



BANCO
MUNDIAL

O Banco Mundial é uma das maiores fontes de apoio ao desenvolvimento no mundo, atuando em mais de cem países como provedor de recursos e idéias para melhorar a qualidade de vida e eliminar a pobreza em seus vários aspectos. Com vistas a aumentar a eficácia de sua atuação, o Banco Mundial recomenda a realização de estudos sobre igualdade entre os gêneros em todos os países em que atua. Este livro é resultado dessa recomendação. A Unidade de Gênero da Região da América Latina e do Caribe no Banco Mundial já preparou estudos semelhantes na Argentina, Colômbia, Equador, Jamaica, Paraguai, República Dominicana e em todos os países da América Central. Nestes, constata-se a relação entre segregação de gênero e pobreza e, como conseqüência, recomenda-se que políticas de melhoria do bem-estar sejam necessariamente acompanhadas pela redução das desigualdades socioeconômicas entre homens e mulheres.

cepia

Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

A Cepia é uma entidade civil, sem fins lucrativos, voltada para a execução de projetos que contribuam para o fortalecimento da cidadania, especialmente nos setores que, na história do nosso país, vêm sendo excluídos de seu pleno exercício. Trabalhando no marco dos direitos humanos e com uma perspectiva de gênero, tem privilegiado as áreas de saúde sexual e reprodutiva, violência e acesso à justiça. Para isso, a Cepia desenvolve estudos, pesquisas, projetos de intervenção social e programas de formação e capacitação, tendo a preocupação de difundir seus resultados, compartilhando-os com amplos setores da sociedade. Atua, também, na avaliação e acompanhamento do impacto de políticas públicas.

A questão de gênero no Brasil

BANCO MUNDIAL

A questão de gênero no Brasil



Unidade de Gênero

Departamento de
Política Econômica
e Redução de Pobreza

Região da América Latina
e Caribe

BANCO MUNDIAL



A questão de gênero no Brasil

Unidade de Gênero

Departamento de Política Econômica
e Redução de Pobreza

Região da América Latina e Caribe

BANCO MUNDIAL

Introdução

JACQUELINE PITANGUY



**BANCO
MUNDIAL**



Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

Copyright © BANCO MUNDIAL 2003

As idéias aqui expressas são das autoras e não refletem necessariamente posições oficiais do Banco Mundial ou de seu Diretório Executivo.

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Coordenação editorial
Maria Valéria Junho Pena
Jacqueline Pitanguy

Ilustração da capa
Marcia Cisneiros
"Cenas de um bar", 2002
Acrílico sobre tela, Coleção de Marta Neri

Revisão
Sonia Cardoso

Projeto gráfico e diagramação
Sonia Goulart

Fotolito
GR3

Impressão
Gráfica Imprinta

BANCO MUNDIAL
SCN Quadra 02 Lote A
Edifício Corporate Financial Center
Conjunto 303/304
Brasília DF 70712-900
Tel (61) 329-1000
Fax (61) 329-1010

CEPIA
Rua do Russel 694/2º andar Glória
22210-010 Rio de Janeiro RJ
Telefax (21) 25586115 / 2205-2136
cepia@alternex.com.br
www.cepia.org.br

*N*as últimas décadas do século passado, as mulheres brasileiras alcançaram melhorias expressivas em suas condições de vida, com a diminuição de vários indicadores que medem a desigualdade de gênero e significativos ganhos em seus direitos. Não obstante esse progresso, persistem muitos desafios.

Por permanecerem uma esperança para o futuro, a igualdade de gênero e a diminuição da mortalidade materna são hoje consideradas formalmente pela maior parte dos países do mundo como objetivos do milênio que se inicia. Até que aí chegemos, muitos esforços serão demandados por parte de governos, da sociedade civil e de organismos nacionais e internacionais.

Este desprezioso relatório sobre a situação de gênero no Brasil é uma contribuição do Banco Mundial a esses esforços. Aqui se demonstra que a igualdade entre todos os seres, e particularmente a de gênero, não é apenas um direito humano fundamental, de valorização da vida e do espaço social, mas de uma condição para o desenvolvimento e a eliminação da pobreza. É com alegria que o publicamos no momento em que é criada a Secretaria dos Direitos da Mulher no Governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, e é com alegria redobrada que o fazemos no mês em que as mulheres de todo o mundo comemoram o seu dia.

Vinod Thomas

Diretor

Departamento do Brasil

Região da América Latina e do Caribe

BANCO MUNDIAL

AGRADECIMENTOS

As autoras deste relatório são Maria Valéria Junho Pena (Socióloga Líder e Coordenadora para Gênero da Região da América Latina e Caribe) e Maria C. Correia (Especialista Líder em Desenvolvimento Social da Região da África), do Banco Mundial, com colaboração de Bernice van Bronkhorst.

O trabalho sobre Gênero na América Latina e Caribe é realizado no âmbito do Departamento de Política Econômica e Redução de Pobreza, dirigido por Ernesto May. Para a realização deste livro, contou-se com a colaboração do Departamento de Desenvolvimento Ambiental e Social Sustentável, dirigido por John Redwood. O texto baseia-se em relatórios preparados por Lourdes Beneria e Fulvia Rosemberg e em pesquisa realizada por Angela Umbelino de Souza Albernaz, a quem as autoras são gratas pela qualidade de seus trabalhos e pela clareza conceitual e empírica. Debora Brakarz participou de sua versão preliminar em português, discutida com o Governo brasileiro em 2000.

Muitas pessoas contribuíram para a publicação deste livro. No Banco Mundial, Anabela Abreu, Angela Furtado, Antônio Magalhães, Chis Parel, Daniel Gross, Geoffrey Chalmers, Guillermo Perry, Ernesto May, Gobind Nankani, Joachim von Amsberg, John Garrison, John Redwood, Selpha Nyairo e Wendy Cunningham. No Brasil, Alice de Paiva Abreu, Ana Lúcia Sabóia, Bila Sorj, Branca Moreira Alves, Hildete Pereira de Mello, Jacqueline Pitanguy, Lena Lavínas, Maria Luiza Heilborn, Ruth Cardoso, Schuma Schumauer e Thereza Lobo. Chris Humphrey auxiliou no processamento e formatação do texto. A Cepia aceitou publicá-lo e participar de sua divulgação no Brasil.

Embora a aceitação não signifique necessariamente que o texto seja endossado em sua totalidade ou em suas partes, ter o aval do Banco Mundial significa uma abertura para o diálogo, item muitíssimo apreciado pela instituição. Deve-se gratidão especial a Jacqueline Pitanguy pela dedicação em trazer a dis-

cussão das desigualdades de gênero para o centro nevrálgico dos direitos humanos e erradicação da pobreza no Brasil.

Em última instância, são as autoras as responsáveis pelo texto final deste livro, mas ressalve-se que, embora discutido de modo amplo com instituições e funcionários do Governo brasileiro e do Banco Mundial, ele pode não representar seus pontos de vista.

Março de 2003

SUMÁRIO

Prefácio	xi
Introdução	xiii
Resumo executivo	xxvii
APRESENTAÇÃO	37
VISÃO GERAL DAS QUESTÕES DE GÊNERO E AS SUAS TENDÊNCIAS	40
Demográficas	40
Saúde reprodutiva	45
Saúde em geral	53
Saúde dos povos indígenas	58
A violência e as relações privadas	60
Educação	66
Trabalho	72
Pobreza, ajuste estrutural e proteção social	90
Órgãos governamentais / Organizações não governamentais dedicadas ao gênero	94
RESUMO E IMPLICAÇÕES DAS CONCLUSÕES	98
ESTRATÉGIA E RECOMENDAÇÕES	104
Estratégia geral	104
Saúde	106
Violência	108
Educação	109
Trabalho	111
Pobreza, flutuações econômicas e redes de segurança social	113
REFERÊNCIAS	115
Lista de abreviaturas e siglas	119
 LISTA DAS TABELAS	
Tabela 1a: Características demográficas da população: Brasil e Regiões, 2000	41
Tabela 1b: Características demográficas da população: Brasil e Regiões, 2000	41

Tabela 1c: Mortalidade infantil (crianças menores de cinco anos): Brasil e Regiões, 1996	42
Tabela 1d: Mortalidade infantil (crianças menores de cinco anos) segundo os anos de estudo da mãe e Regiões	42
Tabela 2a: Uso de contraceptivos por mulheres entre 15-49 anos que vivem com um parceiro	43
Tabela 2b: Taxa de fertilidade para mulheres entre 15-49 anos de acordo com os anos de estudo e Região, 1999	43
Tabela 3: Gravidez de risco: espaçamento entre gravidez e atenção pré-natal durante a gravidez e o parto, Brasil e Regiões, 1996	46
Tabela 4: Número de casos de Aids relatados, Brasil, 1991-98	55
Tabela 5: Taxas de homicídios por sexo e Região por 100.000, 1998	62
Tabela 6: Homicídios violentos e ferimentos corporais violentos registrados pela Polícia Civil, Rio de Janeiro (1991-97)	62
Tabela 7: Vítimas de homicídios registrados pela Polícia Civil, por sexo, Rio de Janeiro (1991-97)	65
Tabela 8: Taxas de analfabetismo para a população com 15 anos de idade ou mais, por sexo e Região	67
Tabela 9: Anos de escolaridade de crianças com 10 anos de idade ou mais, por sexo, Brasil 1999	68
Tabela 10: Escolaridade média para indivíduos com 10 anos de idade ou mais, por sexo e Região	69
Tabela 11: Razões para o abandono da escola entre as mulheres com idade entre 15-24 anos, de acordo com o local de residência (%) Brasil, 1996	71
Tabela 12: Taxas de participação na força de trabalho, por sexo e idade, 1985-99	74
Tabela 13: Indivíduos no mercado de trabalho, por sexo e idade, como percentual da força de trabalho, Brasil e Regiões, 1996	74
Tabela 14: Taxa de desemprego, por gênero, população com idades entre 15-65 anos, 1996	75
Tabela 15: Taxas de participação na força de trabalho, por gênero e anos de escolaridade, 1995	76
Tabela 16: Emprego, por sexo e setor (%), Brasil, 1985-99	6
Tabela 17: Salário médio mensal, indivíduos com 10 anos de idade ou mais, por sexo (em # de salários mínimos)	77

Tabela 18: Ganhos médios por hora, por sexo e escolaridade em Reais	78
Tabela 19: Renda por gênero, cor e educação, Brasil 1996 (em # de salários mínimos)	83

LISTA DOS BOXES

Box 1: O escopo do gênero	37
Box 2: A lei do planejamento familiar	45
Box 3: O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	48
Box 4: As visões das mulheres da Zona Rural sobre a própria saúde	58
Box 5: Indicadores de saúde entre as crianças indígenas no Rio Grande do Sul.....	59
Box 6: As condições do trabalho infantil	87
Box 7: O <i>lobby</i> do batom	94
Box 8: Integrando o gênero nos programas inovadores da Fundação Abrinq	95

LISTA DOS GRÁFICOS

Gráfico 1: Mulheres que tiveram filhos nos cinco anos anteriores com menos de 24 meses entre a última e penúltima gravidez (%), Brasil e Regiões, 1996	47
Gráfico 2: Mulheres que tiveram assistência pré-natal nos três primeiros meses de gravidez e durante o parto (%), Brasil e Regiões, 1996	50
Gráfico 3: Percentual de mulheres com gravidez de alto risco (1991-96).....	52

LISTA DAS FIGURAS

Figura 1: Trabalho e idade	80
----------------------------------	----

PREFÁCIO

Este relatório resulta da recomendação do Banco Mundial de que, para tornar sua atuação mais eficaz, sejam empreendidas, em todos os países-membros, análises das principais questões relacionadas a desigualdades de gênero ou referidas ao âmbito específico feminino (v.g., mortalidade materna) ou masculino (v.g., violência entre jovens). Na América Latina e no Caribe, relatórios semelhantes foram realizados, entre outros países, na Argentina, Colômbia, Equador, Jamaica, Paraguai, República Dominicana e em todos os países da América Central. Ao mesmo tempo, a relação entre segregação entre papéis de gênero e pobreza tem sido assinalada em várias das Avaliações de Pobreza recentemente realizadas pelo Banco Mundial em nosso continente, como no caso da Argentina, Nicarágua, Guatemala, Paraguai, Uruguai e outros.

Desde o início do projeto o até a sua publicação final em português, cinco anos decorreram. O longo período se deve às exigências do Banco Mundial no sentido de que os documentos oficiais, como este, sejam exaustivamente discutidos no seu interior, bem como com os Governos dos países aos quais se referem. Este relatório seguiu todos os passos necessários: foi discutido duas vezes com o Governo brasileiro e, adicionalmente, com representantes de diversas organizações não governamentais e da sociedade civil, bem como de outras organizações internacionais. Assim, muitas de suas estatísticas estão ultrapassadas por outras, geradas depois. Contudo, as tendências básicas permanecem válidas, sugerindo importantes ênfases no diálogo do Banco Mundial com o Governo do Brasil e sua sociedade civil.

O fato de as avaliações de gênero não deverem ser extensas, para que possam enfatizar com mais força as áreas que requerem atenção mais imediata, fez com que várias questões importantes tenham sido apenas mencionadas. Em particular,

são necessários diagnósticos específicos quanto à conexão entre gênero e cor, que faz das mulheres negras, pardas e indígenas os grupos que requerem intervenções mais urgentes.

Se a sociedade brasileira assistiu a importantes avanços no âmbito do gênero, várias das conclusões deste relatório reforçam a importância de uma agenda sobre igualdade entre homens e mulheres no país, uma vez que o acesso e controle feminino aos recursos políticos, econômicos, culturais e sociais se revelou muito precário em relação ao masculino. Esta agenda é necessariamente parte do processo de desenvolvimento do país e atesta a importância que nela possuem a diminuição dos índices de desigualdade social e o concomitante aumento de bem-estar da população. Com ela, o Banco Mundial se comprometeu, ao validar junto a outras agências internacionais e nacionais e Governos de todo o mundo, a igualdade de gênero e a valorização da vida feminina através da diminuição da mortalidade materna como Objetivos do Milênio.

Unidade de Gênero

Departamento de Política Econômica e Redução de Pobreza

Região da América Latina e Caribe

BANCO MUNDIAL

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Banco Mundial tem se preocupado com questões ligadas à saúde, violência, pobreza e exclusão social, que têm sido, via de regra, pouco consideradas pelas instituições financeiras mundiais. Esta preocupação se traduziu, dentre outras iniciativas, em estudos que têm ressaltado o papel fundamental destas questões enquanto variáveis intervenientes no desenvolvimento social. De forma bastante pioneira, em 1993 o Banco Mundial (Bird) realizou um estudo sobre as conseqüências da violência sobre a saúde da mulher, demonstrando que seus efeitos incidiam também sobre a produtividade no trabalho e a escolaridade das vítimas, afetando o processo de desenvolvimento.¹

Existe hoje uma considerável produção nacional e internacional de pesquisas, oriundas de universidades, centros de pesquisas e organizações não governamentais (ONGs) analisando a situação da mulher na educação, no mercado de trabalho e na política, assim como estudos sobre saúde reprodutiva e a violência doméstica e sexual. São, no entanto, ainda relativamente escassos os trabalhos que tomam o gênero como matriz metodológica, incorporando uma perspectiva efetivamente relacional a suas análises. Esta publicação, que, a partir de análises de dados secundários são abordadas, dentre outras, dimensões como trabalho, pobreza e ajuste estrutural, demografia, participação política, saúde reprodutiva e sexual, violência e educação, combina estes dois elementos: trata-se de um *olhar* do Banco Mundial sobre questões de gênero no Brasil, com lentes ajustadas no sentido de enxergar as imbricações entre gênero e desenvolvimento.

O conceito de gênero é uma construção sociológica relativamente recente, respondendo à necessidade de diferenciar o sexo

¹ HEISE, Lori, PITANGUY, Jacqueline and GERMAIN, Adrienne. *Violencia contra la mujer, la carga oculta sobre la salud*, 1994, BIRD, Departamento de Población, Salud e Nutrición, Washington D.C.

biológico de sua tradução social em papéis sociais e expectativas de comportamentos femininos e masculinos, tradução esta demarcada pelas relações de poder entre homens e mulheres vigentes na sociedade. Cabe, no entanto, ressaltar que as informações com as quais se elaboram as estatísticas nacionais apresentam dados discriminados por sexo, e não por gênero, apesar de que, freqüentemente estão, de fato, espelhando relações de gênero, razão pela qual a análise de séries históricas de dados estatísticos permite uma leitura sobre mudanças nos padrões sociais e no relacionamento entre mulheres e homens na sociedade brasileira.

A participação significativa das mulheres nos diversos níveis de educação formal, os avanços constitucionais assegurando maior igualdade entre homens e mulheres no campo da família, do trabalho e dos direitos sociais, assim como transformações culturais levando a uma demarcação menos diferenciada entre o masculino e o feminino têm contribuído para a redução das diferenças entre gêneros, no sentido de estabelecer, em alguns campos, expectativas de comportamento e oportunidades mais similares para homens e mulheres.

No campo da demografia, estas mudanças são particularmente nítidas, indicando claramente uma transformação no padrão reprodutivo do país, o que se deve, dentre outros fatores à mudanças de valores e comportamentos de mulheres e homens para quem a prole numerosa não só distancia-se do padrão de modernidade predominante nos grandes centros urbanos (e veiculado através da mídia para todo o país), como representa, de fato, um peso econômico considerável para o orçamento familiar e uma sobrecarga de trabalho para os adultos. Neste sentido, poder-se-ia propor que, apesar de caber fundamentalmente à mulher arcar com a responsabilidade pela contracepção, haveria sintonia nas relações de gênero quanto às escolhas reprodutivas. Homens e mulheres desejam ter menos filhos. Entretanto, se a acentuada queda na taxa de natalidade, hoje estimada em torno de 2,1, responde a expectativas de ambos, esta só foi alcançada graças ao comportamento reprodutivo das mulheres que, frente à escassez de opções contraceptivas, recorreram fundamentalmente à pílula e à esterilização.

Quando, em 1983, o Governo brasileiro lançou, por primeira vez, um programa oficial de saúde que incluiu o planejamento familiar, tra-

tou-se de um programa de saúde da mulher, e não de um programa de saúde reprodutiva com a perspectiva de gênero. Regulamentado em 1987, graças, em grande parte, à pressão exercida pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, CNDM, junto aos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, este era, no entanto, um programa avançado para a época, apesar de não apresentar políticas de atendimento ao abortamento legal. Hoje este Programa de Atenção Integrada a Saúde da Mulher (Paism) contempla ações mais diversificadas e antenadas com as diferenças entre as mulheres (raça, idade, região) investindo também em capacitação de parteiras tradicionais, na especialização da enfermagem, na prevenção e tratamento de DST/Aids, e no atendimento à mulher em situação de violência. Este último programa é particularmente importante pois regulamenta, através das Normas Técnicas elaboradas em 1999 pelo Ministério da Saúde, o atendimento à mulher vítima de violência sexual, que contempla a contracepção de emergência, a profilaxia das principais doenças sexualmente transmitidas, inclusive da Aids, a vacinação contra a hepatite B, o abortamento voluntário em gestação resultante de estupro, além de aconselhamento psicológico.

Uma das preocupações do movimento de mulheres tem sido a de implementar estas Normas Técnicas a fim de que este tipo de atendimento passe a ser incorporado às rotinas de hospitais-maternidades, bem como as de emergências hospitalares para onde ocorre grande número de mulheres vítimas de violência. A prevenção da gravidez indesejada constitui um direito humano das mulheres, cuja violação é ainda mais grave quando se trata de uma relação sexual resultante de estupro. Este direito é freqüentemente violado pela falta de acesso à contracepção de emergência, que deve ser ministrada em curto prazo após a relação sexual. Uma das prioridades da Cepia (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação), tem sido a de treinar as equipes mistas (profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social) destas emergências, familiarizando-os com as diretrizes do Ministério da Saúde, via de regra desconhecidas. Este trabalho tem sido realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, tendo alcançado as cinco principais emergências do município do Rio de Janeiro.

O relatório do Bird sugere que a prática da esterilização deveria ser evitada. É sem dúvida aconselhável que a mulher tenha acesso a métodos contraceptivos reversíveis e seguros e só utilize a laqueadura de trompas quando plenamente informada das dificuldades de reversão. Entretanto, caberia ressaltar o esforço empreendido por organizações de mulheres no sentido de retirar a esterilização voluntária do âmbito do proibido, da semiclandestinidadade, em que se prestava a todo tipo de abusos e negociações, para alçá-la à categoria de um direito, regulamentado pela lei do planejamento familiar (Lei 9.267/97). Esta passagem política é significativa, pois se dá em um contexto pós-Conferências do Cairo e de Beijing e se coaduna com as conquistas destas Conferências, fortalecendo a esfera dos direitos reprodutivos no país. O gênero interfere, no entanto, na demanda pela esterilização posto que, seja enquanto prática semiclandestina ou como um direito reprodutivo, esta é, ainda, fundamentalmente feminina.

Apesar de o país contar, há mais de 15 anos, com um programa como o Paism, a mortalidade materna é ainda alarmante, dado o nível de desenvolvimento do Brasil. Para o Bird esta é uma área prioritária, para a qual devem se congregiar esforços públicos e iniciativas da sociedade civil. Dentre as sugestões de baixo custo o documento apresenta a de ampliar a cobertura de antitetânica de mulheres em idade reprodutiva. A melhoria nos serviços de pré-natal e do atendimento ao parto, que acontece, em sua expressiva maioria, no ambiente hospitalar, são outras medidas de caráter urgente. A estas, acrescentaria a necessidade de uma avaliação dos custos do aborto clandestino para a saúde da mulher, posto que esta seria a segunda causa da mortalidade materna no país.

As informações disponíveis indicam que, no Brasil, as mulheres desejam reduzir ainda mais sua fecundidade (a Taxa de Fecundidade Total Desejada seria de 1,9, segundo dados de 1998 da Bemfam), evidenciando uma demanda feminina não satisfeita por serviços de planejamento familiar. No caso dos homens, mesmo se compartilham o desejo por menos filhos, não se pode afirmar que exista uma demanda por tais serviços. Para este grupo, seria ainda necessário criar uma demanda contraceptiva que rompesse os padrões assimétricos vigentes entre os gêneros no que tange à responsabilidade pelo comportamento reprodutivo.

Como ressalta este documento do Bird, esforços devem ser feitos, por entidades governamentais e privadas, no sentido de conclamar os homens para que assumam a responsabilidade pelas conseqüências de sua atividade sexual, tanto no âmbito da reprodução quanto da saúde. É particularmente urgente a necessidade de suscitar nos homens a consciência das conseqüências de seu comportamento sexual para com suas companheiras. É alarmante o crescimento do contingente de mulheres contaminadas pelo HIV/Aids. Hoje, no Brasil, estima-se que exista uma mulher para cada dois homens infectados pela síndrome de imunodeficiência adquirida, sendo que a parcela mais expressiva deste contingente é composta por mulheres que vivem em união estável com seus parceiros. As relações de gênero jogam papel crucial na conformação deste quadro, no qual a opção do homem pelo uso do preservativo em relacionamentos estáveis, como forma de proteção para a mulher, é ainda rara e não encontra, por parte da mulher, pressão neste sentido. Mesmo reconhecendo que a dimensão da sexualidade humana é complexa e permeada por sentimentos ambíguos, as hierarquias de poder (concreto ou simbólico) que permeiam as relações de gênero certamente colaboram para este perfil epidemiológico da Aids no Brasil.

Ainda no âmbito da vida sexual e reprodutiva, este documento aponta a incidência da gravidez na adolescência como um problema a ser enfrentado. Este é um tema difícil, na medida em que incorpora dimensões que vão além da expansão da oferta de serviços de planejamento familiar para jovens. O presente relatório aponta que há uma correlação negativa entre maior escolaridade e incidência da gravidez juvenil, sugerindo que a educação e as oportunidades de realização pessoal são determinantes no retardamento da primeira gestação.

Como indicam estudos sobre o tema, ao traçar programas de saúde reprodutiva para a população jovem, deve-se considerar que a gravidez juvenil é também tida como um valor, principalmente pelas mulheres que não tem acesso a outras formas de realização pessoal. Malu Heilborn (2002) sugere que o aumento da gravidez precoce no Brasil está relacionado à perda de valor da virgindade, salientando que esta pode também constituir, em muitos casos, uma estratégia matrimonial de obter um parceiro. Heilborn salienta também a dimensão de

mobilidade social presente em certos casos de gravidez adolescente, no sentido de que a maternidade da jovem pode possibilitar uma mudança de status no interior da família “conferindo à moça um certo tipo de autoridade diante dos pais”.²

Mais uma vez se faz presente o corte de gênero quando se aborda a questão da sexualidade e da reprodução na adolescência. Praticamente inexitem estatísticas que permitam visualizar o quadro dos jovens pais e os programas de atenção à adolescência, como o Programa de Saúde do Adolescente, Prosad, tem uma clientela eminentemente feminina.

A necessidade de incluir os homens, jovens e adultos, no campo da saúde sexual e reprodutiva, campo este eminentemente relacional, tem sido levantada pelos movimentos de mulheres em todo o mundo. Estes movimentos tiveram papel fundamental no processo preparatório para a Conferência de População e Desenvolvimento do Cairo (1994), tendo realizado, no Rio de Janeiro, um grande encontro internacional preparatório, do qual participaram cerca de 250 mulheres de 89 países. Neste encontro, intitulado *Saúde Reprodutiva e Justiça, Conferência Internacional sobre a Saúde da Mulher*, foi elaborado um documento com objetivos, estratégias e atividades a serem privilegiadas, dentre as quais já se chamava a atenção para a necessidade de “trabalhar com os homens, particularmente no sentido de incluí-los em programas de educação e aconselhamento sobre seu comportamento sexual e reprodutivo, sobre seu papel e sua responsabilidade” e ainda, de “abordar a desigualdade de poder nas relações de gênero, suscitar a consciência de gênero e discutir questões de sexualidade com homens e mulheres”.³

O Plano de Ação da Conferência do Cairo ressalta o papel do homem, nos seguintes termos:

² HEILBORN, Malu. “Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade” in *CADERNOS Cepia 5: Gênero, Corpo e Enfermagem*. Rio de Janeiro, Cepia, 2002; pp.73-92.

³ Reproductive Health and Justice. Report of the International Women’s Health Conference for Cairo’94 – editado por IWHC e Cepia, Rio de Janeiro, 1994, pp.26 e 27.

“Esforços significativos devem ser feitos no sentido de enfatizar a co-responsabilidade masculina e promover o efetivo envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável e ao comportamento sexual e reprodutivo, incluindo-se aí o uso de anticoncepção em especial quando se trata da prevenção de gestações não desejadas ou de alto risco. O envolvimento masculino também deve ser estimulado em situações associadas à saúde materno-infantil e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/Aids; no que se refere a compartilhar o controle e a contribuição para a renda familiar, educação, saúde e nutrição das crianças de ambos os sexos. As responsabilidades masculinas na vida familiar devem ser incluídas nos conteúdos da educação infantil desde muito cedo. No contexto destes esforços a prevenção de violência contra mulheres e crianças requer uma atenção especial.”⁴

Não há, portanto, divergências entre ativistas, ONGs e outras instâncias defensoras dos direitos das mulheres sobre a necessidade de os homens assumirem sua responsabilidade no âmbito da sexualidade e da reprodução. A ausência masculina tem, entretanto, raízes profundas, pois reflete valores norteadores de um tipo ideal de masculinidade calcado na assimetria das relações de gênero e em uma visão de mundo onde homens e mulheres desempenham papéis diversos, particularmente no campo da reprodução e do cuidado das crianças e da casa. Na década de 1980, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, em articulação com outros Conselhos e movimentos sociais, apresentou uma proposta no sentido de incluir, na nova Constituição, a licença-paternidade, justamente com o objetivo de trazer o homem para a casa no nascimento de um filho. Apesar de que, uma vez regulamentada, esta licença não exceda a uma semana, ela tem um efeito simbólico. Entretanto, ainda é predominante, nas relações de gênero, uma perspectiva demarcada pelo modelo tradicional de divisão sexual de tarefas, que justifica e legitima para homens e mulheres a ausência masculina do espaço doméstico mesmo quando, na realidade, a

⁴ Plano de Ação da Conferência de População e Desenvolvimento das Nações Unidas, citada em Direitos Sexuais e Reprodutivos e Saúde das Mulheres, editado por HERA, 1997.

mulher e seu companheiro dedicam tempo similar ao trabalho fora de casa. De fato, cada vez mais, pela necessidade de sobrevivência, manutenção de um padrão econômico familiar e/ou por necessidade de realização pessoal, a mulher trabalha fora de casa.

O número de mulheres chefes de família também aumenta de forma sistemática no Brasil e as estatísticas, mais uma vez, revelam o peso das desigualdades de gênero na sua configuração. Como aponta o relatório, quando os dados são controlados pela educação, onde é maior a escolaridade feminina, os domicílios encabeçados por mulheres têm uma probabilidade muito maior (46 por cento) de serem pobres do que os domicílios encabeçados por homens. Além disso, os domicílios com crianças são mais vulneráveis e com maior probabilidade de serem pobres do que os domicílios sem crianças menores de cinco anos de idade, o que reforça a necessidade de um maior investimento, governamental e privado, na educação pré-escolar. Caberia ressaltar o papel do gênero no sentido de que se são mais numerosas as famílias chefiadas por mulheres com crianças pequenas, isto se deve a que as mulheres tendem a incorporar os filhos em sua trajetória existencial, mais do que os homens, configurando uma matriz matrilinear na família brasileira, particularmente na de menor renda.

Ainda no âmbito dos espaços casa/rua, o Bird salienta o peso dos estereótipos veiculados pelos livros escolares e métodos educacionais no Brasil, no reforço à segregação de gênero, ligando os homens a todas as dimensões da vida pública e as mulheres à esfera privada do domicílio. Por outro lado, a desigualdade nos papéis de gênero, pelo menos em termos de expectativas, permite que, apesar da pobreza e de escolas inadequadas, as meninas permaneçam mais tempo na escola, enquanto um maior número de rapazes são levados ao mercado de trabalho com idade prematura.

Esta divisão de espaços casa/rua, que conforma esferas simbólicas do masculino e do feminino, se atualiza concretamente nas análises sobre gênero, violência e mortalidade apresentadas neste documento. O acentuado peso dos fatores externos como acidentes, homicídios e suicídios na morte de homens, principalmente de homens jovens concorre para acentuar as diferenças das taxas de mortalidade por sexo, que se aproximam de países em situação de conflitos arma-

dos. Ainda no âmbito da influência do gênero no campo da violência, caberia salientar que, enquanto a maioria das agressões contra as mulheres ocorre em casa e praticada por pessoa conhecida, em relação aos homens dá-se o padrão inverso. A Fundação Perseu Abramo realizou, em 2001, pesquisa com 2.500 mulheres, corroborando a tese de que, enquanto para os homens o perigo está na rua, para as mulheres ele mora em casa e os agressores são conhecidos da vítima. De fato, os resultados mostram que o marido é o maior agressor, apontado como responsável por 70% das quebraadeiras, 56% dos espancamentos e 53% das ameaças com armas à integridade física. Em segundo lugar aparece o ex-marido, ex-companheiro, ex-namorado como autor das agressões. A pesquisa indica também que é ainda baixo o número de mulheres que recorrem à polícia, o que ocorre sobretudo quando esta atinge um grau extremo. Via de regra, as vítimas buscam a ajuda de familiares vizinhos ou amigos.⁵

Além da dimensão policial, a questão da violência de gênero deve ser vista também do ponto de vista jurídico. A Lei 9.099/95 do Código Penal categoriza a violência doméstica como crime de menor potencial ofensivo doloso e estabelece penas alternativas para condenações de até um ano. Estas penas, aplicadas aos agressores de mulheres, têm sido pagas inclusive com métodos alternativos como doação de cestas básicas para entidades filantrópicas.

Não se trata de questionar o valor desta legislação que privilegia a rapidez processual, requer a presença da vítima com voz ativa, realiza audiências conciliatórias e prescinde da configuração da queixa criminal e da constituição da figura do réu. Na realidade, esta legislação representa um avanço para o tratamento de diversos tipos de crimes. Cabe no entanto questionar sua aplicação nos casos de violência doméstica, pois a Lei 9.099/95 deixa as vítimas impotentes diante do agressor e de um tipo de violência cujo potencial ofensivo é maximizado por laços afetivos.

É urgente a necessidade de aprofundar este debate, no qual já estão envolvidas diversas organizações defensoras dos direitos das mu-

⁵ RUSCHE, Michelle. "O inimigo dorme do lado" in *A mulher brasileira nos espaços público e privado*, 2001. Núcleo de Opinião Pública Fundação Perseu Abramo.

Iheres afim de que sejam propostas outras soluções jurídicas para os crimes de violência doméstica. Como afirma a socióloga Heleieth Saffiotti,

“a pena alternativa só faz sentido se tiver caráter pedagógico. Ela só é válida se reeducar o agressor. Por que, se ele é agressivo e é solto, ele chega em sua casa e diz que ela vai tomar duas surras por semana e não mais uma. Então na verdade quem está pagando a pena alternativa é a mulher”.⁶

A propósito da “educação” do agressor, com razão este relatório chama a atenção sobre a necessidade de se investir na inter-relação entre gênero e violência masculina, pois a idéia de masculinidade associada à violência é prevalente no Brasil entre homens jovens e adultos. Diferentes estratégias vêm sendo desenvolvidas por organizações da sociedade civil em vários países da América Latina, inclusive no Brasil, com o objetivo de conscientizar os homens sobre a necessidade de se construir novos padrões de relações de gênero. Em seminário promovido pela Society for International Development/SID, e pela Cepia em 2002, foram apresentadas e discutidas algumas das iniciativas em curso no Brasil, tais como os grupos reflexivos de gênero desenvolvidos com homens, freqüentemente agressores, buscando contribuir para a análise e construção da masculinidade, tendo por base o respeito aos direitos das mulheres e a diversidade sexual. O reconhecimento da necessidade de incluir uma perspectiva de gênero na questão da violência doméstica e sexual não pode significar, no entanto, a desvalorização de iniciativas voltadas diretamente para as mulheres, meninas, jovens ou adultas, principais vítimas desta forma de violência e que experimentam, por razões culturais e econômicas, situações de maior vulnerabilidade a estas formas de agressão.

A questão da visibilidade da violência de gênero e raça em nosso país deveria ser aprofundada pelos órgãos de direitos humanos, governamentais e não governamentais. Durante séculos a violência de gênero não tinha existência social no Brasil. Nem mesmo o assassi-

⁶ SAFFIOTTI, Heleieth. Apud RUSCHE, op.cit.

nato, considerado a expressão máxima da violência, era reconhecido enquanto tal quando perpetrado por marido contra mulher, sobre a qual pesasse a suspeita de infidelidade. Até meados do século 19, o marido tampouco seria punido se matasse a mulher e o suposto amante, desde que este fosse de nível social inferior, evidenciando assim, de forma inquestionável, que a idéia de justiça se construía a partir dos eixos da classe social, sexo e cor.

Em crimes de estupro ainda persiste também uma lógica perversa no sentido de que cabe à mulher comprovar que ela não seduziu o agressor nem instigou, por sua atitude ou comportamento, a agressão sexual. Está lógica interpenetra as esferas policiais e jurídicas e interfere também na relação do profissional de saúde com a paciente que busca atenção médica nos hospitais.

Para compreender por que persiste ainda um manto de invisibilidade sobre a violência de gênero, é necessário indagar sobre a posição da mulher em instâncias diversas da vida familiar, política e econômica, não nos limitando ao que corresponderia ao domínio tradicional do que se entende por violência, quer sejam as agressões físicas, o estupro, o assassinato. A naturalização da desigualdade de gênero é o instrumento principal para sua aceitação social e sua incorporação em leis, práticas ou comportamentos que se estendem aos campos da saúde, da violência, da educação e do trabalho.

Neste âmbito, o presente relatório do Bird salienta as marcantes transformações ocorridas no campo do gênero e do trabalho, dentre as quais a diminuição da diferença salarial entre mulheres e homens, chamando entretanto a atenção para o fato de que no Brasil, onde as mulheres ganham cerca de 66 por cento do que recebem os homens, este índice corresponde a uma das maiores diferenças de salários entre os sexos na América Latina e no Caribe. Esta diferença permanece mesmo quando são levadas em conta a educação e as horas trabalhadas e aumenta com mais anos de educação. Outro indicador das hierarquias vigentes no mercado de trabalho diz respeito à posição na ocupação. No serviço público, por exemplo a participação das mulheres nos cargos comissionados é decrescente à medida que melhora o nível do DAS (Direção de Assessoramento Superior). De acordo com o Relatório apresentado ao Cedaw (Comitê para a Eliminação de todas

as formas de Discriminação contra a Mulher) pelo Brasil em 2002 enquanto que as mulheres ocupam 49,0% dos DAS-1, elas detêm apenas 13% dos DAS-6.

De todos os grupos, em setores públicos ou privados, as mulheres negras são as que têm mais desvantagens. A diferença de oportunidades para mulheres brancas e negras na educação reflete-se também nos padrões de rendimento das mulheres pertencentes a estes diferentes grupos. Como se depreende deste mesmo relatório, os rendimentos das mulheres não-brancas chegam a ser 70% inferiores aos rendimentos dos homens brancos e 53% inferiores aos rendimentos das mulheres brancas. São também 40% inferiores aos rendimentos dos homens não brancos.⁷

Estes dados revelam a imbricação cruel das variáveis de raça e sexo no país. Entretanto, graças a uma presença mais efetiva de ONGs e movimentos sociais de afro-descendentes, inclusive de organizações de mulheres negras, a década de 1990 trouxe maior visibilidade para a discriminação racial vigente no país e maior questionamento do mito da democracia racial que alimenta um imaginário social incongruente com a realidade. A invisibilidade do preconceito racial tem também raízes no fato de que no Brasil, durante cerca de 400 anos a escravidão, enquanto uma instituição social e econômica, tornava invisível para a sociedade a violência da privação da liberdade do negro e legitimava o uso explícito da violência física e da tortura como instrumento corretivo, prática ainda corriqueira no âmbito policial e frequentemente invisível quando exercida sobre pobres, negros e povos indígenas. A propósito deste último grupo étnico, com razão as autoras do relatório chamam a atenção para a necessidade de privilegiar análises e programas voltados para a mulher indígena, que enfrenta problemas cruciais de saúde.

Cabe ainda ressaltar a importância de um investimento maior dos partidos políticos, do executivo e do judiciário no sentido de assegurar maior igualdade de gênero no espaço político, do qual a mulher esteve ausente nos últimos governos e no qual tem presença ainda

⁷ Relatório Nacional Brasileiro – Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (Protocolo; o Facultativo) Brasília 2002, p.112.

tímida no atual. Ainda hoje, os dados relativos à participação da mulher no poder legislativo e em altos cargos de executivo evidenciam que, no Brasil, as mulheres têm sido alijadas das esferas de decisão política, e ainda o são. A diferença entre homens e mulheres, no Congresso Nacional e nos altos escalões do executivo e do judiciário, não é meramente numérica. Ela é política, pois reflete relações de poder. É importante ter presente a carga simbólica que acompanha o exercício do poder e o fato de que esta ausência tem efeitos perversos na conformação de uma percepção social da mulher como um ser inadequado e incapaz para tais funções.

Finalmente, gostaria de observar que, mesmo não concordando com todos os alcances e sugestões deste documento, considero inquestionável seu valor no sentido de utilizar o conceito de gênero como fio condutor de suas análises e considerações, salientando como os dados quantitativos revelam relações sociais e de poder vigentes na sociedade. Esta abordagem do Bird, que esperamos, se refletirá em suas ações programáticas, indica um olhar mais atento ao que há por detrás dos números e afirma a necessidade de colaborar com o governo e a sociedade civil no sentido de encarar o desafio de construir relações de gênero mais igualitárias no Brasil.

Este relatório é também oportuno pois se insere em um momento político de grande transcendência, marcado pela consolidação democrática evidenciada nas recentes eleições majoritárias, e pela criação da Secretaria dos Direitos da Mulher, Sedim, que, esperamos, venha a articular e desenvolver políticas de gênero no âmbito federal.

Jacqueline Pitanguy

Diretora da Cepia

Membro do Conselho Diretor da Comissão de Cidadania e Reprodução

RESUMO EXECUTIVO

INTRODUÇÃO

Este relatório documenta as conclusões de uma revisão sobre as questões de gênero no Brasil realizada pelo Banco Mundial em 1999 e atualizada em 2001. Surgiu como uma resposta ao reconhecimento crescente – tanto no Banco Mundial como no Brasil – de que a igualdade de gênero é um elemento importante para o aumento do bem-estar econômico e social, bem como para a redução da pobreza. Esta revisão analisa relações de gênero em termos das tendências demográficas, dos indicadores de saúde, das causas e dos efeitos da violência, dos indicadores educacionais, das tendências no mercado de trabalho e da proteção social. A relevância setorial do gênero e a composição da carteira do Banco Mundial no Brasil foram os critérios mais importantes na seleção das áreas analisadas. A revisão aqui empreendida possui o objetivo de melhorar a eficiência e eficácia do Banco Mundial em seu propósito de promover o desenvolvimento e reduzir a pobreza e a desigualdade nos vários aspectos em que se manifesta.

Porque gênero é uma categoria relacional, este relatório inclui seus impactos tanto sobre homens como mulheres, referindo-se às diferentes experiências, preferências, necessidades, oportunidade e restrições enfrentadas por ambos em virtude dos seus papéis socialmente designados. Contudo, dado que o relatório se baseia primordialmente em fontes secundárias e que estudos sobre gênero tendem a focalizar com mais frequência os impactos das relações de gênero sobre as mulheres, é limitada a discussão sobre seus efeitos sobre os homens no Brasil.

CONCLUSÕES PRINCIPAIS

Em geral, o Brasil progrediu muito no tratamento das questões de gênero e na redução das diferenças entre homens e mulheres. Três avanços importantes merecem ser mencionados: Primeiro, o acesso e uso de contraceptivos aumentou enormemente, resultando em uma queda acentua-

da na taxa de fecundidade e no tamanho das famílias. Segundo, o nível educacional das mulheres aumentou ao ponto de, na média, elas apresentarem agora mais escolaridade que os homens. E terceiro, embora os homens ainda predominem no mercado de trabalho, a participação das mulheres tem aumentado constantemente nas duas últimas décadas ao mesmo tempo em que diminuiu a diferença salarial entre os sexos. Estas mudanças podem, em parte, ser atribuídas à crise prolongada no Brasil que alterou a alocação do trabalho masculino e feminino fora dos domicílios. A democratização rápida do Brasil, que estimulou uma demanda por direitos e tratamentos iguais na família e no mercado de trabalho, contribuiu também para maior igualdade entre os gêneros.

Contudo, enquanto o Brasil testemunhou muitos avanços nesta área, ainda permanece uma série de questões que afetam o bem-estar de homens e mulheres e as relações entre ambos. Por exemplo:

- As taxas de mortalidade ligadas a fatores externos, tais como acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, diferem enormemente por sexo, expressando diferenças de gênero. Durante o período de 1977 a 1993, por exemplo, a mortalidade devido a fatores externos aumentou 45 por cento entre homens e 13 por cento entre as mulheres. No Brasil, a diferença na expectativa de vida entre os sexos – 12 por cento maior para as mulheres – é maior do que em outros países na região como, por exemplo, o México, e nos países mais industrializados, como o Canadá e a Grécia.
- Em termos de serviços de saúde, a atenção pré-natal para as mulheres grávidas continua inadequada. Quase a metade das mulheres brasileiras que deu à luz nos cinco anos anteriores a 1996 incorreu em riscos relacionados à carência de serviços apropriados. A mortalidade materna é alta no Brasil e o problema é especialmente agudo entre as mulheres indígenas. Por outro lado, o uso de anticoncepcionais entre os homens é mínimo – somente seis por cento, segundo a pesquisa de 1996 da Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam) – colocando, desta forma, um risco significativo na expansão da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e de outras doenças se-

xualmente transmissíveis. Finalmente, programas de saúde reprodutiva têm focalizado principalmente as mulheres, quando deveriam considerar também o comportamento sexual e reprodutivo dos homens como fator importante nas decisões relativas à saúde e ao planejamento familiar.

- Informações quantitativas e qualitativas das organizações não governamentais e dos governos estaduais indicam que a violência entre homens jovens e adultos, a violência masculina contra as mulheres e a violência sexual contra meninos e meninas são elevadas. Os homens são os principais perpetrantes de homicídios tanto contra homens quanto contra mulheres. São também as vítimas mais frequentes. Em 1998, segundos registros policiais, 93 por cento das vítimas de homicídios eram homens e um número igual de homens e mulheres foi vítima de agressões violentas. A incidência alta de violência na sociedade brasileira está afetando o sistema de saúde e afeta também a produtividade no trabalho e na qualidade de vida. A violência contra as mulheres reduz também a sua capacidade de negociar sexo seguro e evitar as doenças sexualmente transmissíveis, dentre as quais o vírus da imunodeficiência humana (HIV)/Aids.
- Estudos realizados no Brasil concluem que os livros didáticos e os métodos de ensino tendem a reforçar a segregação de gênero e os estereótipos. Os homens estão ligados à vida pública e em todas as suas dimensões de trabalho, ao lazer, à política, riqueza e poder, enquanto que as mulheres estão relegadas à esfera privada do domicílio. A pobreza e as escolas inadequadas levaram, em especial, os rapazes a entrarem no mercado de trabalho com idade prematura, gerando impactos negativos em sua educação.
- A disponibilidade de creches e de programas de educação pré-escolar permanece inadequada, especialmente para os mais pobres. Dado que o trabalho em casa continua a ser considerado feminino, a cobertura pequena das creches afeta desproporcionalmente as oportunidades para as mulheres no mercado de trabalho, especialmente para as mais carentes, que dele mais necessitam.

- Embora tenha diminuído, o Brasil continua a registrar uma das maiores diferenças de salários entre gêneros na América Latina e no Caribe – as mulheres ganham 66 por cento do que ganham os homens. De todos os grupos, as mulheres negras são as que têm maiores desvantagens. A diferença permanece mesmo quando são levadas em conta o grau de educação formal e o número de horas trabalhadas; ainda, a diferença aumenta com a escolaridade. Os pesquisadores sugerem que fatores externos ao mercado de trabalho, tais como casamento, filhos ou interrupções no trabalho, possam explicar parte desta diferença. Dado que as mulheres têm níveis educacionais mais altos, os seus salários mais baixos em relação aos homens significa que os retornos da educação para as mulheres são mais baixos do que para os homens.
- No Brasil, como no resto do continente, não existem evidências de que domicílios chefiados por mulheres sejam mais pobres que os chefiados por homens. A rigor, esta comparação não pode ser feita porque os dados não permitem saber se o que as estatísticas denominam como domicílios chefiados por homens sejam de fato, domicílios conjugais. Se aceitarmos esta definição reconhecidamente precária de chefia masculina, quando há o controle sobre a educação e sobre outras características individuais, os domicílios encabeçados por mulheres têm uma probabilidade muito maior (46 por cento) de serem pobres do que os domicílios encabeçados por homens. Talvez por serem estes conjugais. Além disso, os domicílios com crianças são mais vulneráveis e com maior probabilidade de serem pobres do que os domicílios sem crianças menores de cinco anos de idade.

ESTRATÉGIA E RECOMENDAÇÕES

Sendo o Banco Mundial uma agência para o desenvolvimento, este relatório possui, necessariamente, também um caráter normativo, sugerindo três linhas básicas de ação. A *primeira* recomenda que, tendo feito avanços significativos na reforma da estrutura jurídica e política ligada à igualdade de gênero, o Brasil deveria voltar-se agora para a alteração dos papéis e expectativas sociais a respeito de papéis femi-

nos e masculinos, de modo que as mulheres e os homens usufruíssem das oportunidades a eles oferecidas por legislações e por políticas governamentais. Diferentes estratégias, abarcando esferas diversas como o sistema de educação, a mídia, a família, as relações interpessoais, as práticas comunitárias e culturais devem ser utilizadas para que as expectativas sociais relacionadas a gênero sofram transformações em direção a menores níveis de segregação e desigualdade. Todas estas esferas atuam na socialização do homem e da mulher e afetam as escolhas que farão durante as suas vidas. A *segunda* recomenda que se atue nas questões de gênero através também de organizações comunitárias, em nível local, e através de organizações da sociedade civil. Muitos dos problemas identificados neste relatório, tais como educação pré-escolar, saúde materna, gravidez juvenil, abuso sexual de crianças, abuso de substâncias, serviços de saúde reprodutiva e sexual, seriam melhor tratados se complementados pela participação de grupos locais e pela sociedade civil. A estratégia de se trabalhar em nível local apresenta diversas vantagens: (a) as organizações locais estão mais próximas dos grupos visados e têm uma compreensão melhor do seu contexto; (b) trabalhar com as organizações locais e da sociedade civil fortalece as suas capacidades e contribui para o processo de democratização do Brasil; (c) a incorporação de grupos locais e civis maximiza a capacidade governamental existente; (d) o setor público enfrenta restrições orçamentárias sérias e é incapaz algumas vezes de fornecer os tipos de serviços e atenção específicos a certos tipos de clientela. E *terceira*, o relatório recomenda que o trabalho com gênero vise tanto os *homens* como as mulheres, por duas razões: de um lado, as questões masculinas como violência, alcoolismo, baixo desempenho na escola, desemprego, etc. são questões sociais importantes que podem em parte ser atribuídas às definições estreitas do papel dos homens; de outro, a efetividade de programas para mulheres exige, com frequência, a cooperação e o envolvimento implícito ou explícito dos homens.

As recomendações específicas setoriais são apresentadas a seguir.

Saúde

As recomendações para o setor da saúde incluem: a redução da taxa relativamente alta de mortalidade materna, que por si só demonstra o pouco valor social da vida feminina; melhoria no acesso da população mais pobre ao planejamento familiar e focalização nos homens como parceiros nos programas de saúde reprodutiva e sexual. O aumento das vacinações contra tétano entre as mulheres para reduzir o risco de infecções durante ou após a gravidez seriam medidas de custo relativamente baixo com rendimentos altos. E a inclusão dos pais nos programas como atendimento infantil e nutrição incentivariam os seus papéis de maridos/parceiros, pais e provedores de atenção. Em termos de planejamento familiar, a esterilização, como um método anticoncepcional, deveria ser desencorajada, dado que representa uma despesa grande para o sistema de saúde, podendo levar a uma redução no uso de camisinhas e não ser uma opção para as mulheres jovens que planejam ter filhos mais tarde na vida. Os meios de controle de natalidade masculinos devem ser incentivados intensamente, dada a baixa incidência no uso da camisinha e da esterilização masculina. Em áreas como o Nordeste, as atividades de planejamento familiar deveriam focalizar a redução da incidência de gravidez juvenil. Em termos dos melhores veículos para se prover os serviços, os programas governamentais existentes, incluídos o Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS e o Programa Saúde da Família – PSF, poderiam ter um papel importante se incorporassem uma perspectiva de gênero no seu interior. Além disso, as organizações locais, baseadas na comunidade, e as organizações não governamentais (ONGs) podem ser mobilizadas para fornecer informações e serviços básicos durante as diversas fases da gravidez, especialmente durante o primeiro trimestre, quando é maior o risco pela falta de acesso a serviços. Tais instâncias poderiam também prover atenção pós-parto, incluindo a informação sobre a nutrição infantil.

Duas outras recomendações incluem: o desenho de programas de controle e prevenção da violência, depressão, suicídio e do comportamento de risco entre os homens através da realização de estudos epide-

miológicos sobre a incidência e fatores de riscos relacionados com gênero e associados com estes problemas, e a atenção aos problemas alarmantes de saúde dos grupos indígenas que têm elos com o gênero, como por exemplo, altas taxas de mortalidade feminina e de mortalidade/morbidade maternas.

Violência

Tendo em vista a grande incidência da violência no país e a sua estreita relação com a configuração de gênero, esta deveria ser uma área prioritária para os estudos sobre gênero no Brasil. Mas tratar da violência, a partir de uma perspectiva de gênero, deveria ir além das iniciativas voltadas para a violência doméstica contra as mulheres, onde o Brasil obteve progressos importantes, não obstante sua incidência ser ainda alarmante. A longo prazo, a atenção deveria direcionar-se para a prevenção, com a análise da influencia do gênero na violência masculina, ao mesmo tempo em que se indentificam caminhos para contrabalançar os efeitos dos papéis de gênero e de uma socialização voltada para a força física. O relatório identifica o sistema de educação, os programas comunitários e a mídia como veículos na prevenção da violência relacionada a gênero. Em termos de educação, as intervenções possíveis incluem o treinamento de professores e a eliminação nos livros didáticos dos estereótipos relacionados a gênero, bem como o desenvolvimento de programas especiais para capacitar os alunos para a resolução não violenta dos conflitos, incentivando-se também os valores cívicos. Propostas de atuação no nível de comunidades poderiam oferecer programas informais de educação, alertar o cidadão sobre as sanções legais contra a violência, estabelecer estratégias de prevenção e fornecer serviços sociais para as vítimas da violência.

Educação

Dado que o Brasil progrediu significativamente em termos de aumentar a educação das meninas, a atenção agora deveria voltar-se para assegurar que os meninos não fiquem para trás, assim como para a melhoria da

qualidade da escola como um todo. Alcançando-se a permanência das crianças nas escolas, principalmente dos meninos, o relatório apóia os esforços que atualmente estão sendo realizados para analisar o impacto diferenciado em gênero dos programas Bolsa Escola e Programa para Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) na melhoria da escolaridade e redução da entrada prematura no mercado de trabalho. Em termos de qualidade da escola, medidas importantes poderiam ser tomadas para reduzir os estereótipos relacionados a gênero transmitidos pela educação através de módulos de treinamento sobre gênero para professores e para remover as imagens e mensagens estereotipadas nos livros didáticos e em outros materiais da sala de aula. Tais medidas iriam muito além de afetar as escolhas de profissão para homens e mulheres, pois contribuiriam também para alterar os processos de socialização que geram suavidade e passividade entre as meninas e agressão entre os meninos. As parcerias entre o Ministério da Educação e algumas ONGs têm sido uma forma efetiva de se cuidar dos estereótipos relacionados a gênero e aos processos de socialização – e deveria ampliar-se. O Brasil poderia aprender também com as experiências bem sucedidas na vizinha Argentina que, no final da década de 1980 e início da década de 1990, progrediu significativamente na remoção de linguagem e imagens sexistas dos livros escolares. Uma vez que a pré-escola representa um investimento futuro no capital humano do país, esta poderia ser uma prioridade no longo prazo. Prover treinamento e regulamentar as mães nas creches existentes poderia ser uma estratégia de curto prazo.

Trabalho

O Brasil precisa enfrentar o problema da diferença persistente de salário devido a gênero, que é muito maior do que em muitos dos seus vizinhos menos desenvolvidos. Para tal, poderia adotar a estratégia de assegurar uma adesão maior às leis contra a discriminação no trabalho através da análise dos mecanismos de fiscalização do seu cumprimento e do apoio institucional disponível para as trabalhadoras. Outra estratégia seria disponibilizar informações sobre os direitos trabalhistas para os traba-

lhadores e empregadores. Empresários poderiam ser e educados de modo a compreender que licença-maternidade não é um benefício à mulher mas à vida em geral e à criança em particular, cuja saúde requer que seja amamentada como uma estratégia.

Contudo, a discriminação no mercado de trabalho é somente um dos vários fatores que contribuem para a diferença salarial. Cuidar do desequilíbrio entre gêneros na divisão do trabalho doméstico, de modo que os homens e as mulheres compartilhem o cuidado dos filhos e as tarefas domésticas, deixando assim as mulheres mais livres para participar da força de trabalho e progredir no emprego, é uma outra condição para reduzir as desigualdades no trabalho relativas a gênero. Uma igualdade de gêneros maior no local de trabalho exigirá também mudanças na forma em que o trabalho atualmente está organizado, permitindo, por exemplo, arranjos mais flexíveis. Os projetos e programas que trabalham com famílias poderiam iniciar também o incentivo às mudanças nos papéis relacionados aos gênero nos domicílios, seguindo o modelo do projeto do Banco Mundial na Argentina, *Fortalecimento da Família e Promoção de Capital Social* ou do projeto do mesmo Banco no México, *Equidade de Gênero – Generosidad*. Ambos possuem mecanismos financeiros que estimulam, através de ONGs, a maior tomada de consciência por parte das mulheres sobre seu poder e capacidades, ao mesmo tempo que capacitam e treinam homens para que aceitem, como uma questão de cidadania, dividir equitativamente o acesso a recursos econômicos, socioculturais e políticos.

Duas outras recomendações implicam em ter grupos da sociedade civil e organizações comunitárias atuando como agências centrais de empregos, bem como fornecendo treinamento preparatório para a busca de emprego que contemplasse desde como preparar um currículo até como se apresentar e se comportar em uma entrevista para emprego.

Pobreza, flutuações econômicas e segurança social

Por último, as conclusões enfatizam a importância central de que as estratégias para a redução da pobreza diminuam as barreiras e atendam às necessidades das mulheres pobres. Estas incluem o provimento do acesso

a creches e planejamento familiar, melhorias continuadas na educação e a redução de barreiras para a participação no mercado de trabalho.

Dado o estado permanente de volatilidade e risco associado com a globalização e a liberalização dos mercados, ter uma compreensão de como os domicílios são afetados pelas flutuações econômicas ajudaria a desenhar melhor as redes de segurança sociais. O relatório faz uma série de recomendações relacionadas a gênero, especialmente em relação à análise das informações. *Primeiro*, os dados intradomiciliares deveriam ser coletados e analisados de forma que capturassem melhor a heterogeneidade das estruturas domiciliares, abandonando em vez velhas categorias que se definem em termos do sexo de um presumido chefe da família, que nem sequer existe em domicílios conjugais, levando a análises simplistas quando não equivocadas. E *segundo*, os dados intradomiciliares precisam captar melhor a dinâmica, o processo decisório, as estratégias de sobrevivência e a resposta das famílias aos incentivos existentes, através da composição do domicílio e dos papéis relacionados a gênero exercidos pelos membros do domicílio. Por fim, outra recomendação é a análise dos fatores de demanda e de oferta relacionados a gênero, associados com qualquer iniciativa emergencial de empregos que o Brasil consiga adotar.

APRESENTAÇÃO

1. Este relatório documenta as conclusões de uma revisão das questões de gênero no Brasil realizada pelo Banco Mundial em 1999 e atualizada em 2001. Surgiu como uma resposta ao reconhecimento crescente, tanto no Banco Mundial como no Brasil, de que o gênero é uma variável importante na redução da pobreza e no aumento do bem-estar econômico e social. A revisão analisa o gênero em termos de tendências demográficas, indicadores de saúde, os efeitos e as causas da violência, indicadores educacionais, tendências na participação no mercado de trabalho e proteção social. A relevância do gênero e a composição da carteira do Banco Mundial foram critérios para a seleção dos setores a serem revistos.
2. A revisão identifica as questões de gênero entre os setores com a perspectiva de melhorar a eficácia do desenvolvimento do Banco Mundial em três aspectos: a eficiência de suas operações; a redução das desigualdades e diferenças de gênero; e a melhoria do bem-estar social. Discute também as dimensões de gênero, da pobreza e da exclusão social no Brasil.

BOX 1 **O ESCOPO DO GÊNERO**

Embora biologicamente fundamentado, o gênero é uma categoria relacional que aponta papéis e relações socialmente construídas entre homens e mulheres. Nas palavras de Simone de Beauvoir, “não se nasce mulher, torna-se mulher”. Tornar-se mulher, mas tornar-se homem também, são processos de aprendizado nascidos de padrões sociais estabelecidos, que são reforçados através de normas, mas também através da coerção e são modificados no tempo, refletindo as mudanças na estrutura normativa e de poder dos sistemas sociais.

Assim, neste relatório, gênero refere-se aos aspectos da vida social que são vivenciados diferentemente porque homens e mulheres têm papéis diferentes que lhes são designados. Estes resultam em:

- homens e mulheres manifestam preferências, interesses e prioridades diferentemente;
- desigualdades e diferenças baseiam-se em ser masculino ou feminino;
- homens e mulheres enfrentam oportunidades, obstáculos e desafios diferentes;
- homens e mulheres são afetados diferentemente por e contribuem de modos diferente para o desenvolvimento social e econômico.

3. O gênero, neste relatório, engloba tanto homens como mulheres e se refere às experiências, preferências, necessidades, oportunidades e obstáculos diferentes que eles enfrentam devido aos papéis e expectativas de gênero socialmente designados (ver Box 1). Contudo, dado que o relatório baseia-se primordialmente em fontes secundárias e em estudos de gênero anteriores – que tenderam a focalizar as mulheres – não abrange discussões sobre a questão masculina de gênero.
4. FONTES DE DADOS. O relatório está apoiado, principalmente, em informação secundária, baseando-se em: (a) uma revisão da literatura publicada e não publicada sobre gênero no Brasil; (b) uma revisão dos projetos e estudos econômicos setoriais (ESW) financiados pelo Banco Mundial nas áreas de trabalho, saúde, pobreza rural e proteção social no Brasil; (c) informação estatística oficial produzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), particularmente os censos e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad)¹, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) e a Sociedade Civil do Bem-Estar no Brasil (Bemfam); (d) entrevistas com autoridades governamentais, acadêmicos, representantes da sociedade civil e de organizações de mulheres em Washington, Brasília, São Paulo, Rio de Janeiro e João Pessoa, e funcionários do Banco Mundial lotados em Washington e Brasília; e (e) visitas de campo por consultoras do Banco Mundial a projetos de desenvolvimento rural financiados pela Instituição no Nordeste, em Campina Grande, Galante, Chá dos Pereira e Juarez Távora, situadas na Paraíba.²

¹ Pnad é uma pesquisa brasileira anual de domicílios realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A amostra é representativa de todo o território nacional, com exceção da área rural na região Norte, a qual é coberta somente nos anos de censos.

² Embora o tempo decorrido entre a produção e edição em português deste relatório tenha tornado acessível números estatísticos novos, uma breve revisão de suas tendências confirma que os que aqui são utilizados continuam válidos, como válidas são as conclusões da análise dos mesmos, em sua absoluta maioria.

5. ORGANIZAÇÃO. Este relatório está organizado em três partes.

A primeira fornece uma visão geral das principais questões de gênero em diferentes setores e suas tendências no Brasil. A segunda resume e discute as implicações das conclusões principais. A última seção fornece uma estratégia para seguir adiante e faz recomendações setoriais.

VISÃO GERAL DAS QUESTÕES DE GÊNERO E AS SUAS TENDÊNCIAS

Demográficas

6. POPULAÇÃO E TAXAS DE MORTALIDADE. De acordo com o censo de 2000, as mulheres superaram numericamente os homens no Brasil. Desde 1980, a proporção mulher/homem aumentou de 100:98,7 para 100:96,9. A população do Brasil está concentrada nas áreas urbanas: quase 80 por cento dos cidadãos brasileiros encontram-se em centros urbanos. Mais de dois quintos dos brasileiros são negros ou pardos. A distribuição da população tem o formato de pirâmide, embora a sua base tenha se estreitado e o topo tenha alargado nos anos recentes como resultado tanto do declínio das taxas de mortalidade (um aumento de 14 anos na expectativa de vida entre 1960 e 1991) quanto das taxas de fecundidade (uma redução de 60 por cento nas duas últimas décadas). A mortalidade infantil é de 60,7/1.000 nascidos vivos para crianças com menos de cinco anos de idade, e (como mostrado no Tabela 1d) aumenta significativamente em função da baixa escolaridade da mãe. Uma criança nascida no Brasil em 2000 tem uma expectativa de vida de 68,4 anos, com o número correspondente de 64,6 anos para os meninos e de 72,3 anos para as meninas. A diferença entre homens e mulheres na expectativa de vida para o Brasil é aproximadamente de 12 por cento, comparado a cerca de cinco por cento no Canadá, sete por cento na Grécia e 10 por cento no México.³
7. A POPULAÇÃO BRASILEIRA ENVELHECEU. O censo de 2000 sugere que a proporção da população com mais de 65 anos aumentará mais do que toda a população. Entre 1940 e 1960, a população de idosos masculinos aumentou em proporção mais alta do que a da população feminina idosa; após 1960, esta tendência alterou-se como

³ Tanto homens como mulheres vivem mais tempo no México do que no Brasil, a expectativa de vida no México é de 69,2 anos para os homens e de 75,9 anos para as mulheres.

resultado de uma taxa menor de mortalidade entre as mulheres. Os idosos, sobretudo as mulheres, tendem a se concentrar nas áreas urbanas (BELTRÃO & CAMARANO, 1997). As Tabelas 1a, 1b e 1c mostram as características demográficas principais da população brasileira.

8. Como indicado na Tabela 1c, as taxas de mortalidade são mais altas para os meninos do que para as meninas em todas as regiões. A mortalidade masculina alta é mais significativa na faixa etária de 15 a 49 anos, resultante de causas externas tais como acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, e está ligada a uma exposição maior do homem a situações de risco fora de casa (LAURENTI et al., 1998). A raça influencia também as tendências da mortalidade com taxas menores para as crianças brancas.

Tabela 1a: Características demográficas da população: Brasil e Regiões, 2000

Região	População	Taxa de crescimento da população	Taxa de urbanização	Homens/Mulheres
Brasil	169.590.693	1,63	81,23	96,87
Norte	12.893.561	2,86	69,83	102,43
Nordeste	47.693.253	1,30	69,04	96,13
Sudeste	72.297.351	1,60	90,52	95,75
Sul	25.089.783	1,42	80,94	97,60
Centro-Oeste	11.616.745	2,37	86,73	99,38

Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2000.

Tabela 1b: Características demográficas da população: Brasil e Regiões, 2000

Região	Taxa de fertilidade	Expectativa de Vida		
		total	homem	mulher
Brasil	2,3	68,4	64,6	72,3
Norte	3,1	68,2	65,3	71,4
Nordeste	2,6	65,5	62,4	68,5
Sudeste	2,1	69,4	64,9	74,1
Sul	2,2	70,8	67,1	74,8
Centro-Oeste	2,2	69,2	66,0	72,7

Fonte: IBGE, Síntese de Indicadores Sociais 2000.

**Tabela 1c. Mortalidade infantil (crianças menores de cinco anos):
Brasil e Regiões, 1996**

Região	Homem	Mulher	Branco	Negro
Brasil	65,5	56,0	45,7	76,1
Norte Urbano	-	-	-	-
Nordeste	105,7	86,1	82,8	102,1
Sudeste	41,4	32,0	30,9	52,7
Sul	36,2	29,6	34,8	47,7
Centro-Oeste	46,1	34,9	31,1	51,4

Fonte: Pnad, 1996.

**Tabela 1d. Mortalidade infantil (crianças menores de cinco anos)
segundo os anos de estudo da mãe e Regiões**

Região	Menos de quatro anos	Quatro a sete anos	Oito anos e mais
Brasil	93,0	47,4	29,7
Norte Urbano	60,2	55,1	37,4
Nordeste	124,7	69,5	45,0
Sudeste	62,3	35,4	24,4
Sul	74,9	36,2	18,5
Centro-Oeste	68,1	36,6	24,3

Fonte: IBGE, Síntese de Indicadores Sociais 2000.

9. TAXAS DE FECUNDIDADE. Desde a década de 1960, a tendência histórica de uma taxa de fecundidade estável porém elevada foi revertida no Brasil. A fecundidade total declinou de 6,3 para 4,3 entre 1960 e 1980 e para 2,4 em 1999. A mudança deveu-se à introdução e utilização freqüente do controle de natalidade, especialmente entre mulheres jovens (embora fosse disponível apenas uma estreita faixa de escolha (CARRANZA, 1994). Entretanto, a Taxa de Fecundidade Total Desejada é tida como de 1,9 para o Brasil como um todo (BEMFAM, 1998). Isto indicaria que ainda há uma demanda substantiva não satisfeita por serviços de planejamento familiar, informações e recursos de alta qualidade e confiáveis. Em 1986, de acordo com a Pnad, com exceção de poucos estados, mais de 50 por cento das mulheres entre 15 e 49 anos de idade e vivendo com um parceiro utili-

zam alguma forma de controle de natalidade. Uma década mais tarde, a proporção aumentou para 77 por cento. Em algumas regiões, tais como o Centro-Oeste, esta proporção atingiu 85 por cento. Como indicado na Tabela 2a, embora a esterilização do homem seja uma intervenção mais simples, mais segura e menos custosa, a esterilização da mulher tornou-se a forma mais freqüente de controle de natalidade utilizada pelas mulheres brasileiras. Porém, os anticoncepcionais injetáveis ganharam rápida popularidade nos anos recentes.

Tabela 2a. Uso de contraceptivos por mulheres entre 15-49 anos que vivem com um parceiro

Região	Qualquer método	Esterilização Feminina	Esterilização Masculina	Pílula	Nenhum
Brasil	76,7	40,1	2,4	20,7	23,3
Norte	72,3	51,3	0,0	11,1	27,7
Nordeste	78,2	43,9	0,4	12,7	31,8
Sudeste	77,8	38,8	2,6	21,8	22,2
Centro-Oeste	88,3	29,0	3,5	34,1	19,7
Sul	84,5	59,5	1,8	16,1	15,5
Rio de Janeiro	83,0	46,3	1,0	22,5	17,0
São Paulo	78,8	33,6	5,3	21,4	21,2

Fonte: Bemfam – PNDS, 1996.

Tabela 2b. Taxa de fertilidade para mulheres entre 15-49 anos de acordo com os anos de estudo e Região, 1999

Região	Menos de quatro anos	Quatro a sete anos	Oito anos ou mais
Brasil	3,1	2,6	1,6
Norte	3,4	2,9	1,9
Nordeste	3,4	2,7	1,7
Sudeste	2,8	2,5	1,6
Sul	3,4	2,8	1,9
Centro-Oeste	2,3	2,3	1,9

Fonte: Pnad, 1999.

10. GRAVIDEZ JUVENIL. Uma revisão das estatísticas disponíveis mostra que a fertilidade entre jovens com 15 a 19 anos de idade aumentou entre 1970 e 1990, mas estabilizou finalmente durante o período 1990-95. Em 1995, 13 por cento das mulheres adolescentes entre 15 a 19 anos de idade já tinham dado à luz uma criança, de acordo com a Pnad de 1995. A fecundidade juvenil é mais alta e está aumentando atualmente no Norte e Nordeste, com 24 por cento das mulheres adolescentes tendo vivenciado pelo menos uma gravidez. A frequência baixa à escola tem sido associada com a gravidez entre jovens. As estatísticas da Bemfam indicam que 54 por cento das mulheres adolescentes com um ano de escolaridade eram mães, em contraste com somente quatro por cento entre aquelas com 9 a 11 anos de escolaridade.
11. PLANEJAMENTO FAMILIAR. O setor público não fornecia oficialmente acesso aos anticoncepcionais até 1985. Entretanto, até 1995, 71 por cento das esterilizações foram realizadas ou em hospitais públicos ou pagas pelo governo através do Sistema Único de Saúde (SUS) (BEMFAM, 1996).⁴ Em 1996, 88 por cento das mulheres que utilizavam anticoncepcionais orais os comprava em farmácias (ibid.).
12. Até 1996, a esterilização era proibida, tanto pelo código penal como pelo código de ética médica. Como consequência, para ser esterilizada, a paciente e o seu médico planejavam uma cesariana – frequentemente paga pelo sistema público de saúde – após a qual o procedimento de esterilização era realizado. Os médicos recebiam, algumas

⁴ O sistema de saúde brasileiro é único na América Latina e comparável aos sistemas de saúde no Canadá e em diversos países europeus. Como definido pela Constituição e na lei do SUS: (a) o sistema é um pagador único; (b) a cobertura é universal; (c) os benefícios da saúde são todos inclusivos e grátis quando usados; (d) o financiamento provém, na maior parte, dos impostos; (e) os recursos são alocados aos estados e municípios baseados em orçamentos negociados; (f) a maioria das atenções à saúde são fornecidas por provedores particulares que concorrem pelos pacientes; (g) os provedores são reembolsados com base nos serviços; e (h) a propriedade e administração dos serviços públicos estão descentralizadas parcialmente para os municípios e estados. Os princípios do SUS incluem a participação social através de consultas às comunidades e a participação nos conselhos de saúde municipais e estaduais. Os seguros de saúde privados têm um papel complementar significativo para cerca de 38 milhões de pessoas (cerca de um quarto da população).

vezes, pagamento adicional por este serviço (BERQUO, 1996). Em 1998, quando pela primeira vez as estatísticas tornaram-se públicas, o número alto de esterilizações levou à suspeita de que estava sendo realizada uma política racista não explícita, especialmente naqueles estados com uma proporção alta de negros. O Congresso brasileiro criou, assim, uma comissão para analisar a alegação, mas foi incapaz de estabelecer uma ligação. Contudo, a controvérsia levou à regulamentação do planejamento familiar (Lei 9.263/96, resumida no Box 2). A lei fornece às mulheres e homens um acesso maior à informação precisa sobre planejamento familiar, assim como uma gama mais ampla de escolhas. Proibiu também os médicos de realizarem esterilização feminina juntamente com os partos, exceto diante de circunstâncias excepcionais. Não se sabe até que ponto a lei é cumprida.

Saúde reprodutiva

13. GRAVIDEZ DE RISCO.

Quase a metade das mulheres brasileiras que deu à luz nos cinco anos anteriores a 1996 teve riscos (ver Tabela 3). Em todas as regiões, pelo menos um terço foi de gravidez de risco. No

BOX 2

A LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A Lei do Planejamento Familiar estabelece:

- O direito a esterilização cirúrgica (homem-mulher) para os maiores de 25 anos de idade e para aqueles menores de 21 anos de idade com dois filhos vivos.
- O acesso ao controle de natalidade e o aconselhamento através de uma equipe multidisciplinar com o objetivo de desencorajar a esterilização precoce.
- A proibição da esterilização cirúrgica de mulheres após o parto ou após um aborto. As exceções são permitidas nos casos de necessidade comprovada, por exemplo por razões de saúde e cesarianas sucessivas anteriores.
- A obrigação para homens e mulheres de obterem o consentimento de seus parceiro(a)s para a realização dos procedimentos de esterilização.
- A notificação compulsória por parte do SUS de todas as esterilizações cirúrgicas realizadas.
- A proibição da esterilização instigada ou induzida.
- O registro, a fiscalização e o controle pelo Ministério da Saúde das instituições e serviços que realizam os procedimentos e pesquisa de planejamento familiar para assegurar que as instituições ofereçam todas as opções de controle de natalidade e que as contracepções e esterilização cirúrgicas sejam autorizadas.
- As penalidades para os médicos que desobedecerem a lei.

Nordeste a proporção foi de dois terços. Como mostrado na Tabela 3 e no Gráfico 1, o espaçamento foi somente de 24 meses em cerca de um terço das mães. A proporção de mulheres que não tiveram atenção à saúde durante os primeiros três meses da gravidez foi também de cerca de um terço. Um estudo de 1993 de 307 partos na Clínica Obstétrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo confirma que a gravidez de risco está relacionada ao peso baixo da mãe, idade (mais de 35 anos de idade), espaçamento entre gravidez e qualidade da atenção pré-natal (SPALLIACCI, 1997). No Brasil, os estudos demonstraram que partos com espaçamento curto afetam negativamente o crescimento da criança. Também, à medida que o número de filhos aumenta, aumenta também o número de crianças com desenvolvimento seriamente prejudicado.

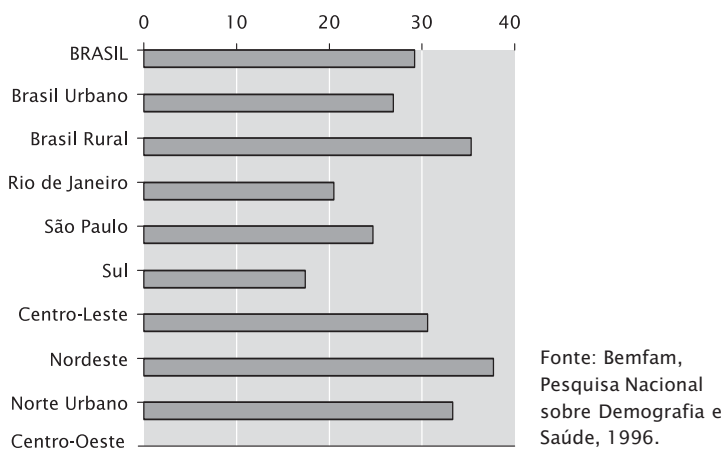
Tabela 3. Gravidez de risco:⁵ espaçamento entre gravidez e atenção pré-natal durante a gravidez e o parto, Brasil e Regiões, 1996

Área/Região	Gravidez de risco (%)	Gravidez c/<24 meses entre a última e a penúltima gravidez (%)	Mulheres c/atenção pré-natal durante os três primeiros meses da gravidez (%)	Mulheres c/atenção de saúde durante o parto (%)
Brasil	45,5	29,2	66,0	87,7
Urbano	39,8	26,9	72,7	92,3
Rural	59,1	33,3	45,7	73,3
Rio de Janeiro	38,7	20,5	79,4	96,2
São Paulo	34,1	24,7	75,9	96,5
Sul	37,8	17,4	79,7	93,1
Minas Gerais e Espírito Santo	46,9	30,6	67,3	94,8
Nordeste	54,9	37,7	51,9	76,3
Norte Urbano	49,1	33,3	55,7	75,0
Centro-Oeste	34,4	22,4	71,7	96,4

Fonte: Bemfam, 1996.

⁵ A gravidez de risco foi definida como aquela da mulher grávida com menos de 18 anos e mais de 35 anos de idade, de mães com mais de quatro gravidezes e de mães cujas duas gravidezes anteriores tiveram espaçamento menor do que 24 meses entre elas.

Gráfico 1. Mulheres que tiveram filhos nos cinco anos anteriores com menos de 24 meses entre a última e a penúltima gravidez (%), Brasil e Regiões, 1996



14. USO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO MATERNA. Entre as mulheres que tiveram filhos nos cinco anos anteriores à pesquisa do Bemfam, 87 por cento tiveram alguma forma de atenção pré-natal. Na maioria das vezes (81 por cento) a atenção foi dada por um médico. O nível de escolaridade da mãe, o local de residência e a idade, assim como a ordem de nascimento das crianças afetam a utilização dos serviços de atenção pré-natal. As mulheres com idade entre 20 e 34 anos e aquelas vivendo a primeira gravidez foram, mais provavelmente, as que buscaram o atendimento. O estudo mostrou também que quase 50 por cento das mulheres visitaram um médico mais de sete vezes. As mulheres no Rio de Janeiro visitaram mais frequentemente os serviços de atenção à saúde (66 por cento delas tinham sete visitas, pelo menos, em contraste com somente cinco por cento que não tinham feito visita alguma). No Nordeste, somente 27 por cento das mulheres tinham feito sete ou mais visitas e 26 por cento não tinham feito visita alguma. A falha na busca pelos serviços de saúde materna está associada fortemente à taxa de mortalidade materna.

15. MORTALIDADE MATERNA. Embora não exista consenso claro sobre a taxa de mortalidade maternal no Brasil, diferentes autores concordam que esta taxa é muito alta para o nível de desenvolvimento

BOX 3

O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

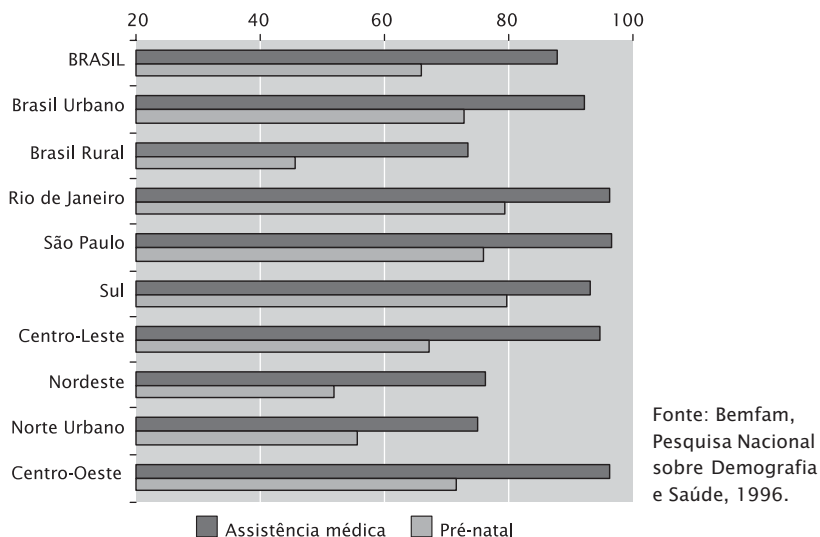
A configuração atual dos serviços de assistência à saúde da mulher é resultado da integração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), criado em 1984, e o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi efetivado com a Constituição de 1988. A consolidação do Paism no âmbito dos SUS tem sido complexa e árdua. O Paism é um programa de cima para baixo do Ministério da Saúde, em contraste com o SUS, que é um sistema descentralizado em nível municipal e tem um estilo de implementação horizontal. O Paism foi desenhado para oferecer uma assistência ampla a todas as necessidades das mulheres em todas as fases da vida. Durante os últimos anos, contudo, o seu escopo foi reduzido. O programa responde agora principalmente às necessidades das mulheres durante os seus anos de fertilidade e enfatiza a saúde reprodutiva. As prioridades atuais do Ministério da Saúde sobre a saúde das mulheres e a assistência materno-infantil são: (a) melhorar a qualidade da assistência durante os períodos pré-natal e pós-parto visando reduzir a mortalidade materna e neonatal.; (b) superar as distorções prevalentes no acesso a anticoncepcionais, incluindo a educação para o planejamento familiar; (c) fornecer exames cervicais e de prevenção do câncer; e (d) integrar melhor os programas, especialmente o HIV-Aids e o Programa de Saúde do Adolescente (Prosad). Um estudo recente que analisou os postos de saúde municipais e estaduais (mas cobrindo somente as capitais de estados) concluiu que: (a) a cobertura dos serviços de saúde pertinentes ao Paism foi menos de 40 por cento em 81 por cento dos postos de saúde municipais nestas capitais e de 67 por cento nos postos de saúde estaduais; (b) quase 38 por cento dos postos de saúde municipais e 44 por cento dos postos de saúde estaduais forneciam assistência pré-natal para menos de 20 por cento das mulheres grávidas em suas áreas respectivas; (c) a cobertura da assistência ginecológica é menos de 10 por cento em 25 por cento das instituições estudadas; e (d) o controle do câncer cervical cobre menos de 10 por cento da população feminina em 44 por cento dos postos de saúde municipais nas capitais e 36 por cento dos postos de saúde estaduais.

Fonte: Costa, A.M., Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a Ser Resgatada (1999).

social e econômico do Brasil, que a mortalidade materna está subindo e que pode ser evitada (CARRANZA, 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994; BERQUÓ, 1996). De acordo com as estatísticas oficiais brasileiras de 1996, as mortes por parto foram de 55,8 por 100.000 nascidos vivos. Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) estimam que a taxa de mortalidade materna seja consideravelmente maior, isto é, 220 por 100.000 nascidos vivos. Para uma visão comparativa deste problema deve-se considerar que nos EUA esta taxa é de 12 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, no México de 110 por 100.000 e no Chile de 63 por 100.000 nascidos vivos. As variações nas taxas do Brasil devem-se às diferenças metodológica empregadas e podem ser devidas, por exemplo, a ausência de comunicação regular de atestados de óbitos ao Ministério da Saúde (TANAKA, 1994.) Vale notar que em 1995, o Ministério criou o Plano Nacional para Reduzir a Mortalidade Materna para monitorar as taxas de mortalidade materna.

16. A mortalidade materna é causada, em ordem decrescente, por hipertensão específica da gravidez, hemorragias, infecções puerperais e/ou aborto (TANAKA, 1994). A taxa alta de mortes maternas resultante de infecções e hemorragias em um país onde 95 por cento dos nascimentos ocorrem em hospitais sugere problemas graves na qualidade da assistência de saúde e planejamento familiar. Uma outra causa provável de infecções é a suspeita de que as mulheres não tivessem sido imunizadas contra tétano; contudo, as informação existentes são insuficientes para confirmar esta especulação. Alguns autores associam também a taxa alta de mortalidade materna com o percentual alto de partos por cesarianas.

Gráfico 2. Mulheres que tiveram assistência pré-natal nos três primeiros meses de gravidez e durante o parto (%), Brasil e Regiões, 1996



17. A alta proporção de cesarianas realizadas no Brasil coloca as mulheres grávidas em risco e aumenta os custos de saúde. Estima-se que mais da metade dos partos no Brasil seja realizada através de cesarianas.⁶ Os dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) indicam que em três regiões de São Paulo, as cesarianas foram realizadas em dois terços dos partos. Em 12 das regiões, as cesarianas são realizadas em três quintos dos partos e, em outras 28 regiões, são realizadas em mais de 70 por cento dos partos (BERQUÓ, 1999). Um estudo recente do *Jornal Britânico de Medicina* concluiu que das mulheres entrevistadas um mês antes do parto em Porto Alegre, São Paulo, Natal e Belo Horizonte, 80 por cento prefeririam ter um parto normal (vaginal). Isto indica uma discrepância real entre o que as mulheres desejam e o que acontece na sala de parto realmente.⁷

⁶ A OMS recomenda que a taxa de partos cesarianos não deva ser superior a 15 por cento.

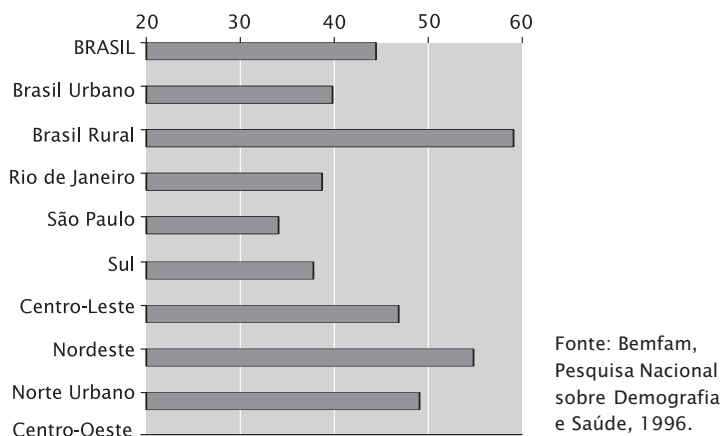
⁷ *Gazeta Mercantil*, 7 de dezembro de 2001.

18. ABORTO. Dado que o aborto é ilegal no Brasil (com exceção dos casos de estupro e quando a saúde da mãe estiver em risco), é difícil estabelecer até que ponto esta prática é realizada. De acordo com as estatísticas coletadas pelo Instituto Alan Guttmacher em seis países selecionados na América Latina e no Caribe, estima-se que foram realizados, em 1991, 1.443.350 abortos (FLACSO, 1995). Isto era o equivalente a 44 para cada 100 nascidos vivos, ou uma taxa anual de 3,7 para 100 mulheres no grupo etário de 15 a 49 anos de idade (ibid.). Com base nestes dados, cerca de um terço de todas as gravidezes no Brasil foram voluntariamente interrompidas, taxa semelhante à do Chile e Peru, mas superior à da Colômbia (um quarto de todas as gravidezes) e da República Dominicana e do México (um sexto de todas as gravidezes) (ibid.). Entretanto, nos anos recentes, o número de abortos declinou sensivelmente. O Instituto Alan Guttmacher estima um declínio, no Brasil, de 37 em cada 1.000 mulheres em 1991 para 27 em cada 1.000 mulheres em 1996. A disponibilidade ampla de métodos de planejamento familiar, a maior divulgação da contracepção de emergência, disponível em alguns serviços de saúde e a disponibilidade de pílulas abortivas ilegais, mas facilmente encontradas, são tidas como as razões por trás deste declínio.⁸ De fato, o número de internações hospitalares devido às complicações de abortos caíram de 350.000 por ano no início da década de 1990 para 238.000 em 2000. Os números de mortes registradas devido complicações de abortos também caíram de 80 para 27 durante este período.⁹

⁸ Embora a pílula tenha sido importante para auxiliar na redução das internações hospitalares e nas mortes relacionadas aos abortos, freqüentemente seu uso resulta em abortos parciais e outras complicações quando as pílulas são tomadas sem a supervisão médica adequada.

⁹ Ministério da Saúde, como citado na revista *Veja*, 28 de novembro de 2001.

Gráfico 3. Percentual de mulheres com gravidez de alto risco (1991-96)



19. O PAPEL DO HOMEM NA SAÚDE REPRODUTIVA. Os programas de saúde da família e de planejamento familiar foram quase exclusivamente direcionados para as mulheres. Só recentemente os programas de saúde reprodutiva para homens tornaram-se foco de atenção no Brasil, especialmente entre grupos acadêmicos e ativistas. Assim, não é surpresa alguma que as alterações no uso de anticoncepcionais por parte dos homens tenha sido lenta, mesmo que a sua utilização seja ascendente. Em 1996, apesar de quase todos os homens pesquisados dizerem estar cientes das alternativas anticoncepcionais, somente seis por cento usavam camisinha e 4 por cento haviam feito vasectomia (BEMFAM, 1996). Também, muitos homens não conheciam as funções e sistemas básicos de reprodução, o que afeta as suas escolhas de anticoncepcionais. De acordo com um estudo baseado em 200 entrevistas longas com homens e mulheres de baixa renda na cidade de Porto Alegre (RS), 50 por cento dos homens e mulheres acreditavam que as mulheres eram férteis durante a menstruação enquanto que somente 15 por cento da amostra, a maioria mulheres, estavam familiarizadas com o conhecimento científico atual relacionado com a fertilidade (LEAL, 1998).

Saúde em geral

20. **MORTALIDADE.** A causa primordial de mortalidade entre homens e mulheres é a doença cardiovascular. A segunda é o câncer, que subiu nas duas últimas décadas. De acordo com os dados de 1993, o câncer no pulmão (com uma taxa de 17 para 100.000), no estômago (13,7 para 100.000) e o câncer na próstata (9,6 para 100.000) foram as principais causas de morte entre os homens. O câncer na mama (12,6 para 100.000) e o do útero (11 para 100.000) são os tipos mais frequentes desta doença entre as mulheres, e ambos têm aumentado na última década (LAURENTI et al., 1998). Em 1998, o Ministério da Saúde lançou uma campanha para atingir quatro milhões de mulheres com idade entre 25 a 49 anos como parte de um programa de prevenção do câncer. Entretanto, não foi feito esforço semelhante nos casos dos tipos de câncer dos homens. A Box 3 fornece uma visão geral da estratégia do Ministério da Saúde para a saúde da mulher. O Ministério não tem um plano comparável para os homens.
21. **Gênero e idade afetam as causas e os custos das internações hospitalares no SUS.** Em 1994, o tratamento psiquiátrico era a principal razão para a admissão de homens entre 25 a 54 anos de idade (NUNES & PIOLA, 1998). Para os homens no grupo de 25 a 34 anos de idade, as admissões psiquiátricas absorveram 33 milhões de dólares americanos, com um custo médio de 347 dólares americanos por internação. Este custo somente é ultrapassado pela Aids, que correspondeu a um custo de 600 dólares americanos por paciente neste mesmo grupo etário. Entre as mulheres com idade de 15 a 44 anos, a causa mais frequente de admissão foi a assistência obstétrica, com uma taxa alta de partos por cesariana e cirurgias pós-natal no sistema reprodutivo. Em 1994, o SUS internou 1,9 milhão de mulheres para partos normais e 811.000 mulheres para cesarianas, com um custo médio de 125,30 dólares americanos e de 191,50 dólares americanos, respectivamente, por internação (NUNES & PIOLA, 1998).
22. **AIDS.** A Aids apareceu pela primeira vez em 1980 no Brasil, cerca de dois anos após o surgimento nos países desenvolvidos. A epidemia

HIV/Aids cai na categoria de epidemia “concentrada”, isto é, a prevalência do HIV ultrapassou cinco por cento em um ou mais subgrupos populacionais presumivelmente com comportamento de alto risco, mas a prevalência entre as mulheres que freqüentavam clínicas urbanas de pré-natal (talvez um grupo de baixo risco de contrair a doença) está ainda abaixo de cinco por cento. Até agosto de 1997, o Brasil ocupava o quarto lugar no mundo em termos de casos (aproximadamente 116.000). Contudo, classificado de acordo com a incidência relativa, o Brasil ocupa o 40° lugar com 730 casos por milhão de habitantes. O número de casos relatados de Aids subiu de 550 em 1985 para 8.201 em 1990, parecendo ter atingido o pico com quase 21.000 casos em 1997, mas desacelerou nos três anos subseqüentes. Até 1996, estimava-se que de 338.000 a 488.000 indivíduos (entre 15 a 49 anos de idade) estivessem infectados com o HIV.

23. A primeira onda da epidemia de Aids foi concentrada entre homens homossexuais que constituíam três quartos dos infectados em 1984. Alguns anos mais tarde, adquiriu relevância a proporção de infectados entre os usuários de drogas injetáveis, a maioria dos quais também homens. Os casos atribuídos ao compartilhamento de agulhas contaminadas subiram de três por cento em 1984 para 20 por cento em 1995. Mais tarde, a doença se espalhou entre os trabalhadores do sexo, as parceiras de homens bissexuais e de usuários de drogas injetáveis, o que provocou o aumento na proporção de heterossexuais de dois por cento em 1984 para 28 por cento em 1995. Dos casos relatados em 1995, cerca de 55 por cento foram atribuídos à transmissão sexual, 20 por cento entre usuários de drogas injetáveis, quatro por cento contaminados por transfusões contaminadas, três por cento pela transmissão mãe-filho, e o restante de causas desconhecidas. Embora dois terços de todos os casos ainda sejam diagnosticados na região Sudeste, a epidemia espalhou-se para outras áreas do Brasil. Todos os estados no país foram afetados e aproximadamente a metade de todos os municípios relatou pelo menos um caso de Aids. A média etária dos pacientes também tornou-se mais baixa com o tempo. Embora os da-

dos sobre níveis de renda não sejam disponíveis, a evidência sugere um elo entre a Aids e a educação, sendo afetada a população de renda mais baixa.¹⁰

24. A incidência da Aids por gênero alterou-se com os anos. Inicialmente, quase todos os casos eram de homens, mas agora cerca de 50 por cento dos casos novos são de mulheres (ver Tabela 4). As mulheres têm uma chance muito maior de contrair Aids por razões físicas. As relações de poder tornam as mulheres mais vulneráveis à Aids e a outras doenças sexualmente transmissíveis. No início, os programas de Aids eram executados principalmente por grupos de homossexuais masculinos e visavam os homossexuais masculinos. Contudo, o foco do programa alterou-se com os anos, quando tornaram-se disponíveis as informações sobre os grupos de risco e as tendências da Aids. Por exemplo, o Projeto Aids II financiado pelo Banco Mundial, desenvolve intervenções direcionadas aos subgrupos de maior risco de contrair HIV, tais como usuários de drogas injetáveis, trabalhadores do sexo, adolescentes, presos, motoristas de caminhão e outros, além dos homossexuais masculinos. Além disso, as ações preventivas são orientadas tanto para as mulheres e homens como para as populações de renda baixa.

Tabela 4. Número de casos de Aids relatados, Brasil, 1991-98

Ano	Homens	Mulheres
1991	9.616	1.992
1992	11.815	2.890
1993	12.905	3.623
1994	13.771	4.179
1995	14.455	4.944
1996	15.029	5.976
1997	14.452	6.473
1998	12.662	6.112

Fonte: IBGE, 1999.

¹⁰ Informação fornecida pelo Projeto Aids II, financiado pelo Banco Mundial.

25. ALCOOLISMO E ABUSO DE DROGAS. Embora a informação estatística seja notoriamente inadequada, especialistas em desenvolvimento enfatizam que a América Latina e o Caribe têm uma das incidências de consumo de álcool mais altas no mundo¹¹, com uma taxa três vezes maior do que no resto do mundo (LONDONO, 1996). Dentro da América Latina, o Brasil apresentou aumento da taxa de consumo de álcool (BANCO MUNDIAL, 1997a). De 1970 a 1989, o uso do álcool aumentou em 242 por cento no Brasil, comparado a 72 por cento na Colômbia, 45 por cento na Costa Rica e 21 por cento no México. Em contraste, a Argentina, Venezuela e Chile tiveram quedas no consumo (ibid.). Anualmente, o álcool é a causa de dois milhões de mortes em todo o mundo. De acordo com Cercone (1993) – como citado no Banco Mundial, 1997a –, estima-se que o consumo de álcool continue a subir devido, em parte, aos esforços mercadológicos agressivos por parte das companhias de bebidas que perderam mercados nos países mais industrializados.
26. Segundo um estudo do Hospital da Universidade de Valladolid (Espanha) realizado entre 1980 e 1984, as internações por abuso ou dependência do álcool tendem a ser de homens pobres. A pesquisa realizada com base nos registros de 150 casos do Departamento de Psiquiatria do hospital indicou que os pacientes eram tipicamente trabalhadores braçais sem qualificações, com nível educacional baixo (somente o curso primário), com idade entre os 45 anos, casado, vivendo em áreas urbanas e com renda baixa (CONDE LOPEZ, 1990). As ONGs confirmam que o abuso do álcool é comprovadamente muito maior entre os homens de renda baixa e com pouca escolaridade. Embora não existam dados disponíveis confiáveis, há alguma evidência de que o consumo de drogas é considerável e está em alta, especialmente entre os jovens. O uso do craque, derivado da cocaína, e da cocaína injetável parecem ter-se tornado comuns entre os grupos marginalizados, tais como as prostitutas e aqueles que vivem nas ruas.

¹¹ As medidas de consumo basearam-se nas vendas.

Foram relatados casos de crianças de até sete e oito anos usando crack e cocaína injetável.

27. As estatísticas do Ministério da Saúde indicam que, em 1995, os custos associados aos pacientes internados com doenças diretamente provocadas por abuso de entorpecentes, incluindo o álcool, as drogas e o tabaco representaram um terço dos custos totais das internações de saúde mental, totalizando 113 milhões de dólares americanos. Custos adicionais relacionados ao abuso de entorpecentes incluem as compensações pagas por dias de trabalho perdidos sob a forma de auxílio-doença.

28. AS DIFERENÇAS INTRAGÊNERO: RISCOS DE SAÚDE ENTRE MULHERES DA ZONA RURAL. As trabalhadoras rurais enfrentam riscos e problemas específicos de saúde em relação aos seus pares urbanos. Um estudo financiado pelo Centro de Pesquisa do Desenvolvimento Internacional (IDRC) fez uma amostragem entre as mulheres da zona rural na região Nordeste do Brasil e ressaltou que elas trabalham mais horas do que os homens e, como tal, são mais vulneráveis aos riscos de saúde. As dores de cabeça que as mulheres classificaram como o seu sofrimento mais freqüente, podem ser causadas pela fadiga, tensão emocional, infecções, exposição excessiva ao sol e às substâncias tóxicas (FISCHER & ALBUQUERQUE, 1997). Este é freqüentemente o caso dos trabalhadores em áreas de irrigação, independente do seu sexo. No universo das mulheres, os seus afazeres domésticos somam-se à fadiga e a outros sintomas. Por exemplo, 60 por cento das entrevistadas indicaram que têm dores de cabeça com freqüência. A colheita e plantio são efetuados tipicamente por mulheres e, por exigirem que os trabalhadores realizem estas tarefas curvados, causam dores crônicas nas costas e problemas com a coluna dorsal. Os problemas ginecológicos vividos pelas mulheres em áreas de irrigação também são comuns. A falta de água limpa ou a presença de água contaminada por defensivos agrícolas no local de trabalho provoca dor de cabeça, náusea, perda do apetite, parasitoses e coceiras entre as mulheres. As infecções por esquistossomas também são um problema nas áreas

BOX 4

AS VISÕES DAS MULHERES DA ZONA RURAL SOBRE A PRÓPRIA SAÚDE

- “As mulheres adoecem mais do que os homens. Se os homens fizessem o mesmo trabalho que as mulheres, eles adoeceriam também.” (Trabalhadora em cana-de-açúcar)
- “Cuidar de feijão é mais trabalho de mulher do que de homem. Nós trabalhamos com os sacos em nossas costas e plantamos o feijão à medida que andamos. Meus ombros incham e minha coluna está me matando porque, além do peso dos sacos, eu tenho que trabalhar curvada o tempo todo para colher o feijão.” (Trabalhadora em cultura de feijão)
- “Se eu tivesse saias longas, camisas de manga comprida, luvas e botas para os espinhos, eu não teria problemas de saúde. O patrão deveria fornecer tudo isto, mas ele não faz isso.” (Trabalhadora em cultura de arroz)
- “Eu bebo a água quente do canal. Eu não posso trazer água de casa porque eu moro muito longe. Eu acho que a água faz mal para a gente. Tem muitos caramujos nos canais e eles portam doenças. A água quente e as pulverizações trazem muitas doenças para as mulheres.” (Trabalhadora em cultura de tomate)
- “A irmã de minha avó (uma trabalhadora de tomate) morreu por causa de veneno. Causou-lhe infecção urinária. O médico disse que ela contraiu a doença na lavoura. Ele disse que era uma doença do útero. Ela morreu de câncer.” (Trabalhadora em cultura de tomate)

de irrigação. As mulheres estão mais expostas do que os homens aos riscos de esquistossomíase porque são responsáveis pela lavagem da roupa e dos pratos, assim como por buscar água, o que faz com que estejam muito em contato com a fonte de infecção. Plantar e transplantar arroz no rio São Francisco, outra tarefa da mulher, exige que elas fiquem dentro d'água enquanto trabalham. O Box 4 ilustra como as trabalhadoras rurais no Nordeste relacionam o trabalho à sua própria saúde.

A Saúde dos povos indígenas

29. TAXAS DE MORTALIDADE E DE FECUNDIDADE INDÍGENAS. As informações estatísticas sobre a saúde indígena é claramente inadequada. A evidência disponível, contudo, indica que a taxa de mortalidade para a população indígena amazônica é acentuadamente maior do que a média nacional brasileira. Além disso, importantes diferen-

ças de gênero existem entre os indígenas. A expectativa de vida das mulheres Tyroyó, por exemplo, é quase 50 por cento maior do que dos homens. As taxas de mortalidade entre os grupos indígenas são maiores do que as taxas para o Norte do Brasil como um todo, onde vive a maioria dos povos indígenas. O HIV/Aids tornou-se uma preocupação de saúde grave e o suicídio é um risco crescente. A taxa de fecundidade também é muito alta. Esta taxa, assim como o tamanho da família estão intimamente relacionados com a pobreza e a desnutrição. Apesar da diversidade de culturas entre os grupos indígenas na Amazônia, os etnólogos concordam sobre os fatores associados com as altas taxas de fecundidade: as meninas iniciam a vida sexual ainda bem jovens, as atividades reprodutivas entre as mulheres estendem-se durante quase todo o curso dos seus ciclos de vida, e é atribuído valor positivo a grandes famílias; o casamento é quase universal tanto para homens como para mulheres e devido às taxas altas de mortalidade infantil, as famílias têm mais filhos para compensar pelos mortos (COIMBRA JR. & SANTOS, 1994).

30. A AIDS ENTRE OS INDÍGENAS. A Aids é uma questão emergente entre os povos indígenas no Brasil. Acredita-se que a epidemia tenha se espalhado para o Brasil pelos Ianomamis, que circulam livremente entre a

BOX 5
INDICADORES DE SAÚDE ENTRE AS CRIANÇAS
INDÍGENAS NO RIO GRANDE DO SUL

Os resultados da pesquisa realizada pela Coordenação Nacional do Índio/Fundação Nacional de Saúde apontam para problemas graves nas condições de saúde das crianças indígenas na reserva Guarani e Caingangue do Rio Grande do Sul, um dos estados mais desenvolvidos no Brasil. De 905 crianças examinadas (440 meninos e 465 meninas), as mães de 53 por cento das crianças não tiveram atenção pré-natal e somente 16 por cento tiveram atenção pré-natal durante os três primeiros meses de gravidez, 28 por cento das mães não tinham qualquer tipo de ajuda durante o parto e dois terços delas não tinham sido imunizadas contra tétano, o que está associado com a mortalidade neonatal. Um déficit na altura/idade (deficiência) era prevalente em 47 por cento das crianças, duas vezes mais do que no Nordeste, a região mais pobre do Brasil, e o déficit peso/idade era prevalente em 16 por cento das crianças, uma vez e meia maior do que no Nordeste.

Fonte: Fundação Nacional de Saúde (1999) e Mapa da Fome Entre as Populações Indígenas no Brasil (1995).

Venezuela e o Brasil e que disseminam a epidemia através da migração (em 1990, a OMS relatou 1.061 casos de Aids na Venezuela). Acredita-se que os garimpeiros que viajam entre o sul da Venezuela e o Brasil tenham introduzido a Aids nas áreas próximas à fronteira venezuelana. Está relatado que a Aids tornou-se comum entre os garimpeiros do Mato Grosso que infectaram a população local através da prostituição. As mulheres indígenas de certos grupos são do mesmo ou de grupo de risco maior do que as mulheres dos garimpeiros, devido à incidência de estupro e da prostituição. Existem diversos arranjos sociais e econômicos diferentes entre as mulheres indígenas e os que migram para as suas áreas. Ter esposas temporárias é um destes arranjos. Entre alguns povos indígenas, tais como os Ianomamis, as mulheres que têm relação sexual com os estranhos enfrentam pouca reprovação social, o que constitui também um fator positivo para o aumento da transmissão do HIV/ Aids.

31. COBERTURA MÉDICA. Enquanto que o sistema brasileiro de saúde como um todo esteve sujeito a reformas importantes nos anos recentes, esforços específicos foram feitos para aumentar a atenção médica culturalmente apropriada para os grupos indígenas. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas fornecem esta atenção, sendo controlados pelos Conselhos Distritais, e são organizados através de representantes dos governos estadual e municipal, das ONGs e das comunidades indígenas. Entretanto, o acesso à atenção médica permanece muito inadequado, tanto nas comunidades indígenas como na comunidade em geral.

A violência e as relações privadas

32. Ambos, homens e mulheres, enfrentam a violência no Brasil. Os dados indicam que os tipos prevalentes de conflito variam por gênero, resultando em um padrão bipolar público/privado. Os homens estão envolvidos mais na violência relacionada ao trabalho e ao crime. As mulheres, muito provavelmente, estão envolvidas nos conflitos relacionados com separação conjugal e outros tipos de

conflitos domésticos. Os mesmos padrões de vítimas – públicas (homens) e privadas (mulheres) – confluem, uma vez que o gênero da vítima e do agressor é levado em conta. Por exemplo, a agressão contra os homens tende a envolver conhecidos e estranhos, mas raramente os membros da família. Por outro lado, as mulheres são atacadas igualmente por conhecidos, estranhos e parentes (PNAD, 1988). Como mostrado nas Tabelas 5, 6 e 7, a violência em geral, e especificamente os homicídios envolvendo homens, são mais frequentes do que aqueles envolvendo mulheres, porém, mulheres e homens são vítimas quase na mesma proporção de atos violentos com ferimentos corporais. Além do custo econômico (por ex., renda perdida) e os custos mais óbvios dos sistemas judiciário e de saúde, o medo e a intimidação podem impedir mulheres e homens de se engajarem em atividades produtivas.

33. A EXPOSIÇÃO DOS HOMENS À VIOLÊNCIA. A exposição dos homens à violência inicia-se desde muito cedo. Meninos de 0-9 anos de idade enfrentam situações violentas com mais frequência do que as meninas, e o fazem em diversas situações, incluindo o lar, a escola, a rua, no transporte público e nos centros esportivos. Isto sugere que a socialização de gênero leva a comportamentos masculinos mais violentos, tornando-os também mais aceitáveis quando praticados pelos homens. De acordo com Jorge, M. H. P. de M (1998), as taxas de mortalidade ligadas aos fatores externos (acidentes de trânsito, homicídios e suicídios) são muito diferentes de acordo com o sexo: 114 e 25 por 100.000 homens e mulheres, respectivamente. Este padrão de mortalidade homem/mulher no Brasil é semelhante ao de outros países (LAURENTI et al., 1998), com uma incidência alta de homicídios entre homens jovens (161 por 100.000 para o grupo etário de 15-49 anos de idade).

Tabela 5. Taxas de homicídios por sexo e Região, por 100.000, 1998

Região	Homens	Mulheres
Brasil	48,1	4,3
Norte Urbano	35,1	3,8
Nordeste	35,0	2,6
Sudeste	67,2	5,6
Sul	26,1	3,5
Centro-Oeste	45,9	5,4

Fonte: Ministério da Saúde /Fundação Nacional de Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia.

34. Os hospitais do SUS confirmam a freqüência da violência entre homens, especialmente entre homens jovens. Por exemplo, a violência é a causa principal das internações nas instalações do SUS entre homens com 15 a 24 anos de idade. Em 1995, perto de 108.000 internações de homens em hospitais (sete por cento do total) foram por causa de envenenamento ou outras agressões físicas, enquanto que o número equivalente para as mulheres foi de 36.000 (LAURENTI et al., 1998). A população carcerária no Brasil também é predominantemente masculina – 95 por cento de 170.000 (Censo Penitenciário, 1997).

Tabela 6. Homicídios violentos e ferimentos corporais violentos registrados pela Polícia Civil, Rio de Janeiro (1991-97)

	Casos	Percentual
<i>Homicídios violentos</i>		
Total de vítimas	50.729	100,0
Homens	47.065	92,8
Mulheres	3.664	7,2
<i>Ferimentos corporais violentos</i>		
Total de vítimas	250.197	100,0
Homens	125.197	50,0
Mulheres	125.139	50,0

Fonte: Polícia Civil/Registros de Ocorrência (1998, p. 115).

35. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. Dentro da família, a violência é relacionada, por um lado, à subordinação das mulheres aos homens e, por outro, das crianças pelos adultos.¹² A violência doméstica é generalizada no Brasil, assim como em outros países da América Latina e mesmo nos países desenvolvidos.¹³ O estudo de Barker, de 1998, sobre homens jovens vivendo nas áreas pobres do Rio de Janeiro fornece uma visão importante sobre a percepção dos homens relacionada à violência contra as mulheres e a relação entre a violência masculina e a afirmação da identidade masculina. O estudo de 58 adolescentes (15-19 anos) e de 32 homens jovens (19-30 anos) vivendo em vizinhanças de baixa renda e em favelas concluiu que: (a) ser homem está relacionado a trabalhar duro, ser responsável, ser o provedor financeiro e ser sexualmente ativo; (b) tornar-se um homem é um ato público, algo a ser mostrado para outros: “*Para ser um homem, você tem que ser completo, não se pode desviar ou escorregar – como se não fosse homem, como se fosse gay ou alguma coisa. Não se pode ter um lado feminino e ser homem*”; (c) o tom básico das relações homem-mulher é a de desconfiança das mulheres; e (d) a violência contra as mulheres representa covardia, mas, em algumas circunstâncias, é compreensível e aceitável. Um homem jovem entrevistado explicou a regra não escrita sobre a convivência: se os homens são os provedores financeiros, eles podem esperar certas coisas das mulheres em troca, por ex., a fidelidade, cuidar das crianças e da casa. Um homem é visto como tendo o direito de usar a violência contra a mu-

¹² O problema não está limitado aos homens; as mulheres também são violentas com as suas crianças.

¹³ De acordo com os dados da OMS, na Suíça, 20 por cento das mulheres relataram terem sido fisicamente molestadas (com base em uma amostra de 1.500 mulheres entre 20-60 anos de idade) e nos Estados Unidos, 16 por cento das mulheres relataram terem sido fisicamente abusadas pelos esposos, de acordo com uma amostra representativa nacionalmente. Na América Latina, 26 por cento das mulheres chilenas relataram pelo menos um episódio de violência por um parceiro em uma amostra representativa das mulheres entre 22 a 50 anos de idade em Santiago. No México, 30 por cento das mulheres em uma amostra representativa de 650 mulheres com maridos ou parceiros da região metropolitana de Guadalajara relataram terem sido fisicamente abusadas pelos seus parceiros durante o último ano da pesquisa (WHO, 1999).

lher se ela não satisfizer estas normas não escritas. De acordo com o entrevistado, *“a um homem é permitido bater em uma mulher se ela não alimentar as crianças, quando ela fofoca o tempo todo e quando ela não limpa a casa”*.

36. O Brasil tomou diversas medidas para tratar da violência contra as mulheres, incluindo: (a) a criação de 200 delegacias de polícia para as mulheres, lotadas e dirigidas por mulheres (120 destas delegacias estão localizadas no estado de São Paulo); (b) o treinamento de indivíduos contra a violência física e sexual contra as mulheres em setores tais como a polícia, o sistema judiciário e de saúde; (c) a conscientização através de campanhas na mídia (enquanto que a televisão e especialmente as telenovelas brasileiras comprovadamente continuam a exaltar a violência contra as mulheres); (d) a pressão do movimento social para alterar a lei de forma a distinguir a violência sexual contra a pessoa e o comportamento sexual que viola as normas costumeiras, como o exibicionismo; (e) a criação de abrigos para apoiar as vítimas da violência e os seus filhos; (f) o estabelecimento de uma cota de 20 por cento num projeto de moradias da Prefeitura de Porto Alegre para as mulheres vítimas de violência doméstica; e (g) serviços de apoio psicológico aos agressores num esforço para evitar a repetição dos atos violentos.
37. A violência sexual está na agenda do movimento das mulheres no Brasil desde o final da década de 1970. Atualmente é a prioridade maior das ONGs, do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e outros conselhos de mulheres que funcionam em níveis estadual e municipal. O estado do Rio de Janeiro desenvolveu um plano integrado de prevenção da violência que envolveu a criação de um Conselho de Segurança Pública, investindo em investigações inteligentes, reformando os sistemas policiais civil e militar, estabelecendo um programa de trabalho e outras alternativas para os presos, reduzindo a violência contra as mulheres, buscando alternativas para incorporar os autores na vida civil (visando, em particular, os jovens).

Tabela 7. Vítimas de homicídios registrados pela Polícia Civil por sexo, Rio de Janeiro (1991-97)

Ano	Homens		Mulheres		Total
	Número	Percentual	Número	Percentual	
1991	6.691	92,8	521	7,2	7.212
1992	6.750	93,6	461	6,4	7.211
1993	6.691	93,4	469	6,6	7.160
1994	7.342	93,0	553	7,0	7.895
1995	7.303	93,1	539	6,9	7.842
1996	6.308	92,0	546	8,0	6.854
1997	5.980	91,2	575	8,8	6.555

Fonte: Polícia Civil/Registros de Ocorrência (1998, p. 115).

38. A VIOLÊNCIA CONTRA AS CRIANÇAS E O ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS. Como em outros países da América Latina, a prostituição infantil é notável nas áreas turísticas das cidades costeiras do Brasil. Em cidades como Fortaleza e Salvador, o comércio do sexo entre crianças tornou-se óbvio. De acordo com a Unicef, as meninas negras pobres sofrem os abusos piores. A Interpol também relatou que em 48 casos de crianças desaparecidas que foram rastreadas pelo órgão, 23 eram do Brasil e 16 destas tinham sido estupradas antes de serem assassinadas. Como reconhecimento do problema, o governo brasileiro lançou uma campanha contra o abuso sexual de crianças, mantendo nos aeroportos e hotéis cartazes com os dizeres: “A exploração de menores para turismo sexual. Fique atento, o Brasil está de olho em você”.

39. Uma avaliação do abuso sexual entre crianças em diversos municípios do Mato Grosso, realizada pelo Instituto Brasileiro de Inovação em Saúde Social (Ibiss) fez as seguintes recomendações em relação ao abuso sexual de crianças e à prostituição infantil: (a) criar um banco de dados sobre o abuso sexual entre crianças e adolescentes; (b) apoiar os processos de investigação policial; (c) estabelecer uma rede para dar assistência às vítimas; (d) apoiar os Conselhos Tutelares (instituições jurídicas responsáveis pela aplicação das leis relacionadas

às crianças); (e) colocar campanhas de conscientização sobre a magnitude e gravidade do problema; e (f) fornecer treinamento para profissionais em educação, saúde e assistência social para capacitá-los a identificar e cuidar dos abusos sexuais (Ibiss, 1998). As recomendações foram apresentadas, em 1996, no Fórum para a Luta contra o Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes, apoiado pelo Unicef e realizado em Campo Grande (MS).

40. **ALCOOLISMO E VIOLÊNCIA.** O efeito do alcoolismo sobre a violência recebeu pouca atenção na literatura. Contudo, informações disponíveis sugerem uma correlação forte entre os dois. Por exemplo, um estudo no México concluiu que quase 50 por cento dos condenados por homicídio admitiram ter consumido bebida alcoólica antes de cometerem o crime (BANCO MUNDIAL, 1997a). Unidades especiais contra a violência doméstica no estado do Rio de Janeiro também encontraram o álcool como fortemente ligado aos incidentes de violência. Como afirmado antes, o Brasil viveu um dos maiores aumentos na taxa de consumo de álcool na América Latina e Caribe, além do abuso de bebidas alcoólicas ser significativamente maior entre os homens do que entre as mulheres.

Educação

41. **TENDÊNCIAS NA EDUCAÇÃO.** No Brasil, como em outras partes da América Latina e Caribe e em contraste com outros países em desenvolvimento fora da região, os níveis de instrução das mulheres são superiores aos dos homens. Como mostra a Tabela 8, o analfabetismo entre as mulheres é o mesmo que entre os homens para a população com mais de 14 anos de idade. A Tabela 9 indica, também de acordo com a Pnad, que em 1999 somente 14 por cento dos homens com 10 anos de idade ou mais não tinham qualquer escolaridade. A proporção para as mulheres era menor (13 por cento). Entretanto, 18 por cento dos homens tinham mais de 10 anos de escolaridade, comparados aos 20 por cento para as mulheres. A probabilidade, em 1990, de matrículas na escola era de 85 por cento para uma criança

branca e de somente 65 por cento para uma criança negra, enquanto que a probabilidade de uma criança branca completar a primeira série era de 57 por cento, caindo para 36 por cento para uma criança negra (SANT'ANNA & PAIXÃO, 1999).

42. A escolaridade média para indivíduos com dez anos de idade ou mais é ligeiramente superior para as mulheres (5,7) do que para os homens (5,5). Como ilustra a Tabela 10, existem diferenças regionais na escolaridade, com o Nordeste ficando para atrás de outros estados. Também, as diferenças entre a escolaridade de homens e mulheres são maiores no Nordeste e desaparecem quase por completo no Sudeste. Em 1995, a taxa conjunta de matrícula para as mulheres no ensino fundamental, no segundo grau e no ensino superior era de 72 por cento, proporção ligeiramente superior àquela para os homens (69 por cento). A diferença entre gênero é menor do que nos Estados Unidos (98 por cento para as mulheres e 93 por cento para os homens), na Argentina (80 por cento para as mulheres e 69 por cento para os homens), no Uruguai (80 por cento para as mulheres e 65 por cento para homens) e na Colômbia (71 por cento para mulheres e 63 por cento para homens). Mas a diferença é maior do que no Canadá (100 por cento para ambos) e na Noruega (93 por cento pra mulheres e 92 por cento para homens).

Tabela 8. Taxas de analfabetismo para a população com 15 anos de idade ou mais, por sexo e Região

Região	Total	Homens	Mulheres
Brasil	13,3	13,3	13,3
Norte	11,6	11,7	11,5
Nordeste	26,6	28,7	24,6
Sudeste	7,8	6,8	8,7
Sul	7,8	7,1	8,4
Centro-Oeste	10,8	10,5	11,0

Fonte: IBGE, Síntese dos Indicadores Sociais, 2000.

Tabela 9. Anos de escolaridade de crianças com 10 anos de idade ou mais, por sexo, Brasil 1999

Ano	Total	Homens	Mulheres
Sem escolaridade/menos de um ano	13,4	13,6	13,2
1 - 3 anos	18,3	19,4	17,2
4 - 7 anos	34,2	34,5	34,0
8 - 10 anos	14,6	14,5	14,7
11 anos ou mais	19,0	17,5	20,4

Fonte: Pnad, 1999.

43. O DESEMPENHO EDUCACIONAL DOS MENINOS. Uma série de fatores podem explicar por que os meninos têm, em termos comparativos, desempenho inferior ao das meninas na escola. Muitos deles estão ligados aos papéis e expectativas relacionadas a gênero. Por exemplo:

- Culturalmente, espera-se que as meninas precisem mais de proteção do que os meninos e as escolas são vistas como mais protetoras do que a rua ou o mercado de trabalho.
- O comportamento “feminino” tradicional é mais compatível com o ambiente da escola. Os diretores das escolas públicas brasileiras são centrados no papel firme dos professores que exigem que os alunos sejam passivos e premiam o comportamento obediente, a ordem e a limpeza; as meninas tendem a ser socializadas para agir desta maneira, deste modo sentem-se mais confortáveis no ambiente escolar.
- Os meninos sentem uma pressão grande para trabalhar fora de casa, especialmente se não têm bom desempenho na escola.
- As mulheres podem sentir-se obrigadas a se superarem na escola para compensar as práticas discriminatórias da força de trabalho segregada no gênero; as mulheres vêm a escolaridade como um instrumento para atualizar as suas capacidades.
- Tanto nas áreas rurais como urbanas, o trabalho doméstico (pelos quais as meninas tendem a ser responsáveis) é mais compatível com os horários da escola do que do trabalho fora (que os meninos tendem a realizar). Para compensar, com frequência os meninos se matriculam em cursos vespertinos, especialmente os meninos que vivem nas

áreas urbanas. Os cursos vespertinos tendem a ser pobres em qualidade e têm altas taxas de fracasso e de atritos (FRANCO & ZIBAS, 1997). As mulheres tentam evitar as aulas noturnas por razões de segurança.

Tabela 10. Escolaridade média para indivíduos com 10 anos de idade ou mais, por sexo e Região

Regiões	Homens	Mulheres
Brasil	5,5	5,7
Norte Urbano	5,3	5,6
Nordeste	3,8	4,0
Sudeste	6,3	6,4
Sul	6,0	6,1
Centro-Oeste	5,6	6,0

Fonte: Pnad, 1996.

44. O DESEMPENHO EDUCACIONAL DAS MENINAS. Os dados disponíveis, em termos do desempenho das meninas, sugerem que elas não estão na escola por uma série de razões (ver Tabela 12). A mais importante delas está relacionada à pobreza, tais como a falta de recurso para pagar a matrícula ou porque as meninas são retiradas da escola para trabalhar ou para ajudar as suas famílias de outras maneiras. Uma segunda razão está relacionada com as características do sistema de ensino, por exemplo, a inacessibilidade das escolas ou a incapacidade de as escolas atraírem estudantes do sexo feminino. A inacessibilidade é problemática especialmente nas áreas rurais, sendo este o fator mais importante para explicar as diferenças nas taxas de matrículas entre as mulheres jovens nas áreas rural e urbana. A proporção destas jovens que abandonam a escola por causa da necessidade de ajudar as suas famílias é pequena, tanto nas áreas rurais como urbanas, mas todavia é duas vezes maior na área rural. Finalmente, a proporção de meninas que abandonam por causa de trabalho é a mesma tanto nas áreas rurais como nas urbanas, como é a proporção daquelas que abandonam a escola por falta de interesse.

45. OS PAPÉIS RELACIONADOS A GÊNERO TRANSMITIDOS PELA EDUCAÇÃO. Alguns estudos concluíram que os livros didáticos brasileiros tendem a reforçar a segregação e os estereótipos relacionados a gênero, ligando os homens à vida pública e a todas as suas dimensões de trabalho, de lazer, de política, de riqueza e poder, e ligando as mulheres à esfera privada do lar (NEGRÃO & AMADO, 1989). Alguns estudos mostram também que os estereótipos de gênero são entrelaçados com os raciais (TELLES, 1987; PINTO, 1989). Esta questão foi incorporada por algumas instituições nacionais e municipais, e recentemente pela CNDM. Estas entidades clamam pela eliminação das expressões sexistas nos livros que são comprados e distribuídos pelo Ministério da Educação.
46. DIFERENÇAS DE GÊNERO NAS CARREIRAS ACADÊMICAS. Apesar dos aumentos na escolaridade das mulheres, elas continuam a trilhar carreiras acadêmicas diferentes dos homens. As mulheres tendem a cursar ciências humanas, o que as leva para profissões de baixos salários tipicamente consideradas como “femininas”, tais como o magistério. Por outro lado, os homens raramente são encontrados nas profissões relacionadas às ciências humanas. Do mesmo modo, os testes na escola indicam que, da quarta série em diante, os meninos saem-se melhor em matemática e as meninas são melhores em português, segundo um relatório de 1995 do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (Saeb). Entretanto, é necessário mais pesquisa sobre o tópico, dado que a vantagem em português das meninas parece desaparecer no ensino médio (SAEB, 1995).
47. Ao contrário, os cursos técnicos noturnos distantes dos lares reforçam a tendência entre as mulheres de não acumularem habilidades técnicas (BARROSO & MELLO, 1975). A participação baixa de mulheres nos cursos técnicos não se alterou muito com o tempo. Um estudo da área metropolitana de São Paulo mostra que, em 1991, as mulheres representavam pouco mais de 10 por cento dos alunos matriculados em cursos técnicos, tendo sido de 8 por cento em 1980. Quando as mulheres fazem cursos de treinamento mais específico, elas tendem a se concen-

trar nos setores tradicionalmente femininos tais como confecções, calçados e na indústria de alimentos (MATESCO & LAVINAS, 1994).

Tabela 11. Razões para o abandono da escola entre as mulheres com idade entre 15-24 anos, de acordo com o local de residência (%) Brasil, 1996

Razões	Rural	Urbano	Total
Freqüentando a escola	34,6	50,4	47,7
Não freqüentando a escola	-	-	-
Engravidou	3,5	5,3	4,9
Casou	7,4	5,7	6,0
Cuidando do próprio filho	1,7	2,4	2,2
Precisavam ajudar a família	4,8	2,1	2,5
Não podiam pagar a matrícula	1,0	3,2	2,8
Precisavam trabalhar	9,1	10,1	9,9
Formadas, escolaridade	2,0	3,1	2,9
Notas ruins	0,5	0,9	0,8
Não gosta da escola	9,6	7,8	8,1
Acesso difícil à escola	21,6	3,3	6,6
Razões médicas	1,2	1,1	1,1
Outras	2,8	3,9	3,7
Não sabia / sem resposta	0,2	0,6	0,6
Total (%)	100,0	100,0	100,0
Número	765	3.517	4.282

Fonte: Bemfam (1996:31)

48. ATENÇÃO À PRIMEIRA INFÂNCIA E EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR (ECCE). Uma questão muito importante no Brasil, tanto em termos de educação como da participação feminina no mercado de trabalho, é a extensão e a qualidade da atenção à primeira infância e pré-escola, ambas dentro da rubrica de creches e educação. A Constituição de 1988 introduziu o conceito de responsabilidade compartilhada entre a sociedade e os pais quanto ao cuidado e educação das crianças na pré-escola (idade de 0-6 anos). Uma lei recentemente promulgada, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, operacionalizou este

princípio constitucional e incorporou o ECCE no sistema educacional convencional. Este evento foi o resultado da mobilização intensa da sociedade civil iniciada na década de 1970 e que incluiu setores governamentais preocupados com a qualidade e a falta de regulamentação dos serviços para as crianças pobres.

49. O aumento recente da participação feminina na força de trabalho foi o resultado da expansão dos centros ECCE, mas a qualidade permaneceu baixa. Em termos práticos, qualquer pessoa pode estabelecer um centro ECCE sem o controle governamental. Com o foco voltado para o nível do ensino fundamental, os governos federal e estadual retiraram recursos para os centros ECCE. Como resultado, existe tensão entre a necessidade de se melhorar a qualidade e a regulamentação do sistema, por um lado, e a escassez dos recursos alocados, por outro. A qualidade é ruim especialmente nas áreas pobres dado o poder de barganha limitado dos pais e já que as famílias com renda mais alta utilizam-se dos serviços privados e/ou de babás.
50. A expansão da atenção de baixo custo à primeira infância baseou-se nas habilidades “naturais” das mulheres de expandir os papéis do cuidado de suas famílias. Contudo, estas mulheres não têm qualificações apropriadas, são mal pagas e, assim, minam a eficácia da atenção. O sistema fracassa com as crianças antes mesmo de elas entrarem no ensino fundamental, afetando as crianças pobres e negras, em especial. Por exemplo, a Pnad de 1995 indica que os centros de ensino na pré-escola com frequência têm alunos matriculados que estão no grupo etário de 7-11 anos de idade.

Trabalho

51. TENDÊNCIAS GERAIS. Durante as duas últimas décadas, a sociedade brasileira testemunhou mudanças profundas nos papéis sociais e no trabalho das mulheres como resultado de transformações demográficas, socioeconômicas, políticas e culturais. Este processo tem as suas raízes na década de 1950. Uma queda importante na fecundidade reduziu a taxa nacional de 6,3 nos anos de 1950 para 2,4

em 1999 (PNAD, 1999). Embora tenha ocorrido especialmente nos centros urbanos e nas regiões mais desenvolvidas, a queda na fecundidade reduziu a quantidade de trabalho associado com as tarefas reprodutivas e domésticas, facilitando, assim, a incorporação das mulheres na força de trabalho assalariada.

52. O acesso maior das mulheres a todos os níveis de educação contribuiu também para a transformação dos papéis relacionados a gênero e a divisão de gênero no trabalho, o qual por sua vez alterou a participação das mulheres na força de trabalho e o seu progresso na carreira. Como mostra a Tabela 12, durante o período de 1990-99, enquanto que a taxa de participação dos homens permaneceu razoavelmente constante, ela aumentou para as mulheres de uma média nacional de 39 por cento, em 1990, para 47 por cento em 1993 e 49 por cento em 1999 (variações de acordo com a idade).¹⁴ Além do nível de escolaridade e das alterações demográficas, as taxas altas de crescimento e o aumento do nível de industrialização e urbanização geraram demanda por mão-de-obra que absorveu novos trabalhadores na força de trabalho e, em especial, as mulheres. Ao mesmo tempo, a mudança no padrão de consumo e a disponibilidade crescente de novos produtos no mercado geraram uma demanda por renda familiar complementar. As mudanças na metodologia da pesquisa de domicílios resultaram também em uma descrição da taxa de participação estatisticamente mais exata, especialmente na agricultura. Por fim, o movimento das mulheres e as mudanças de pontos de vista sobre o lugar das mulheres na sociedade intensificaram estas tendências.

53. Enquanto o número de mulheres economicamente ativas aumentou, a proporção geral das mulheres na força de trabalho comparada à dos homens permanece inferior em todas as regiões, mesmo para as mulheres acima de 18 anos de idade, como mostra a Tabela 13. Em 1996,

¹⁴ O número correspondente para 1981 foi de 33 por cento. As estimativas da Cepal das taxas de participação na força de trabalho na América Latina, baseadas em pesquisas de domicílio em cada país, apontam para o Brasil uma taxa de 51 por cento de mulheres em 1994 (ARRIAGADA, 1998).

a proporção era de 40 por cento de mulheres e 60 por cento de homens. Para as mulheres, isto representou um aumento, passando de 33 por cento em 1981 para 39 por cento em 1989. A taxa de desemprego também é consistentemente maior para as mulheres do que para os homens. Como indicado na Tabela 14, em todas as regiões do Brasil, mais mulheres estão desempregadas do que homens, especialmente nas áreas urbanas das regiões Norte e Centro-Oeste, onde a diferença é substancial (Pnad, 1996).

Tabela 12: Taxas de participação na força de trabalho, por sexo e idade, 1985-99

Idade	1990		1993		1995		1999	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
10 – 14	24,3	10,6	28,1	14,9	26,4	14,4	21,7	11,4
15 – 19	71,8	41,4	72,2	45,4	68,8	44,1	62,8	42,0
20 – 24	92,1	52,9	91,1	59,6	90,5	60,9	89,3	63,3
25 – 29	26,2	52,7	95,8	61,0	95,2	62,7	94,7	65,7
30 – 39	96,9	54,7	96,5	63,7	96,3	55,4	95,9	68,4
40 – 49	94,5	49,5	94,7	61,0	94,5	63,5	94,6	64,8
50 – 59	82,3	34,5	82,3	46,0	83,6	48,0	81,7	49,7
60 e acima	46,0	11,5	50,5	21,4	49,4	20,4	48,0	19,7
Total	75,3	39,2	76,0	47,0	75,3	48,1	73,8	49,0

Fonte: Pnad de 1990, 1993, 1995, 1999.

Tabela 13: Indivíduos no mercado de trabalho, por sexo e idade, como percentual da força de trabalho, Brasil e Regiões*, 1996

Sexo e Idade	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Homens 10-14	2,3	2,1	3,7	1,4	1,9	2,1
Homens 15-17	3,7	3,5	4,4	3,3	3,5	3,6
Homens 18+	55,5	56,4	53,6	57,0	54,3	57,4
Mulheres 10-14	1,0	1,0	1,5	0,7	1,2	0,9
Mulheres 15-17	2,0	2,1	2,0	1,9	2,1	2,1
Mulheres 18+	35,4	34,8	34,7	35,7	37,0	33,7
Total	137.560	9.290	41.124	47.073	25.562	14.511

Fonte: Pnad, 1996.

* Excluindo a zona rural da região Norte.

Tabela 14. Taxa de desemprego, por gênero, população com idades entre 15-65 anos, 1996

	Homem	Mulher
Brasil	5,7	8,8
Norte Urbano	6,0	10,2
Nordeste	5,2	7,8
Sudeste	6,2	9,8
Sul	4,5	6,6
Centro-Oeste	6,2	1,5

Fonte: Pnad, 1996.

54. IMPACTO DA EDUCAÇÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO NA FORÇA DE TRABALHO. Como em outros países, no Brasil existe uma associação entre a escolaridade e a participação na força de trabalho. Em 1995, enquanto que 16 por cento dos homens na força de trabalho tinham menos de um ano de estudo, 17 por cento tinham mais de 11 anos (ver Tabela 15). A mesma tendência é válida para as mulheres. Das mulheres na força de trabalho, 13 por cento tinham menos de um ano de estudo e 25 por cento tinham mais de 11 anos de escolaridade. A Pnad de 1996 mostra também que a maioria dos trabalhadores, homens e mulheres, tem de 4 a 7 anos de escolaridade. No geral, como mostra a Tabela 15, as mulheres no mercado de trabalho têm uma escolaridade superior à dos homens, e a associação entre os anos de escolaridade e a participação na força de trabalho é mais forte para as mulheres do que para os homens.

55. SEGREGAÇÃO OCUPACIONAL. Apesar das mudanças nos anos recentes, a socialização de gênero em casa e em todo o sistema educativo tende ainda a canalizar homens e mulheres para locais de trabalho relacionados a gênero e à segregação ocupacional. Como indica a Tabela 16, os trabalhadores estão concentrados na agricultura e na indústria, enquanto que a proporção maior das trabalhadoras está no setor de serviços, seguido da agricultura. Mas a segregação ocupacional não seria, em si mesma, uma questão se os salários médios dos homens e das mulheres fossem equivalentes quando o respectivo montante médio de

capital humano (educação e experiência) fosse levado em consideração. Da mesma forma, a predominância masculina ou feminina em uma ou outra ocupação pode não ser, por si mesma, importante, desde que ela esteja distribuída entre as ocupações como um todo. Maiores análises são, portanto, necessárias antes de se chegar a tirar conclusões substantivas sobre a questão da segregação ocupacional.

Tabela 15. Taxas de participação na força de trabalho, por gênero e anos de escolaridade, 1995

Escolaridade	Taxas de Participação % de escolaridade		Distribuição por anos	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Menos de 1	73,5	40,2	16,3	13,2
1-3	65,6	39,0	19,0	16,5
4-7	73,9	44,0	34,1	31,9
8-10	82,5	52,8	13,1	13,6
11-14	88,6	69,0	12,2	18,1
15 ou mais	90,6	82,3	4,8	6,5
Total %	75,3	48,1	100,0	100,0
(Milhões)	-	-	[44,2]	[30]

Fonte: Bruschini, 1998.

Tabela 16. Emprego, por sexo e setor (%), Brasil 1985-99

Setor	1985		1990		1995		1999	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Agricultura	33,6	18,4	28,1	14,0	28,4	22,5	26,8	20,5
Indústria	27,0	12,4	29,1	13,7	26,4	9,3	25,8	9,5
Comércio	11,2	10,4	12,3	12,2	13,3	12,8	13,4	13,5
Serviços	8,9	32,1	10,4	30,9	12,0	29,8	12,5	29,4
Outros serviços	2,9	2,3	3,3	3,0	3,5	2,9	4,3	3,3
Transporte e comunicações	5,0	0,8	5,2	1,0	5,6	0,8	5,9	0,1
Atividades sociais	3,2	17,1	3,3	18,6	3,6	16,3	4,1	17,4
Administração	5,0	3,3	5,1	4,0	5,1	3,9	5,1	3,9
Outros	3,4	3,1	3,0	2,7	2,1	1,7	2,0	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	10,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pnad de 1985, 1990, 1995, 1999.

56. DIFERENÇAS SALARIAIS. O Brasil tem uma das diferenças salariais entre homens e mulheres mais altas da América Latina. Em 1990, os salários das trabalhadoras urbanas eram, em média, 66 por cento dos salários dos homens (FLACSO, 1995). Em 1990, somente a Bolívia, o Paraguai e o Uruguai registraram diferenças salariais maiores do que a do Brasil (ibid.). Embora tenham uma das diferenças salariais mais amplas na região, durante o período de 1987 a 1997 as mulheres aumentaram mais seus salários em relação aos homens, como indicado na Tabela 17. Em 1987, o salário mensal das mulheres era equivalente a 53 por cento dos salários dos homens; em 1997, o salário das mulheres tinha aumentado para o equivalente a 58 por cento dos homens. A Tabela 18 mostra que, mesmo após o controle da escolaridade, permanece uma diferença significativa no salário-hora médio recebido, o que de fato aumenta para quase 50 por cento com 11 ou mais anos de escolaridade. Embora a tendência tenha sido uma diminuição nas diferenças por gênero, isto foi acompanhado por uma tendência para maior desigualdade intragênero. A desagregação dos ganhos das mulheres de acordo com os níveis educacionais mostra que a convergência salarial de homens/mulheres é devida aos salários mais altos para as mulheres com educação superior (LAVINAS, 1996). Mas a distribuição de renda é até mesmo maior entre os homens do que entre as mulheres. Por exemplo, o coeficiente Gini para os homens é de 0,58 comparado a 0,56 para as mulheres.

Tabela 17. Salário médio mensal, indivíduos com 10 anos de idade ou mais, por sexo (em # de salários mínimos)

Homem	Ano	Mulher
4,0	1987	2,1
3,9	1988	2,1
4,7	1989	2,5
3,7	1990	2,2
3,1	1992	1,6
3,4	1993	1,7
4,4	1995	2,4
4,5	1996	2,7
4,5	1997	2,6

Fonte: Pnad, 1987-1997.

57. TRABALHO E OS PAPÉIS RELACIONADOS A GÊNERO. As instituições que reforçam os papéis de gênero podem contribuir para os salários mais baixos das mulheres. Por exemplo, a legislação trabalhista que prevê para as mulheres quatro meses de licença-maternidade paga e permite a sua aposentadoria cinco anos mais cedo, fazem com que as trabalhadoras sejam mais caras para os empregadores potenciais do que os homens. Por seu lado, o movimento dos trabalhadores no Brasil reforçou o papel dos homens como os provedores primordiais e trabalhou para proteger o papel maternal das mulheres, contribuindo assim para a predominância dos homens no mercado de trabalho.

Tabela 18. Ganhos médios por hora, por sexo e escolaridade em Reais

Anos de estudo	Homens	Mulheres
< 1	0,93	0,96
1 – 3	1,54	1,02
4 – 7	2,82	1,79
8 – 10	3,38	2,51
11	6,21	3,78
12 ou mais	18,34	9,64

Fonte: IBGE, 1999.

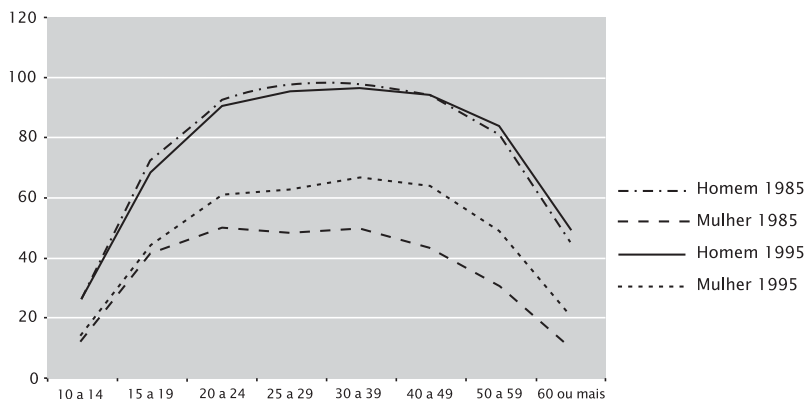
58. Homens e mulheres aceitam e reforçam estes papéis estabelecidos socialmente através de suas ações e relações. Através de entrevistas mais completas com trabalhadores pobres, homens e mulheres, em São Paulo, Martins Rodrigues (1991) mostra a importância dos papéis de gênero e as pressões exercidas por eles sobre os homens. De acordo com as mulheres entrevistadas, os homens são os responsáveis primordialmente pela renda e se a família é pobre, o pai e o marido é responsabilizado por não conseguir recursos suficientes para a família. Dado que os homens também consideram que o seu papel principal é o de provedor, eles se culpam por serem pobres da mesma maneira que as mulheres o fazem.

59. Um estudo da indústria automobilística em São Paulo aponta também para a natureza importante dos papéis diferenciados por gênero na determinação dos resultados no mercado de trabalho. A pesquisa demonstrou que as percepções dos papéis e das capacidades de trabalho de homens e de mulheres levam a treinamentos e a oportunidades de progressão diferentes para homens e mulheres, bem como as suas expectativas. Por exemplo, enquanto os supervisores solicitavam que os homens fossem treinados em capacitações técnicas, as mulheres eram incentivadas a terem um treinamento comportamental. A explicação dos supervisores pelos salários mais baixos das mulheres sugere uma situação do tipo ‘catch 22’: as mulheres não ganham os mesmos salários que os homens porque não têm capacitações técnicas, mas não ‘exigiam’ também as mesmas capacitações requisitadas aos homens. As mulheres também eram consideradas como mais delicadas do que os homens, o que afeta algumas das tarefas, mas não todas, designadas para elas (POSTHUMA, 1998).
60. PROGRESSÃO NO EMPREGO. As mulheres acham difícil galgar as posições de responsabilidade devido a uma série de fatores, que vão desde as práticas promocionais discriminadoras até a relutância das próprias mulheres em perseguir tais cargos. As restrições para a progressão das mulheres a níveis mais altos resultam de fatores diferentes tanto em casa como no local de trabalho. Os papéis reprodutivos que tendem a ser realizados pelas mulheres reduzem a flexibilidade e a habilidade delas em participar na força de trabalho assalariada nas mesmas condições dos homens. Apesar da entrada das mulheres na força de trabalho, uma redistribuição paralela das tarefas domésticas entre mulheres e homens ainda não aconteceu. De acordo com diversos autores, a disparidade salarial maior entre as mulheres casadas comparada com as mulheres solteiras pode também ser atribuída a fatores externos ao mercado de trabalho, como tarefas domésticas, criação de filhos e interrupções no trabalho (STELINER, SMITH, BRESLAW & MONETTE, sem data).

61. O EFEITO DA CRIAÇÃO DOS FILHOS NO EMPREGO DAS MULHERES. Nas áreas urbanas, as taxas de atividade das mulheres declinam durante o período de procriação (BRUSCHINI, 1994); entretanto, a tendência tem sido para a curva de participação se igualar na medida em que mais mulheres com filhos permanecem na força de trabalho. Como ilustra a Figura 1, a forma suave em M da curva de participação por idade em 1985 tinha diminuído em 1995. Apesar da concentração das mulheres no trabalho doméstico, existem diferenças importantes entre elas de acordo com o nível socioeconômico. Enquanto que as mulheres de classe média profissionais podem se valer de ajuda doméstica para liberá-las dos afazeres de casa, a classe trabalhadora e as mulheres pobres têm que absorver a dupla carga de trabalho: em casa e no emprego. Em todos os casos, contudo, as escolhas das mulheres em relação ao trabalho assalariado são influenciadas pelas tarefas domésticas.

62. TRABALHO SEM REMUNERAÇÃO. No Brasil estão disponíveis informações incompletas desagregadas por sexo, sobre as atividades não remuneradas que as mulheres tendem a desempenhar, tais como trabalho doméstico e comunitário. Nas duas últimas décadas e em nível internacional, um esforço importante tem sido feito para conceituar e medir esta parte invisível da economia, a qual tende a ser excluída das estatísticas da força de trabalho e da renda nacional

Figura 1. Trabalho e idade



(BENERÍA, 1992). Por exemplo, as estimativas do Pnud no início da década de 1990 para todo o país indicam que dois terços do trabalho das mulheres eram sem remuneração e não estavam incluídos nas estatísticas nacionais, tanto nos países em desenvolvimento com nos países de renda alta; para os homens, os números correspondentes foram, respectivamente, de 24 por cento e 34 por cento (UNDP, 1995). Estas medidas permitem uma aproximação importante da contribuição de homens e de mulheres para o bem-estar da humanidade, e demonstram a invisibilidade de uma proporção grande do trabalho das mulheres e, em menor parte, dos homens.

63. **LEGISLAÇÃO TRABALHISTA.** Em 1932, a mão-de-obra feminina foi regulamentada pela primeira vez de forma completa, através do Decreto 21.417. O Brasil foi membro fundador da Organização Internacional do Trabalho (OIT); já em 1932 tinha assinado todas as resoluções sobre o trabalho feminino e, três anos mais tarde, as tinha retificado. Desde então, algumas medidas protecionistas foram reforçadas e outras eliminadas, incluindo aquelas consideradas como protetoras dos direitos dos homens no mercado de trabalho. Por exemplo, as mulheres continuaram a ter privilégios especiais para a aposentadoria. É exigido das empresas que empregam um determinado número de mães – mas não de pais – manter instalações para creches. A licença-maternidade foi expandida na Constituição de 1988 de três para quatro meses, foi criada uma pequena licença paternidade e garantiu-se a estabilidade no emprego para as mães até cinco meses após o parto. Por fim, foram dados aos empregados domésticos os mesmos direitos dos trabalhadores empregados formalmente, incluindo férias pagas, previdência social e licença-maternidade paga (LINHARES, 1996).
64. **COR E RENDA.** Como mencionado antes, a escolaridade está positivamente associada com a renda. Esta associação varia, ainda assim, enormemente de acordo com o gênero e a etnia. A Tabela 19 mostra a variação na renda de acordo com o último nível escolar obtido por mulheres negras, homens negros, mulheres brancas e homens brancos. Embora esta variação possa ser explicada por uma série de fato-

res, tais como a preferência das mulheres por empregos de meio período, os dados sugerem o seguinte:

- No geral, a renda é mais sensível ao gênero do que a etnia. Com a exceção daqueles com pós-graduação, os homens brancos e negros ganham consistentemente salários mais altos do que as mulheres brancas e negras em todos os níveis de educação.
- Em termos de nível de renda, as mulheres brancas estão melhor situadas do que as mulheres negras, quando o nível de educação é constante. A mesma tendência é válida para os homens brancos em relação aos homens negros.
- A renda não é cega nem para o gênero nem para a etnia. Quando a etnia é combinada com gênero, os homens brancos são claramente privilegiados em termos de renda pessoal, e as mulheres inequivocamente estão em desvantagem.
- Cerca de dois terços das mulheres negras e dois terços das mulheres brancas que tenham completado somente o grau fundamental de ensino têm renda mensal inferior a um salário mínimo. Entre os homens negros com o mesmo nível de educação, a proporção dos que recebem menos de um salário mínimo é de um terço e entre os homens brancos é de um quarto.
- Entre os que completaram o ensino médio, os homens brancos têm os níveis de renda mais altos, com a maioria ganhando entre três a dez salários mínimos mensais. O número correspondente para os homens negros é de um a cinco salários mínimos e entre zero e dois salários mínimos mensais para a maioria das mulheres negras ou brancas. Neste mesmo nível educacional, cerca de seis por cento dos homens brancos ganham mais de 20 salários mínimos mensais, o dobro dos homens negros, cinco vezes mais do que a proporção de mulheres brancas e seis vezes mais do que a proporção de mulheres negras.
- Cerca de dois quintos dos homens brancos com educação superior ganham mais de 20 salários mensais. O número correspondente é de cerca de um quinto para os homens negros, um sexto para as mulheres brancas e um décimo para as mulheres negras.

- Tendo concluído a pós-graduação, a diferença na renda entre homens negros e mulheres brancas tende a desaparecer. Ainda assim, os homens brancos continuam a ter cargos mais privilegiados em termos de renda, com mais de 70 por cento ganhando 20 salários mínimos mensais. Novamente, as mulheres negras com pós-graduação ficam para atrás, com menos de um quarto delas ganhando mais de 20 salários mínimos.

Tabela 19. Renda por gênero, cor e educação, Brasil 1996
(em # de salários mínimos)¹⁵

Educação	Menos de 1	1 e 2	3 a 5	6 a 10	11 a 20	Mais de 20	Total
Mulher negra							
Grau fundamental	68,7	26,8	3,0	1,3	0,1	0	16.978
Grau médio	39,5	36,3	13,1	8,4	2,1	0,6	6.140
Faculdade	12,5	13,3	15,2	29,3	19,8	9,8	1.164
Pós-graduação	8,3	2,8	8,3	16,7	38,9	25,0	36
Mulher branca							
Grau fundamental	64,6	26,9	5,4	2,3	0,6	0,2	15.796
Grau médio	38,5	28,2	15,2	12,2	4,7	1,2	9.392
Faculdade	14,8	8,1	12,4	27,6	22,9	14,1	5.280
Pós-graduação	5,3	3,9	3,4	22,8	26,7	37,8	206
Homem negro							
Grau fundamental	34,5	44,6	13,2	6,4	1,4	0,3	17.945
Grau médio	14,4	30,3	27,7	21,6	9,5	2,6	4.713
Faculdade	4,4	7,1	10,9	22,8	31,2	23,7	1.051
Pós-graduação	0	2,3	2,3	15,9	40,9	38,6	44
Homem branco							
Grau fundamental	24,2	39,3	18,7	13,1	3,7	1,1	15.360
Grau médio	11,0	19,2	20,7	27,3	15,7	6,4	7.683
Faculdade	4,0	3,3	5,3	19,5	28,4	39,5	4.652
Pós-graduação	1,3	0,7	2,2	4,3	21,2	70,3	232

Fonte: Pnad, 1996

¹⁵ Em 1996, o salário mínimo nacional era de 100 dólares americanos; a definição de negro usada na tabela inclui também os “pardos” (mulatos).

65. O SETOR INFORMAL. O setor informal é predominantemente feminino. De acordo com o Pnad de 1990, 50 por cento das trabalhadoras e 15 por cento dos trabalhadores estão neste setor, a maioria deles durante meio período (LAVINAS, 1996). O setor informal inclui uma proporção alta de atividades não agrícolas, e o trabalho doméstico. Como Lavinias aponta, os dados sugerem que as mulheres são cerceadas de trabalhar em áreas que são compatíveis com o trabalho doméstico, especialmente no caso de domicílios pobres que precisam funcionar sem a infra-estrutura básica. A raça também determina o emprego no setor informal. Em 1990, os brancos representavam 59 por cento da força de trabalho como um todo, comparado a 41 por cento dos não-brancos, e a proporção correspondente para o setor informal era de 44 e 57 por cento, respectivamente, para brancos e não-brancos (REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1994).
66. O SETOR PÚBLICO. Durante a década de 1980, o emprego de mulheres no setor público aumentou significativamente. Hoje, as mulheres representam mais de 44 por cento do funcionalismo federal, um número bem acima da média nacional. Entre os trabalhadores, nove por cento trabalham em empregos formais no setor público, mas este número sobe para 15 por cento se os militares forem incluídos (PNAD, 1996). A proporção de mulheres varia de acordo com o setor (dados comparáveis para os homens não são disponíveis). Por exemplo, as mulheres formam 15 por cento dos funcionários no Ministério da Justiça, 63 por cento dos funcionários de Ministério da Previdência Social e 51 por cento dos funcionários no Ministério do Planejamento, de acordo com um estudo de 1998 realizado pela Escola Nacional de Administração Pública (Enap). Até agora, o setor público é uma das fontes mais importantes de empregos para as mulheres por três razões: (a) o setor público inclui muitas colocações nas profissões de magistério e enfermagem, tradicionalmente atrativas para as mulheres; (b) a diminuição dos salários relativos tornaram o setor social do serviço público uma opção de emprego menos atrativa para os ho-

mens; e (c) o governo tende a seguir as leis trabalhistas e ser menos discriminador (ENAP, 1998). A predominância das mulheres no setor público, contudo, as torna mais vulneráveis quando do enxugamento do quadro de funcionários durante os processos de modernização do mesmo.

67. TRABALHO DOMÉSTICO. O trabalho doméstico continua a ser uma das principais fontes de emprego para as mulheres.¹⁶ Quase cinco milhões de mulheres, em 1995, tinham empregos domésticos, comparados a 250.000 homens. O trabalho doméstico é caracterizado por salários baixos: 67 por cento dos empregados domésticos, em 1995, ganhavam menos de um salário mínimo mensal. Os homens que trabalham em empregos domésticos ganham salários mais altos do que as mulheres, mesmo quando as empregadas domésticas tenham níveis educacionais mais altos do que a sua contrapartida masculina. Os empregados domésticos também tendem a ser jovens – cerca de um quarto das empregadas domésticas está na categoria de 10 a 17 anos de idade. Embora a legislação brasileira obrigue o uso de contratos para os empregados domésticos e o pagamento dos benefícios da previdência social, a lei nem sempre é observada.¹⁷

68. O emprego doméstico permite que as mulheres pobres entrem para a força de trabalho assalariada, tais como as mulheres migrantes com pouca educação e sem experiência prévia de trabalho. Os empregos domésticos também fornecem um degrau para outros empregos e representam emprego flexível. Da mesma forma, por poderem contratar empregados domésticos, as mulheres das classes média e alta puderam entrar mais facilmente na força de trabalho. Mas, por outro lado, os empregados domésticos trabalham principalmente isolados e

¹⁶ A proporção de mulheres nos empregos domésticos está entre 16 e 20 por cento. Um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) estima que, durante a última década, 19 por cento das mulheres com emprego eram empregadas domésticas (PEREIRA DE MELO, 1998).

¹⁷ Atualmente, existem alguns esforços para organizar sindicatos entre os empregados domésticos e pressionam pela implementação da legislação existente.

sem qualquer elo institucional com os seus pares, sendo, deste modo, menos capazes de terem ganhos de capital humano no emprego. Da mesma forma, a facilidade de se contratar empregados domésticos significa que as mulheres sentem-se menos pressionadas a terem de compartilhar as tarefas domésticas com os seus companheiros. Neste sentido, o serviço doméstico reforça os papéis de gênero tradicionais.

69. A PROFISSÃO DO MAGISTÉRIO. O magistério é outra ocupação tradicional das mulheres. As informações dos sindicatos dos professores, a Confederação Nacional dos Trabalhadores de Ensino, indicam que os homens formam somente três por cento dos professores da pré-escola até a quarta série, 19 por cento da quinta a oitava série e 39 por cento dos professores do ensino médio. Dezenove por cento dos diretores eram homens. Os estereótipos de gênero prevalecem entre as próprias professoras, de acordo com as entrevistas realizadas por Carvalho (1998). Trechos das entrevistas atestam: *“Nós vemos os homens como mais radicais, tipo professores aqui, alunos lá. Como professor, eu não posso vê-los desenvolverem uma relação próxima com os alunos.”* De acordo com outra professora, *“As mulheres vivem os problemas na sala de aula. Talvez os homens não possam atingir os alunos. O sexo masculino não tem este lado, digamos, maternal. A figura masculina em si mesma é mais impositiva, mais ligada à disciplina, certo? Como as mulheres são mais maternais, elas são mais flexíveis, dão um apoio maior, ficam mais relaxadas.”* Uma terceira professora comentou: *“Todo mundo é igual no magistério. Entretanto, eu acho que as mulheres são mais pacientes do que os homens, você não acha? Sobretudo porque nós somos mães e se você é mãe, você é mais paciente, entende melhor os alunos.”*

70. A PARTICIPAÇÃO DA MULHER NA FORÇA DE TRABALHO RURAL. A participação das mulheres na força de trabalho nas áreas rurais do Brasil tem sido, por tradição, subdimensionada. Uma revisão, em 1991, do conceito de “trabalho” num censo nacional, contudo, constatou um aumento de mulheres no trabalho agrícola de 14 por

cento em 1990 para 23 por cento em 1995.¹⁸ Para os homens, as taxas eram de 28 por cento para os dois anos (BRUSCHINI, 1998).

71. O número de mulheres assalariadas nas áreas rurais aumentou, especialmente na produção agrícola (indústria de alimentos). O emprego industrial rural para as mulheres também está aumentando em algumas áreas, tais como o Nordeste, para onde o capital tem migrado do Sul e novas indústrias (como de calçados e confecções) fincaram raízes. Entretanto, permanece preocupante a dificuldade de as trabalhadoras rurais obterem acesso à capacitação técnica e profissional em base igual à dos homens. Durante as reuniões em 1997 e 1998 sobre Gênero e Agricultura Familiar no Banco Mundial, foram feitas críticas sobre a participação marginal de mulheres em seminários, cursos e encontros técnicos organizados por instituições provedoras de assistência técnica agrícola (SILIPANDRI, 1998).¹⁹

BOX 6 AS CONDIÇÕES DO TRABALHO INFANTIL

Apesar dos esforços do governo e das ONGs, a presença de crianças de rua em Salvador (BA), continua a clamar por atenção. Diferentemente do esperado, a iluminação pública aumentou em vez de diminuir o número de horas de trabalho das crianças. As crianças agora são vistas tarde da noite lavando carros e vendendo frutas e doces. A. D., um menino de doze anos, passa o dia inteiro na rua vendendo café e cigarros. “Eu trabalho para ajudar em casa”, diz. Ele também disse que está matriculado na escola, embora seja incapaz de dizer o seu nome ou o endereço. A violência, o uso de drogas e o alcoolismo são parte da vida das crianças de rua.

Fonte: *A Tarde*, agosto de 1998

72. A criação de cooperativas comerciais de mulheres de ofícios femininos tradicionais foi uma das abordagens utilizadas para auxiliar as

¹⁸ A alteração ocorreu com resultado de uma campanha nacional organizada pelas trabalhadoras rurais próximo do “Censo Econômico” de 1991 argumentando que elas eram “produtoras rurais” em vez de “membros da família sem remuneração” (LAVINAS, 1996).

¹⁹ O Ministério do Trabalho desenvolveu um programa de treinamento flexível (Planfor) executado juntamente com os estados, o qual envolveu uma proporção boa de mulheres (30 por cento nas áreas rurais de acordo com os dados de 1997). O objetivo era aumentar o emprego para uma diversidade de trabalhadores.

mulheres pobres das áreas rurais, mas estas experiências tiveram sucesso limitado. Em termos gerais, os ofícios tradicionais das mulheres têm demanda limitada e precisam competir com os produtos dos países de renda mais baixa com salários médios mais baixos. Incentivar a produção de artefatos pelas mulheres também não é bem visto porque é percebido como uma forma de reforçar as mulheres nas ocupações femininas tradicionais.

73. **TRABALHO INFANTIL.** De acordo com Pnad de 1997, de 17 milhões de crianças com 10 a 14 anos de idade, 2,8 milhões participam da força de trabalho, dos quais 67 por cento eram meninos e 33 por cento eram meninas. No Sul, a proporção de meninas atingiu 40 por cento, mas representou cerca de 30 por cento no Nordeste (onde a matrícula de meninas na escola também é a maior). De acordo com a Pesquisa de Qualidade de Vida, em 1997, cerca de 50 por cento das crianças negras com 14 anos de idade já tinham trabalhado pelo menos uma vez na vida, em contraste com um terço dos meninos brancos. Para as meninas, a proporção no trabalho infantil, embora menor do que a dos meninos, continua a ser maior entre as crianças negras do que entre as brancas: 23 por cento das meninas brancas e 26 por cento das meninas negras tinham trabalhado pelo menos uma vez antes dos 14 anos. O trabalho infantil é tanto resultado como causa da pobreza no sentido em que o trabalho reduz o tempo que as crianças passam na escola e afeta as suas capacidades para adquirir capital humano.
74. O Suplemento sobre a Criança no Pnad de 1985 indicou que, em São Paulo, as crianças de famílias chefiadas por mães sem companheiros tinham um risco 10 por cento maior de trabalhar do que as crianças de domicílios encabeçados conjugalmente. As crianças negras tinham um risco de 8 por cento maior de trabalhar do que as crianças brancas (BARROS & MENDONÇA, 1990). A pobreza também é transmitida através de gerações: as crianças de pais pobres têm probabilidade muito maior de estarem sujeitas à pobreza do que aquelas de famílias menos pobres (BARROS, 1991).

75. Em todo o Brasil, os programas Bolsa Escola e o Peti (Programa para Erradicação do Trabalho Infantil) expandem-se rapidamente. São programas desenhados para aumentar a frequência e o desempenho na escola, bem como para reduzir o trabalho infantil através de transferências financeiras feitas como parte de um pacote de diversas medidas. As crianças com idade escolar (de 7 a 14 anos) de domicílios pobres são o grupo alvo. Os programas são vistos como bem sucedidos, tanto em termos de melhoria dos resultados educacionais como da melhoria do bem-estar das famílias recipientes. Todavia, as avaliações sérias destes programas serviriam para incrementar a sua eficácia. Uma análise de gênero dos programas Bolsa Escola e Peti seria também útil para se obter uma compreensão maior dos fatores que levam ao abandono da escola por meninos e meninas, e ajudaria até mesmo a desenhar programas melhores para manter os meninos e as meninas na escola.
76. Um outro efeito dos programas Bolsa Escola e Peti foi o recebimento das transferências pelas mães. Os programas só repassam o dinheiro para as mães dos alunos participantes. Pensou-se que, ao fazê-lo, boa parte iria para a melhoria do bem-estar da família como um todo e, em especial, das crianças. Para muitas destas mulheres, no entanto, esta é a primeira vez que receberam e tiveram este tipo de responsabilidade financeira, em muitos casos abrindo uma conta bancária pela primeira vez. Este “reconhecimento oficial” também levou a um reconhecimento e valorização maior do papel da mulher na família – inclusive pelos seus parceiros – e em muitos casos aumentou a autoconfiança das mulheres. Nas visitas de campo, homens e mulheres mencionaram repetidamente o dinheiro recebido pelas mulheres através dos programas Bolsa Escola e Peti como um modo no qual as relações de gênero e os papéis de homens e mulheres começam paulatinamente a ser alterados.

Pobreza, ajuste estrutural e proteção social

77. POBREZA. Análise recente de dados do IBGE realizada pelo Banco Mundial para o Nordeste, em especial para os estados do Ceará e Rio Grande do Norte, encontrou diversos fatores relacionados à pobreza, incluindo: (a) etnia (a população branca tem um risco consideravelmente menor de pobreza do que a população negra ou mestiça); (b) a idade do cabeça da família (quanto mais velho o cabeça da família, menor a incidência de pobreza); (c) nível educacional; e (d) condições de trabalho e setor de ocupação (trabalhadores informais e agrícolas apresentam uma incidência maior de pobreza) (FIESS & VERNER, 2001). A análise também mostrou que os domicílios encabeçados por homens e mulheres diferem só marginalmente na medida em que provavelmente sejam pobres, 29 por cento e 41 por cento, respectivamente, no Rio Grande do Norte. Além disso, os domicílios encabeçados por homens têm uma redução de pobreza mais vagarosa se comparada aos domicílios encabeçados por mulheres. Entretanto, quando há controle no nível educacional (as mulheres têm mais escolaridade do que os homens) e em outras características individuais, os domicílios encabeçados por mulheres têm uma probabilidade maior (46 por cento) de ser pobre do que os domicílios encabeçados pelos homens. No geral, o fator mais importante para a probabilidade de um domicílio ser pobre é o nível de educação obtido pelo chefe da família.

78. Além disso, o estudo concluiu que os domicílios com crianças novas são mais vulneráveis e com maior probabilidade de serem pobres do que os domicílios sem crianças menores de cinco anos de idade. Mais ainda, a probabilidade de vivenciar a pobreza nos domicílios com crianças pequenas parece ter aumentado durante a última década. Os domicílios cujos membros têm entre cinco e 15 anos de idade têm probabilidade alta de serem pobres, embora esta probabilidade seja ligeiramente menor do que aqueles com crianças menores de cinco anos de idade. A predominância numérica de famílias com crianças pequenas localizadas abaixo da linha de pobreza, assim como as con-

clusões sobre o aumento da vulnerabilidade dos domicílios encabeçados por mulheres, assinala que as políticas de intervenção não deveriam ignorar estes grupos. De fato, visá-los iria contribuir significativamente na redução da pobreza e poderia estar no centro de uma estratégia de redução da pobreza.

79. Um estudo recente de Ferreira e Leite (2001), simulando os efeitos de uma expansão da educação sobre a distribuição da renda e a pobreza no estado do Ceará acrescenta mais evidência sobre este efeito. O estudo detectou que a dinâmica do lar tem um papel crucial no impacto da expansão educacional sobre a distribuição da renda e a pobreza. Concluiu também que, como em outros lugares onde os níveis educacionais aumentaram rapidamente, parece haver um “exército de reserva”, esperando por condições apropriadas para obter um emprego assalariado ou tornar-se autônomo. À medida que as mulheres adquirem educação e entram na força de trabalho, as suas taxas de fecundidade caem, reduzindo o número de crianças por família. De fato, a participação na força de trabalho e as alterações demográficas surgidas da expansão educacional são responsáveis por cerca da metade do impacto geral na redução da pobreza. Um grande fluxo de mulheres entrando no mercado de trabalho, contudo, pode gerar uma pressão nos salários para baixo ou aumentar a concorrência pelo emprego. Os ganhos de uma mão-de-obra mais educada dependem, em grande medida, de como se assegura efetivamente “um campo nivelado para as suas mulheres” (FERREIRA & LEITE, 2001).
80. Este estudo enfatiza novamente a importância central das estratégias de redução da pobreza que diminuem as barreiras e cuidam das necessidades das mulheres pobres. Estas incluem o acesso a creches e planejamento familiar, melhorias continuadas na educação e redução nas barreiras para a participação das mulheres no mercado de trabalho. Também inclui objetivos de longo prazo que exigem alteração nos papéis relacionados a gênero e a socialização de homens e mulheres de forma diferente, tais como a redução da violência contra as

mulheres e readequação do desequilíbrio de gênero na divisão do trabalho doméstico. Quando homens e mulheres compartilham a paternidade, a atenção aos filhos e as tarefas domésticas de forma mais igual, as mulheres ficam mais livres para participar da força de trabalho e para progredir no emprego, o que é uma outra pré-condição para reduzir as desigualdades no trabalho relacionadas a gênero.

81. AJUSTE ESTRUTURAL E PROTEÇÃO SOCIAL. As mulheres e os homens provavelmente são afetados de formas diferentes por choques macroeconômicos. Por exemplo, o enxugamento terá um impacto diferenciado dado a natureza segregada de gênero do mercado de trabalho. A redução de déficits que levam à perda de empregos no setor público, onde a presença das mulheres está acima da média nacional, é provável que afete de forma desproporcional as mulheres. Mas os cortes, as dispensas e fechamento de indústrias pesadas sujeitas ao aumento da concorrência e da globalização significam desemprego maior entre os homens. Os trabalhadores em São Paulo e no Rio de Janeiro enfrentam os maiores riscos.
82. Enquanto que, provavelmente, algumas mulheres perderão os seus empregos, outras entrarão no mercado de trabalho durante as flutuações econômicas. As mulheres representam uma parte desproporcional da população inativa e à medida que os homens da casa ficam desempregados e/ou sejam incapazes de sustentar financeiramente o domicílio, as mulheres serão forçadas a entrar no mercado de trabalho. Entre os pobres, as mulheres, com frequência, arranjam empregos que oferecem facilidade de entrada e condições flexíveis de trabalho, a despeito dos ganhos menores. Historicamente, as crises econômicas foram um gatilho importante para as mulheres entrarem na força de trabalho no Brasil. Diversos autores sugerem que, enquanto a parte do aumento nas taxas de participação das mulheres na força de trabalho durante a década passada pode ser devido aos níveis educacionais mais altos entre as mulheres, as crises econômicas foram um fator importante na busca por emprego pelas mulheres durante as décadas de 1980 e 1990 (REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1994).

83. Sem as alterações na divisão do trabalho doméstico por gênero, um aumento na participação de mulheres no trabalho assalariado implica em novas pressões sobre o seu tempo. Em outros países, as estratégias de sobrevivência resultaram em uma intensificação do afazeres domésticos das mulheres (FLORO, 1994). Um estudo do Banco Mundial sugere, contudo, que enquanto a carga de trabalho da mulher de fato aumenta, o tempo dedicado aos afazeres domésticos diminui, em geral, durante períodos de flutuações econômicas devido ao aumento na participação das mulheres na força de trabalho assalariada, com o corolário de conseqüências negativas no cuidado com a família (CUNNINGHAM, mimeo). Também, no Equador, Moser (1997) concluiu que as pressões sobre os pais para trabalhar resultam em passar menos tempo supervisionando os filhos. Isto, em particular, faz com que os filhos passem mais tempo nas ruas.
84. O desemprego, para os homens de todas as idades, ameaça o seu papel de provedores da família e, com freqüência, cria problemas de auto-estima, depressão e suicídio. Embora no caso do Brasil seja necessário mais informação, observa-se em outros países que o desemprego pode resultar no alcoolismo e em comportamento masculino violento, tendo como vítimas tantos os homens como as mulheres. Entre os homens jovens, freqüentemente resulta em ações destrutivas e criminosas com custos altos para as suas famílias e comunidades, assim como para eles mesmos. Para as famílias, a violência aumenta os custos com saúde, bem como para a sociedade como um todo. Um aumento no trabalho infantil entre os meninos é um outro efeito possível da flutuação econômica que, por sua vez, os faz interromper ou abandonar a escola.

Órgãos governamentais/Organizações não governamentais dedicadas ao gênero

85. O PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL. Como em muitos outros países latino-americanos, os grupos da sociedade civil tiveram um papel importante na colocação de gênero na agenda pública.²⁰ Em 1987, as

BOX 7

O LOBBY DO BATOM

Em 1987, as organizações da sociedade civil, ONGs e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) juntaram-se para defender direitos civis iguais para gênero que tornou-se conhecido como o “*lobby do batom*”.

As suas atividades levaram aos seguintes direitos legais, os quais foram concedidos:

- O direito de as mulheres tomarem decisões sobre a casa, com os tribunais decidindo em caso de conflito. A supremacia dos homens nas questões familiares foi eliminada.
- O direito de a mulher casada declarar separadamente o imposto de renda e de ter os filhos como dependentes para as deduções do imposto de renda.
- A eliminação do direito do homem de impedir que as suas esposas trabalhem em quaisquer circunstâncias.
- Os mesmos direitos para os filhos tidos fora do casamento e aqueles gerados no matrimônio.
- Os mesmos direitos para os parceiros que aqueles dos casamentos formais.
- O direito à licença-paternidade paga.
- A violência sexual como um crime contra os direitos humanos em oposição ao crime moral, implicando assim em penalidades mais duras para os que cometem crimes sexuais.
- Os direitos trabalhistas e previdenciários foram expandidos para os empregados domésticos.

Fonte: Junho Pena, 1991.

organizações da sociedade civil, as ONGs e o CNDM juntaram-se para defender os direitos iguais para gênero, o que tornou-se conhecido como o “*lobby do batom*” (ver o Box 7 para a descrição do que foi alcançado pelo *lobby*). O movimento de mulheres da sociedade civil trabalha estreitamente com o Congresso Nacional para melhorar o equilíbrio de gênero na participação e representação política. Como resultado, o Congresso aprovou, em 1997, uma lei exigindo que todos os partidos políticos incluíssem pelo menos 25% de candidatas (WEDO, 1998). A representação

²⁰ As organizações da sociedade civil proliferaram durante as últimas décadas. De acordo com um estudo do Instituto Brasileiro de Estudos Religiosos (Iser)/Johns Hopkins University, as ONGs e as organizações da sociedade civil empregam cerca de 1,1 milhão de pessoas. Outras 330.000 trabalham como voluntárias para as ONGs. Mais da metade dos voluntários estão ligados a organizações religiosas.

de mulheres, após a aprovação da lei, aumentou de oito para 11 por cento (HTUN, 1998). além de aumentar a participação de mulheres na política, também espera-se que tal medida incentive as mulheres a exercerem os seus direitos de votar.²¹ Após muitos anos de discussões e muitas emendas, em 2001, o Congresso aprovou, já tendo sido garantido pela Constituição de 1988 do Brasil, um novo código civil, garantindo direitos iguais para homens e mulheres. Entre outras medidas, a nova lei aboliu o conceito tradicional do “direito pátrio” que dava aos pais o direito irrestrito de decidirem em nome das suas famílias. Na nova lei, os maridos e as esposas compartilharão aquela autoridade e as mulheres solteiras serão consideradas como cabeças de domicílios.

BOX 8
INTEGRANDO O GÊNERO NOS PROGRAMAS
INOVADORES DA FUNDAÇÃO ABRINQ

A Fundação Abrinq, de São Paulo, é um exemplo de ONG brasileira que cuida de questões complexas relacionadas a gênero no âmbito do seu trabalho com as crianças, as quais são o seu principal grupo alvo. A Fundação Abrinq, que foi fundada com recursos do setor privado, utiliza uma abordagem única em seu trabalho. Em vez de financiar e executar diretamente os programas, ela investiu no desenvolvimento de um selo que distingue os produtos e as empresas que buscam práticas amigáveis para a criança. A fundação também dá prêmios aos municípios pelos programas sociais inovadores e bem sucedidos voltados para as famílias pobres e para as crianças. Os programas premiados tratam de questões como:

- A educação, incluindo creches e educação pré-escolar, educação para os crianças de rua, programas para reduzir o abandono e repetição escolar, além da re-educação de crianças infratoras;
- A saúde, incluindo os programas de apoio às mulheres grávidas, provê incentivos para o aleitamento materno, educação nos serviços de atenção de saúde da família e de planejamento familiar, cuida de casos de Aids infantil, de dependência química e em gravidez de risco e na prevenção do câncer uterino e de mama;
- A violência, incluindo os programas para reduzir a violência contra as crianças e para dar assistência às vítimas da violência doméstica e de outras formas de violência; e
- As crianças, incluindo acampamento de férias para as crianças de renda baixa e os programas que cuidam da erradicação do trabalho infantil e fornecem abrigos para as crianças de rua.

²¹ Também de acordo com Htun (1998), os cidadãos brasileiros elegem candidatos individuais em oposição a uma lista partidária, como acontece na vizinha Argentina e em Costa Rica. Assim, as mulheres no Brasil têm que competir por publicidade e apoio dentro dos partidos, o que de acordo com as candidatas potenciais brasileiras inibiu o cumprimento das cotas.

86. As organizações da sociedade civil também foram ativas nos programas de desenvolvimento e serviços com objetivos específicos de gênero (ver Box 8). Alguns exemplos de organizações realizando trabalho de gênero importante incluem: (a) a Cepia, no Rio de Janeiro, que fornece treinamento em questões de gênero para agentes da polícia, médicos e enfermeiras no setor de saúde; (b) o Instituto de Ação Cultural (Idac) que administra um programa de treinamento bem sucedido para líderes feministas, englobando áreas como a política, sindicatos e imprensa, financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); (c) o SOS Corpo, em Recife, com longa tradição em trabalho em saúde reprodutiva e em outras questões de saúde com uma perspectiva de gênero; (d) o Ibiss, em Campo Grande (MT), que cuida da questão sensível da violência doméstica e do abuso sexual contra crianças dentro de uma perspectiva de gênero; (e) a Ecos, em São Paulo, que trabalha com homens sobre as questões da sexualidade e da reprodução; (f) a Cunhã, um grupo feminista na cidade nordestina de João Pessoa (PB), o qual eleva a conscientização pública sobre gênero através do teatro de rua, shows musicais e vídeos; (g) a Cemina, no Rio de Janeiro (RJ), que produz um programa semanal de entrevistas no rádio, transmitido para a Amazônia, para debater as questões relacionadas ao gênero e a outras questões sociais como o meio ambiente, a saúde e a violência; e (h) a Redeh, também no Rio de Janeiro, que trabalha com o Ministério da Educação para fornecer educação relacionada a gênero para os professores de alfabetização de adultos. Embora o trabalho relacionado a gênero no Brasil, realizado pela sociedade civil, tenha focalizado as questões das mulheres, os exemplos acima mostram claramente uma mudança na ênfase, integrando as questões masculinas de gênero, especialmente nas áreas da sexualidade e da saúde reprodutiva.
87. A RESPOSTA DO SETOR PÚBLICO. Em 1985, o governo federal criou o CNDM como um órgão consultivo para incentivar a igualdade de gênero e eliminar a discriminação contra as mulheres.²² O CNDM

²² O CNDM foi criado pela Lei 7.453.

está alocado no Ministério da Justiça. Embora o Presidente nomeie a presidente do Conselho, grupos da sociedade civil e ONGs dirijem-no. Está legalmente obrigado a coordenar as ações dentro do governo federal em setores tais como a educação, trabalho, justiça e direitos humanos.

88. De acordo com Htun (1998), depois de um declínio no poder e dúvidas no final da década de 1980, o CNDM viveu um curto período de ressurgimento durante o início da administração do Presidente Fernando Henrique Cardoso, mas sem que tenha recuperado seu *status*, autoridade, autonomia e recursos.²³ Na estrutura federalista do Brasil, os órgãos estaduais têm um papel crucial no tratamento das questões relacionadas a gênero. Por exemplo, o Conselho para a Condição da Mulher do estado de São Paulo foi instrumento para o desenvolvimento de medidas políticas no combate à violência e em questões de saúde. São Paulo tem a mais extensa rede de delegacias de mulheres na América Latina. Os hospitais públicos de São Paulo estabeleceram procedimentos inovadores para o tratamento de vítimas de estupro e de violência doméstica.

²³ A novidade em 2003 é a nomeação de uma Secretária da Mulher, com *status* de Ministra. A Secretaria já estava criada, sem ocupante, desde o final do Governo Cardoso.

RESUMO E IMPLICAÇÕES DAS CONCLUSÕES

90. O Brasil progrediu significativamente no trato das questões de gênero e na redução das desigualdades de gênero. Quatro avanços importantes merecem atenção:

(a) O acesso a e o uso de anticoncepcionais pelas mulheres aumentou enormemente, o que resultou em queda acentuada da taxa de fecundidade e no tamanho das famílias em todas as regiões do país. A esterilização feminina tornou-se a forma mais comum de controle de natalidade.

(b) Desde 1988, os direitos das mulheres expandiram-se dentro do lar, no local de trabalho e em termos do direito à terra e à segurança pessoal. A Constituição de 1988 criou também uma licença-paternidade de curta duração.

(c) A educação das mulheres aumentou ao ponto de elas terem agora mais escolaridade, na média, do que os homens.

(d) Embora os homens ainda predominem no mercado de trabalho, a participação das mulheres cresceu de forma constante durante as duas últimas décadas. A diferença salarial entre homens e mulheres também diminuiu.

91. Embora o Brasil tenha testemunhado melhorias importantes em relação a gênero, uma série de questões afetando o bem-estar de homens e mulheres ainda permanecem. Por exemplo:

(a) **DEMOGRAFIA.** As taxas de fecundidade, de mortalidade infantil e de mortalidade permanecem muito altas entre os grupos indígenas. A gravidez juvenil continua também a ser um problema. Embora a taxa nacional seja de 15 por cento, a gravidez juvenil no Nordeste atinge 24 por cento e está subindo. As taxas de mortalidade ligadas a fatores externos como acidentes de trânsito, homicídios e suicídios apresentam grandes diferenças em gênero.

(b) **SAÚDE DA MULHER.** A atenção pré-natal inadequada persiste e a proporção de gravidezes de risco permanece alta. A mortalidade

materna também está em ascensão, o que sugere problemas sérios no sistema público de saúde. As mulheres estão contraindo HIV/Aids em proporção superior aos homens, embora, em termos absolutos, existam mais homens infectados com HIV/Aids do que mulheres. Os programas de prevenção da Aids que, no passado, tenderam a manter o foco sobre os homossexuais masculinos, recentemente ampliaram-no para incluir os grupos femininos de risco.

(c) SAÚDE DO HOMEM. Os programas de saúde, incluindo a sexualidade e reprodução assim como os outros programas de saúde, têm sido direcionados, na maioria das vezes, para as mulheres. Por exemplo, os programas de prevenção foram criados para o câncer de mama e cervical, mas não há esforço paralelo para cuidar do câncer da próstata entre os homens. Do mesmo modo, os programas de saúde reprodutiva tendem a excluir os homens. Como resultado, o uso de métodos anticoncepcionais pelos homens é mínimo no Brasil. Uma preocupação especial é a proporção insignificante de homens que usam camisinhas, colocando, assim, a si e à parceira(o)s em risco de contaminação pela Aids ou outras DSTs.

(d) VIOLÊNCIA. A incidência da violência entre os homens, contra as mulheres e a violência sexual contra crianças de ambos os sexos continua a ser alta. A violência é uma questão de gênero devido ao modo como os homens são socializados, e as expectativas colocadas sobre os homens pela sociedade contribuem para a violência masculina.

(e) EDUCAÇÃO. Na média, os meninos têm agora menos anos de escolaridade do que as meninas. E os meninos tendem a ter uma taxa maior de abandono da escola do que as meninas porque eles são forçados a entrar prematuramente no mercado de trabalho. Para ambos os sexos, a socialização relacionada a gênero resulta no fato de que os meninos e as meninas são tratados de modo diferente no sistema educacional brasileiro. Por exemplo, a rebelião, punida nas meninas, é aceita nos meninos. E a violência entre os meninos é considerada como efeito colateral de serem homens. Acredita-se que

para as meninas, os estereótipos relacionados a gênero e a socialização atrasam sua educação e suas aspirações por carreiras.

(f) ATENÇÃO MATERNAL E CRECHES. Embora permaneça como uma prioridade de governo, a qualidade da atenção maternal e das creches e os programas educacionais continuam fracos. Dada a divisão do trabalho dentro do domicílio, os serviços de baixa qualidade afetam desproporcionalmente as mulheres no sentido de entrar e progredir na força de trabalho. As mulheres pobres são o grupo mais afetado.

(g) TRABALHO. A participação das mulheres na força de trabalho aumentou 49 por cento em 1999. Mas como em outros países, a força de trabalho é altamente segregada por setor. Por exemplo, as mulheres continuam concentradas em cargos que requerem habilidades mais baixas como os afazeres domésticos e o magistério. A educação reforça esta tendência, como também o faz nos modelos dos papéis domésticos, levando assim à transferência da segregação ocupacional entre as gerações. Mais importante ainda, o Brasil continua a registrar uma das maiores diferenças salariais na América Latina e no Caribe. Apesar de, no geral, a diferença tenha diminuído, a disparidade aumentou entre as mulheres com níveis educacionais mais altos e mais baixos. Entretanto, a diferença salarial relacionada a gênero é menor entre homens e mulheres com níveis de escolaridade mais baixos e é maior entre os homens e mulheres casadas. A raça é tão importante quanto o gênero na determinação de salários.

(h) POBREZA. Os dados para o Nordeste mostram que os domicílios encabeçados por homens e mulheres diferenciam-se só marginalmente na medida que, provavelmente, são pobres: 39 por cento e 41 por cento, respectivamente. Os domicílios encabeçados por homens vivem uma redução menor da pobreza comparado com os domicílios encabeçados pelas mulheres. Contudo, quando há controle de educação (as mulheres têm mais anos de escolaridade do que os homens) e de outras características individuais, os domicílios encabeçados por mulheres têm uma probabilidade maior (46 por cento) de serem po-

bres do que os domicílios encabeçados por homens. Além disso, os domicílios com crianças pequenas têm mais probabilidade de serem pobres do que os domicílios sem crianças menores de cinco anos de idade.

92. As diferenças relacionadas a gênero tais como as identificadas neste relatório têm conseqüências econômicas e para o desenvolvimento humano. Por exemplo:

- uma saúde frágil afeta a produtividade econômica e é um dreno para os recursos do país; deste modo, os legisladores precisam estar conscientes dos riscos de saúde diferentes de homens e de mulheres;
- a exclusão dos homens nos programas de saúde reprodutiva afeta o potencial de efetividade destes programas porque os homens também estão envolvidos no controle de natalidade e na reprodução e na saúde sexual;
- um risco crescente de contaminação pelo HIV/Aids e por outras doenças sexualmente transmissíveis está associado à não-utilização de camisinhas entre os homens, mas os programas de saúde reprodutiva, em sua grande maioria, continuam a visar as mulheres;
- a alta incidência de violência na sociedade brasileira está pesando sobre o sistema de atenção à saúde e afetando a produtividade no trabalho; como relatado pela OMS, a violência contra as mulheres tem um impacto negativo direto sobre diversas questões importantes de saúde, incluindo a prevenção segura das doenças sexualmente transmissíveis e o HIV/Aids;
- Os níveis baixos de escolaridade – devido à entrada prematura na força de trabalho, no caso dos meninos, e aos afazeres domésticos e outras questões, no caso das meninas – afetam o capital humano e o potencial econômico, mas a falta de atenção às necessidades especiais das meninas e dos meninos afeta a viabilidade das iniciativas educacionais projetadas para manter as crianças na escola, e
- Dado os níveis mais altos de educação das mulheres, o seu baixo salário no mercado de trabalho em relação aos homens significa que, para elas, o retorno da educação é menor do que para os homens.

93. As conclusões do relatório apontam para a importância dos papéis relacionados a gênero na confecção de oportunidades, afetando o acesso aos recursos, influenciando as escolhas e, em última instância, afetando o bem-estar. Enquanto que as oportunidades econômicas para as mulheres têm expandido, o papel primordial de muitas mulheres continua a ser aquele de mãe e de cuidar do lar, o que significa que elas provavelmente sejam mais dependentes economicamente. Os papéis dos homens, em contraste, permaneceram bem rígidos, a expectativa é de que os homens sejam primordialmente os principais provedores, responsáveis pelo bem-estar econômico da família. Papéis relacionados a gênero estreitamente definidos afetam homens e mulheres durante toda a sua vida. Começando com as crianças em idade escolar, as meninas com frequência são forçadas a deixar a escola ou a combinarem os afazeres domésticos com a sua educação graças aos papéis relacionados a gênero, enquanto que os meninos abandonam ou repetem de ano para participarem de atividades geradoras de renda. Estas escolhas afetam o capital humano mais tarde na vida. Como adultos, as mulheres ganham menos do que os homens, devido em parte à opção das mulheres por empregos com salários baixos que oferecem maior flexibilidade e que lhes permitem alternar entre as responsabilidades do trabalho assalariado e de casa.
94. As diferenças relacionadas a gênero e os papéis sexuais podem também levar à discriminação. Por exemplo, embora não tenha sido demonstrado, as políticas de licença-maternidade podem agir como uma espada de dois gumes para as mulheres ao elevar os custos do seu trabalho. E, embora não haja evidência significativa de diferenças relacionadas a gênero em termos de nível educacional primário e secundário, as diferenças relacionadas a gênero nos retornos ao capital humano no mercado de trabalho sugerem formas possíveis de discriminação ou de desigualdades. O viés relacionado a gênero também pode resultar da falta de informação, de estereótipos relacionados a gênero ou de percepções falsas sobre os atributos relativos dos homens e das mulheres.

95. A heterogeneidade de homens e mulheres também é notável. Por exemplo, as diferenças relacionadas a gênero nos salários são menores entre os trabalhadores com capacitação baixa do que entre os mais educados. E, enquanto que a diferença salarial relacionada a gênero no Brasil esteja em declínio, a diferença entre grupos de mulheres tem aumentado. As diferenças étnicas também precisam ser consideradas ao se analisar as questões de gênero no Brasil pois afetam significativamente as oportunidades de educação e trabalho das mulheres brancas e negras no Brasil.

ESTRATÉGIA E RECOMENDAÇÕES

Estratégia geral

96. Como em diversos outros países, o trabalho de gênero no Brasil voltou-se para a expansão das oportunidades para as mulheres, para redução da discriminação e a expansão de seus direitos. As leis e as políticas relativas ao planejamento familiar, à saúde da mulher, ao cuidado dos filhos, aos direitos dos empregados domésticos, à participação política das mulheres, à violência doméstica e à proteção das trabalhadoras têm sido o instrumento principal para a expansão das oportunidades e direitos das mulheres. Os progressos brasileiros na arena legal são de fato impressionantes. Embora os esforços para fortalecer a estrutura legal e os mecanismos de fiscalização devam continuar, a igualdade não será atingida se não mudarem as expectativas da sociedade com relação ao que os homens e as mulheres deveriam ou não fazer, e como deveriam ou não se comportar. No geral, as mulheres têm mais educação do que os homens, ainda assim as disparidades no mercado de trabalho continuam. Em especial, as diferenças salariais são grandes se comparadas a outros países na América Latina e no Caribe, e os pesquisadores sugerem que somente parte desta diferença pode ser atribuída à discriminação. As decisões domésticas em relação à alocação do trabalho dos homens e das mulheres e as escolhas feitas pelas próprias mulheres têm um papel importante na explicação das diferenças relacionadas a gênero nas ocupações, salários e oportunidades de progresso.

97. O FOCO NOS PROCESSOS DE SOCIALIZAÇÃO RELATIVOS A GÊNERO. Deste modo, a atenção deveria voltar-se para a alteração nas expectativas da sociedade e nos processos de socialização de modo que as mulheres, assim como os homens, possam fazer escolhas diferentes. Em contraste com as leis aprovadas e o estabelecimento de políticas que podem ter um período relativamente curto e exigir capacidades técnicas e recursos limitados, a mudança nos processos de

socialização levará diversas gerações para ser alcançada e exigirá uma gama ampla de esforços através de canais diferentes. A socialização acontece através da educação, da mídia, da família, dos pares, da comunidade e das práticas culturais, de modo que os esforços em cada uma dessas frentes precisam ser realizados para que mudanças de longo alcance possam acontecer.

98. **TRATANDO DAS QUESTÕES DE GÊNERO RELACIONADAS AOS HOMENS.** Como já detectado pela experiência de vários setores brasileiros, para se quebrar as barreiras relacionadas a gênero este conceito não pode continuar a ser focado somente sobre as mulheres. Tanto os homens como as mulheres são socializados de acordo com normas e expectativas relativas a gênero e esta socialização gera problemas para ambos os grupos. Enquanto que as questões femininas são bem conhecidas e documentadas, as questões masculinas como a violência e a agressão, o alcoolismo e a dependência química, o comportamento de risco, os efeitos do desemprego e do envelhecimento e a ausência de pais são ainda pouco pesquisadas. As experiências na América Latina e Caribe assim como nos países industrializados, como o Reino Unido e os EUA, sugerem que, para se alcançar uma mudança efetiva, esforços paralelos relativos a gênero precisam ser feitos de forma a atingir os homens.
99. **TRABALHANDO EM NÍVEL LOCAL.** Como estratégia geral, este relatório recomenda o trabalho através de programas em nível local ou baseados na comunidade para mudar os processos de socialização, bem como tratar de outros assuntos surgidos neste relatório (dependência química, educação maternal, saúde maternal, gravidez juvenil, abuso sexual de crianças, serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, etc.). Trabalhar com a sociedade civil e as organizações locais oferece diversas vantagens, como a poderosa pressão exercida por estes grupos através dos pares e sua influência através de uma cooperação estreita e da interação direta com os grupos visados. Estas organizações também têm uma compreensão melhor dos contextos locais e podem adaptar os programas de acor-

do com as condições e as práticas locais. Ao trabalhar com as organizações locais também usa-se a capacidade existente, aumentando a eficiência e colocando menos pressão sobre orçamentos limitados do setor público. Finalmente, trabalhar através das organizações locais fortalece a sua capacidade e contribui para o processo de democratização. Um exemplo interessante de tais programas locais é o Programa Papai, de Pernambuco, uma ONG que realiza pesquisas e executa projetos nas áreas da paternidade juvenil, prevenção da Aids/DST. SAÚDE E MÍDIA. Usar o sistema educacional, campanhas públicas e outras mídias são duas estratégias alternativas para alterar os processos de socialização. Seguem-se as recomendações setoriais específicas.

Saúde

100. As prioridades de saúde reprodutiva, na medida que se relacionam a gênero, deveriam incluir a redução da taxa de mortalidade materna, relativamente alta no Brasil, a melhoria no acesso ao planejamento familiar para os mais pobres e visar os homens como parceiros nos programas de reprodução e de sexualidade. Com relação à redução da mortalidade materna, é também importante notar que o problema é parte de uma questão institucional maior que afeta todos os serviços de atenção à saúde no Brasil, como regulamentações fracas dos convênios entre os setores público e privado. Uma ação imediata, entretanto, poderia ser a mobilização de organizações comunitárias e ONGs para fornecer informação e serviços básicos durante diferentes fases da gravidez, especialmente durante o primeiro trimestre, quando a ausência destes serviços coloca as mulheres na categoria de gravidez de risco. As atenções pós-natais deveriam incluir o fornecimento de informações sobre nutrição infantil e poderiam ser parte daqueles serviços baseados na comunidade. Um outro serviço básico poderia voltar-se para o aumento na vacinação antitetânica para as mulheres no intuito de se reduzir o risco de infecções durante e após a gravidez. Finalmente, a inclusão dos pais em programas

como nutrição e cuidados serviria para incentivar os seus papéis de maridos/parceiros, pais e provedores de atenção.

101. SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUAL. Os esforços para melhorar os serviços de saúde reprodutiva e sexual deveriam continuar. Mas a esterilização como um método de controle da natalidade deveria ser desencorajada, dado que ela pode levar à redução do uso de camisinha, não é uma opção para as mulheres mais jovens que planejem ter filhos mais tarde na vida, representando ainda uma despesa alta para o sistema de atenção à saúde. Os programas de saúde reprodutiva e sexual deveriam visar tanto as mulheres como os homens. Em especial, deveriam incentivar formas masculinas de controle de natalidade, dada a baixa utilização de camisinhas e de esterilização masculina.²⁴ Enquanto que os homens brasileiros dizem estar cientes das escolhas do controle de natalidade, a informação disponível sugere que eles não recebem informações *exatas* sobre a saúde sexual e reprodutiva. Os esforços para se atingir os homens deveriam ir mais além das formas de tratamento da epidemia de HIV/Aids do Brasil. Um bom exemplo de trabalho realizado no país é o Instituto Promundo, no Rio de Janeiro, que desenvolve guias para os provedores sobre as necessidades de saúde reprodutiva e sexual dos meninos, organiza encontros regionais para trocar idéias sobre o trabalho e para produzir materiais educacionais de saúde produzidos por adolescentes para os meninos. Os programas de saúde reprodutiva também deveriam ser regionalmente específicos. Por exemplo, em áreas como o Nordeste, as atividades deveriam visar a redução na incidência da gravidez juvenil.

102. A VIOLÊNCIA, A DEPRESSÃO E O COMPORTAMENTO DE RISCO. Com o intuito de desenhar melhor programas de controle e prevenção, os epidemiologistas deveriam estudar a incidência e os fatores de riscos relacionados a gênero associados com a violência, depressão e suicídio, além do comportamento de risco entre os homens.

²⁴ As experiências dos EUA sugerem que ambientes confortáveis “pró-homens” são importantes para atrair os homens e incentivar a discussão aberta sobre as questões reprodutivas e saúde sexual.

Pouco foi feito para analisar estas questões sociais como questões de gênero e especificamente analisar como os processos de socialização e os papéis e expectativas relacionados a gênero contribuem para a sua incidência.

103. A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS. É necessário dar mais atenção aos alarmantes problemas de saúde de grupos indígenas que tenham elos relacionados a gênero, tais como as altas taxas de mortalidade entre homens e a mortalidade/morbidez materna. Argumenta-se que os custos de oportunidades associados aos programas para povos indígenas são altos em virtude de a sua população ser numericamente pequena. Tanto o retorno é muito alto quanto os investimentos se justificam por razões de redução da pobreza e principalmente pela preservação da riqueza cultural que tais grupos legam ao Brasil.

Violência

104. Dada a sua incidência e a sua natureza relacionada a gênero, a violência deveria ser uma área prioritária para o trabalho relacionado a gênero no Brasil. Mas tratar da violência a partir de uma perspectiva de gênero deveria ir além de se cuidar dos efeitos da violência doméstica contra a mulher, tema no qual o Brasil já fez alguns progressos importantes. A longo prazo, a atenção deveria voltar-se para a prevenção da violência, isto é, analisar como o gênero afeta a violência masculina e identificar os passos para contrabalançar os efeitos sobre a violência dos papéis relacionados a gênero e dos processos de socialização.
105. O sistema educacional, os programas comunitários e a mídia são todos veículos importantes para a prevenção da violência relacionada a gênero, segundo Morrison e Biehl (1999). O sistema educacional, por exemplo, pode influenciar os valores culturais que incentivam o comportamento agressivo entre os meninos e a docilidade entre as meninas. As intervenções possíveis incluem o treinamento de professores e a eliminação dos estereótipos relacionados a gênero nos livros didáticos e o desenvolvimento de programas especiais para ensinar às crianças as técnicas de resolução não violenta de conflitos. Os programas em nível

comunitário podem ser utilizados para fornecer programas de educação informal, ensinar aos cidadãos as sanções legais contra a violência, estabelecer estratégias de prevenção da violência e prover serviços sociais para as vítimas da violência. Além disso, a mídia pode ser usada para transmitir programas educacionais e telenovelas para produzir e divulgar imagens mais positivas das relações interpessoais (homem-mulher e adulto-criança) assim como ilustrar a resolução não violenta de conflitos. E, por último, os programas de grupos pares, tais como o Programa Irmãos e Irmãs Maiores na América do Norte, têm sido bem sucedidos em atingir e reformar a juventude de risco.

106. Em termos de sanções à violência, seria importante continuar a fortalecer os programas que conscientizam homens e mulheres sobre a ilegalidade da violência doméstica, fornecer às mulheres acesso aos serviços jurídicos e melhorar os processos legais. Também, dado que as delegacias de polícia de mulheres no Brasil têm sido usadas como modelo na América Latina e no Caribe no auxílio às vítimas femininas da violência, aprender mais sobre a eficácia e a sustentabilidade destas delegacias é uma outra prioridade. Finalmente, são importantes os programas que tratam das necessidades dos meninos e meninas de rua em geral e, em particular, aqueles que vivem na prostituição. Um exemplo de um programa bem sucedido trabalhando nesta área é o MNMMR (Movimento Nacional de Meninos e Meninas da Rua), que tem sido um instrumento na colocação da questão das crianças de rua na agenda nacional. Um outro exemplo é a Casa de Passagem, em Recife (PE) que fornece alternativas e apoio a meninas e jovens mulheres que vivem nas ruas, muitas das quais prostitutas.

Educação

107. **EDUCAÇÃO FORMAL.** Dado que o Brasil tem progredido significativamente em termos de aumentar a educação das mulheres, a atenção deveria agora se voltar para assegurar que os meninos não fiquem para trás e para melhorar a qualidade geral da escola ao reduzir os estereótipos relacionados a gênero transmitidos pela educação. Estes

podem minar as escolhas de carreiras pelas meninas ao incentivar um comportamento dócil entre elas e prejudicar o desempenho dos meninos na escola, assim como contribuir para o comportamento agressivo entre os meninos. Medidas específicas incluem o desenvolvimento de módulos de treinamento para professores sobre os estereótipos relacionados a gênero transmitidos pela educação e a eliminação de estereótipos relacionados a gênero nos livros didáticos e nos outros materiais de sala de aula.

108. As parcerias entre o Ministério da Educação e organizações como a Rideh têm sido uma forma-custo efetiva de tratar dos problemas associados aos estereótipos relacionados a gênero e à socialização; assim, estas parcerias deveriam ser fortalecidas. O Brasil poderia também aprender com as experiências bem sucedidas da vizinha Argentina, que, no final da década de 1980 e início da década de 1990, fez progressos importantes para a remoção da linguagem e imagens sexistas dos livros escolares. Outras recomendações relacionadas à educação formal incluem: (a) a análise do impacto diferenciado por gênero dos programas Bolsa Escola e Peti na redução do trabalho infantil e a retenção de meninos e meninas na escola; e (b) obter uma compreensão melhor das determinantes da educação por gênero, incluindo o modo como o local de residência, a educação dos pais e a presença das mães ou dos pais afeta o desempenho educacional de meninas e meninos.

109. CRECHE/EDUCAÇÃO MATERNAL. A educação maternal representa um investimento futuro no capital humano do país e deveria ser uma prioridade a longo prazo. Os estudos mostraram que as crianças que frequentaram a pré-escola têm um desempenho acadêmico melhor do que aquelas crianças que não o fizeram. Fornecer creches é também crucial para as mães, especialmente para aquelas que são forçadas a trabalhar. Creches financiadas com recursos públicos podem não ser uma opção viável ou necessariamente desejável, dado os problemas potenciais com a qualidade. Assim, as organizações em nível da comunidade podem ser utilizadas como o veículo para fortalecer e expandir a educação maternal e as creches. No curto prazo, a

melhoria dos programas já existentes poderia ser uma opção viável dado que os pais pagariam por serviços bons. Por exemplo, fornecer treinamento e regulamentar melhor as *mães creches* existentes poderia ser um primeiro passo.

Trabalho

110. O Brasil precisa tratar das diferenças salariais persistentes relacionadas a gênero, as quais são maiores do que em muitos dos seus vizinhos menos desenvolvidos. Uma prioridade seria assegurar uma adesão maior às leis contra a discriminação no trabalho através da análise dos mecanismos atuais de fiscalização e o apoio institucional disponível para as trabalhadoras; e disponibilizar informação sobre os direitos trabalhistas para as trabalhadoras e para os empregadores. Uma segunda prioridade seria pesquisar se a licença-maternidade de quatro meses do Brasil contribui para a discriminação das mulheres e como contrabalançar os efeitos negativos possíveis desta regulamentação.
111. Como já mencionado em todo este relatório, a discriminação somente é um fator que contribui para a diferença salarial. Repensar o desequilíbrio na divisão dos afazeres domésticos – de modo que os homens e as mulheres possam compartilhar a paternidade, o cuidado dos filhos e das tarefas domésticas, liberando assim as mulheres para participarem da força de trabalho e progredirem no emprego é uma outra precondição para a redução das desigualdades trabalhistas relacionadas a gênero. Mas como a alteração dos papéis relacionados a gênero exige a socialização de homens e mulheres de forma diferente, este será um processo de longo prazo.
112. A obtenção de maior igualdade entre homens e mulheres no mercado de trabalho exigirá também alterar o modo como o trabalho está atualmente organizado, de acordo com uma feminista bem conhecida e ex-dirigente do CNDM, Rosiska Darcy de Oliveira. Ela sugere que, por exemplo, arranjos mais flexíveis tais como compartilhamento do emprego precisam ser disponibilizados para os homens e mulheres. Pesquisa recente realizada nos Estados Unidos apóia a noção de que

os sistemas de trabalho precisam mudar para que se alcance uma igualdade maior no lar e no mercado de trabalho.²⁵

113. No curto prazo, os projetos e os programas que trabalham com as famílias poderiam iniciar-se incentivando as mudanças nos papéis relacionados a gênero no lar. Por exemplo, um novo programa de “capacitação familiar” está sendo proposto na Argentina, o qual fornece aos homens desempregados novas habilidades no cuidado dos filhos e facilitando às parceiras a busca por oportunidades de trabalho. As recomendações relacionadas a outras questões de gênero e de trabalho são as seguintes.

- EQUIPARANDO O EMPREGO. As ONGs e outros grupos da sociedade civil que sejam bem conhecidos na comunidade poderiam agir como agências centrais de empregos, bem como fornecer treinamento sobre apresentação pessoal e na preparação para um emprego. Em especial, as mulheres poderiam beneficiar-se com estes serviços porque elas têm dificuldade de deixar as favelas para buscar empregos (devido às restrições da casa), apresentando-se para empregadores potenciais e obtendo acesso a informação sobre empregos.

- CRIANÇAS DE RUA /TRABALHO INFANTIL. De acordo com um relatório do Banco Mundial, a redução do número de crianças de rua exige investimentos no capital humano e social, tais como programas integradas de desenvolvimento pré-escolar. Outros concordam que a melhor abordagem é construir capital humano e social nas comunidades mais pobres que têm o benefício adicional de fornecer os serviços básicos de saneamento, saúde e nutrição (MORAN & MOURA CASTRO, 1997).²⁶ Por último, a expansão rápida dos programas Bolsa Escola e Peti merecem uma pesquisa mais sensível a gênero.

²⁵ Ver Deutsch, Francine M., 1999. *Halving it All. How Equally Shared Parenting Works*. Harvard University Press.

²⁶ O estudo do BID realizado por Moran e Castro (1997) sugere três abordagens para tratar do problema das crianças de rua. Primeiro, a abordagem de abrigo fornece um ambiente de internato para as crianças pobres, incluindo educação, treinamento, atenção à saúde, alojamento, alimentação, atividades esportivas e de lazer. A Fundem, no Rio de Janeiro, utiliza esta abordagem. As

Pobreza, flutuações econômicas e redes de proteção social

114. A predominância numérica de famílias com crianças pequenas que estão abaixo da linha de pobreza, bem como as conclusões sobre as vulnerabilidades maiores dos domicílios encabeçados por mulheres levam a crer que visar estes grupos propiciaria uma redução da pobreza, podendo inclusive estar no cerne da estratégia com esta finalidade. As recomendações específicas incluem: aumento no acesso das mulheres pobres às creches e ao planejamento familiar, melhorias continuadas na educação, a redução de barreiras para a participação das mulheres pobres no mercado de trabalho, a redução da violência contra as mulheres pobres e repensar o desequilíbrio relacionado a gênero na divisão dos afazeres domésticos de modo que os homens e as mulheres compartilhem a paternidade, cuidado dos filhos e das tarefas domésticas.
115. A incidência maior de pobreza e vulnerabilidade está entre as famílias com crianças menores de cinco anos de idade, especialmente aquelas encabeçadas por mulheres. Dado os efeitos demonstrados sobre a redução da pobreza da participação econômica maior pelas mulheres, um programa de transferências financeiras (na linha do Bolsa Escola e Peti) visando estas famílias e ligados ao desenvolvimento pré-escolar que inclua o fornecimento de creches poderia ser especialmente efetiva na redução da pobreza.
116. Finalmente, dado o estado permanente de volatilidade e risco associado com a globalização e a liberação dos mercados, ter uma com-

armadilhas têm sido os custos unitários altos, as dificuldades em manter as crianças o tempo necessário para fazer diferença e o sucesso limitado na obtenção de emprego para os jovens que atingem o limite de idade. Segundo, a abordagem “se a montanha não vem a Maomé, Maomé vai até a montanha” leva comida e serviços para as crianças nas ruas. Os problemas dessa abordagem incluem a inabilidade de atrair as crianças e a oposição de pedestres e de lojistas. Uma terceira abordagem “ampla” tenta reunir as crianças às famílias. As restrições a esta estratégia incluem os recursos necessários para fornecer as famílias com um ambiente mais acolhedor para as crianças e a condição freqüente “além do conserto” para a maioria das crianças de rua e das suas famílias.

preensão melhor de como os domicílios são afetados pelas flutuações econômicas poderia ajudar também a desenhar melhor as redes de segurança social. Especificamente, os dados coletados e analisados no Brasil precisam refletir melhor a heterogeneidade dos domicílios. Como em outros países, os domicílios são categorizados tipicamente como encabeçados por homens ou por mulheres; os programas sociais são então direcionados para os domicílios encabeçados por homens ou por mulheres, dependendo das suas condições de pobreza. Enquanto esta classificação representa a forma de análise mais fácil, ela é simplista por não levar em consideração a multiplicidade de arranjos familiares existentes no Brasil. Mais ainda, pode levar a conclusões enganadoras e errôneas. Por exemplo, o conceito assume uma relação hierárquica entre os membros da família que podem ou não estar presentes. Implica também que o cabeça é a pessoa mais importante, que o cabeça está presente no domicílio, que o cabeça tem uma autoridade total nas decisões do domicílio e que o cabeça provê apoio econômico central e consistente. Estas premissas comumente assumidas foram demonstradas como sendo inexatas na descrição de lares típicos na América Latina. Assim, os dados precisam ser coletados e analisados de forma a capturar melhor a heterogeneidade das estruturas familiares, bem como a descrever a dinâmica familiar, o processo decisório, estratégias de sobrevivência e respostas aos incentivos pela composição familiar e os papéis relacionados a gênero dos membros da família. Os dados coletados no México e a pesquisa do Banco Mundial realizada utilizando aqueles dados fornecem um precedente bom, que o Brasil deveria seguir.²⁷

²⁷ Ver Cunningham, 1999.

REFERÊNCIAS

- 'Aborto: uma prática em queda livre', VEJA, São Paulo, 28 de novembro de 2001.
- ARRIAGADA, Irma, 1998. "The Urban Female Labor Market in Latin America: The Myth and the Reality." *ECLAC: Women and Development Unit Series* #21.
- BARKER, Gary, 1998. *Boys in the Hood, Boys in the Bairro: Exploratory Research on Masculinity, Fatherhood and Attitudes Towards Women Among Low Income Young Men in Chicago and Rio de Janeiro Brazil*. Paper Prepared for the IUSSP/CENEP Seminar on Men, Family Formation and Reproduction, 13-15 May 1998, Buenos Aires, Argentina.
- BELTRÃO, K.I. e CAMARANO, A. "Características Sócio-Demográficas da População Brasileira." *Revista Estudos Feministas*, v.5, n. 1:106-119.
- BEMFAM, 1996. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)*. Rio de Janeiro: BEMFAM.
- BENERÍA, L., 1992. "Accounting for Women's Work: The Progress of Two Decades." *World Development*, v. 20, n. 11:1547-1560.
- BERQUO, E., 1996. *A Saúde Reprodutiva no Contexto Atual*. Campinas: UNICAMP/NEPO.
- BRUSCHINI, C., 1998. "Trabalho Feminino no Brasil: Novas Conquistas ou Persistência da Discriminação?" XXI International Congress, Latin American Studies Association, Chicago: 24-26 de setembro.
- DEUTSCH, Francine M., 1999. *Halving it All. How Equally Shared Parenting Works*. Harvard University Press.
- CARRANZA, M., 1994. "Saúde Reprodutiva da Mulher Brasileira," in *Mulher Brasileira é Assim*. Edited by H. Saffioti and M. Munoz-Vargas. Brasília e Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, UNICEF/NIPAS 1994:95-150.
- CARVALHO, M.P., 1998, "Vozes Masculinas numa Profissão Feminina." *Estudos Feministas*, v. 6, n. 2:406-422.
- COIMBRA Jr. C. e R. SANTOS, 1994. *Epidemiologic Profile of Amazonian Ameridians from Brazil*. Washington D.C.: The World Bank (manuscrito não publicado).
- "Comodidade, a falsa armadilha da cesariana", *Gazeta Mercantil*, São Paulo, 7 de dezembro de 2001.
- CONDE LOPEZ, V., 1990. "Descripción de los pacientes diagnosticados de 'Síndrome de la Dependencia de Alcohol' y 'Abuso del Alcohol', según criterios C.I.E.- 9a de la OMS, en un servicio de hospitalización psiquiátrica." *Actas-Luso-Esp-Neurol-Psiquiatr-Cienc-Afines*. 1990 May-Jun; 18 (3):193-204.

- CORREIA, M.C., 1998. *Gender Portfolio Review: Argentina, Chile, Uruguay Program*. Washington D.C.: The World Bank (manuscrito não publicado).
- COSTA, A.M., 1999. *Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a Ser Resgatada*. São Paulo, Comissão de Cidadania e Reprodução.
- _____. “Whose Double Shift? Household Allocation of Domestic Labor in Macroeconomic Fluctuations.” Washington D.C.: World Bank (mimeo).
- _____. 1999. “Breadwinner versus Caregiver: Labor Force Participation and Sectoral Choice over the Mexican Business Cycle.” In *The Economics of Gender in Mexico*. Edited by E. Katz and M. Correia. Washington D.C.: World Bank, 2001:85-132.
- DE BEAUVOIR, S., 1953. *The Second Sex*. H.M. Parshley (Tradutor)
- ENAP, 1998. *Diagnóstico da Situação da Mulher na Administração Pública Federal*. Relatório de Pesquisa, Brasília, abril.
- FIESS, Norbert M. e VERNER, Dorte, 2001. *The Dynamics of Poverty and its Determinants: The Case of the Northeast of Brazil and its States*. Washington D.C.: World Bank (versão preliminar).
- FERREIRA, Francisco H.G. e LEITE, Philippe G., 2001. *The Effects of Expanding Education on the Distribution of Income in Ceará: A Micro-simulation*, PUC, Rio de Janeiro.
- FISCHER, I.R. e L. ALBUQUERQUE, 1997. *Women and Agricultural Modernization in Northeast Brazil*. Ottawa: International Development Research Center. (fonte: <http://www.idrc.ca/socdev/document/Women/intro.html>).
- FLACSO, 1995. *Latin American Women Compared Figures*. Santiago de Chile: Flacso.
- FLORO, M., 1994. “Work Intensity and Women’s Time Use” in *Color, Class and Country: Experiences of Gender*. Edited by G. Young and B. Dickerson. London and New York: Zed Press: 162-181.
- HTUN, M. N., 1998. *Women’s Political Participation, Representation and Leadership in Latin America Issue Brief*. Washington D.C.: International Center for Research on Women, November 1998.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE INOVAÇÕES EM SAÚDE SOCIAL (Ibiss), 1998. *Exploração Sexual Infanto-Juvenil e o Turismo em Mato Grosso do Sul*.
- JORGE, M. H. P. de M., 1998. “Mortalidade por Violência.” in Seminário Nacional sobre Emprego e Violência. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento.
- LAVINAS, L., 1996. “Aumentando a Competitividade das Mulheres no Mercado de Trabalho.” *Estudos Feministas*, v. 4, n. 1:171-182.
- LEAL, Ondina, 1998. “Reproductive Culture and Sexuality:” *Estudos Feministas*, v. 6, n. 2:425-437.

- LINHARES, L., 1998. "Gênero e Violência" in *Seminário Nacional sobre Emprego e Violência*. Brasília: Conselho Nacional de População e Desenvolvimento: 103-108.
- _____. 1996. "Gênero, Trabalho e Legislação Trabalhista no Brasil". *Estudos Feministas*, v. 4, n. 2:447-463.
- MORRISON, Andrew R. e MARÍA LORETO Biehl (Eds.), 1999. *Too Close to Home. Domestic Violence in the Americas*. Washington, D.C.: Banco Inter-Americano de Desenvolvimento.
- MOSER, C., 1997. *Household Responses to Poverty and Vulnerability, Volume 1, Confronting Crisis in Cisne Dos, Guayaquil, Ecuador*. Washington D.C.: World Bank Urban Management Program.
- MORAN, R. e MOURAS CASTRO, 1997. *Street-children and Inter-American Development Bank – Lessons from Brazil*. Washington D.C.: Divisão de Programas Sociais, Banco Inter-Americano de Desenvolvimento.
- NUNES, A., Piola, S. F., 1998. "Internações Hospitalares do SUS: Caracterização por Sexo e Grupos de Idade", in ARILHA, M. e CITELI, M.T. (Eds.) *Políticas, Mercado, Ética*, São Paulo: Editora 34:111-135.
- PENA, M.V., 1991. *A Situação da Mulher Brasileira na Década de 80*. Relatório para o Banco Inter-Americano de Desenvolvimento.
- _____. 1981. *Presença Feminina na Constituição do Sistema Fabril*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- PEREIRA DE MELO, 1998. *O Serviço Doméstico Remunerado No Brasil: De Criadas a Trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Ipea.
- POSTHUMA, A.C., 1998. "Mercado de Trabalho e Exclusão Social da Força de Trabalho Feminina", in ABRAMO, L. e A. PAIVA ABREU (Eds.) *Gênero e Trabalho na Sociedade Latino-Americana*. Associação Latino-americana de Sociologia do Trabalho.
- REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1994. *Relatório Geral Sobre a Mulher na Sociedade Brasileira. IV Conferência Mundial sobre a Mulher: Ação para Igualdade, Desenvolvimento e Paz*, Pequim 1995. Brasília: dezembro.
- ROSEMBERG, F. A., 1997. *Expansão da Educação Infantil no Brasil e Processos de Exclusão*. São Paulo: Fapesp (Relatório de Pesquisa).
- SANT'ANNA, W. e PAIXÃO, M., 1999. "Muito Além da Senzala" (não publicado).
- SILIPANDRI, E., 1998. *Profissionalização para a Mulher Rural e a Divisão Sexual do Trabalho*. Brasília: Contag, Oficina Nacional de Formação Profissional para Mulheres.
- SPALLIACCI, L., 1997. *Estudos de Algumas Variáveis Maternas Relacionadas à Prematuridade*. São Paulo: M.A. Dissertação para a Universidade de São Paulo.

- STELINER, Morton, SMITH, Breslaw e MONETTE “Labor Force Behavior and Earnings of Brazil Women and Men” (não publicado).
- UNDP, 1995. *The Human Development Report*. New York: Oxford University Press.
- WOMEN’S ENVIRONMENT AND DEVELOPMENT ORGANIZATION (WEDO), 1998. *Mapping Progress: Assessing Implementation of the Beijing Platform 1998*. New York.
- WORLD BANK, 1997a. *Alcohol Policy as a Means of Controlling Crime and Violence: A Review of the Research*. Washington D.C.: The World Bank (manuscrito não publicado).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999. *Violence Against Women Information Pack: a Priority Health Issue*.

Lista de abreviaturas e siglas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIDS I e II	Primeiro e Segundo Projeto de Controle da AIDS e DST
BEMFAM	Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil
CCR	Comissão de Cidadania e Reprodução
CEDAW	Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECCE	Atenção à Primeira Infância e Educação Pré-escolar
ECLAC	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
ESW	Estudo Econômico Setorial
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HIV	Vírus da Deficiência Imunológica Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBISS	Instituto Brasileiro de Inovação em Saúde Social
IDAC	Instituto de Ação Cultural
IDRC	Centro de Pesquisa para o Desenvolvimento Internacional
ILO	Organização Internacional do Trabalho
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISER	Instituto Brasileiro de Estudos Religiosos
MEC	Ministério da Educação
MNMMR	Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa Agente Comunitária de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PAISM	Programa de Saúde Integral da Mulher
PETI	Programa para Erradicação do Trabalho Infantil
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
SAEB	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica
SEAD	Sistema Estadual de Análise de Dados
SUS	Sistema Único de Saúde
UNDP	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância