as variáveis que utilizaremos neste estudo e sua distribuição por categorias de interesse.

Quadro 3 - Descrição da configuração das variáveis consideradas pela DHS representativas do empoderamento feminino, segundo domínio pertencente.

Campo de representação das variáveis	Descrição	Codificação
Curso de vida	Quando foi a primeira relação sexual?	Quantitativa contínua
Curso de vida	Quando se casou pela primeira vez?	Quantitativa contínua
Curso de vida	Quando teve o primeiro filho?	Quantitativa contínua
Curso de vida	Se controla a renda e as decisões domésticas?	Homem:1 Outro responsável:2 Ambos:3 Mulher:4
Curso de vida	Apresenta diferenças de gênero e educação	Não:1 Sim:2
Curso de vida	Cuidados com a saúde da criança	Não:1 Sim:2
Curso de vida	Apresenta experiência sobre violência de gênero?	Não:1 Sim:2
Indicador direto de empoderamento	Alfabetização e realização educacional	Não:1 Sim:2
Indicador direto de empoderamento	Emprego e ocupação	Não:1 Sim:2
Indicador direto de empoderamento	Controle sobre os próprios ganhos	Não:1 Sim:2
Indicador direto de empoderamento	Idade no primeiro casamento?	Quantitativa contínua
Indicador direto de empoderamento	Idade ao primeiro nascimento?	Quantitativa contínua
Indicador direto de empoderamento	Apresenta uso de contraceptivos?	Não:1 Sim:2

Indicador direto de empoderamento	Idade do cônjuge	Quantitativa contínua
Indicadores adicionais de empoderamento	Atitude das mulheres em relação a violência de mulheres por seus parceiros?	Não:1 Sim:2
Indicadores adicionais de empoderamento	Opiniões das mulheres sobre se uma mulher pode recusar sexo ao parceiro?	Não:1 Sim:2
Indicadores adicionais de empoderamento	Obstáculos enfrentados pelas mulheres no acesso a cuidados de saúde para si	Não:1 Sim:2
Módulo adicional de status de empoderamento	Escolha do cônjuge	Não:1 Sim:2
Módulo adicional de status de empoderamento	Apoio da família	Não:1 Sim:2
Módulo adicional de status de empoderamento	Apresenta bens próprios	Não:1 Sim:2
Módulo adicional de status de empoderamento	Controle sobre dinheiro para fins diferentes	Não:1 Sim:2
Módulo adicional de status de empoderamento	Conhecimento e uso de programas de microcrédito	Não:1 Sim:2
Módulo adicional de status de empoderamento	Liberdade de movimentação	Não:1 Sim:2
Módulo adicional de status de empoderamento	Atitude sobre papéis de gênero	Não:1 Sim:2
Módulo adicional de status de empoderamento	Participação em associações	Não:1 Sim:2
Módulo adicional de status de empoderamento	Apresentar conta bancária?	Não:1 Sim:2

Quadro 4. Descrição da configuração das variáveis utilizadas no presente estudo, segundo forma de utilização e domínio pertencente.

Campo de representação das variáveis	Variáveis representativas do Empoderamento das Mulheres	Codificação das variáveis
Estruturas Institucionais	Idade da mulher	Quantitativa contínua
Estruturas Institucionais	Anos de estudo da mulher	Quantitativa contínua
Estruturas Institucionais	Número de membros na casa	Quantitativa contínua
Estruturas Institucionais	Sexo do chefe da casa	Homem:1 Mulher:2
Estruturas Institucionais	Índice de riqueza	Quantitativa contínua
Agência	Idade da mulher no primeiro nascimento	Quantitativa contínua
Agência	Idade da mulher na primeira coabitação	Quantitativa contínua
Agência	Idade da mulher no primeiro casamento	Quantitativa contínua
Agência	Idade da mulher no primeiro sexo	Quantitativa contínua
Recurso	Conhecimento sobre o ciclo ovulatório	Não:1 Sim:2
Recurso	Uso de método contraceptivo	Não:1 Sim:2
Estruturas Institucionais	Altura da mulher	Quantitativa contínua
Estruturas Institucionais	Intervalo interpartal	Quantitativa contínua
Recurso	Cobertura de Saúde	Não:1 Sim:2
Recurso	Planejamento familiar com profissional de saúde	Não:1 Sim:2
Estruturas Institucionais	Número de filhos	Quantitativa contínua
Estruturas Institucionais	Desejo de ter mais filhos	Não:1 Não sabe:2 Sim:3
Estruturas Institucionais	Número ideal de filhos	Quantitativa contínua
Agência	Trabalha atualmente	Não:1

		Sim= 2
Agência	Trabalhou antes do casamento	Não:1 Sim:2
Agência	Trabalhou depois do casamento	Não:1 Sim:2
Estruturas Institucionais	Casou ao primeiro nascimento	Não:1 Sim:2
Estruturas Institucionais	Número de uniões	Quantitativa contínua
Estruturas Institucionais	Número de companheiros	Quantitativa contínua
Estruturas Institucionais	Duração do primeiro casamento	Quantitativa contínua
Estruturas Institucionais	Contracepção é um assunto e dever da mulher	Não:1 Sim:2
Estruturas Institucionais	Utilizar contraceptivos torna a mulher promíscua	Não:1 Sim:2
Estruturas Institucionais	É praticante religiosa	Não:1 Sim:2
Estruturas Institucionais	Tipo de residência	Rural:1 Urbana:2
Estruturas Institucionais	Se o homem recusa o sexo, tem outra mulher	Não:1 Não sabe:2 Sim:3
Agência	Decisão sobre gastos da casa	Homem:1 Outro responsável:2 Ambos:3 Mulher: 4
Agência	Quem deveria ter mais voz para gastos em saúde	Homem:1 Outro responsável:2 Ambos:3 Mulher: 4
Agência	Quem deveria ter mais voz para gastos em compras domésticas	Homem:1 Outro responsável:2 Ambos:3 Mulher: 4

Recurso	É justificável a mulher apanhar se sair de casa sem avisar	Não:1 Não sabe:2 Sim:3
Recurso	É justificável a mulher apanhar se for negligente com os filhos	Não:1 Não sabe:2 Sim:3
Recurso	É justificável a mulher apanhar se discutir com o marido	Não:1 Não sabe:2 Sim:3
Recurso	É justificável a mulher apanhar se recusar sexo ao marido	Não:1 Não sabe:2 Sim:33
Recurso	É justificável a mulher apanhar se queimar comida	Não:1 Não sabe:2 Sim:3

3.5 VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS

As variáveis socioeconômicas utilizadas neste estudo são referentes as mulheres e ao conjunto de membros pertencentes ao domicílio. As variáveis selecionadas foram: escolaridade das mulheres, trabalha atualmente e o tipo de vínculo empregatício. Essa última variável (vínculo empregatício) foi adicionada para sinalizar a estabilidade do emprego e os benefícios recebidos. Outra variável utilizada foi acesso as notícias (rádio, televisão e jornais/revistas), que foram agregadas em uma variável ordinal com quatro categorias: sem informação, rádio, televisão e jornais/revistas. A ordenação foi realizada com base no conjunto de sentidos utilizados para processar a informação recebida, sendo que a leitura é a forma mais ativa e complexa de interação com a informação.

As variáveis sobre as condições socioeconômicas do domicílio foram: escolaridade do chefe da família, expressa em anos completos de estudo e configurada como ordinal e o índice de riqueza. Algumas variáveis não estavam disponíveis em todos os bancos, seja nos diferentes anos de um mesmo país, ou entre países diferentes, desta forma, o índice de riqueza foi utilizado como proxy de um indicador dos

rendimentos de longo prazo do domicílio. Assim, as variáveis selecionadas para o cálculo de índice de riqueza foram: escolaridade do chefe do domicílio, serviços de água e esgoto e bens do domicílio. Os tipos de bens são diferentes entre os inquéritos de cada país, portanto, foram categorizadas como zero e um. É importante destacar que a variação dos itens entre as pesquisas não invalida seu uso nas análises conjuntas, já que a função principal é ser utilizada como marcador de rendimentos.

Outra variável que sinaliza aspectos socioeconômicos é região (rural e urbano), optou-se por deixar essa variável de forma isolada na análise dos componentes principais para caracterização dos padrões gerados e auxílio na interpretação dos mesmos.

3.5.1 CÁLCULO DO ÍNDICE DE RIQUEZA

O cálculo do índice de riqueza foi baseado no conjunto de variáveis que descrevem os bens presentes no domicílio e também na escolaridade do chefe da família. Esse índice foi estimado por Análise de Componentes Principais (ACP), como recomendado internacionalmente para esse tipo de inquérito (76).

Esse índice é utilizado como proxy dos rendimentos monetários de uma família. O primeiro componente extraído foi utilizado na predição dos escores atribuídos a cada mulher pertencente ao domicílio, posteriormente, esse escore foi dividido em quintos do índice de riqueza. As variáveis disponíveis para descrever os bens do domicílio foram testadas em diversas combinações e selecionou-se o modelo com maior percentual de explicação no primeiro componente ou padrão e maior valor apresentado pelo teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). O índice de riqueza foi utilizado como escores e como quintis nas análises.

3.6 PREPARAÇÃO DOS DADOS

A análise do banco de dados iniciou-se com a preparação dos bancos de dados para a análise, desta forma, as seguintes etapas foram realizadas: análise da porcentagem de respostas válidas e consistentes internamente; nesta fase foi verificado as inconsistências do banco de dados. Essas inconsistências nessa análise foram definidas como: não preenchimento adequado da sequência da questão, abandono de

raciocínio lógico no preenchimento ou incompletude parcial das respostas. Posteriormente, foram analisadas essas inconsistências e realizada a limpeza dos bancos de dados para os valores ou respostas consideradas inconsistências.

Em seguida foram definidas as chaves para união entre os blocos de variáveis dos diferentes países; essas chaves para relacionamento entre os bancos foram criadas a partir das variáveis: código do país, inquérito e ano que cada país pertence e as variáveis que representam autonomia e empoderamento das mulheres. Essas variáveis possibilitaram a união determinística dos mesmos indivíduos em cada bloco analisado. Desta forma, foi possível unir em um *pool* de dados vários indivíduos de países diferentes de um mesmo continente ou região geográfica, considerando as variáveis comuns entre eles.

Subsequentemente foi realizada a etapa de imputação dos valores *missing*, essa etapa está descrita abaixo separadamente para melhor detalhamento do método aplicado. Por fim foi realizado a seleção dos dados pertinentes a este trabalho a partir dos objetivos traçados para o estudo e aplicado a análise dos componentes principais por continente ou região geográfica.

3.7 MÉTODO DE IMPUTAÇÃO POR PREDICTIVE MEAN MATCHING.

Nos estudos a presença de dados faltantes pode levar a redução da precisão das estimativas e até mesmo a produção de viés na estimativa de parâmetros. A imputação de dados pode diminuir esse tipo de situação, pois é um método que permite substituir os dados faltantes (*missing data*) por valores plausíveis e conhecidos dentro do universo de dados existentes. Essa técnica permite a imputação de variáveis contínuas, ordinais e categóricas, além disso, essa técnica preserva a distribuição dos valores observados entre os valores imputados na amostra (77).

Algumas variáveis apresentaram valores faltantes (*missing*), estes valores foram substituídos por meio de procedimentos de imputação múltipla, definidos como métodos de substituição dos dados faltantes por dados de outros indivíduos conhecidos da amostra com características semelhantes (78). Esse método de imputação foi proposto inicialmente por RUBIN (1987) (79) e cresce o interesse da comunidade científica para o tratamento de dados *missing*, já que há vantagem de levar em consideração informações de outras variáveis associadas à variável que será imputada,

o que torna a análise mais confiável e com menos probabilidade a erros em comparação com outros métodos. Esse procedimento permite completar o banco de dados e, assim, utilizar toda a amostra original na análise planejada. Trata-se de procedimento amplamente utilizado em pesquisas populacionais e domiciliares (80).

O método de imputação utilizado foi o *Predictive Mean Matching* (PMM), que gera valores imputados a partir de valores “compartilhados” de outros indivíduos com os dados reais e semelhantes ao caso que se deseja atribuir um valor. Essa técnica combina regressão linear para obter previsões lineares e seleção aleatória de valor para imputação entre indivíduos da amostra mais próximos (81). No método PMM o procedimento de imputação se dá em 2 etapas: na primeira, a partir de modelos de regressão múltipla, se estima uma faixa de previsão na qual estão inseridos os casos semelhantes àqueles com valores *missing* segundo as variáveis preditoras; na segunda etapa, entre os casos semelhantes é sorteado o valor de um deles e este valor é atribuído ao caso com valor *missing*. Em debates mais recentes o método PMM tem sido cada vez mais recomendado como uma das alternativas mais adequadas para a substituição de dados faltantes em grandes inquéritos. (82,83).

Para melhor detalhamento no método PMM funciona da seguinte forma: para cada valor predito de um dado faltante, procura-se o valor observado com valor predito mais próximo, e utiliza-se o valor observado como valor a ser imputado. Neste modelo utiliza-se, ainda, variáveis preditoras para selecionar os valores mais próximos do caso que se deseja imputar, dentro de um espectro de características semelhantes à variável que se deseja imputar. É importante ressaltar que as variáveis preditoras não podem conter valores *missing* (84). Neste estudo, as variáveis imputadas foram sempre dentro do bloco de cada continente ou região geográfica com seus respectivos países.

Essa técnica utiliza previsão linear como medida de distância entre o valor faltante e os seus possíveis doadores, assim, a variável de interesse é a variável que desejamos realizar a imputação e as demais variáveis são as variáveis explicativas. Ao realizar esse procedimento é desejável incluir no modelo alguns tipos de variáveis explicativas, são elas: a) variáveis que predizem a ausência de valores; b) variáveis associadas a variável que está sendo imputada e c) variável que compõe o desfecho na análise e no modelo proposto (77).

De forma geral, o pool de dados doador é fixado contendo um número determinado de candidatos doadores que podem compartilhar o valor procurado. Neste

estudo, esse valor determinado foi fixado em cinco, portanto, um desses valores foi de forma aleatória selecionado e o seu valor atribuído no lugar do valor faltante observado (85).

Os casos mais comuns de *missing* nos blocos dos continentes ou região geográfica foram: ausência de registro da mensuração da altura, anos de estudo da mulher, decisão sobre gastos da casa e intervalo interpartal. Na tabela 3 é apresentado o percentual de dados imputados e as variáveis preditoras utilizadas para imputação. O procedimento de imputação considerou a massa amostral.

Tabela 3 - Frequência (%) de dados imputados em cada bloco nos continentes ou região geográfica de variáveis utilizadas no estudo DHS.

Blocos de variáveis imputadas por continentes		
ou região geográfica	% de Imputação	Variáveis preditoras
Ásia	25,2%	Idade, etnia e escore socioeconômico
América do Sul	18,4%	Idade, etnia e escore socioeconômico
Europa	13,7%	Idade, etnia e escore socioeconômico
Caribe	8,4%	Idade, etnia e escore socioeconômico
África Ocidental	32%	Idade, etnia e escore socioeconômico
África Oriental	33,4%	Idade, etnia e escore socioeconômico
África Central-Austral	32,7%	Idade, etnia e escore socioeconômico

4 ANÁLISE DOS DADOS

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Foram descritos médias e intervalos de confiança de 95% das variáveis: idade da mulher e altura. Além disso, foi descrito as médias dos padrões de autonomia e empoderamento das mulheres de cada país em diferentes anos dos inquéritos analisados. Todas as análises foram realizadas no programa Stata®, versão 13 (86).

4.2 ANÁLISE DOS COMPONENTES PRINCIPAIS

A análise dos componentes principais (ACP) é uma técnica de análise multivariada que tem como objetivo principal descrever de forma sintética um grande número de variáveis, e reduzir a complexidade da inter-relação entre um número potencialmente grande de variáveis observadas, a um número relativamente menor de combinações lineares. Desenvolvida independentemente por PEARSON (1901) (87) e, paralelamente, por HOTTELING (1933, 1936). Essas combinações são denominadas componentes principais ou variáveis latentes com base nas porcentagens da variabilidade total original e perda de informação em magnitude desprezível. Em suma, a ACP tem como principal propósito medir, explicar e prever o grau de relação entre variáveis selecionadas (88,89). Essa técnica foi utilizada para definição dos padrões de empoderamento das mulheres.

Por apresentar um caráter exploratório a ACP consiste em realizar uma mudança de base no espaço vetorial do conjunto de dados (90,91). A matriz de dados, que inicialmente é uma tabela, em que os casos, ou seja, as observações são dispostas na linha, e as propriedades (variáveis) nas colunas, sofre uma fatoração, de uma forma que o primeiro fator corresponde à direção de maior variância do espaço multidimensional, é também o primeiro fator perpendicular. O segundo fator também corresponde à direção de maior variância do espaço multidimensional, entretanto, em direção ortogonal ao primeiro. Os fatores posteriores modelam sempre a direção de

maior variância, não modelada pelos fatores anteriores, e são ortogonais a todos eles de modo geral (91).

Desta maneira, a ACP analisa toda variância dos dados, pressupondo que não exista erro, e procurando agrupar as variáveis que se apresentaram mais fortemente correlacionadas nos fatores, ou seja, nos componentes principais encontrados no modelo (90). De maneira ampla, a interpretação dos componentes principais é guiada pelo grau no qual cada variável está associada com um componente particular. As variáveis que estão mais relacionados ao componente em questão são usadas como guia para interpretações (87).

Nesta análise há a concentração da variância em um número reduzido de variáveis/componentes. Os principais componentes têm as propriedades de serem não correlacionados uns com os outros. Cada componente é obtido de forma a concentrar a variância no conjunto inicial dos dados (nos primeiros componentes). Na análise de ACP a maior parte da variância possível deve ser concentrada nas variáveis iniciais. Nesta técnica, os componentes principais ou variáveis latentes são utilizadas de forma descritiva e também modeladas como desfechos e preditoras em outras análises estatísticas (92).

Em alguns casos, como ocorreu neste estudo, utiliza-se uma rotação da matriz, para maximizar as cargas fatoriais maiores, e minimizar as menores, facilitando a interpretação dos componentes. Assim, a ACP permite predizer escores, que são as projeções dos casos no espaço dos componentes principais. Ou seja, os escores são variáveis latentes que indicam as novas coordenadas dos casos, no espaço multidimensional das variáveis (91).

Nas análises multivariadas, o objeto de análise é produzir uma variável latente (estatística), que é a combinação linear de variáveis com os pesos determinados pela técnica multivariada. Na ACP, as variáveis latentes são definidas de tal forma que representem melhor a estrutura subjacente ou padrões das variáveis conforme representadas por suas inter-correlações. As variáveis latentes passam a representar e ser interpretada pela sua representação conjunta das variáveis individuais, ou seja, são vistas por aquilo que representam coletivamente e não individualmente na expressão de um conceito (88,89,93).

As propriedades dos componentes principais são baseadas nos valores de *eigenvalues* (auto-valores) e *eigenvectors* da matriz de correlação ou covariância. Cada

principal componente identificado na análise contem um valor de *eigenvalue* e de *eigenvector*. Os *eigenvalues* são resultantes da soma das variâncias das variáveis originais selecionadas para a análise. Cada *eigenvalue* expressa o valor da variância das variáveis originais contidas em cada principal componente gerado. Os primeiros componentes têm os maiores valores de variância, sendo por isso selecionados para representar a estrutura subjacente das variáveis originais e também utilizados em outras análises (87).

Os *eigenvectors* representam as cargas fatoriais (*loadings*) de cada principal componente. Estes valores representam a correlação de cada variável original com o principal componente. Quanto maior o valor da carga fatorial maior é a contribuição ou peso daquela variável para caracterizar o principal componente. Os componentes principais representam a soma ponderada, isto é, combinações lineares das variáveis originais observadas. A estes pesos dá-se o nome de cargas fatoriais, sendo o seu valor proporcional a sua contribuição para o componente em questão. As cargas fatoriais positivas (+) indicam associação direta da variável com o componente, enquanto as negativas (-), indicam que a variável está inversamente associada ao componente (88,89,91,94,95). A carga fatorial positiva indica impacto positivo da variável no componente e a carga fatorial negativa indica impacto inverso. Desta forma, quanto maior o valor da carga fatorial, maior é a contribuição da variável para aquele padrão estimado (88).

Esta análise apresenta a redução da dimensionalidade dos dados de um grande número de variáveis que são inter-relacionadas, enquanto retém a variação presente no conjunto dessas variáveis estudadas. Os escores gerados são apresentados como uma projeção das variáveis originais no espaço dos componentes principais. Portanto, são geradas novas variáveis, denominadas variáveis latentes preditas a partir de cada componente principal retido. As variáveis originais na análise apresentam maior correlação com as variáveis latentes geradas, e as variáveis latentes não apresentam correlação entre si. As variáveis latentes podem ser interpretadas pela sua representação conjunta das variáveis individuais (88).

De forma ampla, quando a PCA é utilizada como uma técnica descritiva, não há razão para que as variáveis utilizadas sejam obrigatoriamente quantitativas contínuas. Portanto, as variáveis podem apresentar uma mistura de classificações, por exemplo, contínuas, ordinais ou mesmo binárias; já que o objetivo básico da PCA é

sumarizar a variabilidade presente no conjunto original de variáveis utilizando um número menor e reduzido de variáveis latentes (88,89).

O teste de esfericidade de Bartlett foi utilizado para testar a hipótese nula de que a matriz de correlações é igual à matriz identidade ou se a matriz identidade não é adequada para análise fatorial. A matriz identidade é interpretada de acordo com a correlação de cada variável com ela própria, mas não apresenta correlação com outras variáveis. Adotou-se $p\text{-valor} \leq 0,05$ (90).

Para exemplificar, dada uma matriz X de dados $n \times p$, onde n representa o número de indivíduos e p representa o número de variáveis. Essa matriz será reduzida a um conjunto de dados consistindo de n medidas em k componentes ($k < p$), dos quais exibem quase a mesma variabilidade identificadas nas variáveis originais (p). Assim, os principais componentes podem ser representados desta forma (96):

$$y_1 = a'_{1x} = a_{11}x_1 + a_{12}x_2 + \dots + a_{1p}x_p$$

...

$$y_p = a'_{px} = a_{p1}x_1 + a_{p2}x_2 + \dots + a_{pp}x_p$$

Neste exemplo, $y_1 \dots y_p$ representam os principais componentes, $a_{11} \dots a_{pp}$ representam os *eigenvectors* para cada um dos componentes e $x_1 \dots x_p$, identificam as variáveis originais (96).

A ACP é uma análise mais indicada para variáveis quantitativas, entretanto pode ser utilizada também para propósito descritivo para qualquer tipo de variável, inclusive as variáveis binárias (88).

Neste estudo, utilizou-se a ACP para descrever, interpretar e extrair os componentes principais que representem padrões de autonomia e empoderamento de mulheres de forma não isolada e sim analisando conjuntamente, para proposta de avaliação multivariada da autonomia e empoderamento em diferentes países. Dessa forma, a ACP permitiu a utilização dos principais componentes como descritores sintéticos dos aspectos diversos da avaliação da autonomia e empoderamento das mulheres em diferentes países, analisados separadamente de acordo com o continente ou região geográfica pertinente.

Posteriormente, esses padrões gerados pela análise multivariada foram utilizados como variáveis-desfecho para compreender de modo mais amplo as

transformações das mulheres no contexto social, epidemiológico e regional, assim como, compreender os principais fatores associados. Neste estudo, cada um dos componentes principais estimados em análise multivariada foi definido um padrão de empoderamentos das mulheres de forma independente e com determinada frequência na população estudada.

Para definir os padrões de autonomia e empoderamento das mulheres foi realizado em duas etapas distintas: a) *descrição* - realizada separadamente por ano de cada inquérito em função das mudanças observadas na população referente ao contexto social. Essa análise permitiu observar os padrões característicos de cada ano; b) *evolução temporal* - foi realizada com os dados do primeiro e último inquérito disponível na DHS utilizando as mesmas variáveis para comparação entre os anos de estudo.

A princípio empregou-se uma matriz com 38 variáveis, contendo variáveis de caráter demográfico, social e de saúde. Com essa matriz obteve-se retidos cinco padrões de autonomia e empoderamento das mulheres para os continentes ou região geográfica: Ásia, América do Sul, Caribe, África Ocidental, África Oriental e África Central-Austral e para a Europa obteve-se retidos quatro padrões de autonomia e empoderamento das mulheres.

Os fenótipos corporais foram extraídos considerando valores de *eigenvalues* superior a 0,7 e de *eigenvectors* ou cargas fatoriais (loadings) superiores a 0,2, de acordo com o critério de Kaiser e sua interpretabilidade, esse ponto de corte foi escolhido devido ao poder de correlação das variáveis. Além disso, este ponto de corte relativamente baixo foi adotado com o objetivo de ampliar a compreensão da composição de cada padrão de empoderamento (88,89).

Adicionalmente, este ponto de corte permite ampliar a identificação e discriminação das variáveis que são usualmente utilizadas para avaliar o empoderamento das mulheres. Após a extração dos padrões de autonomia e empoderamento das mulheres, aplicou-se a rotação ortogonal Varimax. A rotação ortogonal garante a independência dos padrões tornando possível entender isoladamente os fatores associados aquele determinado padrão de empoderamento das mulheres (88,89,97).

A adequação da amostra em relação ao grau de correlação parcial entre as variáveis foi estimada pelo teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que assume valores entre

0 e 1, de tal forma que entre 0 e 0,49 a amostra é considerada inadequada para a análise, entre 0,50 a 0,59 ruim, entre 0,60 e 0,69 medíocre, entre 0,70 e 0,79 mediano, entre 0,80 e 0,89 bom, e entre 0,90 e 1 excelente (98).

Para cada padrão que descreve a autonomia das mulheres extraídos pela análise de principais componentes foram gerados escores padronizados com média zero, que representam a aderência de cada mulher ao padrão de empoderamento. Todas as mulheres apresentavam escores em todos os padrões de autonomia e empoderamento, entretanto, os escores mais elevados representaram a proximidade da mulher a determinado padrão de empoderamento. Essa análise permite que as relações entre os padrões sejam extensivamente exploradas no plano de análise populacional.

Tradicionalmente, nos estudos que utilizam esta técnica, após a identificação dos padrões são calculados escores padronizados com média zero que representam a aderência de cada mulher ao padrão de empoderamento. Desta forma a análise permite compreender de forma extensiva as relações entre os padrões aplicadas e exploradas no plano populacional. Uma vez que os padrões são variáveis latentes geradas a partir das variáveis originais, todas as mulheres da amostra apresentam probabilidade conhecida e diferente de pertencer a cada padrão de empoderamento estimado (99,100).

Neste estudo, optou-se por seguir uma linha de raciocínio diferente, após gerar os escores padronizados, para cada mulher, foi atribuído um padrão de empoderamento característico. O padrão aqui denominado – padrão de empoderamento - atribuído a cada mulher foi aquele no qual a probabilidade de adesão era mais elevada.

Desta forma, foram geradas variáveis dicotômicas (não/sim) que atribuíram a cada indivíduo um único padrão com o objetivo de quantificar a frequência de cada padrão entre as mulheres de diferentes países. É importante ressaltar que todas as mulheres da amostra obtiveram pesos para todos os padrões de autonomia e empoderamento e isso foi levado em consideração no momento de quantificar o escore nos diferentes padrões. Portanto, todas as mulheres tinham a chance de pertencer a mais de um padrão, e aquele com maior escore seria considerado o seu padrão de empoderamento mais característico.

Nesta análise foi possível identificar o padrão que melhor caracteriza as mulheres nos diferentes países e de forma mais ampla os continentes ou região geográfica a que pertencem, a partir de sua prática mais provável pelos indivíduos da

amostra e não apenas pela relação entre as variáveis mais comuns utilizadas tradicionalmente na literatura para predizer empoderamento, como por exemplo: trabalho, escolaridade e decisões sobre a casa. Assim, é importante ressaltar que os padrões de empoderamento das mulheres, nem sempre o primeiro padrão extraído, que por meio da análise dos componentes principais explica o maior percentual de variabilidade das variáveis é o padrão mais prevalente. Após essa atribuição, a frequência de cada padrão de empoderamento foi descrita segundo ano do primeiro e último inquérito de cada país estudado.

É importante destacar que se entende por padrão de empoderamento o conjunto de variáveis que representam a autonomia das mulheres em vários setores da sociedade e em diferentes países com realidades sociais, epidemiológicas, crenças e culturas distintas. Esses padrões são gerados em estudos epidemiológicos, por meio de métodos estatísticos de redução ou agregação de componentes. Pelo fato de as mulheres não apresentarem apenas um tipo de comportamento característico de empoderamento de forma isolada, os padrões que representam a autonomia das mulheres refletem mais adequadamente a complexidade da sociedade e podem servir de subsídio para elaboração de medidas efetivas de promoção da saúde por meio de política públicas voltadas a autonomia e o desenvolvimento feminino (101,102).

Neste estudo, a estimativa dos padrões de autonomia e empoderamento das mulheres foi realizado por Análise de Componentes Principais (ACP), a partir das variáveis relacionadas a saúde, aspectos sociais e ambientais das mulheres em diferentes países em dois inquéritos diferentes. Na análise multivariada, o objetivo da análise é produzir uma variável latente, que consiste em uma combinação linear de variáveis com os pesos determinados pela técnica multivariada. Na ACP, as variáveis latentes são definidas de forma que representam a estrutura dos padrões das variáveis conforme representadas nas intercorrelações. Desta forma, a análise dos componentes principais reduz a dimensionalidade de um grande conjunto de variáveis inter-relacionadas, com objetivo de reter a máxima variação das mesmas (99,100).

As variáveis latentes representam as variáveis individuais, ou seja, são interpretadas por aquilo que representam coletivamente e não mais individualmente na expressão de um conceito. E essas variáveis latentes são denominadas principais componentes, neste estudo, denomina-se padrões de empoderamento das mulheres (88,89). A figura 7 representa a estrutura da análise dos componentes principais.

Figura 7. Representação simplificada da estrutura das variáveis na análise componentes principais.

Nesta análise foram utilizadas variáveis de caráter comportamental, poder de decisão, escolaridade, renda e outras de interesse. Utilizou-se também a ACP para gerar um novo escore de caráter internacional para avaliar o empoderamento feminino. Utilizamos esse novo escore para comparar com os outros escores existentes, para verificar qual apresenta melhor aplicabilidade e representatividade. Adicionalmente, esse novo escore poderá ser utilizado internacionalmente para comparação do empoderamento feminino em diferentes países. Ao final, analisamos os padrões de empoderamento das mulheres gerados com suas respectivas características e a probabilidade de pertencimento aos padrões de empoderamento ao longo do tempo dos inquéritos analisados neste estudo.

A síntese do modelo conceitual analítico operacional do presente estudo pode ser observada na figura 8. Já na figura 9 apresenta-se o modelo conceitual construído para este estudo. A figura 10 apresenta uma síntese das etapas de análise do presente estudo.

Figura 8 - Síntese do modelo conceitual analítico operacional do presente estudo para análise empírica dos fatores associados ao empoderamento das mulheres.

Notas:

(1) Padrão de empoderamento

Figura 9 - Modelo conceitual dos padrões de empoderamento das mulheres obtidos na análise dos componentes principais.

Figura 10 – Síntese das etapas de análise do estudo.

Etapa 1 – Análise descritiva

1. Descrição da frequência dos indicadores de socioeconômicos, demográficos e de saúde das mulheres segundo país e ano do inquérito de monitoramento.
2. Médias dos padrões de empoderamento das mulheres por país e ano do inquérito de

Etapa 2 – Identificação dos padrões de empoderamento das mulheres

1. Aplicação da PCA para o conjunto de dados de diferentes países separados por continentes ou região geográfica.
2. Identificação dos padrões de empoderamento das mulheres e descrição das suas frequências segundo características sociodemográficas.
3. Descrição das médias dos padrões de empoderamento das mulheres segundo país e ano de monitoramento do inquérito.
4. Média dos padrões de empoderamento das mulheres segundo país e ano de

5 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados utilizados neste estudo da *Demographic and Health Survey (DHS)* são de acesso público, com o principal objetivo de fornecer amplo conjunto de dados e indicadores para monitoramento e avaliação demográfica, de saúde e nutrição. Assim, todos os protocolos e termos de consentimento livre e esclarecido foram utilizados.

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e submetido a Plataforma Brasil sob o protocolo CAAE 29580420.0.0000.5421 e número de parecer 3.982.518. Neste estudo, foram respeitados também os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos listados na resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012.

6 RESULTADOS

6.1 RESULTADOS DESCRITIVOS.

A média de idade e altura das mulheres de acordo com os países estudados estão apresentadas na tabela 4. Os valores médios de altura aumentam na grande maioria dos países, conforme a evolução dos anos nos inquéritos apresentados neste estudo. Apenas a Nigéria na África Ocidental apresentou no segundo inquérito média de altura menor, quando comparada ao primeiro estudo, que pode ser explicada por erros técnicos de medida e qualidade dos dados. Essa tendência positiva na evolução da altura das mulheres reflete a evolução e linearidade no desenvolvimento da sociedade, já que a altura é um indicador forte das relações de saúde e qualidade de vida da sociedade.

As médias de idade nos continentes ou região geográfica se apresentam da seguinte forma: Na Ásia, apresentou aumento nos países: Timor-Leste e Vietnã; os demais países apresentou média de idade das mulheres menor quando comparado o primeiro inquérito com o segundo. Na América do Sul, apenas o Brasil apresentou média de idade maior entre os inquéritos, os demais países apresentaram uma queda na média de idade. Na Europa, apenas o país Armênia destacou-se por apresentar média de idade crescente, enquanto os outros países apresentaram queda na média de idade. No Caribe, apenas a Guatemala apresentou média de idade menor quando comparada ao primeiro inquérito de estudo. Na África Ocidental, os países Libéria e Mali destacaram-se por apresentar tendência da média de idade das mulheres aumentada. Na África Oriental, apenas os países Eritreia, Egito e Tanzânia apresentaram tendência de aumento na média de idade. Por último, na África Central-Austral apenas Lesoto e Namíbia apresentou queda na tendência média de idade.

As médias de idade são importantes para as análises subsequentes, para entender as relações, escolhas ou ausência de escolhas das mulheres deste estudo.

Tabela 4. Distribuição das médias e intervalo de confiança (IC) de idade e altura das mulheres, segundo países estudados da pesquisa DHS.

Ano de monitoramento	Idade da mulher (anos) [IC95%]	Altura (cm) [IC95%]
Ásia	37,8 [37,5;38,9]	154,8 [153,9;155,9]
Bangladesh		
1993-1994	36,7 [36,0;38,2]	158,6 [157,6;159,8]
2017-2018	29,4 [28,0;31,4]	159,1 [159,0;160,0]
Filipinas		
1998	37,3 [37,2;38,4]	154,2 [153,9;155,2]
2013	32,3 [31,2;34,1]	157,3 [156,5;157,9]
Iémen		
1997	29,4 [29,0;30,3]	152,8 [152,3;152,9]
2013	28,3 [27,44; 29,8]	155,8 [155,4;156,7]
Índia		
1998-1999	32,0 [31,4;33,5]	152,6 [152,4;153,0]
2015-2016	26,7 [26,2;27,5]	155,0 [155,0;156,1]
Indonésia		
1994	33,4 [33,1;35,5]	149,4 [149,0;151,9]
2017	28,3 [27,2;29,6]	150,7 [150,3;153,4]
Jordânia		
1997	39,8 [39,5;40,2]	148,7 [148,6; 51,4]
2012	37,3 [36,5;38,8]	154,4 [154,0;155,6]
Timor-Leste		
2009-2010	25,2 [24,6;26,6]	162,2 [162,0;163,6]
2016	28,2 [27,9;30,1]	164,4 [164,0;165,3]
Vietnã		
1997	25,8 [25,5;27,9]	149,8 [149,0;150,4]
2002	28,7 [28,0;31,0]	153,7 [152,8;154,9]
Cazaquistão		
1997	40,1 [39,4;41,2]	157,9 [157,4;158,6]
2002	38,2 [38,1;39,8]	159,3 [159,0;164,9]
América do Sul	34,6 [34,2;36,0]	163,8 [163,0;165,7]
Bolívia		

1989	39,4 [38,6;40,2]	150,9 [150,3;152,4]
2008	24,4 [24,0;25,8]	157,2 [157,0;158,9]
Brasil		
1996	28,6 [28,0;29,9]	164,8 [164,0;165,9]
2006	31,6 [31,0;32,8]	169,9 [169,0;170,1]
Colômbia		
1995	39,5 [38,2;39,9]	153,9 [153,6;155,9]
2015	27,2 [27,0;29,6]	165,8 [165,4;167,9]
Peru		
1996	39,8 [39,6;41,4]	149,8 [149,3;153,8]
2000	30,33 [30,0;32,7]	158,9 [158,7;160,1]
Europa	29,5 [29,0;32,8]	169,7 [169,0;170,3]
Albânia		
2009	36,6 [36,0;37,2]	165,8 [165,0;168,7]
2017-2018	32,2[32,0;34,5]	169,6 [169,0;171,6]
Armênia		
2000	24,6 [24,2;26,0]	168,9 [168,6;173,7]
2015-2016	29,8 [29,0;30,4]	172,7 [172,0;173,0]
Turquia		
1993	37,96 [37,0;38,9]	165,9 [165,4;167,9]
2013	33,4 [33,0;35,6]	169,8 [169,5;170,1]
Caribe	37,6 [37,2;38,9]	167,5 [167,4;169,4]
Guatemala		
1995	36,9 [36,4;37,9]	163,4 [163,2;165,9]
2014-2015	32,4 [32,0;34,5]	167,3 [167,0;168,8]
Haiti		
2000	24,2 [24,1;25,9]	164,4 [164,1;166,3]
2012	27,4 [27,2;28,7]	167,9 [167,5;169,0]
Honduras		
2005-2006	24,8 [24,3;26,0]	164,3 [164,0;165,8]
2011-2012	28,9 [28,5;30,1]	166,9 [166,4;167,1]
Nicarágua		
1998	23,4 [23,2;26,0]	153,8 [153,0;154,8]

2001	43,2 [43,0;44,6]	158,5 [158,2;160,2]
República Dominicana		
1999	21,9 [21,0;23,3]	155,5 [155,0;156,9]
2013	31,2 [31,0;32,5]	167,8 [167,5;168,9]
África Occidental	37,6 [37,2;38,9]	164,2 [163,6;165,7]
Benin		
2001	36,0 [36,0;37,6]	157,6 [157,0;158,9]
2017-2018	27,9 [27,2;29,6]	163,8 [163,3;165,2]
Burkina Faso		
2003	39,4 [39,0;40,9]	161,1 [161,0;163,7]
2010	29,2 [29,0;31,8]	168,6 [168,2;169,7]
Gana		
1988	31,4 [31,0; 33,4]	159,1 [158,6;160,3]
2014	29,3 [29,1;31,9]	161,3 [161,0;163,2]
Guiné		
2005	28,6 [28,0;30,3]	157,3 [157,0;159,3]
2012	26,4 [26,1;27,5]	163,8 [162,4;165,8]
Libéria		
2007	26,7 [26,3;28,0]	165,3 [164,4;166,7]
2013	32,1 [31,0; 33,4]	168,8 [167,5;169,4]
Mali		
1995-1996	33,9 [33,0;35,6]	156,7 [155,6;157,3]
2012-2013	38,6 [38,2;39,8]	165,2 [165,1;166,5]
Níger		
1998	40,2 [39,6;41,0]	160,1 [159,7;161,7]
2012	29,1 [29,0;30,1]	166,4 [166,0;168,5]
Nigéria		
2003	46,3 [45,8;46,9]	158,1 [158,0;159,7]
2013	44,3 [44,0;45,7]	157,7 [156,8;158,3]
Senegal		
2005	37,4 [37,2;39,4]	162,3 [162,0;163,3]
2010-11	25,8 [25,6;27,1]	167,0 [166,9;168,7]
Serra Leoa		

2008	32,7 [32,1;33,6]	155,3 [155,1;156,7]
2013	29,2 [29,0;31,7]	158,6 [158,2;159,6]
Togo		
1998	36,3 [36,1;37,5]	166,3 [166,0;167,5]
2013-14	23,5 [23,1;24,8]	167,6 [167,1;168,0]
África Oriental	36,2 [36,0;38,6]	168,4 [168,2;167,9]
Burundi		
2010	30,1 [30,0;31,9]	169,3 [169,0;170,2]
2016-2017	28,6 [28,3;29,8]	170,3 [170,1;171,4]
Comores		
1996	29,4 [29,0;31,5]	164,2 [164,0;165,8]
2012	31,4 [31,2;33,1]	168,9 [167,4;169,6]
Eritreia		
1995	26,3 [26,2;27,6]	156,4 [156,0;157,8]
2002	29,3 [29,1;30,8]	160,2 [160,0;162,4]
Etiópia		
2000	31,3 [31,0;33,5]	163,3 [163,0;164,5]
2016	28,1 [27,8;29,7]	168,3 [168,0;169,6]
Quênia		
1998	35,2 [34,7;36,4]	166,2 [166,0;167,8]
2014	28,6 [28,4;29,9]	169,6 [169,0;172,3]
Egito		
1988	36,1 [35,6;36,9]	156,8 [156,6;157,8]
2014	37,1 [37,0; 38,9]	166,8 [165,8;167,9]
Madagascar		
2003-2004	35,9 [35,0;37,1]	154,5 [153,4;155,3]
2008-2009	28,8 [28,3;30,1]	158,9 [158,2;160,3]
Malawi		
2000	29,2 [29,1;31,7]	156,7 [156,4;157,9]
2015-2016	27,8 [27,4;29,2]	166,4 [166,1;167,8]
Moçambique		
2003	34,7 [34,1;35,7]	168,3 [168,2;169,0]
2011	31,2 [31,0;32,2]	169,3 [169,0;170,3]

Ruanda		
2000	37,1 [37,0;39,1]	158,1 [158,0;159,8]
2014-2015	31,7 [31,2;33,2]	164,2 [164,0;165,7]
Tanzânia		
1996	35,3 [35,1;36,5]	155,2 [155,0;156,8]
2015-2016	39,3 [39,0;41,4]	161,7 [161,0;162,6]
Uganda		
2000-2001	34,3 [34,2;35,7]	167,4 [167,0;168,4]
2016	28,4 [28,2;29,9]	169,6 [169,4;170,3]
Zâmbia		
1996	34,7 [34,1;35,4]	158,0 [157,8;159,7]
2013-2014	28,6 [28,1;29,4]	163,4 [163,2;164,5]
África Central-Austral	34,2 [34,1; 36,8]	164,5 [163,2;165,7]
Camarões		
2004	34,7 [34,5;36,2]	160,2 [160,0;162,3]
2011	41,5 [39,4;42,7]	166,7 [166,3;167,8]
Chade		
1996-1997	31,5 [31,0;33,2]	156,7 [156,2;157,8]
2014-2015	36,7 [36,3;37,8]	164,4 [164,1;165,6]
Congo		
2005	28,9 [28,6;30,0]	153,9 [153,0;154,8]
2011-2012	33,6 [33,2;35,1]	158,7 [158,4;160,4]
República Democrática do Congo		
2007	26,2 [26,0;27,9]	167,4 [167,0;168,3]
2013-2014	32,8 [32,2;34,1]	169,6 [169,4;171,4]
Gabão		
2000	28,2 [28,1;30,2]	167,9 [166,4;168,6]
2012	30,9 [30,3;32,2]	169,3 [169,1;170,7]
Lesoto		
2004	35,7 [35,1;36,8]	157,3 [157,0;158,6]
2014	28,1 [27,8;29,6]	160,1 [160,0;162,3]
Namíbia		
2000	28,9 [28,7;31,7]	154,5 [154,0;156,7]

2013	26,3 [26,0;28,2]	161,3 [161,2;163,4]
África do Sul		
1998	28,9 [28,2;30,0]	156,6 [155,3;157,8]
2016	31,3 [31,0;33,2]	164,5 [164,0;166,7]
Zimbábue		
1988	27,5 [27,1;28,9]	159,4 [159,0;161,6]
2015	30,2 [30,1;32,6]	163,7 [162,8;165,4]

6.2 PADRÃO DE EMPODERAMENTO.

A análise dos componentes principais, foi aplicada neste estudo, para identificar os diferentes padrões de empoderamento das mulheres separados por continentes ou região geográfica. Esta análise foi realizada com o objetivo de compreender a disposição das variáveis, explorar como os padrões se formariam e qual a interpretação poderia ser feita a partir deles. A análise dos componentes principais resultou em um total de quinze componentes, dos quais foram retidos os quatro primeiros para a Europa e os cinco primeiros para os demais continentes ou região geográfica analisados, de acordo com o critério de Kaiser e sua interpretabilidade. Os componentes retidos explicaram 79,7% da variância observada na matriz de análise.

O valor do teste KMO nas análises dos continentes ou região geográfica se apresentou acima de 0,70, indicando boa adequação da amostra em relação ao grau de correlação parcial entre as variáveis, além disso, refletem alta consistência interna da matriz multivariada. Optou-se por realizar o procedimento de rotação, já que com este, os resultados indicavam maior interpretabilidade dos padrões gerados pela ACP. Os componentes foram nomeados como PE (padrão de empoderamento) e o número correspondente a ordem que os padrões foram gerados (PE1 a PE5).

Por meio dos fenótipos corporais retidos, foi possível identificar que o PE1 explica a maior parte da variância, além de ser específico para identificar variáveis que expressam menor autonomia e empoderamento das mulheres. Adicionalmente, as variáveis que representam maior autonomia e empoderamento das mulheres apresentaram associação negativa com este primeiro padrão de empoderamento.

O PE2 foi caracterizado também por variáveis que representam menor autonomia das mulheres. O PE3 E PE4 foram marcados por variáveis que expressam a autonomia e empoderamento das mulheres.

As tabelas numeradas de 6 a e 12 apresentam os padrões de empoderamento das mulheres com suas respectivas cargas fatoriais representativas, autovalores e percentual da variância explicada. Destaca-se que a estrutura de formação dos padrões de empoderamento em todos os continentes ou região geográfica foram consistentes, tanto na ordem de apresentação dos padrões, quanto nas características de formação dos mesmos.

O primeiro padrão de empoderamento foi marcado por variáveis que indicam menor autonomia das mulheres, como por exemplo, o chefe da casa é do sexo masculino já que a carga fatorial se destacou negativamente, além disso, as variáveis de idade no primeiro nascimento, na primeira coabitação e na primeira relação sexual da mulher foram associadas fortemente, portanto, essa mulher que se aproxima do primeiro padrão inicia cedo a relação de cuidadora em vários aspectos.

Outro ponto importante é a associação negativa das variáveis conhecimento do ciclo ovulatório, intervalo interpartal e planejamento familiar a este primeiro padrão, é provável que as mulheres que se encaixam neste padrão não tenham acesso a informações importantes sobre sua saúde e reprodução. Entretanto, a presença da associação positiva da variável uso de método contraceptivo indica que a mulher provavelmente faz uso do método por alguma orientação médica, mas não entende de fato questões importantes da reprodução. Neste padrão de empoderamento a altura é associada negativamente, indicando menores condições econômicas, de qualidade de vida e saúde, além disso, a variável índice de riqueza não foi marcada neste padrão e a variável quantidade de membros na casa está fortemente associada.

Destaca-se neste primeiro padrão a associação positiva das variáveis de violência contra mulher, e principalmente a aceitação das mulheres quanto a violência doméstica praticada. Outro ponto a ser considerado é a variável – quem deveria ter mais voz para gastos com compras domésticas - as mulheres neste padrão indicam que elas deveriam ter mais voz, entretanto, quando a mesma pergunta é relacionada a gastos com a saúde e gastos gerais na casa a mulher parece não precisar ou sentir necessidade de se envolver nas decisões.

Neste padrão também se destaca a associação com a variável - se o homem recusa sexo, tem outra mulher – portanto a ideia de que a mulher precisa cumprir alguns protocolos como esposa, ainda é representado por este padrão. A variável – contracepção é assunto e dever da mulher – e – prática religiosa - é associada fortemente a este padrão, o que pode representar uma carga de deveres esperados pela mulher. Esse primeiro padrão evidencia associações positivas com duração do casamento, casou ao primeiro nascimento, número ideal de filhos, desejo de ter mais filhos, número de filhos e número de membros na casa.

O primeiro padrão na ACP representa a maior variabilidade das variáveis e por isso sua interpretação é importante para entender as relações existentes entre as variáveis estudadas. Este padrão de empoderamento pode ser entendido como o padrão de menor autonomia e empoderamento das mulheres, já que as variáveis que demonstram maior autonomia não foram marcadas neste padrão ou apresentaram associação negativa com o mesmo.

O segundo padrão de empoderamento caracterizou-se por variáveis associadas também a menor autonomia das mulheres, entretanto, com maior acesso a questões socioeconômicas e de trabalho da mulher. Neste perfil, os homens são os chefes da casa e a idade da mulher no primeiro casamento se apresentou positivamente associada ao padrão. É importante destacar que como no padrão anterior, neste padrão associou-se negativamente a variável conhecimento do ciclo ovulatório, que representa o conhecimento da mulher sobre questões relacionadas ao seu próprio corpo e que podem indicar decisões e escolhas. Outra variável que apresentou associação negativa neste segundo padrão de empoderamento foi planejamento familiar que também está relacionada com escolhas e decisões que a mulher está ou não inserida, mesmo questões essas que dizem respeito ao seu corpo.

Neste padrão, a variável número de filhos, trabalha atualmente e número de companheiros foram associadas positivamente. É importante destacar que no segundo padrão, há uma associação forte com as variáveis - contracepção é assunto e dever da mulher e a utilização do contraceptivo torna a mulher promíscua - o que evidencia posicionamentos sociais e de filosofia de vida. É marcado também neste padrão a variável - se o homem recusa sexo tem outra mulher - o que reforça a ideia de que esse padrão é caracteristicamente formado por pensamentos sociais mais conservadores, que colocam a mulher na posição apenas de serviço e reprodução, repetindo perfis sociais

considerados antigos e superados. Além disso, a aceitação da mulher sobre assuntos de violência doméstica foi identificada neste padrão por diversas variáveis, indicando menor autonomia e poder social da mulher.

No terceiro padrão é possível identificar uma mudança em relação aos dois padrões anteriores apresentados, este padrão é caracterizado por variáveis que representam a autonomia e empoderamento das mulheres de forma ampla. Primeiramente, a associação forte das variáveis mulher como sendo chefe da casa, escolarização e renda, além disso, a idade marcada neste padrão representa mulheres com mais experiência. Outra diferença pontual foi a associação positiva da variável conhecimento sobre o ciclo ovulatório e uso de método contraceptivo, que indicam maior conhecimento sobre sua saúde, poder de escolha e decisões sobre seu próprio corpo e sobre sua vida.

A altura também foi associada positivamente a este terceiro padrão, reforçando as melhores condições de saúde e qualidade de vida das mulheres que são representadas probabilisticamente a este padrão. As variáveis de escolaridade e renda também marcadas neste padrão indicam melhores condições de vida e a variável altura é sensível para marcar essas condições e a mesma só aparece associada positivamente a padrões com maiores condições de renda e escolaridade. Outras variáveis importantes foram marcadas neste padrão como: intervalo interpartal, cobertura de saúde e planejamento familiar. É importante destacar que não foram marcadas neste padrão as variáveis relacionadas a filhos e desejo de ter filhos. Adicionalmente, neste padrão se apresentou fortemente associado a mulheres que trabalham atualmente e trabalharam antes do casamento, portanto, não houve mudança neste estado ao casar.

Outro aspecto importante é a associação negativa das variáveis casou ao primeiro nascimento e prática religiosa neste padrão de maior autonomia e empoderamento das mulheres. Destaca-se forte associação a este padrão a variável decisão sobre gastos da casa e as variáveis que indicam aceitação sobre violência doméstica não foram marcadas. Este padrão representa maior autonomia e poder de escolha das mulheres sobre sua vida.

O quarto padrão é semelhante ao anterior, a escolarização e a mulher como chefe da casa são associadas a este padrão. Neste padrão a variável conhecimento sobre o ciclo ovulatório também foi associada fortemente, destaca-se que apenas nos padrões considerados de maior autonomia das mulheres essa variável foi associada fortemente.

Adicionalmente, o uso de métodos contraceptivos, altura e planejamento familiar também foram associadas fortemente a este padrão.

A variável número de filhos, idade no primeiro nascimento e coabitação, apresentou associação fortemente negativa para o quarto padrão de empoderamento, enquanto que as variáveis que marcam trabalho das mulheres antes e depois do casamento associou-se positivamente ao padrão. Uma relação vista apenas neste quarto padrão é a associação positiva com a variável número de companheiros e número de uniões, que podem representar maior liberdade de escolhas das mulheres. Reintegrando essa ideia de liberdade das mulheres, neste padrão todas as variáveis sobre as mulheres apresentarem mais voz sobre os gastos da casa, compras domésticas e saúde associaram-se positivamente. E novamente nenhuma variável sobre aceitação sobre violência doméstica foi associada ao quarto padrão.

O último componente apresentado é um padrão intermediário entre os dois primeiros padrões de menor autonomia e os dois padrões de maior autonomia das mulheres. Neste quinto padrão foram marcadas as variáveis número de membros na casa, a mulher como chefe da casa, cobertura de saúde e a renda. Apresentou associação fortemente negativa com uso de métodos contraceptivos, planejamento familiar e número de companheiros. Destaca-se a associação forte das variáveis que a contracepção é apenas assunto da mulher e que se o parceiro recusa sexo tem outra mulher. De todas as variáveis sobre a mulher ter mais voz em alguns gastos, apenas gastos com a casa foi associada a este padrão.

Em todos os sete continentes ou regiões geográficas analisadas os padrões de empoderamento se apresentaram de forma consistente, quanto a sua estrutura e ordem que os mesmos foram gerados, indicando que a matriz dos dados analisados são confiáveis. É importante destacar que os primeiros padrões apresentaram menor autonomia das mulheres e de acordo com os princípios estatísticos da ACP os primeiros padrões gerados são responsáveis por grande parte da variabilidade das variáveis, portanto, esses padrões de menor empoderamento e autonomia das mulheres representam grande parte das associações e relações dentro da matriz multivariada de dados.

O único continente que não gerou cinco padrões de empoderamento foi a Europa, que apresentou quatro padrões diferentes, é possível que este resultado se deu pela quantidade de países disponíveis para estudo neste continente, que foram apenas

três países. Os demais continentes ou regiões apresentaram mais países para análise e provavelmente a estrutura das associações possibilitou gerar mais um padrão. Destaca-se que mesmo com um padrão de empoderamento a menos, a Europa apresentou a mesma estrutura, característica e ordem dos padrões comparada aos outros continentes ou regiões geográficas. Assim, a Europa não apresentou apenas o último padrão, que foi considerado padrão intermediário entre os padrões de maior e menor empoderamento das mulheres, os demais padrões mantiveram as mesmas associações, características e estrutura.

Desta forma, a replicação dos resultados nos diferentes continentes ou regiões geográficas estudadas, sendo pesquisas padronizadas realizadas em distintos países, com características singulares quanto a sociedade, cultura, regionalidade, epidemiologia, saúde, religião e estrutura econômica sugere confiabilidade nos achados apresentados. As análises de PCA aplicadas neste estudo exploram contrafactualmente e indicam que esses padrões de empoderamento sustentaram suas estruturas e características apresentadas.

A tabela 5 apresenta as características de cada padrão de empoderamento gerado neste estudo e suas respectivas associações com os domínios do empoderamento das mulheres adotados neste estudo.

Tabela 5 - Descrição das características de cada padrão de empoderamento e associação correspondente aos domínios do empoderamento.

Padrões representativos do empoderamento (PE)	Características principais dos padrões	Domínios do empoderamento		
		Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3
Padrão de Empoderamento (PE1)	Submissão doméstica e a atitudes de violência			
Padrão de Empoderamento (PE2)	Trabalho x submissão a atitudes de violência			
Padrão de Empoderamento (PE3)	Autonomia parcial das mulheres	X		X
Padrão de Empoderamento (PE4)	Autocontrole sobre principais decisões	X	X	X
Padrão de Empoderamento (PE5)	Independência da mulher		X	

Tabela 6 - Descrição dos padrões de empoderamento na Ásia, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.

Variáveis representativas da autonomia das mulheres	Cargas Fatoriais				
	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5
Idade da mulher			0,36		
Anos de estudo da mulher			0,47	0,24	
Número de membros na casa	0,44				0,48
Sexo do chefe da casa	-0,43	-0,32	0,52	0,46	0,66
Índice de riqueza		0,58	0,43		0,45
Idade da mulher no primeiro nascimento	0,32			0,22	
Idade da mulher na primeira coabitação	0,67			0,43	
Idade da mulher no primeiro casamento		0,32			
Idade da mulher no primeiro sexo	0,36				
Conhecimento sobre o ciclo ovulatório	-0,36	-0,54	0,47	0,56	
Uso de método contraceptivo	0,32		0,67	0,37	-0,58
Altura da mulher	-0,41		0,63	0,33	
Intervalo interpartal	-0,34		0,54		
Cobertura de Saúde			0,62		0,77
Planejamento familiar com profissional de saúde	-0,39	-0,32	0,34	0,55	-0,66
Número de filhos	0,77	0,54		-0,35	
Desejo de ter mais filhos	0,32				
Número ideal de filhos	0,33				
Trabalha atualmente		0,45	0,77	0,41	
Trabalhou antes do casamento			0,36		
Trabalhou depois do casamento				0,53	
Casou ao primeiro nascimento	0,29		-0,28		
Número de uniões				0,42	
Número de companheiros		0,26		0,46	-0,23
Duração do primeiro casamento	0,63				
Contracepção é um assunto e dever da mulher	0,53	0,58			0,66
Utilizar contraceptivos torna a mulher promíscua		0,61			
É praticante religiosa	0,30		-0,37		
Tipo de residência		0,72			
Se o homem recusa o sexo, tem outra mulher	0,63	0,61			0,67
Decisão sobre gastos da casa			0,67	0,23	0,56
Quem deveria ter mais voz para gastos em saúde				0,56	
Quem deveria ter mais voz para gastos em compras domésticas	0,48	0,65		0,37	
É justificável a mulher apanhar se sair de casa sem avisar	0,33	0,25			
É justificável a mulher apanhar se for negligente com os filhos	0,35	0,32			
É justificável a mulher apanhar se discutir com o marido	0,43	0,28			

É justificável a mulher apanhar se recusar sexo ao marido	0,49	0,45			
É justificável a mulher apanhar se queimar comida	0,52	0,26			
Autovalores	4,01	2,17	1,13	1,06	1,20
% da variância	16,69	8,68	8,13	7,60	8,76
% da variância acumulada	30,31	47,50	56,18	64,31	67,45
KMO⁽⁴⁾	0,78				

Tabela 7 - Descrição dos padrões de empoderamento na América do Sul, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.

Variáveis representativas do Empoderamento das Mulheres	Cargas Fatoriais				
	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5
Idade da mulher				0,70	
Anos de estudo da mulher	-0,30		-0,22		0,76
Número de membros na casa	0,44		-0,33		-0,26
Sexo do chefe da casa	-0,31	-0,29		0,65	0,36
Índice de riqueza			0,76	-0,53	
Idade da mulher no primeiro nascimento	0,58				-0,29
Idade da mulher na primeira coabitação		0,34			
Idade da mulher no primeiro casamento		-0,34			
Idade da mulher no primeiro sexo	0,53				0,65
Conhecimento sobre o ciclo ovulatório	-0,35	-0,27	0,23		0,66
Uso de método contraceptivo	0,24	0,33	0,70	0,24	
Altura da mulher	-0,33	0,25	0,56		
Intervalo interpartal	-0,23		0,67		
Cobertura de Saúde	-0,23		-0,33	0,42	0,52
Planejamento familiar com profissional de saúde	-0,22		0,33		
Número de filhos	0,67	0,31		-0,27	
Desejo de ter mais filhos	0,31		-0,39	0,32	
Número ideal de filhos		-0,48	0,67		
Trabalha atualmente	-0,22			0,28	0,56
Trabalhou antes do casamento			0,44		0,22
Trabalhou depois do casamento			0,67		0,34
Casou ao primeiro nascimento		-0,23	-0,68		-0,31
Número de uniões		-0,25	0,55		
Número de companheiros				0,43	
Duração do primeiro casamento					
Contracepção é um assunto e dever da mulher	0,43	0,44			
Utilizar contraceptivos torna a mulher promíscua	0,28				

É praticante religiosa					-0,24
Tipo de residência	0,53				
Se o homem recusa o sexo, tem outra mulher		0,22			
Decisão sobre gastos da casa					0,66
Quem deveria ter mais voz para gastos em saúde				0,43	
Quem deveria ter mais voz para gastos em compras domésticas				0,37	
É justificável a mulher apanhar se sair de casa sem avisar	0,46				
É justificável a mulher apanhar se for negligente com os filhos	0,38				
É justificável a mulher apanhar se discutir com o marido	0,43				
É justificável a mulher apanhar se recusar sexo ao marido	0,46				
É justificável a mulher apanhar se queimar comida	0,48				
Autovalores	3,13	1,95	1,44	1,04	1,32
% da variância	28,44	17,75	13,10	13,10	18,43
% da variância acumulada	28,44	46,19	59,29	68,73	73,10
KMO⁽⁴⁾					0,82

Tabela 8 - Descrição dos padrões de empoderamento na Europa, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.

Variáveis representativas do Empoderamento das Mulheres	Cargas Fatoriais			
	PE1	PE2	PE3	PE4
Idade da mulher			0,43	
Anos de estudo da mulher			0,57	
Número de membros na casa	0,34			0,34
Sexo do chefe da casa	-0,53	-0,33	0,27	0,43
Índice de riqueza	0,33	0,54	0,55	0,55
Idade da mulher no primeiro nascimento	0,45			
Idade da mulher na primeira coabitação	0,73			
Idade da mulher no primeiro casamento		0,31		
Idade da mulher no primeiro sexo	0,67			0,28
Conhecimento sobre o ciclo ovulatório	-0,25	-0,45	0,54	
Uso de método contraceptivo		0,55	0,64	0,30
Altura da mulher	-0,29		0,48	
Intervalo interpartal	-0,47		0,43	
Cobertura de Saúde		0,43	0,37	0,33
Planejamento familiar com profissional de saúde	-0,49	0,44	0,33	0,23
Número de filhos	0,66	0,33		
Desejo de ter mais filhos	0,55			
Número ideal de filhos	0,41			

Trabalha atualmente	0,76	0,65		
Trabalhou antes do casamento		0,43		
Trabalhou depois do casamento				0,56
Casou ao primeiro nascimento	0,32	-0,35		
Número de uniões				0,44
Número de companheiros	0,36			
Duração do primeiro casamento	0,57			
Contracepção é um assunto e dever da mulher	0,37	0,65		
Utilizar contraceptivos torna a mulher promíscua		-0,33		
É praticante religiosa	0,55		0,22	-0,31
Tipo de residência		-0,28		0,53
Se o homem recusa o sexo, tem outra mulher	0,22			
Decisão sobre gastos da casa	-0,44	0,26	0,55	
Quem deveria ter mais voz para gastos em saúde	0,33	0,24	0,39	
Quem deveria ter mais voz para gastos em compras domésticas	0,66	0,48	0,44	
É justificável a mulher apanhar se sair de casa sem avisar	0,22			
É justificável a mulher apanhar se for negligente com os filhos		0,32		
É justificável a mulher apanhar se discutir com o marido		0,33		
É justificável a mulher apanhar se recusar sexo ao marido		0,56		
É justificável a mulher apanhar se queimar comida	0,24			
Autovalores	4,15	2,98	2,49	3,48
% da variância	22,55	19,76	22,15	15,19
% da variância acumulada	34,42	53,20	64,77	71,11
KMO⁽⁴⁾			0,77	

Tabela 9 - Descrição dos padrões de empoderamento no Caribe, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.

Variáveis representativas do Empoderamento das Mulheres	Cargas Fatoriais				
	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5
Idade da mulher			0,66		
Anos de estudo da mulher	-0,30	0,25		0,55	0,26
Número de membros na casa	0,55	0,33	-0,23	-0,33	-0,26
Sexo do chefe da casa	-0,29			0,65	0,36
Índice de riqueza	0,32		0,76	0,43	
Idade da mulher no primeiro nascimento	0,58		0,55		-0,29
Idade da mulher na primeira coabitação		0,32			
Idade da mulher no primeiro casamento		-0,34	0,44		
Idade da mulher no primeiro sexo		-0,31	0,22		0,65
Conhecimento sobre o ciclo ovulatório	-0,35	0,27		0,65	0,39
Uso de método contraceptivo		0,33	0,70	0,54	
Altura da mulher	-0,46		0,34	0,57	
Intervalo interpartal	-0,31			0,36	
Cobertura de Saúde	-0,23		0,45		0,46
Planejamento familiar com profissional de saúde			0,54	0,42	0,22
Número de filhos	0,55	0,31		-0,26	0,35
Desejo de ter mais filhos	0,64		-0,39		
Número ideal de filhos	0,42				
Trabalha atualmente	-0,35		0,33	0,28	0,56
Trabalhou antes do casamento		0,44	0,44	0,34	
Trabalhou depois do casamento			0,67	0,64	0,34
Casou ao primeiro nascimento	0,33				
Número de uniões			-0,34	0,34	
Número de companheiros			0,65		0,35
Duração do primeiro casamento		0,65			
Contracepção é um assunto e dever da mulher	0,65	0,32			
Utilizar contraceptivos torna a mulher promíscua	0,45	0,33			
É praticante religiosa	0,44			-0,24	
Tipo de residência		0,28	0,43		
Se o homem recusa o sexo, tem outra mulher	0,33				
Decisão sobre gastos da casa	-0,33		0,66	0,76	0,32
Quem deveria ter mais voz para gastos em saúde	0,66	0,43		0,75	0,43
Quem deveria ter mais voz para gastos em compras domésticas	0,73	0,22		0,64	0,32
É justificável a mulher apanhar se sair de casa sem avisar		0,43			
É justificável a mulher apanhar se for negligente com os filhos	0,38				
É justificável a mulher apanhar se discutir com o marido	0,43				

É justificável a mulher apanhar se recusar sexo ao marido	0,46				
É justificável a mulher apanhar se queimar comida		0,54			
Autovalores	5,13	3,23	4,15	3,65	4,54
% da variância	26,76	18,76	22,10	14,32	12,44
% da variância acumulada	36,72	53,29	66,10	68,98	70,12
KMO⁽⁴⁾	0,72				

Tabela 10 - Descrição dos padrões de empoderamento na África Ocidental, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.

Variáveis representativas do Empoderamento das Mulheres	Cargas Fatoriais				
	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5
Idade da mulher			0,47	0,33	
Anos de estudo da mulher			0,39	0,27	-0,28
Número de membros na casa	0,36			-0,32	0,57
Sexo do chefe da casa	-0,42		0,59	0,29	-0,65
Índice de riqueza	0,55		0,62	0,33	
Idade da mulher no primeiro nascimento					-0,65
Idade da mulher na primeira coabitação	0,43				
Idade da mulher no primeiro casamento	0,44			0,58	-0,55
Idade da mulher no primeiro sexo			0,33		
Conhecimento sobre o ciclo ovulatório		-0,43	0,71	0,26	-0,46
Uso de método contraceptivo		0,28		0,66	
Altura da mulher		-0,45	0,65	0,28	-0,36
Intervalo interpartal	-0,32			0,65	
Cobertura de Saúde	0,54		0,55		
Planejamento familiar com profissional de saúde			0,76		
Número de filhos	0,75			-0,28	0,75
Desejo de ter mais filhos	0,65			0,32	0,43
Número ideal de filhos		0,54			
Trabalha atualmente			0,58		
Trabalhou antes do casamento		0,65	0,65	0,54	
Trabalhou depois do casamento			0,69	0,57	
Casou ao primeiro nascimento	0,23	0,43			0,43
Número de uniões			0,54		0,65
Número de companheiros			0,43		0,36
Duração do primeiro casamento	0,55			0,64	
Contracepção é um assunto e dever da mulher	0,33	0,28		0,24	0,33
Utilizar contraceptivos torna a mulher promíscua	0,37				0,55
É praticante religiosa		0,44		0,65	

Tipo de residência		-0,33		0,76	
Se o homem recusa o sexo, tem outra mulher		0,41			0,59
Decisão sobre gastos da casa	-0,28		0,64	0,32	-0,53
Quem deveria ter mais voz para gastos em saúde		0,76	0,46	0,43	
Quem deveria ter mais voz para gastos em compras domésticas	0,67		0,54	0,67	0,37
É justificável a mulher apanhar se sair de casa sem avisar	0,32				0,65
É justificável a mulher apanhar se for negligente com os filhos	0,43				0,43
É justificável a mulher apanhar se discutir com o marido		0,28			0,32
É justificável a mulher apanhar se recusar sexo ao marido		0,46			0,43
É justificável a mulher apanhar se queimar comida		0,29			0,29
Autovalores	4,22	2,80	3,16	4,18	5,66
% da variância	24,10	18,45	21,10	17,23	18,23
% da variância acumulada	33,20	47,89	55,43	67,43	73,21
KMO⁽⁴⁾	0,76				

Tabela 11 - Descrição dos padrões de empoderamento na África Oriental, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.

Variáveis representativas do Empoderamento das Mulheres	Cargas Fatoriais				
	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5
Idade da mulher			0,52		
Anos de estudo da mulher			0,42	0,28	-0,36
Número de membros na casa	0,42			-0,26	
Sexo do chefe da casa	-0,35		0,61	0,33	
Índice de riqueza	0,36		0,67	0,27	
Idade da mulher no primeiro nascimento	0,54		0,33		0,29
Idade da mulher na primeira coabitação		0,33		0,26	
Idade da mulher no primeiro casamento	0,44			0,43	0,33
Idade da mulher no primeiro sexo		0,29	0,28		
Conhecimento sobre o ciclo ovulatório	-0,37		0,69		-0,53
Uso de método contraceptivo		0,31		0,54	
Altura da mulher		-0,31	0,71		-0,40
Intervalo interpartal	-0,49			0,65	
Cobertura de Saúde	0,42		0,36		
Planejamento familiar com profissional de saúde			0,65		
Número de filhos	0,65	0,74			0,67
Desejo de ter mais filhos	0,76	0,63			0,54
Número ideal de filhos		0,54			
Trabalha atualmente			0,44		
Trabalhou antes do casamento		0,42	0,65	0,54	

Trabalhou depois do casamento			0,67	0,57	
Casou ao primeiro nascimento		0,37			0,56
Número de uniões			0,45		
Número de companheiros			0,66		
Duração do primeiro casamento	0,68			0,68	
Contracepção é um assunto e dever da mulher	0,36	0,39			0,44
Utilizar contraceptivos torna a mulher promíscua	0,44				0,51
É praticante religiosa		0,52		0,53	
Tipo de residência		-0,26		0,65	
Se o homem recusa o sexo, tem outra mulher	0,29				0,49
Decisão sobre gastos da casa	-0,28		0,54	0,41	-0,40
Quem deveria ter mais voz para gastos em saúde		0,76	0,53	0,39	
Quem deveria ter mais voz para gastos em compras domésticas	0,67	0,43	0,66	0,60	0,26
É justificável a mulher apanhar se sair de casa sem avisar	0,32				
É justificável a mulher apanhar se for negligente com os filhos	0,43				0,38
É justificável a mulher apanhar se discutir com o marido	0,54	0,28			0,33
É justificável a mulher apanhar se recusar sexo ao marido	0,33	0,46			0,37
É justificável a mulher apanhar se queimar comida					0,32
Autovalores	4,43	3,16	2,43	3,66	4,73
% da variância	25,67	20,87	23,76	18,67	20,55
% da variância acumulada	37,89	54,78	67,89	74,65	76,43
KMO⁽⁴⁾	0,79				

Tabela 12 - Descrição dos padrões de empoderamento na África Central-Austral, estimados em análise multivariada, para caracterização da autonomia das mulheres na pesquisa DHS.

Variáveis representativas do Empoderamento das Mulheres	Cargas Fatoriais				
	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5
Idade da mulher			0,44		
Anos de estudo da mulher		-0,26	0,58	0,31	
Número de membros na casa	0,53			-0,24	0,44
Sexo do chefe da casa	-0,42		0,57	0,42	
Índice de riqueza	0,47		0,32		-0,32
Idade da mulher no primeiro nascimento	0,66				0,24
Idade da mulher na primeira coabitação	0,43			0,26	
Idade da mulher no primeiro casamento	0,44	0,53		0,43	0,31
Idade da mulher no primeiro sexo		0,38	0,53		
Conhecimento sobre o ciclo ovulatório	-0,29		0,71		-0,32
Uso de método contraceptivo	-0,21	0,31		0,42	
Altura da mulher		-0,29	0,66		-0,34
Intervalo interpartal		-0,26	0,56		-0,22
Cobertura de Saúde	0,48		0,44		
Planejamento familiar com profissional de saúde			0,67		-0,29
Número de filhos	0,71	0,66			0,54
Desejo de ter mais filhos	0,67	0,56			0,59
Número ideal de filhos		0,45			
Trabalha atualmente			0,62		0,44
Trabalhou antes do casamento		0,56	0,63	0,32	
Trabalhou depois do casamento			0,70	0,39	
Casou ao primeiro nascimento				0,54	
Número de uniões				0,38	
Número de companheiros				0,55	
Duração do primeiro casamento	0,58			-0,29	0,67
Contracepção é um assunto e dever da mulher	0,44		-0,29		0,62
Utilizar contraceptivos torna a mulher promíscua	0,65				0,54
É praticante religiosa	0,55			0,49	
Tipo de residência		-0,31		0,54	
Se o homem recusa o sexo, tem outra mulher	0,33				0,32
Decisão sobre gastos da casa	-0,38		0,62	0,55	-0,31
Quem deveria ter mais voz para gastos em saúde		0,59	0,57	0,49	0,29
Quem deveria ter mais voz para gastos em compras domésticas	0,57	0,39	0,59	0,59	0,27
É justificável a mulher apanhar se sair de casa sem avisar	0,47				
É justificável a mulher apanhar se for negligente com os filhos		0,36			0,28
É justificável a mulher apanhar se discutir com o marido					0,31

É justificável a mulher apanhar se recusar sexo ao marido	0,67	0,39			0,41
É justificável a mulher apanhar se queimar comida					0,27
Autovalores	2,65	3,56	4,67	3,98	4,10
% da variância	25,17	16,88	29,18	16,44	14,98
% da variância acumulada	31,67	58,90	68,42	71,65	74,21
KMO⁽⁴⁾	0,75				

O quadro 5 apresenta a distribuição das médias dos escores e erro padrão dos padrões de empoderamento gerados por meio da ACP. É possível identificar que existe uma tendência nos países estudados em que os padrões de menor autonomia das mulheres (EP1 e EP2) apresente uma diminuição na média entre os dois inquéritos estudados de cada país. Já os padrões de maior autonomia e empoderamento das mulheres (EP3 e EP4) apresentam uma tendência de aumento da média ao longo dos inquéritos estudados. Esses resultados indicam uma mudança no perfil caracteristicamente predominante na sociedade de menor empoderamento das mulheres.

Outro ponto de destaque é na África, dividida em regiões: Ocidental, Oriental e Central-Austral, a mudança na média dos padrões é timidamente identificada, apresenta menor aumento da média dos padrões de maior autonomia das mulheres (EP3 e EP4), e tendência de aumento da média dos padrões EP1 e EP2 que representam caracteristicamente menor autonomia das mulheres.

A África também apresentou em alguns países uma permanência constante dos padrões de menor autonomia em destaque nos inquéritos de diferentes anos analisados, em alguns países houve aumento da média desses padrões de menor empoderamento, ou continuidade da média e conservação do padrão de maior representatividade nos países (PE1 e PE2).

Quadro 5 - Distribuição das médias de escore e erro padrão (EP) para os padrões de empoderamento das mulheres, segundo países e ano de monitoramento na DHS.

Ano de monitoramento	Padrões de Empoderamento					
	PE1 Média (EP)	PE2 Média (EP)	PE3 Média (EP)	PE4 Média (EP)	PE5 Média (EP)	Coefficiente [b] (IC95%)
	Ásia					
Bangladesh						
1993-1994	0,33 (0,07)	0,21 (0,06)	-0,12 (0,08)	-0,14 (0,07)	-0,17 (0,07)	0,04 (0,02; 0,05)
2017-2018	0,14 (0,08)	0,18 (0,08)	0,36 (0,07)	0,27 (0,08)	0,19 (0,08)	0,02 (0,01; 0,03)
Filipinas						
1998	0,28 (0,06)	0,39 (0,06)	0,11 (0,06)	-0,16 (0,08)	-0,13 (0,06)	0,03 (0,01; 0,03)
2013	0,14 (0,08)	0,15 (0,07)	0,27 (0,07)	0,39 (0,07)	-0,17 (0,08)	0,02 (0,02; 0,03)
Iémen						
1997	0,35 (0,05)	0,28 (0,06)	-0,12 (0,06)	-0,10 (0,07)	0,19 (0,06)	0,04 (0,01; 0,05)
2013	0,21 (0,09)	0,17 (0,07)	0,36 (0,05)	-0,28 (0,08)	0,14 (0,08)	0,02 (0,02; 0,03)
Índia						
1998-1999	0,42 (0,04)	0,38 (0,05)	-0,08 (0,05)	-0,04 (0,04)	-0,06 (0,04)	0,02 (0,01; 0,03)
2015-2016	0,26 (0,09)	0,36 (0,07)	-0,28 (0,05)	0,18 (0,08)	0,10 (0,08)	0,04 (0,02; 0,04)
Indonésia						
1994	0,39 (0,09)	0,25 (0,06)	0,14 (0,06)	-0,11 (0,04)	0,09 (0,05)	0,03 (0,01; 0,03)
2017	0,21 (0,06)	0,32 (0,06)	0,35 (0,07)	-0,28 (0,05)	0,22 (0,06)	0,02 (0,01; 0,03)
Jordânia						
1997	0,34 (0,04)	0,40 (0,06)	0,10 (0,07)	-0,14 (0,05)	-0,18 (0,04)	0,03 (0,02; 0,03)
2012	0,22 (0,08)	0,17 (0,09)	0,21 (0,08)	-0,28 (0,04)	-0,24 (0,05)	0,02 (0,01; 0,03)
Timor-Leste						

2009-2010	0,23 (0,07)	0,31 (0,08)	-0,39 (0,04)	0,27 (0,08)	0,14 (0,07)	0,02 (0,02; 0,03)
2016	0,15 (0,06)	0,19 (0,06)	0,40 (0,09)	-0,31 (0,04)	0,17 (0,06)	0,04 (0,03; 0,05)
Vietnã						
1997	0,30 (0,08)	0,39 (0,08)	-0,20 (0,06)	-0,08 (0,06)	0,04 (0,05)	0,02 (0,01; 0,03)
2002	0,23 (0,07)	0,28 (0,07)	-0,32 (0,05)	0,18 (0,07)	0,10 (0,08)	0,03 (0,01; 0,03)
Cazaquistão						
1997	0,30 (0,09)	0,25 (0,09)	0,15 (0,08)	-0,18 (0,05)	0,20 (0,07)	0,02 (0,02; 0,03)
2002	0,24 (0,08)	0,20 (0,08)	-0,25 (0,06)	-0,23 (0,06)	0,17 (0,07)	0,04 (0,03; 0,04)
	América do Sul					
Bolívia						
1989	0,45 (0,09)	0,23 (0,09)	-0,15 (0,05)	-0,10 (0,05)	-0,17 (0,05)	0,03 (0,01; 0,03)
2008	0,23 (0,06)	0,28 (0,06)	0,32 (0,06)	-0,14 (0,04)	-0,12 (0,04)	0,02 (0,02; 0,03)
Brasil						
1996	0,35 (0,08)	0,28 (0,08)	0,24 (0,08)	-0,07 (0,06)	0,10 (0,06)	0,04 (0,03; 0,04)
2006	0,21 (0,07)	-0,15 (0,04)	-0,26 (0,04)	-0,15 (0,04)	0,33 (0,07)	0,02 (0,02; 0,03)
Colômbia						
1995	0,44 (0,09)	0,30 (0,09)	-0,13 (0,07)	-0,09 (0,07)	0,16 (0,09)	0,04 (0,02; 0,04)
2015	0,16 (0,08)	-0,22 (0,06)	-0,29 (0,06)	0,38 (0,09)	0,15 (0,09)	0,03 (0,01; 0,03)
Peru						
1996	0,32 (0,08)	0,42 (0,08)	0,20 (0,08)	0,14 (0,08)	-0,10 (0,06)	0,03 (0,02; 0,03)
2000	0,15 (0,07)	0,20 (0,07)	0,27 (0,07)	-0,36 (0,05)	0,29 (0,05)	0,02 (0,01; 0,02)
	Europa					
Albânia						
2009	0,42 (0,09)	0,26 (0,09)	-0,13 (0,06)	0,18 (0,06)	...	0,02 (0,02; 0,03)

2017-2018	0,14 (0,05)	-0,23 (0,04)	0,39 (0,05)	0,29 (0,05)	...	0,03 (0,01; 0,03)
Armênia						
2000	0,28 (0,07)	0,38 (0,07)	-0,16 (0,04)	0,24 (0,07)	...	0,04 (0,02; 0,04)
2015-2016	0,18 (0,08)	-0,15 (0,06)	0,46 (0,08)	-0,27 (0,06)	...	0,03 (0,02; 0,03)
Turquia						
1993	0,35 (0,06)	0,26 (0,06)	0,18 (0,07)	0,22 (0,06)	...	0,02 (0,01; 0,03)
2013	-0,14 (0,04)	-0,21 (0,04)	0,38 (0,08)	0,29 (0,08)	...	0,02 (0,02; 0,03)
	Caribe					
Guatemala						
1995	0,37 (0,07)	0,25 (0,07)	-0,15 (0,06)	-0,18 (0,06)	-0,12 (0,06)	0,04 (0,03; 0,04)
2014-2015	0,24 (0,08)	0,16 (0,08)	0,31 (0,08)	-0,23 (0,05)	-0,10 (0,05)	0,03 (0,02; 0,03)
Haiti						
2000	0,22 (0,06)	0,34 (0,06)	-0,14 (0,05)	0,28 (0,06)	0,10 (0,06)	0,02 (0,01; 0,02)
2012	0,16 (0,08)	0,30 (0,08)	-0,13 (0,07)	0,24 (0,08)	0,08 (0,08)	0,03 (0,01; 0,03)
Honduras						
2005-2006	0,35 (0,09)	0,28 (0,09)	0,10 (0,09)	-0,15 (0,06)	0,20 (0,09)	0,02 (0,02; 0,03)
2011-2012	0,16 (0,06)	-0,10 (0,04)	0,32 (0,06)	-0,20 (0,04)	0,26 (0,06)	0,03 (0,02; 0,03)
Nicarágua						
1998	0,40 (0,08)	0,28 (0,08)	-0,12 (0,05)	0,18 (0,08)	0,24 (0,08)	0,04 (0,02; 0,04)
2001	0,27 (0,05)	0,35 (0,05)	-0,26 (0,04)	-0,15 (0,04)	0,13 (0,05)	0,02 (0,01; 0,02)
República Dominicana						
1999	0,31 (0,07)	0,36 (0,07)	-0,12 (0,06)	-0,19 (0,06)	0,14 (0,07)	0,03 (0,02; 0,03)
2013	0,19 (0,06)	-0,21 (0,04)	0,30 (0,06)	0,27 (0,06)	-0,23 (0,04)	0,04 (0,02; 0,04)
	África Ocidental					

Benin						
2001	0,37 (0,07)	0,28 (0,07)	-0,14 (0,05)	-0,18 (0,05)	0,22 (0,07)	0,02 (0,01; 0,02)
2017-2018	0,24 (0,06)	0,29 (0,06)	-0,19 (0,04)	0,21 (0,06)	0,27 (0,06)	0,03 (0,02; 0,03)
Burkina Faso						
2003	0,40 (0,09)	0,28 (0,09)	-0,16 (0,06)	0,23 (0,09)	0,10 (0,09)	0,04 (0,03; 0,05)
2010	0,26 (0,06)	0,32 (0,06)	-0,18 (0,04)	-0,24 (0,04)	0,14 (0,06)	0,02 (0,02; 0,03)
Gana						
1988	0,48 (0,07)	0,32 (0,07)	0,10 (0,07)	-0,15 (0,06)	0,18 (0,07)	0,03 (0,03; 0,04)
2014	0,34 (0,08)	0,29 (0,08)	-0,20 (0,07)	-0,22 (0,07)	0,12 (0,08)	0,04 (0,04; 0,05)
Guiné						
2005	0,43 (0,09)	0,30 (0,09)	-0,10 (0,05)	-0,15 (0,05)	0,12 (0,09)	0,03 (0,03; 0,04)
2012	0,24 (0,05)	0,29 (0,05)	-0,14 (0,04)	-0,18 (0,04)	0,32 (0,05)	0,02 (0,02; 0,03)
Libéria						
2007	0,30 (0,06)	0,34 (0,06)	0,20 (0,06)	-0,14 (0,04)	0,12 (0,06)	0,03 (0,03; 0,04)
2013	0,21 (0,07)	0,29 (0,07)	-0,20 (0,04)	-0,16 (0,04)	0,24 (0,07)	0,02 (0,02; 0,03)
Mali						
1995-1996	0,40 (0,08)	0,31 (0,08)	-0,12 (0,05)	0,18 (0,08)	0,14 (0,08)	0,04 (0,03; 0,05)
2012-2013	0,25 (0,07)	0,29 (0,07)	-0,15 (0,04)	0,26 (0,07)	0,17 (0,07)	0,03 (0,03; 0,04)
Níger						
1998	0,40 (0,06)	0,30 (0,06)	-0,10 (0,04)	-0,16 (0,04)	0,14 (0,06)	0,02 (0,02; 0,03)
2012	0,19 (0,07)	0,35 (0,07)	-0,15 (0,04)	0,28 (0,07)	0,21 (0,07)	0,03 (0,03; 0,04)
Nigéria						
2003	0,25 (0,06)	0,38 (0,06)	0,17 (0,06)	-0,14 (0,04)	0,17 (0,06)	0,04 (0,04; 0,05)
2013	0,20	0,30	0,24	-0,16	0,22	0,02

	(0,07)	(0,07)	(0,07)	(0,06)	(0,07)	(0,02; 0,03)
Senegal						
2005	0,31 (0,08)	0,44 (0,08)	-0,12 (0,05)	0,16 (0,08)	0,10 (0,08)	0,02 (0,02; 0,03)
2010-11	0,22 (0,06)	0,31 (0,06)	0,26 (0,06)	-0,19 (0,04)	-0,15 (0,04)	0,04 (0,04; 0,05)
Serra Leoa						
2008	0,26 (0,07)	0,29 (0,07)	0,16 (0,06)	0,24 (0,07)	0,17 (0,07)	0,03 (0,03; 0,04)
2013	-0,18 (0,05)	0,32 (0,08)	-0,23 (0,05)	0,29 (0,08)	0,20 (0,08)	0,02 (0,02; 0,03)
Togo						
1998	0,43 (0,06)	0,35 (0,06)	-0,12 (0,04)	-0,14 (0,04)	-0,10 (0,04)	0,03 (0,03; 0,04)
2013-14	0,20 (0,07)	0,38 (0,07)	0,23 (0,07)	0,16 (0,06)	0,18 (0,06)	0,04 (0,03; 0,04)
	África Oriental					
Burundi						
2010	0,39 (0,07)	0,27 (0,07)	-0,14 (0,05)	-0,11 (0,05)	-0,20 (0,05)	0,02 (0,01; 0,02)
2016-2017	0,30 (0,08)	0,35 (0,08)	0,20 (0,08)	-0,16 (0,06)	-0,14 (0,06)	0,03 (0,03; 0,04)
Comores						
1996	0,45 (0,06)	0,40 (0,06)	-0,10 (0,04)	-0,13 (0,04)	-0,08 (0,04)	0,04 (0,04; 0,05)
2012	0,30 (0,05)	0,24 (0,05)	-0,15 (0,04)	0,28 (0,05)	-0,12 (0,04)	0,03 (0,03; 0,04)
Eritreia						
1995	0,48 (0,09)	0,32 (0,09)	-0,12 (0,06)	0,10 (0,09)	0,19 (0,09)	0,04 (0,04; 0,05)
2002	0,35 (0,07)	0,29 (0,07)	-0,15 (0,05)	0,20 (0,07)	0,12 (0,07)	0,02 (0,02; 0,03)
Etiópia						
2000	0,28 (0,06)	0,36 (0,06)	0,14 (0,06)	-0,19 (0,04)	-0,16 (0,04)	0,02 (0,02; 0,03)
2016	0,20 (0,08)	0,28 (0,08)	0,23 (0,08)	0,18 (0,07)	0,21 (0,08)	0,02 (0,01; 0,02)
Quênia						
1998	0,30	0,36	-0,14	-0,19	0,16	0,03

	(0,09)	(0,09)	(0,06)	(0,06)	(0,09)	(0,03; 0,04)
2014	0,25 (0,06)	0,33 (0,06)	0,21 (0,06)	0,16 (0,05)	0,19 (0,05)	0,04 (0,04; 0,05)
Egito						
1988	0,48 (0,08)	0,33 (0,08)	-0,12 (0,05)	-0,18 (0,05)	0,23 (0,08)	0,04 (0,03; 0,04)
2014	0,34 (0,06)	0,28 (0,06)	-0,15 (0,04)	-0,19 (0,04)	0,22 (0,06)	0,02 (0,01; 0,02)
Madagascar						
2003-2004	0,31 (0,07)	0,39 (0,07)	-0,14 (0,05)	0,17 (0,07)	0,25 (0,07)	0,02 (0,02; 0,03)
2008-2009	-0,21 (0,04)	0,29 (0,06)	-0,16 (0,04)	0,24 (0,06)	-0,19 (0,04)	0,03 (0,03; 0,04)
Malawi						
2000	0,31 (0,09)	0,39 (0,09)	0,16 (0,09)	-0,12 (0,05)	0,20 (0,09)	0,04 (0,04; 0,05)
2015-2016	0,24 (0,06)	0,29 (0,06)	-0,17 (0,05)	0,20 (0,06)	0,23 (0,06)	0,03 (0,02; 0,03)
Moçambique						
2003	0,34 (0,08)	0,28 (0,08)	0,18 (0,08)	0,24 (0,08)	0,14 (0,06)	0,02 (0,01; 0,03)
2011	0,19 (0,07)	0,32 (0,07)	-0,22 (0,05)	0,26 (0,07)	-0,12 (0,05)	0,03 (0,01; 0,03)
Ruanda						
2000	0,31 (0,09)	0,38 (0,09)	-0,14 (0,05)	0,24 (0,09)	0,18 (0,09)	0,02 (0,01; 0,02)
2014-2015	-0,19 (0,05)	0,29 (0,06)	0,21 (0,06)	0,26 (0,06)	0,23 (0,06)	0,04 (0,02; 0,04)
Tanzânia						
1996	0,47 (0,08)	0,36 (0,08)	-0,12 (0,06)	0,18 (0,08)	-0,16 (0,06)	0,02 (0,02; 0,03)
2015-2016	0,28 (0,09)	0,32 (0,09)	0,21 (0,09)	-0,19 (0,04)	-0,15 (0,04)	0,03 (0,03; 0,04)
Uganda						
2000-2001	0,29 (0,07)	0,38 (0,07)	-0,14 (0,05)	0,19 (0,07)	-0,16 (0,05)	0,02 (0,01; 0,02)
2016	0,24 (0,08)	0,31 (0,08)	0,17 (0,06)	0,26 (0,08)	0,21 (0,08)	0,04 (0,04; 0,05)
Zâmbia						

1996	0,46 (0,09)	0,34 (0,09)	-0,13 (0,06)	-0,18 (0,06)	0,24 (0,09)	0,02 (0,02; 0,03)
2013-2014	0,25 (0,07)	0,34 (0,07)	0,27 (0,07)	-0,19 (0,05)	-0,16 (0,05)	0,03 (0,03; 0,04)
África Central-Austral						
Camarões						
2004	0,26 (0,06)	0,30 (0,06)	-0,15 (0,04)	-0,19 (0,04)	0,22 (0,06)	0,04 (0,04; 0,05)
2011	-0,14 (0,04)	0,26 (0,07)	0,18 (0,07)	0,28 (0,07)	0,20 (0,07)	0,02 (0,02; 0,03)
Chade						
1996-1997	0,46 (0,08)	0,37 (0,08)	-0,12 (0,06)	0,16 (0,08)	0,23 (0,08)	0,03 (0,02; 0,03)
2014-2015	0,26 (0,07)	-0,19 (0,05)	-0,14 (0,05)	0,24 (0,07)	0,31 (0,07)	0,04 (0,04; 0,05)
Congo						
2005	0,31 (0,09)	0,26 (0,09)	0,19 (0,09)	-0,15 (0,05)	0,19 (0,09)	0,02 (0,02; 0,03)
2011-2012	0,28 (0,08)	0,26 (0,08)	0,18 (0,08)	-0,12 (0,05)	0,24 (0,08)	0,03 (0,01; 0,03)
República Democrática do Congo						
2007	0,27 (0,06)	0,33 (0,06)	-0,10 (0,04)	0,18 (0,06)	0,23 (0,06)	0,04 (0,04; 0,05)
2013-2014	0,18 (0,05)	0,28 (0,05)	0,21 (0,05)	-0,12 (0,04)	0,20 (0,05)	0,02 (0,02; 0,03)
Gabão						
2000	0,29 (0,08)	0,36 (0,08)	-0,17 (0,05)	-0,20 (0,05)	0,25 (0,08)	0,03 (0,03; 0,04)
2012	0,21 (0,07)	0,31 (0,07)	0,28 (0,07)	-0,16 (0,04)	-0,19 (0,04)	0,04 (0,04; 0,05)
Lesoto						
2004	0,32 (0,09)	0,38 (0,09)	-0,13 (0,06)	-0,18 (0,06)	0,26 (0,09)	0,02 (0,02; 0,03)
2014	0,26 (0,07)	0,30 (0,07)	-0,15 (0,05)	-0,19 (0,05)	0,27 (0,07)	0,03 (0,02; 0,03)
Namíbia						
2000	0,36 (0,08)	0,28 (0,08)	-0,10 (0,05)	0,20 (0,08)	0,24 (0,08)	0,04 (0,04; 0,05)
2013	-0,21	0,30	0,18	0,21	0,26	0,03

	(0,05)	(0,07)	(0,07)	(0,07)	(0,07)	(0,02; 0,03)
África do Sul						
1998	0,44 (0,09)	0,32 (0,09)	-0,14 (0,06)	0,16 (0,09)	0,20 (0,09)	0,02 (0,01; 0,02)
2016	-0,28 (0,05)	0,21 (0,07)	0,16 (0,07)	0,19 (0,07)	0,26 (0,07)	0,04 (0,03; 0,04)
Zimbábue						
1988	0,48 (0,08)	0,31 (0,08)	-0,10 (0,04)	-0,14 (0,04)	0,20 (0,08)	0,03 (0,03; 0,04)
2015	0,30 (0,07)	-0,22 (0,05)	0,17 (0,07)	0,24 (0,07)	0,28 (0,07)	0,02 (0,02; 0,04)

(...) Não foi formado o quinto padrão de empoderamento, não dispomos do dado.

Nas figuras de 11 a 17 estão apresentadas a distribuição dos cinco padrões de empoderamento das mulheres segundo países estudados e anos dos inquéritos. A Ásia, América do Sul, Europa e Caribe apresentam tendência decrescente para os padrões de menor autonomia das mulheres (EP1 e EP2), existe também tendência crescente dos padrões que representam maior autonomia e empoderamento das mulheres (EP3, EP4 e EP5). Destaca-se que muitos países apresentaram no último ano de inquérito analisado frequência maior no último padrão de empoderamento (EP5), que foi caracterizado um padrão intermediário, pois em sua interpretação das cargas fatoriais, está entre os dois primeiros padrões de menor autonomia e os dois padrões de maior autonomia das mulheres. Portanto, não é possível inferir um avanço desses países quanto a autonomia das mulheres.

No continente da África, aqui estratificados nas seguintes regiões: Ocidental, Oriental e Central-Austral é possível identificar características distintas dos outros continentes ou regiões geográficas. As mulheres com maior probabilidade de pertencimento aos padrões de menor autonomia se apresentam em maior frequência, enquanto as mulheres com maior probabilidade de pertencimento aos padrões de maior empoderamento, apresentam-se em menor tendência e frequência entre os anos estudados. Adicionalmente, os padrões de menor empoderamento (EP1 e EP2), continuam com tendência de aumento ou permanência, mesmo com anos de diferença entre os inquéritos analisados, indicando que mudanças sociais e estruturais não foram suficientes para alterar os papéis sociais inferidos à mulher.

E quando há mudanças identificadas de tendência de aumento dos padrões de maior autonomia das mulheres ao longo dos anos, esse aumento pode ser considerado modesto considerando todos os anos que se passaram para tais mudanças, inclusive com dados de anos mais recentes. É importante destacar que quando existe mudanças maiores nos padrões de maior autonomia, estão associados ao aumento da frequência do último padrão (EP5), que é um padrão intermediário, entre os padrões de maior autonomia e menor autonomia das mulheres.

Figura 11 - Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres na Ásia, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.

Figura 12 - Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres na América do Sul, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.

Figura 13 - Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres na Europa, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.

Figura 14 - Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres no Caribe, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.

Figura 15 - Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres na África Ocidental, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.

Figura 16 - Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres na África Oriental, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.

Figura 17 - Prevalência dos padrões de empoderamento das mulheres na África Central-Austral, segundo países e ano de inquérito realizado na pesquisa DHS.

7 DISCUSSÃO

Com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) implantados pela Organização das Nações Unidas (ONU), a equidade de gênero apareceu em vários dos objetivos, com a meta de alcance da igualdade de gênero e empoderamento das mulheres. Com esse apelo a igualdade de gênero foi colocada no topo da agenda, e forçando uma discussão e reflexão da real necessidade de melhorar o alcance de oportunidades para mulheres para promover o desenvolvimento social (5,6).

Destacamos que a criação de um escore de empoderamento das mulheres que possa ser utilizado de forma internacional é um importante passo para atingir os objetivos traçados pela ONU. Neste estudo, foi utilizado os dados disponíveis no DHS, essa pesquisa já indica perguntas sobre empoderamento, entretanto, é possível se basear em outros indicadores diretos e indiretos também disponíveis para mensurar o empoderamento, para isso utilizamos a análise dos componentes principais afim de gerar esse escore. Não foi possível utilizar todas as perguntas que gostaríamos para dimensionar o empoderamento das mulheres, já que muitos itens não estão disponíveis em todas as pesquisas e algumas questões foram pensadas para medir o empoderamento em contextos específicos, como por exemplo, a violência doméstica (103,104).

Neste estudo, os resultados indicam que os domínios do empoderamento foram consistentes para todos os continentes e regiões geográficas, mesmo com as grandes diferenças dos países analisados. A diferença deste escore para os demais encontrados na literatura é justamente a aplicabilidade em diversos países, permitindo comparações entre populações, principalmente a possibilidade de analisar dentro de cada país, continente ou região geográfica a tendência temporal dos padrões de empoderamentos das mulheres, que permitirá identificar as realizações das mulheres em diferentes contextos. Assim, é possível analisar igualdade de gênero e a evolução da sociedade (30,31,32).

Identificamos com os resultados deste estudo que o escore gerado tem representatividade em todos os domínios propostos na literatura, como o Índice de Desenvolvimento de Gênero, assim, o escore deste estudo mede aspectos importantes do empoderamentos das mulheres. Destacamos que o escore gerado apresenta variáveis em sua composição que representam tanto o nível social (agregado), quanto o nível individual do empoderamento e apresentar essa representatividade nesses campos é

muito importante, já que a meta do empoderamento das mulheres promove o desenvolvimento social, crescimento econômico, diminuição da pobreza e cumprimento dos direitos humanos (21,63). O empoderamento das mulheres pode promover mudanças no contexto familiar, possibilitando para as mulheres mais autonomia e participação em tomadas de decisões (34,62).

Os resultados apresentados indicam correlações fortes entre o indicador proposto e as os indicadores Índice de Desenvolvimento de Gênero (GDI) e índice de Desigualdade de Gênero (GII) que mostram diferentes aspectos das desigualdades de gênero nos países na avaliação da validade externa. A validade do indicador proposto foi analisada em nível individual através de associações positivas com as variáveis: uso de método contraceptivo, conhecimento do ciclo ovulatório e acesso a planejamento familiar (107,110).

Nos achados identificamos que os dois primeiros padrões representavam caracteristicamente o domínio de aceitação sobre atitude de violência e menor associação com o domínio de tomada de decisões em assuntos gerais. Além disso, esses padrões mostraram associação negativa com as variáveis métodos contraceptivos e conhecimento sobre o ciclo ovulatório, essas variáveis se mostraram negativamente associadas apenas aos padrões que representam a ausência de empoderamento ou menor autonomia das mulheres (30,31,32). Esses dois padrões são consistentes e responsáveis pela maior variabilidade dentro da matriz de dados analisados. Adicionalmente, os dois primeiros padrões que representam menos empoderamento das mulheres ocupam em todos os continentes ou regiões geográficas estudadas a primeira colocação de maior variabilidade das variáveis (102).

Os resultados deste estudo estão de acordo com os resultados encontrados na literatura, que associam positivamente o empoderamento das mulheres a questões relacionadas a saúde, planejamento familiar, acesso a informações de saúde e uso de métodos contraceptivos (30,31,32). Nos países analisados os padrões considerados com maior empoderamento das mulheres está associado fortemente ao desejo de ter menos filhos. Enquanto, os padrões de menos autonomia, as mulheres apresentam mais filhos e desejos de ter mais filhos (63).

Ao analisar a altura das mulheres, identificamos que essa variável foi associada positivamente apenas nos padrões de maior empoderamento das mulheres, é importante destacar que no primeiro padrão que foi caracterizado por menos autonomia

e empoderamento das mulheres a altura associou-se negativamente. Portanto, a variável altura foi associada fortemente e positivamente a padrões que marcavam renda e escolaridade, indicando que a variável altura é um importante indicador de desenvolvimento social. A variável idade ao primeiro nascimento é um importante indicador do empoderamento das mulheres, e foi caracteristicamente associada aos dois primeiros padrões de menor autonomia das mulheres, e negativamente associada aos padrões de maior autonomia (105).

A igualdade de gênero, autonomia e empoderamento das mulheres podem assumir diferentes papéis nos países analisados, já que cada país possui suas particularidades, entretanto, as dimensões do empoderamento e a estrutura das correlações apresentadas neste estudo são semelhantes entre os continentes e regiões geográficas. Desta forma, a possibilidade de um índice multivariado responsável por dimensionar o empoderamento baseado em diversas pesquisas com representatividade de múltiplos continentes e regiões geográficas facilitaria a comparabilidade entre os países e possibilitaria uma cobrança social para o desenvolvimento das mulheres e a igualdade de gênero (31,33,106).

A pesquisa DHS é uma das principais fontes de informações confiáveis sobre diferentes países para estudar questões sobre empoderamento e igualdade de gênero. Essa pesquisa já inclui um conjunto de perguntas que representam o empoderamento, entretanto, recomenda-se que outras perguntas devem ser adicionadas para expandir a cobertura das questões relacionadas a gênero (107).

Neste estudo, a proposta do indicador de empoderamento inclui outras variáveis importantes que representam diferentes domínios do empoderamento das mulheres, como questões de violência, saúde, acesso a informação sobre saúde, independência social e tomada de decisão. A inclusão de várias variáveis no modelo para estimar o empoderamento das mulheres é importante para compreender as relações e representações em diferentes setores que a mulher está inserida (31,64,65).

O indicador multivariado para análise e classificação do empoderamento das mulheres tem potencial para aplicabilidade a nível internacional, desta forma, possibilitando estudos de comparação entre e dentro dos países e análise de tendência temporal dos países em nível individual e nacional. Adicionalmente, com a possibilidade de comparabilidade dos resultados, o indicador multivariado do empoderamento das mulheres pode fornecer estimativa de desigualdades entre os

gêneros e seus efeitos sobre o empoderamento em diferentes áreas para as mulheres (1,33).

Na matriz multivariada adicionamos variáveis que representam o trabalho formal das mulheres (trabalha atualmente, trabalhou antes do casamento e trabalhou depois do casamento), em algumas discussões na comunidade científica sobre trabalho ser considerado marcador do empoderamento das mulheres, alguns especialistas recomendam remover a condição de trabalhadora da mulher, pois existem muitos motivos pelos quais as mulheres podem trabalhar, e pode não estar atrelado as suas próprias escolhas. Além disso, o trabalho pode não contribuir para o empoderamento dependendo das condições de trabalho e os recursos disponíveis, por exemplo, estar formalmente empregada, ter direito a licença maternidade, regularmente remuneradas e poder decidir sobre os ganhos. Entretanto, decidimos por manter essas variáveis, pois não utilizamos apenas a variável se a mulher trabalha atualmente. Nossa intenção é marcar se a mulher deixou de trabalhar após o casamento ou se continua após o mesmo (108,109).

Atualmente, o estudo sobre empoderamento das mulheres ganha força na comunidade científica e as publicações sobre o tema são recentes e começam a aparecer de forma mais ativa, um exemplo é um estudo usando a pesquisa DHS de dezenove países da África Subsaariana que identificou como domínios do empoderamento a atitude de violência, trabalho, educação e acesso aos cuidados de saúde, entretanto, algumas variações são observadas nos resultados, a educação não estava associada fortemente ao empoderamento das mulheres, diferentemente do encontrado no presente estudo (111). Outro estudo, com o mesmo objetivo, utilizando dados da pesquisa DHS de cinco países da África Oriental identificou três domínios do empoderamento das mulheres, são eles: aspectos sociais, atitude de violência e tomada de decisão, neste estudo os anos de estudo das mulheres foi associado fortemente ao empoderamento das mulheres, corroborando com os resultados apresentados neste estudo (112).

Essas diferenças encontradas na literatura sobre as associações dos domínios do empoderamento e a classificação de empoderamento das mulheres, podem estar relacionadas com a metodologia utilizada nos estudos (indicador univariado) e o que se considera empoderamento das mulheres para as análises. Com base nesses resultados e na procura e aumento expressivo sobre o tema destaca-se a importância do

assunto e como as diferentes formas de análise e objetivos podem indicar resultados diferentes, ou extremamente semelhantes (111,112).

Neste estudo, nosso objetivo principal é obter um indicador que permita maior comparabilidade e monitoramento dos países, continente e regiões geográficas estudadas garantindo a variedade e particularidade de cada um. O desenvolvimento de um indicador internacional de empoderamento das mulheres é um desafio considerando as relações complexas e multidimensionais que envolvem a classificação de poder ou ausência do mesmo da mulher, inclusive as variabilidades e vulnerabilidades de gênero específicas (33).

O processo de empoderamento das mulheres inclui diversos fatores como consciência crítica, tomada de decisão, aspirações para o futuro e escolhas sobre sua própria vida, e existem limitantes ou precursores desses aspectos. Ao inserir a tomada de decisão da mulher, analisamos o controle que a mesma tem sobre sua vida, desta forma, nesse aspecto não é analisado a escolha e as repercussões na vida da mulher que podem ser analisados em outro domínio (113,114,115).

De acordo com alguns especialistas na área de empoderamento das mulheres o ideal seria a inclusão de variáveis que representam participação econômica, oportunidades e participação em processos de governança, entretanto, não há esse tipo de registro na pesquisa DHS. Outras variáveis são importantes no modelo para representação dos domínios de empoderamento, como: desenvolvimento socioeconômico, relações de poder fora do casamento, envolvimento e influência política, liderança e posicionamento social e liberdade de movimento e segurança (112,116,117).

Consideramos limitações deste estudo: a) as questões da pesquisa DHS são aplicadas apenas para mulheres parceiras, muitas mulheres podem ser empoderadas e não serem casadas ou se casarão mais tarde durante a sua vida, além disso, em alguns países é muito comum meninas adolescentes serem casadas; b) dados não disponíveis para todos os países dificultando a cobertura mais ampla do empoderamento, por exemplo, participação da mulher em questões econômicas, políticas e de liderança; c) Intervalos não regulares da pesquisa DHS, que varia entre países.

Este estudo indica novas perspectivas sobre o indicador de empoderamento das mulheres com base em pesquisas de diferentes países, com representação de continentes e regiões geográficas e permite comparabilidade ao longo do tempo. Além

disso, este estudo inclui todos os pilares considerados representativos dos domínios do empoderamento das mulheres, como por exemplo, atitude em relação a violência doméstica, acesso a saúde e informações, que representam a desigualdade de gênero e violação dos direitos humanos. O indicador de empoderamento multidimensional pode contribuir com o monitoramento do progresso ou retrocesso dos países de todo o mundo, também pode indicar os países que estão alcançando os objetivos de igualdade de gênero, e os que se afastam dele, para que então possam ser cobrados, e políticas públicas desenvolvidas para assegurar as mulheres seu pleno desenvolvimento.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da análise multivariada para definição de padrões de empoderamento permitiu a interpretação mais clara sobre autonomia das mulheres e diferentes perfis de empoderamento. Este estudo apresenta uma abordagem que está um passo a frente do uso de indicadores simples e binários para avaliar o empoderamento das mulheres, já que analisa de forma mais ampla e complexa as relações entre os domínios que representam o empoderamento das mulheres.

Os resultados deste estudo ressaltam diferentes perfis que representam características e domínios do empoderamento ou ausência de empoderamento das mulheres. Adicionalmente, nas análises em todos os continentes ou regiões os padrões mantiveram suas características, ordem de aparecimento e cargas fatoriais, indicando consistência dos resultados e da matriz dos dados analisados. Algumas variáveis foram importantes para a representação dos padrões, essas variáveis indicam e marcam quando os padrões são considerados com mais empoderamento ou não, já que aparecem apenas em algum deles.

As variáveis que expressam caracteristicamente mais empoderamento são: anos de estudo, mulher como chefe da casa, índice de riqueza, conhecimento do ciclo ovulatório, uso de método contraceptivo, altura, cobertura de saúde e planejamento familiar com profissional de saúde e trabalhou após o casamento. Todas variáveis se apresentaram fortemente e positivamente associadas aos padrões de maior empoderamento. Enquanto que as variáveis que estão mais associadas aos padrões sem autonomia das mulheres são: número de membros na casa, número de filhos, atitude em relação a violência, decisão sobre gastos da casa e no geral, e o contraceptivo torna a mulher promíscua. Essas variáveis foram associadas fortemente aos padrões com menor empoderamento. É importante destacar que as variáveis que foram fortemente e positivamente associadas a um padrão de maior autonomia não aparecem nos padrões considerados de menor autonomia, e quando aparecem são associadas fortemente negativas ao padrão em questão.

Este estudo é o primeiro na construção de um indicador para mensurar o empoderamento das mulheres com representatividade de diferentes países, continentes ou regiões com distintas características, políticas, culturas, religião, índice de desenvolvimento, epidemiologia e saúde, levando em consideração a ideia de múltiplas

variáveis associadas que representem diferentes domínios do empoderamento, e podem ser expressas em padrões ou perfis representativos do empoderamento em diferentes partes do mundo.

É possível aprofundar essas análises com a adição de novas bases de dados não utilizadas neste estudo, com o objetivo de verificar a replicação dos resultados encontrados e estimar os escores apresentados pela análise multivariada como um novo escore para avaliar o empoderamento das mulheres.

Diante dessas evidências, o uso de indicadores univariados ou binários para avaliação ou dimensionamento do empoderamento das mulheres pode levar a erros consideráveis no momento da classificação. Uma alternativa relevante seria o uso de um escore para classificação do empoderamento das mulheres que pudesse ser aplicado de forma ampla em todos países em diferentes partes do mundo para que a comparabilidade fosse possível, e esse escore seria baseado nos padrões de empoderamento gerados neste estudo.

A utilização deste escore indicaria facilmente a evolução de um país, continente ou região geográfica na avaliação do empoderamento das mulheres, desta forma, a avaliação dentro do próprio país com suas regiões ou internacionalmente poderia ser utilizada como uma forma de cobrar atitudes políticas sobre o tema e um posicionamento claro sobre o que está sendo realizado para a mudança. Esse escore possibilitaria também estudos sobre o empoderamento das mulheres ao longo do tempo, gerando políticas públicas voltadas as mulheres e sua representatividade na sociedade como forma de garantia dos seus direitos humanos básicos e igualdade de gênero.

9 REFERÊNCIAS

1. Kishor S, Subaiya L. Understanding women's empowerment: a comparative analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) data. Calverton, Maryland: Macro International Inc. 2008.
2. Duflo E. Women empowerment and economic development. *Journal of Economic Literature*. 2012;50(4):1051-79.
3. Presser H, Gita S. Women's empowerment and demographic process: moving beyond Cairo. Oxford University Press: Oxford. 2000.
4. Alkire S, Meinzen-Dick R, Peterman A, Quisumbing A, Seymour G, Vaz A. The women's empowerment in agriculture index. Oxford: Oxford Poverty & Human Development Initiative. 2013:71-91.
5. Horton R. Offline: Gender equality—the neglected SDG for health. *The Lancet*. 2015;386(10007):1928.
6. Gates MF. Putting women and girls at the center of development. *Science*. 2014; 345(6202):1273-5.
7. Lopez-Claros A, Zahidi S. Women's empowerment: measuring the global gender gap. Geneva: World Economic Forum. 2005.
8. Harper C, Nowacka K, Alder H, Ferrant G. Measuring women's empowerment and social transformation in the post-2015 agenda. London: Overseas Development Institute (ODI). 2014.
9. Bold VDM, *et al.* Women's Empowerment and Nutrition. International Food Policy Research Institute. 2013.
10. Shiwakoti R, *et al.* Women's Empowerment and Nutritional Status of their Children: A Community-based Study from Villages of Bhaktapur District, Nepal. *Universal Journal of Public Health*. 2017;(1):8-16.
11. Brito JG. Titularidade feminina no programa bolsa família: questões de gênero e segurança alimentar. *Tropos: comunicação, sociedade e cultura*. 2015;1(3):1-17.
12. Miller JE. Mother's Education and Children's Nutritional Status: New Evidence from Cambodia. *Asian Development Review*. 2009;26(1):131–165.
13. Basu AM, *et al.* Two concepts of female empowerment: Some leads from DHS data on women's status and reproductive health. USAID. 2004:15-53.
14. ^aCunningham K, *et al.* Women's empowerment and child nutritional status in South Asia: a synthesis of the literature. *Maternal & Child Nutrition*. 2015;(11):1-19.

15. ^bCunningham K, *et al.* Women's empowerment in agriculture and child nutritional status in rural Nepal. *Public Health Nutrition*. 2015;18(17):3134-45.
16. Ruel MT. *et al.* Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *The Lancet*. 2013;382(9891):536-551.
17. Allendorf K. Do Women's Land Rights Promote Empowerment and Child Health in Nepal? *Elsevier*. 2007;35(11):1975-1988.
18. Malhotra C, *et al.* Maternal autonomy and child health care utilization in India: Results from the Nacional Family Health Survey. *Asia-Pacific. Journal of Public Health*, 2014;26(4):401-413.
19. Azevedo V. Os desafios para o empoderamento da mulher agricultora a partir do programa de aquisição de alimentos: o caso de Barbacena-MG. 2012.
20. Kabeer N. The conditions and consequences of choice: reflections on the measurement of womens empowerment. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). 1999.
21. Alsop R, Bertelsen MF, Holland J. Empowerment in practice: From analysis to implementation: World Bank Publications. 2006.
22. United Nations Development Programme (UNPD). Human Development Report 2015 - Work for human development. New York. 2015.
23. Mahmud S, Shah NM, Becker S. Measurement of Women's Empowerment in Rural Bangladesh. *World Dev*. 2012;40(3):610-9.
24. Economist Intelligence Unit. Women's economic opportunity 2012: a global index and ranking. Washington, D.C: Vital Voices Global Partnership. 2012.
25. Moreira NC, *et al.* "Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos Centros de Referência de Assistência Social. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro. 2012;46(2):403-423.
26. Kabeer, N. Gender equality and women's empowerment: A critical analysis of the third millennium development goal 1. *Gender & Development*. 2005;13(1).
27. Cortez MB, SOUZA L. Mulheres (in) subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal. 2008.
28. House QE, Vaz A, Alkire S, Meinzen-Dick R, Peterman A, Quisumbing AR, *et al.* Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI). Oxford Department of International Development. The Women's Empowerment in Agriculture Index. The Women's Empowerment in Agriculture Index. 2013.

29. Malhotra A, et al. Fertility, Dimensions of Patriarchy, and Development in India. *Population and Development Review*. 2002;21(2):281-305.
30. Ahmed S, Creanga AA, Gillespie DG, Tsui AO. Economic status, education and empowerment: implications for maternal health service utilization in developing countries. *PLoS One*. 2010;5(6):11190.
31. Tadesse M, Teklie H, Yazew G, Gebreselassie T. Women's empowerment as a determinant of contraceptive use in Ethiopia: Further analysis of the 2011 Ethiopia Demographic and Health Survey. Calverton, Maryland, USA: ICF International. 2013.
32. Msuya SE, Adinan J, Mosha N. Intimate partner violence and empowerment among women in Tanzania: Prevalence and effects on utilization of reproductive and maternal health services. Rockville, Maryland, USA: ICF International. 2014.
33. Shimamoto K, Gipson JD. The relationship of women's status and empowerment with skilled birth attendant use in Senegal and Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;(15):154.
34. Tuladhar S, Khanal KR, Ghimire PK, Onta K. Women's empowerment and spousal violence in relation to health outcomes in Nepal: Further Analysis of the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. Calverton, Maryland, USA: ICF International. 2013.
35. Kishor S. A focus on gender: collected papers on gender using DHS data. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro. 2005.
36. Eerdewijk Av, Newton J, Tyszler M, Wong F, Vaast C. A Conceptual Model of Empowerment of Women and Girls (draft). In: KIT Gender (Royal Tropical Institute), editor. Amsterdam. 2016.
37. Weyl LM. Combater a feminização da pobreza com empoderamento feminino – a experiência do projeto de extensão universitária: “Promotoras Legais Populares” da Universidade de Brasília. 2010.
38. Lima SMM. O papel do Estado como agente fomentador para o empoderamento político feminino: cota eleitoral de gênero. 2015.
39. Mariano SA, Carloto CM. Gênero e combate à pobreza: Programa bolsa família. *Revista de Estudos feministas. Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo. 2019;21(70):17.
40. Mariano AS, Carloto CM. Gênero e combate à pobreza: programa bolsa família. *Revista Estudos Feministas*. 2009;17(3):901-908.
41. Souza LR. A relação entre parturição e trabalho feminino no Brasil. *R. bras. Est. Pop.* Rio de Janeiro. 2011;28(1).

42. Diniz S. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. *Reproductive Health Matters*. 2012;(20):125-132.
43. Medeiros PFG, Fátima NM. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas*. 2009;17(1):31-48.
44. Ackerson LK, Subramanian SVA. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. *Journal Epidemiol*. 2008;15(10):167.
45. Smith LCL. Haddad. Explaining Child Malnutrition in Developing Countries. A Cross-Country Analysis. International Food Policy Research Institute. 2000.
46. Smith LCU, et al. The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries. In *Household Decisions, Gender, and Development*, edited by A. International Food Policy Research Institute. 2003^b.
47. Shroff MR, et al. Maternal autonomy is inversely related to child stunting in Andhra Pradesh, India. *Maternal & Child Nutrition*. 2009;5(1):64–74.
48. Shroff MR, et al. Does maternal autonomy influence feeding practices and infant growth in rural India? *Social Science and Medicine*. 2011;73(3):447–455.
49. Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO). What does women's empowerment have to do with nutrition?.2020.
50. Smith LCU, et al. The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries. Food Policy Research Institute. 2003.
51. Srivastava L, Austin MJ. Women and Non-Governmental Organizations in Developing Countries. *Social Development Issues*. 2012;(77).
52. Siddhanta A, Chattopadhyay A. Role of Women's Empowerment in Determining Child Stunting in Eastern India and Bangladesh. *Social Science Spectrum*. 2017;3(1):38-51.
53. Bhagowalia P, et al. What dimensions of women's empowerment matter most for child nutrition? Evidence Using Nationally Representative Data from Bangladesh. International Food Policy Research Institute. 2012.
54. Braitstein P, Ayaya S, Nyandiko WM, Kamanda A, Koech J, Gisore P, et al. Nutritional status of orphaned and separated children and adolescents living in community and institutional environments in uasin gishu county, kenya. *PloS one*. 2013;8(7):70054.
55. Mashal T, Takano T, Nakamura K, Kizuki M, Hemat S, Watanabe M, et al. Factors associated with the health and nutritional status of children under 5 years of age in Afghanistan: family behaviour related to women and past experience of war-related hardships. *BMC public health*. 2008;(8):301.

56. Begum S, Sen B. Maternal health, child well-being and chronic poverty: does women's agency matter? *Bangladesh Development Studies*. 2009;32(4):69-93.
57. Sharon JG, et al. Measurement of Female Autonomy According to Women and their Husbands: Results from Five Asian Countries. Annual Meeting. 2001.
58. Chipili G, et al. Women Empowerment and the Nutrition Status of Children Aged Between 6-59 Months. *Journal of Nutrition and Health Sciences*. 2018;(5):2
59. Demetriades J. Gender Indicators: What, Why and How? United Kingdom: BRIDGE's Development Gender. 2007.
60. United Nations Children's Fund (UNICEF). Harnessing the Power of Data for Girls: Taking stock and looking ahead to 2030. New York: UNICEF. 2016.
61. Bishop D, Bowman K. Still learning: a critical reflection on three years of measuring women's empowerment in Oxfam. *Gender & Development*. 2014;22(2):253-69.
62. Jennings L, Na M, Cherewick M, Hindin M, Mullany B, Ahmed S. Women's empowerment and male involvement in antenatal care: analyses of Demographic and Health Surveys (DHS) in selected African countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;(14):297.
63. Upadhyay UD, Karasek D. Women's empowerment and ideal family size: an examination of DHS empowerment measures in Sub-Saharan Africa. *International perspectives on sexual and reproductive health*. 2012;38(2):78-89.
64. Na M, Jennings L, Talegawkar SA, Ahmed S. Association between women's empowerment and infant and child feeding practices in sub-Saharan Africa: an analysis of Demographic and Health Surveys. *Public health nutrition*. 2015;18(17):3155-65.
65. Wekwete NN, Sanhokwe H, Murenjekwa W, Takavarasha F, Madzingira N. Spousal gender-based violence and women's empowerment in the 2010-11 Zimbabwe Demographic and Health Survey. Rockville, Maryland, USA: ICF International. 2014.
66. Do M, Kurimoto N. Women's empowerment and choice of contraceptive methods in selected African countries. *International perspectives on sexual and reproductive health*. 2012;38(1):23-33.
67. Afifi M. Women's empowerment and the intention to continue the practice of female genital cutting in Egypt. *Archives of Iranian medicine*. 2009;12(2):154-60.
68. Malhotra C, Schuler SR. Women's empowerment as a variable in international development. In D. Narayan (Ed.), *Measuring empowerment: Cross-disciplinary perspectives*. 2005:71-88.

69. Doss C, et al. Women's Economic Empowerment in Agriculture: Supporting Women Farmers. UN Foundation. 2012.
70. Smith LC, et al. Admissible Evidence in the Court of Development Evaluation? The Impact of CARE's SHOUHARDO Project on Child Stunting in Bangladesh. Institute of Development Studies. 2011.
71. Malhotra A, Schuler SR, Boender C. Measuring women's empowerment as a variable in international development. Washington, D.C.: World Bank. 2002.
72. Moser A. Gender and indicators: overview report. Brighton, UK: Institute of Development Studies. 2007.
73. World Economic Forum. The Global Gender Gap Report. Geneva: WEF. 2014.
74. Greco G. Assessing women's quality of life in rural Malawi: a capabilities index. [PhD thesis]. UK: London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2013.
75. Sethuraman K, et al. Women's Empowerment and Domestic Violence: The Role of Sociocultural Determinants in Maternal and Child Undernutrition in Tribal and Rural Communities in South India. Food and Nutrition Bulletin. 2006;(128):143.
76. Filmer D, Pritchett LH. Estimating Wealth Effects without Expenditure Data-or Tears: An Application to Educational Enrollments in States of India. Demography. 2001;38(1):115-132.
77. Morris TP, White IR, Royston P. Tuning multiple imputation by predictive mean matching and local residual draws. BMC Med Res Methodol. 2014;14(1):75.
78. Donders ART. *et al.* Review: a gentle introduction to imputation of missing values. Journal of Clinical Epidemiology. 2006;59(10):1087-1091.
79. Rubin DB. Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. 1987.
80. Merlo J, *et al.* A brief conceptual tutorial on multilevel analysis in social epidemiology: investigating contextual phenomena in different groups of people. Journal of Epidemiology Community Health. 2005;(59):729-736.
81. Allison P. Imputation by Predictive Mean Matching: Promise & Peril. 2015.
82. Merlo J, *et al.* A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: using measures of clustering contextual phenomena in multilevel logistic regression to investigate. Journal Epidemiology Community Health. 2006;(60):290-297.
83. Camargos VP, *et al.* Imputação múltipla e análise de casos completos em modelos de regressão logística: uma avaliação prática do impacto das perdas em

- covariáveis. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(12):2299-2313.
84. Nunes LN, Klück MM, Fachel JM. Uso da imputação múltipla de dados faltantes: uma simulação utilizando dados epidemiológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(2):268–278.
 85. Miri HH, Hassanzadeh J, Rajaeefard A, Mirmohammadkhani M, Angali KA. Multiple imputation to correct for nonresponse bias: application in non-communicable disease risk factors survey. *Glob J Health Sci*. 2016;8(1):133–58.
 86. Statacorp LP. *Stata Data Analysis and Statistical Software*. Texas, USA: [S.N.].
 87. Hongyu K, et al. *Principal Component Analysis: theory, interpretations and applications*. Engineering and Science. 2015;1(5):83-90.
 88. Jolliffe IT. *Principal Component Analysis*. New York: Springer-Verlag. 2002.
 89. Jolliffe IT, Morgan BJ. Principal component analysis and exploratory factor analysis. *Statistical Methods in Medical Research*. 1992;1(1):69-95.
 90. Olinto MT. A. Padrões alimentares: análise de componentes principais. In: *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Atheneu. 2007: 213–225.
 91. Lyra WDAS, *et al*. Periodic classification: a didactic example to teach principal component analysis. *Química Nova*. 2010;33(7):1594–1597.
 92. Raykov T, Marcoulides GA. *An introduction to applied multivariate analysis*. [S.l.] Routledge. 2012.
 93. Hardle WK, Simar L. *Applied Multivariate Statistical Analysis*. Springer. 2007.
 94. Sichieri R, Castro JFG, Moura ABS. Factors associated with dietary patterns in the urban Brazilian population. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003;19(1):47-53.
 95. Hair JF, et al. *Multivariate data analysis*. 2009;(7).
 96. Hoffmann R. Regressão linear simples. In: *Análise de regressão: uma introdução à econometria*. 5ª ed. Piracicaba: ESALQ/USP.2015.
 97. Fleck MP, Bourdel MC. Method of simulation and choice of factors in the analysis of principal components. *Revista de Saúde Pública*. 1998;32(3): 267–272.
 98. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. 1974;39(1):31–6.
 99. Hu FB. Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Current Opinion in Lipidology*. 2002;13(1):3-9.
 100. Demetriou CA, et al. The mediterranean dietary pattern and breast cancer risk in Greek-Cypriot women: a case-control study. *BMC Cancer*.2012;12(1): 113.

101. Newby PK, Muller D, Tucker KL. Associations of empirically derived eating patterns with plasma lipid biomarkers: a comparison of factor and cluster analysis methods. 2004; 80(3):759-67.
102. Gage TB. The Evolution of Human Phenotypic Plasticity: Age and Nutritional Status at Maturity. *Human Biology*. 2003;75(4):521-537.
103. Buvinic M, Furst-Nichols R. Data2X: Mapeamento de lacunas de dados de gênero. Fundação da ONU, Washington, DC. 2014.
104. Buvinic M, Levine R. Data2X: O que há de errado com os dados sobre mulheres e meninas? Fundação da ONU, Washington, DC. 2015.
105. Partnership for Maternal Newborn & Child Health. Promoting women's empowerment for better health outcomes for women and children. Dhaka, Bangladesh: Partners in Population and Development. 2013.
106. Faça M, Kurimoto N. Empoderamento das mulheres e escolha de métodos anticoncepcionais em países africanos selecionados. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2012;(38):23-33.
107. Ewerling F, *et al*. The SWPER index for women's empowerment in Africa: development and validation of an index based on survey data. *Lancet Glob Heal*. 2017;5(9):916–23.
108. Vyas S, Watts C. Como o empoderamento econômico afeta o risco das mulheres de violência por parceiro íntimo em países de baixa e média renda? Uma revisão sistemática de evidências publicadas. *J Int Dev*. 2009.
109. Paul S. Participação feminina na força de trabalho e violência doméstica: Evidence from India. *J South Asian Dev*. 2016;11(2):224-50.
110. Organização Mundial da Saúde (WHO). Global Monitoring Report: Primary health care on the road to universal health coverage. 2019.
111. Asaolu IO. Measuring women's empowerment in Sub-Saharan Africa: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses of the demographic and health surveys. *Front Psychol*. 2018;(9).
112. Miedema SS, Haardörfer R, Girard AW, Yount KM. Women's empowerment in East Africa: Development of a cross-country comparable measure. *World Dev*. 2018;(110):453–64.
113. Raj A. Gender Empowerment Index: a choice of progress or perfection. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2017;5(17):9–10.
114. Kabeer N. Between affiliation and autonomy: navigating pathways of women's empowerment and gender justice in rural Bangladesh. *Dev Change*. 2011;42(2):499–528.

115. Klugman J, Tyson L. Leave no one behind: a call to action for gender equality and women's economic empowerment. Rep UN Secr Gen. 2016.
116. Osamor PE, Grady C. Autonomy and couples' joint decision-making in healthcare. BMC Med Ethics. 2018;19(1):3.
117. Ewerling F, *et al.* SWPER Global: A survey-based women's empowerment index expanded from Africa to all low-and middle-income countries. 2020.

12 CURRÍCULO LATTES

11.1 MS. JÉSSICA CUMPIAN SILVA

Jéssica Cumpian Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2261978035680654>

ID Lattes: **2261978035680654**

Última atualização do currículo em 14/09/2021

Possui graduação em Nutrição pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2014) e curso técnico em Alimentos pelo SENAI Professor Dr. Euriclydes de Jesus Zerbini (2010). Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo, Programa de Nutrição em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública (USP/FSP) (2017). Doutoranda na Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública pelo Programa de Nutrição em Saúde Pública. Participante do Laboratório de Análise Populacional da USP (LANPOP). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Nutrição, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia nutricional, transição nutricional, obesidade, educação nutricional, avaliação nutricional, determinantes do estado nutricional e antropometria. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Jéssica Cumpian Silva

Nome em citações bibliográficas SILVA, J. C.; CUMPIAN-SILVA, J.; CUMPIAN SILVA, JÉSSICA; CUMPIAN-SILVA, JÉSSICA; SILVA, JÉSSICA CUMPIAN

Lattes ID <http://lattes.cnpq.br/2261978035680654>

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública
Pacaembu
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617705

Formação acadêmica/titulação

2017 Doutorado em andamento em Nutrição em Saúde Pública.

11.2 PROF. DR. WOLNEY LISBÔA CONDE

Wolney Lisboa Conde

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3019128679501921>

ID Lattes: **3019128679501921**

Última atualização do currículo em 21/09/2020

Graduação em Nutrição pela Universidade Federal do Pará (1991) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2004). Atualmente é professor doutor da Universidade de São Paulo, atuando no curso de graduação em Nutrição e no curso de pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Nutrição, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia nutricional, transição nutricional, obesidade, determinantes do estado nutricional e antropometria. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Wolney Lisboa Conde

Nome em citações bibliográficas CONDE, W. L.; Popkin, Barry M.; Conde, Wolney L.; de Assis, M. A. A.; CONDE, WOLNEY LISBÔA

Lattes iD <http://lattes.cnpq.br/3019128679501921>

Orcid iD <https://orcid.org/0000-0003-0493-134X>

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição.
Av. Dr. Arnaldo, 715, Laboratório de Avaliação Nutricional de Populações
Cerqueira César
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667705
Fax: (11) 30667762
URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br/>