

Qual é a prática promissora de grande impacto para conseguir uma mudança social e comportamental no planejamento familiar?

Envolver e mobilizar comunidades em diálogos e ações em grupo para promover relações sexuais saudáveis.

Antecedentes

Este resumo descreve a evidência e a experiência com intervenções de engajamento de grupos comunitários (CGE, sigla em inglês para *Community Group Engagement*), visando estimular comportamentos saudáveis de saúde sexual e reprodutiva (SSR). O que distingue as intervenções de CGE de outras intervenções de mudança social e comportamental (SBC, sigla em inglês para *Social and Behavior Change*) é que elas trabalham com e através de grupos da comunidade para influenciar comportamentos individuais e/ou normas sociais antes de tentar mudar comportamentos focados apenas nos indivíduos. Especificamente, o apoio comunitário pode mudar os comportamentos individuais, incluindo os comportamentos contraceptivos, seja mudando normas ou conhecimentos e atitudes individuais (Storey et al., 2011).

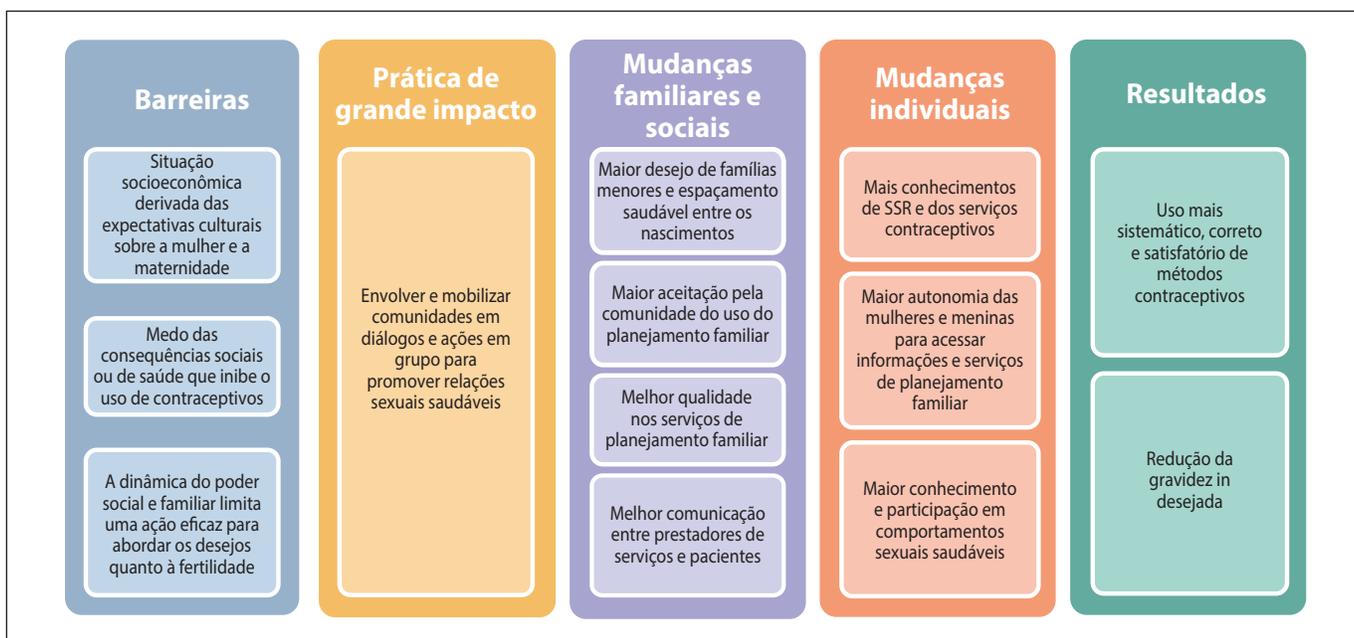


Save the Children, 2002

As pessoas enfrentam muitas barreiras no acesso a contraceptivos e seu uso eficaz, como o medo das consequências sociais e/ou na saúde por usar o planejamento familiar. As barreiras incluídas no modelo de teoria da mudança para CGE, apresentado na Figura 1, estão baseadas em uma revisão de barreiras de gênero para o uso de contraceptivos (McCleary-Sills et al., 2012) e refletem problemas comumente abordados pelas atividades de CGE. Embora a teoria da mudança esteja organizada em um formato linear e unidirecional, é possível que os mecanismos da ação sejam multidirecionais e mais complexos.

As atividades de engajamento de grupos comunitários, em geral, seguem um processo definido para identificar e responder aos fatores locais ligados à saúde sexual e reprodutiva e suas barreiras. Esta abordagem visa maximizar a participação e ir além das conversas com os líderes e tomadores de decisões para entender melhor a saúde sexual e reprodutiva do ponto de vista da comunidade. As atividades podem incluir exercícios de mapeamento, abordagens na mídia social, jogos de exploração, dramatizações, estudos de casos, exercícios de priorização e criação de coalizões, dentre outras. Embora as atividades possam ser facilitadas por gente de fora da comunidade, por exemplo funcionários de ONGs, funcionários públicos, ou agentes de extensão, elas estão apoiadas na participação de grupos e membros da comunidade local para catalisar a mudança.

Figura 1. Promoção de comportamentos de SSR positivos envolvendo e mobilizando as comunidades: Teoria da Mudança



Com frequência, os programas colocam em prática intervenções de CGE como parte de um pacote de intervenções para influenciar simultaneamente o indivíduo, a família e/ou o grupo de pares, e a comunidade. O engajamento de grupos comunitários deveria ocorrer junto com outras abordagens de SBC (por exemplo, mídia, comunicações interpessoais, ou aconselhamento) e/ou investimentos na melhoria na prestação de serviços de forma a gerar maior impacto.

As intervenções de engajamento de grupos comunitários é uma das diversas “práticas de grande impacto” (PGIs) promissoras para o planejamento familiar, identificadas por um grupo técnico consultivo de especialistas internacionais. Práticas promissoras são práticas com boa evidência, mas para as quais é necessário contar com mais informações para documentar completamente a experiência da implementação e seu impacto potencial. O grupo técnico consultivo recomenda que essas intervenções sejam promovidas amplamente, sempre que executadas no contexto da pesquisa e cuidadosamente avaliadas no que diz respeito ao impacto e o processo (HIPs, 2015). Para obter mais informações sobre PGIs, leia <http://www.fphighimpactpractices.org/overview/>.

Quais desafios os países podem enfrentar com a ajuda do engajamento de grupos comunitários?

Mulheres e meninas obtêm sua situação socioeconômica quando obedecem às expectativas culturais sobre a mulher e a maternidade. (McCleary-Sills et al., 2012). Normas de gênero que idealizam a ignorância sexual nas meninas e a proeza sexual nos meninos existem no mundo todo (Kågesten et al., 2016; Marston & King, 2006). Essas normas sustentam práticas sociais nocivas que contribuem para a precariedade da saúde. No que diz respeito às mulheres e às meninas, essas normas contribuem para o casamento precoce, o isolamento social, a falta de poder, a mobilidade limitada, e pressionam para provar a fertilidade, engravidando cedo e com frequência (Adams et al., 2013; Greene et al., 2014; Singh et al., 2014; McCleary-Sills et al., 2012), e são reforçadas pela família e pela comunidade. Por exemplo, o casamento infantil é, tipicamente, uma decisão tomada pelos pais, cônjuges, sogros e outros guardiões (WHO, 2009; Daniel et al., 2008; Mathur et al., 2004; Shattuck et al., 2011). Prestadores de serviços de saúde apoiam essas práticas colocando restrições de idade ou paridade no acesso a métodos contraceptivos ou requerendo a aprovação do cônjuge (Chandra-Mouli et al., 2014, Tumlinson et al., 2015).

Estudos mostram que o CGE pode melhorar o conhecimento de homens e mulheres sobre SSR (Schuler et al., 2015). O conhecimento e a compreensão limitados sobre contracepção e reprodução contribuem para aumentar

o medo das potenciais consequências sociais e de saúde na utilização do planejamento familiar. (McCleary-Sills et al., 2012). Em muitas comunidades há uma falta generalizada de compreensão da relação entre sexo, reprodução e contracepção. Por causa da falta desse entendimento, as mulheres, especialmente as meninas adolescentes, podem não avaliar de forma eficaz os riscos da gravidez (McCleary-Sills et al., 2012, Sedgh et al., 2007).

O engajamento de grupos comunitários pode aumentar o poder de tomada de decisão das mulheres. A capacidade das mulheres de tomar decisões e de agir a esse respeito está ligada ao uso de contraceptivos (Chandra-Mouli et al., 2013; Kraft et al., 2014; Radice, 2014; Wang et al., 2013; WHO, 2010). A autonomia na tomada de decisão e o acesso rápido ao dinheiro ou seu controle é fundamental para acessar serviços contraceptivos (Miller et al., 2002; Keele et al., 2005). A análise de dados do Inquérito Demográfico e de Saúde de 31 países constatou que mulheres mais envolvidas nas tomadas de decisão do lar tinham 80% mais probabilidades de usar métodos de contracepção modernos que as mulheres sem poder de tomada de decisão. O engajamento das mulheres incluiu decisões sobre seus próprios cuidados de saúde, compras de itens importantes para o lar ou para as necessidades diárias da casa, visitas a suas famílias ou parentes, e preparação diária das comidas (Ahmed et al., 2010). Estudos confirmam que o CGE pode promover normas de igualdade de gênero bem como tomada de decisão equitativa entre o casal, e reduzir a aceitação da violência nas relações íntimas (Schuler et al., 2015; Abramsky et al., 2014; Shattuck et al., 2011; Figueroa et al., 2016; Underwood et al., 2011).

O engajamento de grupos comunitários poderia influenciar mudanças nos níveis comunitário, familiar e individual por fortalecer capacidades dentro da comunidade. Um estudo na Zâmbia mostrou que o CGE poderia melhorar a coesão social, a capacidade coletiva para resolver problemas, a gestão de conflitos, a liderança eficaz e equitativa, e a participação/autoeficácia (Underwood et al., 2013). Indivíduos de comunidades que trabalharam em conjunto para resolver problemas de saúde eram duas vezes mais propensos a usar um método anticoncepcional moderno do que indivíduos de comunidades que não trabalhavam juntos para resolver problemas de saúde.

Qual é o impacto?

O engajamento de grupos comunitários está associado com níveis mais altos de uso de métodos contraceptivos. Com frequência, nos programas de planejamento familiar, usa-se o CGE combinado com outras estratégias de SBC na prestação de serviços. Estudos apoiados em uma análise multivariada desta abordagem combinada foram realizados em Benin, Gana, Nigéria e Senegal. Uma análise multivariada permite aos pesquisadores avaliar a relação entre a exposição ao CGE e as medidas de resultado, controlando a exposição a outros componentes da intervenção. Todos esses quatro estudos informaram um aumento no uso de métodos contraceptivos modernos ou uma queda na taxa de fecundidade dois ou três anos depois da implementação do programa (Speizer & Lance, 2016; Debpuur et al., 2002; Population Council, 2012; IRH, 2016). A implementação desses programas gerou um aumento de 4 a 10 pontos percentuais no uso de métodos contraceptivos modernos nas comunidades de intervenção (Speizer & Lance, 2016; Debpuur et al., 2002; IRH, 2016). Análises multivariadas constataram que em todos os quatro países houve uma contribuição significativa do CGE para os resultados observados (Speizer & Lance, 2016; Debpuur et al., 2002; IRH, 2016).

Os desenhos das intervenções variaram substancialmente de um programa para outro. Os programas no Gana, na Nigéria e no Senegal colocaram a ênfase nas atividades que trabalhavam com líderes religiosos ou comunitários, bem como com a comunidade em geral (por exemplo, dramatização com discussão em grupo), incorporando mensagens e atividades específicas. Todos os programas, com exceção do programa no Gana, incluíram investimentos na mídia, bem como em outras estratégias de SBC, como material impresso. Adicionalmente, com exceção do programa no Benin, todos os programas incluíram investimentos significativos para melhorar a prestação de serviços (Speizer & Lance, 2016; Debpuur et al., 2002; Ashburn et al., 2016).

Estudos de CGE foram realizados em contextos variados em uma ampla gama de grupos da população. Por exemplo, teatro participativo, músicas, e diálogo em grandes grupos heterogêneos foram usados para descobrir as barreiras para obter acesso ao planejamento familiar em situações de conflito no Chade, na República Democrática do Congo,

no Djibuti, no Mali, e no Paquistão. Os programas nesses cinco países assistiram 52.616 novos usuários de métodos contraceptivos modernos ao longo de dois anos e meio (Curry et al., 2015). No Quênia, 150 facilitadores comunitários treinados mantiveram diálogos comunitários continuados com homens e mulheres sobre gênero, sexualidade e planejamento familiar ao longo de três anos e meio. A probabilidade de as mulheres que participaram desses diálogos usarem contraceptivos modernos na linha final quando comparadas com as que não participaram, era de quase 80% (Wegs et al., 2016). O CGE é também uma abordagem comum para envolver homens. No Malawi, praticamente 80% dos homens participantes de um programa de CGE informaram o uso de métodos contraceptivos modernos (Shattuck et al., 2011). Embora estudos de CGE em El Salvador e na Guatemala tenham demonstrado um aumento no uso de métodos contraceptivos em comparação com os grupos de controle, as diferenças não foram estatisticamente significativas (Lundgren et al., 2005; Schuler et al., 2015).

O engajamento de grupos comunitários pode ser um componente fundamental nos programas integrais de SSR para adolescentes.

O engajamento de grupos comunitários pode facilitar o diálogo com indivíduos influentes para identificar e esclarecer valores em torno do casamento e da gravidez adolescentes e a abordar normas, mitos e ideias erradas sobre a sexualidade adolescente (Dick & Chandra-Mouli, 2006; Daniel et al., 2008; Daniel & Nanda, 2012; Denno et al., 2015).

Foram identificados oito estudos de programas para adolescentes que incluíam CGE, três na Índia, dois no Nepal e um em cada um dos seguintes países: Burkina Faso, Bangladesh, e Uganda (Save the Children, 2009; Kanesathasan et al., 2008; Mathur et al., 2004; ACQUIRE, 2008; Thiombiano et al., 2006; IRH, 2016; Santhya et al., 2008; Daniel & Nanda, 2012). Nenhum desses estudos incluiu uma análise para avaliar a contribuição ímpar do CGE. Quatro dos estudos mediram os efeitos do programa no casamento precoce, demonstrando todos os quatro um impacto positivo (Save the Children, 2009; Kanesathasan et al., 2008; Mathur et al., 2004; ACQUIRE, 2008), que pode contribuir para melhores resultados maternos e infantis. Em Bangladesh, a idade média de casamento aumentou de 14,6 anos para 15,4 anos; na Índia, de 16 para 18; e no Nepal, de 14 para 16 (Save the Children, 2009; Kanesathasan et al., 2008; ACQUIRE, 2008). Sete estudos informaram sobre o uso de contraceptivos por mulheres adolescentes casadas. Os resultados gerais são inconclusivos, sendo coerentes com os achados de uma revisão realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009). No entanto, os três estudos da Índia e o estudo em Uganda registraram grandes aumentos no uso de métodos contraceptivos modernos: 10 pontos percentuais ou mais (Daniel & Nanda, 2012; Santhya et al., 2008; IRH, 2016; Kanesathasan et al., 2008). Outros dois estudos registraram um aumento mínimo ou nenhum aumento no uso de contraceptivos (ACQUIRE, 2008; Thiombiano et al., 2006). Um estudo no Nepal informou uma redução no uso de métodos contraceptivos, no entanto, essa redução foi maior nos locais de controle, o que sugere que a intervenção pode ter atenuado a taxa de redução (Mathur et al., 2004).

Esses oito programas para adolescentes foram similares à abordagem combinada descrita acima, incorporando todos eles uma variedade de abordagens de SBC e de melhorias na prestação de serviços. Em termos de grupos etários, dois programas na Índia e um no Nepal se focaram em mulheres casadas com menos de 20 anos de idade e seus maridos (Daniel & Nanda, 2012; Santhya et al., 2008; ACQUIRE, 2008). Os outros programas incluíram meninas e meninos solteiros de 10 a 24 anos de idade, além de adolescentes casados, com exceção do programa em Burkina Faso que não informou um grupo etário específico (Thiombiano et al., 2006).

Como funciona um o CGE? Um exemplo do Uganda

Uma intervenção multicomponente apoiou os participantes na reflexão sobre as expectativas sociais ligadas ao fato de ser menino ou menina e sobre como essas normas influem na tomada de decisões sexuais e no acesso aos serviços. O componente CGE incluiu um conjunto de ferramentas e uma série dramática no rádio para promover o diálogo e o aprendizado entre grupos de adolescentes (10 a 19 anos de idade) e membros de suas comunidades. O processo foi desenhado para engajar líderes e membros da comunidade para refletir sobre normas da comunidade, identificar questões-chave e desenvolver e executar um plano de ação. (IRH, 2016).

O engajamento de grupos comunitários foi implementado em outras áreas da saúde em grande escala com

adequado custo benefício. A implementação de CGE em grande escala nos programas de planejamento familiar ainda não é corrente. No entanto, a evidência da aplicação de CGE em programas de saúde materno infantil demonstra que essa abordagem pode conduzir a “uma transformação sustentada e rentável para melhorar comportamentos cruciais de saúde” (Farnsworth et al., 2014; Prost et al., 2013).

Como fazer: dicas da experiência

Um grupo de especialistas se reuniu para identificar componentes-chave para envolver as comunidades com sucesso na mudança de comportamentos (Gumucio, 2001). Focado em resultados para além do comportamento individual, p. ex., os ligados às normas sociais, às políticas, à cultura, e ao ambiente de apoio, o grupo fez as seguintes recomendações:

- **A comunicação para a mudança social deve ser empoderadora, horizontal (em oposição a de cima para baixo), voltada para conteúdos locais e propriedade, e dando voz a membros da comunidade antes não ouvidos.** Diálogo em grupos, reflexão e atividades participativas personalizadas podem focalizar como as questões de gênero e outras normas sociais contribuem para os baixos resultados de saúde reprodutiva. Essas abordagens são especialmente úteis para pessoas com pouco poder, como adolescentes e minorias étnicas. As abordagens de engajamento de grupos comunitários podem dar aos grupos excluídos uma voz coletiva mais fortes para influenciar na mudança social e na própria saúde, no âmbito familiar e na comunidade mais ampla (Storey et al., 2011). Quando as partes interessadas locais e os membros da comunidade se articulam e exploram essas dinâmicas, eles ficam mais bem equipados para desenvolver e levar adiante estratégias importantes que possibilitem o apoio social para mudar as normas e melhorar as práticas de SSR.
- **As comunidades devem ser seus próprios agentes de mudança.** Além de garantir que os funcionários das ONGs entendam como as normas sociais forjam seus próprios comportamentos, as intervenções de CGE devem apoiar os membros individuais da comunidade e a comunidade toda, por exemplo, desenvolvendo capacidades para liderar processos de grupo para promover a tomada de decisão informada e as ações coletivas (Cheetham, 2002; IAWG, 2007). Também é recomendado fortalecer a capacidade das organizações locais lideradas por jovens ou dos serviços para os adolescentes (Youth Health and Rights Coalition, 2011; IAWG, 2007). Esses grupos, com maior capacidade para identificar e enfrentar os problemas que os atingem e a sua comunidade, poderão cuidar de outras questões na medida em que elas surgirem.
- **A ênfase deve-se deslocar da persuasão e transmissão de informações por especialistas técnicos de fora para o diálogo, o debate e a negociação sobre questões que ressoam entre os membros da comunidade.** As intervenções de engajamento de grupos comunitários devem evitar predeterminar soluções. O engajamento de grupos comunitários facilita um processo por meio do qual as comunidades identificam as causas principais dos problemas e forjam abordagens para enfrentar essas causas. Com frequência, quando o objetivo é claro, as comunidades se beneficiam da flexibilidade para identificar e implementar suas próprias respostas localizadas. Essa flexibilidade nos programas parece aumentar o engajamento, a capacidade e o compromisso locais para atingir e manter os resultados almejados pela comunidade.



Uma discussão de grupo focal com homens jovens da área rural de Mwene-Ditu, Kasai Oriental, República Democrática do Congo

© 2014 Amelie Sow-Dia, Courtesy of Photoshare

Os programas de CGE também devem:

- **Alcançar jovens, especialmente, jovens fora da escola.** Uma análise crítica de 2009 da Organização Mundial da Saúde sobre programas de SSR para adolescentes concluiu que as oficinas educativas fora da escola possibilitam discussões mais abertas e participativas em comparação com as realizadas na educação formal. Membros da comunidade ou organizações estabelecidas que já atendem jovens, como os movimentos de escoteiros e de guias, podem levar adiante as oficinas educativas e de diálogo de forma sustentável e culturalmente sensível. A análise recomenda combinar essas oficinas educativas com atividades de mobilização comunitária.
- **Sempre que possível, apoiar-se em plataformas existentes.** As intervenções de engajamento de grupos comunitários devem avaliar até onde plataformas e grupos comunitários existentes incluem a participação ativa de populações afetadas e/ou excluídas. O uso da infraestrutura social existente, formal e não formal, encoraja a sustentabilidade e aumenta a possibilidade de replicação e ampliação efetivas. Por outro lado, a formação de novos grupos consome muitos recursos e requer mais esforços contínuos para se manter. No entanto, os programas devem levar em conta que as populações mais vulneráveis, como adolescentes e minorias étnicas, podem não se sentir à vontade participando de grupos já existentes. Nesse caso, esses grupos vulneráveis podem precisar de apoio para se expressar e reivindicar seus direitos de participação. No caso de necessidade de novas plataformas comunitárias, os programas devem adicionar tempo em seus planos de trabalho, em geral de seis meses a um ano, para entrar na comunidade e organizá-la.
- **Estender e ligar abordagens de SBC.** Especialistas acreditam que o CGE funciona melhor quando os executantes estabelecem ligações e mecanismos de feedback entre múltiplas abordagens de SBC (por exemplo, aconselhamento interpessoal, discussões em grupo, e programas de rádio com assuntos compatíveis) que trabalham para atingir o mesmo objetivo. As estratégias de saúde de SBC que funcionam em múltiplos níveis e usam múltiplos canais possivelmente tenham maior abrangência e impacto (Arora et al., 2012). Da mesma forma como com todas as abordagens multifacetadas e complexas, é preciso considerar a perda de eficácia e eficiência no momento da ampliação (Maclean, 2006). As intervenções devem ser desenhadas com uma perspectiva de como planejar e apoiar a implementação ampliada de componentes comprovados.
- **Definir mecanismos de controle e de garantia da qualidade.** Como em outras abordagens programáticas, o controle da implementação é necessário para garantir uma programação eficaz. Estratégias como a implementação de doses baixas (1 hora ou menos), alta frequência (uma vez por mês) e sessões de acompanhamento para que os facilitadores de grupos compartilhem experiências e resolvam problemas são úteis para garantir a qualidade dos programas. Listas de verificação de observação (impressas ou em dispositivos móveis) para supervisão de apoio aos facilitadores de grupos também são úteis.
- **Assegurar o compromisso político e de recursos para as abordagens de CGE.** Com frequência, as abordagens de engajamento de grupos comunitários tiram os ministérios da saúde de sua zona de conforto, e isso pode conduzi-los a retirar a prioridade da intervenção no momento da ampliação, especialmente no que diz respeito à redução de recursos e de funcionários. Por exemplo, a avaliação de longo prazo do projeto Navrongo no Gana, mostrou que a expansão efetiva da intervenção de CGE não foi sustentada no momento da ampliação e, portanto, o projeto não manteve a diminuição da gravidez quando operou em grande escala (Phillips et al., 2012). Dados de alta qualidade, bem como histórias de interesse humano de um conjunto diverso de participantes envolvidos no início podem ajudar a gerar compromisso. Outros ensinamentos sobre como gerar esse compromisso podem ser encontrados nos esforços para garantir a adesão e o compromisso dos participantes com a ampliação de intervenções que fortalecem capacidades em jovens, adultos e organizações (Diop et al., 2004; Daniel et al., [2013]; Mathur et al., 2004).

Perguntas prioritárias de pesquisa

1. As intervenções de CGE influenciam nos resultados chave de planejamento familiar nos grupos específicos de população adolescente, como os adolescentes muito jovens, casados, ou não casados?
2. Como é implementado o CGE em grande escala e quais são os custos associados?
3. Qual nível/dose e cobertura de CGE são suficientes para obter uma mudança sustentada nas normas sociais e nos comportamentos de planejamento familiar?

Recursos

Communication for Social Change: An Integrated Model for Measuring the Process and Its Outcomes

(Comunicação para a Mudança Social: Um modelo integrado para medir o processo e seus resultados) oferece um recurso prático para organizações comunitárias, profissionais das comunicações, e ativistas da mudança social que trabalham em projetos de desenvolvimento para avaliar os avanços e os efeitos de seus programas. Disponível em: <http://www.communicationforsocialchange.org/pdf/socialchange.pdf>

How to Mobilize Communities for Health and Social Change (Mobilizando as comunidades para a mudança social e de saúde) oferece orientações passo-a-passo sobre como usar CGE para influenciar positivamente os comportamentos ligados à saúde. Disponível em: <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ikitresources/how-to-mobilize-communities-for-health-and-social-change-2/>

Formato sugerido para citação:

High-Impact Practices in Family Planning (HIPs). Community engagement: changing norms to improve sexual and reproductive health (Engajamento da comunidade: mudando as normas para melhorar a saúde sexual e reprodutiva). Washington, DC: USAID; 2016 Oct. Disponível em: <http://www.fphighimpactpractices.org/briefs/community-group-engagement/>.

Agradecimentos: Este documento foi redigido por Kate Plourde, Joy Cunningham, Meagan Brown, Kerry Aradhya, Shegufta Sikder, Joan Kraft, Shawn Malarcher, Hope Hempstone, and Angela Brasington. Critical review and helpful comments were provided by Afeefa Abdur-Rahman, Peggy D'Adamo, Jennifer Arney, Michal Avni, Doortje Braeke, Wendy Castro, Paata Chikvaidze, Tamar Chitashvili, Arzum Ciloglu, Chelsea Cooper, Kristen Devlin, Ellen Eiseman, Debora Freitas, Jill Gay, Jay Gribble, Gwyn Hainsworth, Karen Hardee, Laura Hurley, Cate Lane, Rebecka Lundgren, Erin Mielke, Danielle Murphy, Maggwa Ndugga, Maureen Norton, Gael O'Sullivan, Shannon Pryor, Suzy Sacher, Amy Sedig, Ritu Shroff, Reena Shukla, Gail Snetro, Linda Sussman, Feven Tassew, Nandita Thatte, Caitlin Thistle, Caroll Vasquez, e Venkatraman Chandra-Mouli.

Este resumo é endossado por: Abt Associates, Bill & Melinda Gates Foundation, CARE, Chemonics International, EngenderHealth, FHI 360, FP2020, Georgetown University/Institute for Reproductive Health, International Planned Parenthood Federation, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Palladium, Pathfinder International, Population Council, Population Reference Bureau, Population Services International, Save the Children, United Nations Population Fund, United States Agency for International Development, and University Research Co., LLC.

A Organização Mundial da Saúde/Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa contribuíram para o desengajamento dos conteúdos técnicos dos resumos PGI, considerados sínteses da evidência e da experiência de campo. Espera-se que estes resumos sejam usados junto com as ferramentas e orientações de planejamento familiar oferecidas pela OMS: http://www.who.int/topics/family_planning/es/

Tradução para o português pela PAHO. Revisores Magna dos Santos Andrade, Universidade Estadual da Bahia and Rita Badiani, Pathfinder International



Referências

Uma lista de referências completa usada na preparação deste resumo pode ser encontrada em:
<https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/community-group-engagement/>

Para obter mais informações sobre PGIs, entre em contato com a equipe de PGIs na USAID via e-mail:
fhip@k4health.org.