

Seção 1

Vida de mulher, que vida é esta?

Nesta seção, traçaremos um breve perfil da situação de vida e de saúde das mulheres brasileiras, tendo como referência as estatísticas sociais publicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2006a; 2008a; 2010a, 2010b, 2010c; 2011a, 2011b; 2012a) e outros estudos. Esse perfil possibilita conhecer alguns aspectos relativos às condições de vida e principalmente a persistência das **desigualdades de gênero**.

A primeira parte dessa seção tem como eixo a análise da situação de vida das mulheres de seu território ou município e as estratégias utilizadas para o enfrentamento dos seus principais problemas.

Na segunda parte, propomos um levantamento de dados relativos à saúde das mulheres, para complementar a análise anterior. A ideia é pensar globalmente e agir localmente, no espaço de atuação da Saúde da Família, abordando os principais problemas que interferem na saúde das mulheres.

Queremos que você reflita sobre a situação identificada, com base no levantamento de alguns indicadores demográficos, socioeconômicos, de morbidade e de mortalidade, além da cobertura assistencial referente à atenção à saúde da mulher. A análise desses dados é fundamental para a elaboração de propostas de implantação/reorganização/revitalização da assistência à mulher em seu território e/ou município.

Ao final desta seção, esperamos que você seja capaz de:

1. caracterizar como vivem as mulheres de seu território e/ou município e suas principais estratégias de sobrevivência.;
2. analisar como as mulheres adoecem e morrem no seu território e/ou município.

Parte 1

Análise da situação de vida das mulheres na perspectiva de gênero

Você já teve oportunidade de refletir sobre como vive e adocece a população de sua área de abrangência. Que tal agora aprofundar o olhar sobre as condições de vida das mulheres que estão residindo no território de sua equipe? Você tem uma ideia do que fazem para se sustentar, onde e como residem, quais são as suas aspirações e sonhos?

Para entender o que significa ser mulher e as especificidades da vida das mulheres, há que se compreender como mulheres e homens se constituem como sujeitos sociais, na sociedade atual (FONSECA, 1999). Para facilitar esta análise, vamos apresentar uma ferramenta muito importante para a compreensão dos processos sociais e seus efeitos sobre a saúde-doença das mulheres. Ou seja, vamos discutir o conceito de gênero, cuja definição inclui o conjunto de relações sociais, atitudes, papéis, atributos e crenças que caracterizam os homens e as mulheres. A compreensão desses processos e dos seus efeitos sobre a saúde-doença das mulheres se dá com a incorporação de gênero para diferenciar mulheres e homens biológica e socialmente e, assim, romper com a compreensão dicotomizada dos papéis sociais, abrindo possibilidades de superar a subalternidade feminina (FONSECA, 2005). Segundo a autora, na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais e se refletem nas leis, políticas, práticas sociais e pessoais.

O conceito de gênero nos ajuda a diferenciar as mulheres dos homens, não só biológica, mas, acima de tudo, socialmente. Ao utilizar este enfoque, o que se espera é que tanto a formulação de problemas quanto as suas soluções sejam requalificados e promovam mudanças no posicionamento e comportamento de homens e mulheres. Com isso, busca-se a construção de uma sociedade mais justa, por meio da redistribuição de responsabilidades e oportunidades (YANNOULAS, 2002).

Nos últimos anos, as mulheres têm influenciado na ocorrência de várias alterações no perfil social brasileiro – a partir de mudanças significativas em seu papel na sociedade – tais como a redução da taxa de fecundidade, a crescente participação no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade, com conseqüente aumento de sua contribuição na renda familiar.

Nesta direção, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas aprovou, em 2010, uma resolução criando a Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e Empoderamento da Mulher, que passou a ser distinguida como “ONU Mulheres”. Como resultado, espera-se que haja um aumento significativo dos esforços das Nações Unidas, para “promover a igualdade de gênero, expandir as oportunidades e combater a discriminação em todo o globo” (BRASIL, 2010a, p.250).

No Brasil, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República lançou o Programa Pró-igualdade de Gênero e Raça, cujo objetivo principal é a promoção da igualdade de oportunidades e de tratamento entre homens e mulheres nas organizações públicas e privadas e demais instituições, por meio do desenvolvimento de novas concepções na gestão de pessoas e na cultura organizacional (BRASIL, 2012a).

As mulheres são maioria na sociedade brasileira

De acordo com o Censo Demográfico 2010 (BRASIL, 2011a), a população brasileira atingiu um total de 190.755.799 habitantes, sendo composta por 97.342.162 mulheres e 93.390.532 homens. Desse modo, existem 95,9 homens para cada 100 mulheres, o que representa um excedente de 3,9 milhões de mulheres em relação aos homens no Brasil. Em 2000, havia 96,9 homens para cada 100 mulheres, o que aponta uma perda significativa de homens jovens em apenas uma década. No entanto, esse percentual varia de acordo com a região do país, como pode ser verificado no Quadro 1.

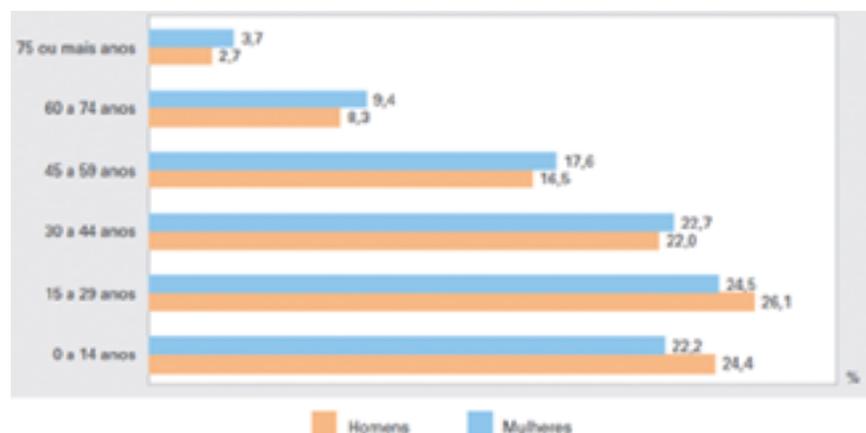
Quadro 1 - Totais de homens e mulheres por Regiões de acordo com o Censo 2010/Brasil

	HOMENS	MULHERES
Brasil	93.406.990	97.348.809
Região Norte	8.004.915	7.859.539
Região Nordeste	25.909.046	27.172.904
Região Sudeste	39.076.647	41.287.763
Região Sul	13.436.411	13.950.480
Região Centro-Oeste	6.979.971	7.078.123

Fonte: BRASIL, 2011a

A estimativa da população residente no Brasil em 2011 foi de 195,2 milhões (BRASIL, 2012a); as mulheres representaram 51,5% (100,5 milhões de pessoas) desta população e os homens, 48,5% (94,7 milhões). Embora o percentual de mulheres na população brasileira total seja maior, ao analisar as faixas etárias abaixo de 30 anos (Gráfico 1), verifica-se uma predominância do sexo masculino. As mulheres de 0 a 29 anos correspondem a 46,7% e os homens, 50,5%. Na população acima de 30 anos ou mais de idade, as mulheres correspondem a 53,3% e os homens a 49,5% (BRASIL, 2012a). Como pode ser explicada essa diminuição da população masculina após os 30 anos, uma vez que estatisticamente nascem mais homens do que mulheres?

Gráfico 1 - Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 2011.



Fonte: BRASIL, 2012a.

No Brasil, o número maior de óbitos masculinos ocorre em quase todos os grupos etários. Desse modo, do total de óbitos informados no Censo de 2010, 57,2% eram do sexo masculino. A faixa etária de 20 a 24 anos de idade representa 80,8% dos óbitos da população masculina, o que aumenta a necessidade de investimentos públicos no sentido de reverter esse quadro (BRASIL, 2011a).

Apesar de a violência e os acidentes de trânsito (causas externas) atingirem ambos os sexos em todas as faixas etárias, o que poderá estar contribuindo para esse aumento da mortalidade masculina em idade produtiva? Situação que, para as mulheres, pode representar terem de assumir precocemente as responsabilidades com a criação dos filhos e o cuidado de familiares vitimados com sequelas físicas.



Ver mais sobre esta temática no documento WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012**: os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2011. Disponível em: <<http://mapadaviolencia.org.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2012..

Ressalta-se, ainda, que em 2010 a população urbana representou 84,4% da população total, enquanto 15,6% dos habitantes residiam em áreas rurais. Em 1950, essa situação era bem diferente, enquanto 63,8% da população residiam em áreas rurais, apenas 36,2 % residiam em áreas urbanas (BRASIL, 2011a). Você deve estar se perguntando a razão dessa inversão, não é mesmo?

A partir da Segunda Guerra Mundial, houve um incremento no processo de industrialização e urbanização, que fez com que aumentassem os movimentos migratórios das áreas rurais para as urbanas. Em 1960, as taxas de fecundidade eram, respectivamente, de 5,1 filhos por mulher, na área urbana e 8,4 filhos na rural (BRASIL, 2011a). O maior número de filhos na zona rural se explicava pela necessidade de mão de obra, pois o Brasil era um país predominantemente agrícola.

No entanto, essa inversão trouxe sérios problemas à saúde pública com a migração de grandes levas de população do campo para as áreas urbanas. Se no primeiro cenário o grande número de nascimentos representava possibilidade de maior mão de obra para o cultivo, em especial no caso de filhos homens, nos centros urbanos eles implicavam um maior número de familiares a serem alimentados.

Aliado a isso, houve também um grande despreparo dos pais para assumirem os postos de trabalho, pois estavam acostumados ao trabalho no campo. Isso fez com que um grande contingente de mulheres assumisse o mercado de trabalho para contribuir com o sustento de suas famílias. Como tinham habilidade para os serviços domésticos, puderam desempenhar tarefas, inicialmente muito mal remuneradas e desprotegidas em termos de leis trabalhistas, cuja luta se estende até os dias atuais.

Em termos de moradia, a população oriunda da zona rural teve de se acomodar em pequenos espaços urbanos, em condições sub-humanas, na maioria das vezes. No entanto, a procura por melhor qualidade de atendimento à saúde e educação, aliada à falta de investimento desses serviços em áreas rurais, acabaram fixando as pessoas próximas aos polos de desenvolvimento econômico.

Ao longo dos últimos trinta anos, houve uma significativa diminuição da mortalidade, em especial, nos primeiros anos de vida e materna. A taxa de mortalidade infantil teve um decréscimo de 47,6% de 2000 para 2010 (de 29,7‰ para 15,6‰) segundo o IBGE (BRASIL, 2011b), devido, principalmente, a diminuição das desigualdades sociais e regionais. Desse modo, o Nordeste liderou o declínio da taxa de mortalidade infantil com uma queda de 58,6%, passando de 44,7 para 18,5 óbitos de crianças menores de um ano por mil nascidas vivas. A região Sul manteve os menores índices em 2000, com 18,9‰ e em 2010, com 12,6‰. No entanto, para que o Brasil atinja os níveis de cerca de cinco óbitos de crianças menores de um ano para cada mil nascidas vidas, encontrados hoje nos países mais desenvolvidos, existe ainda um longo caminho a ser percorrido (BRASIL, 2011b).

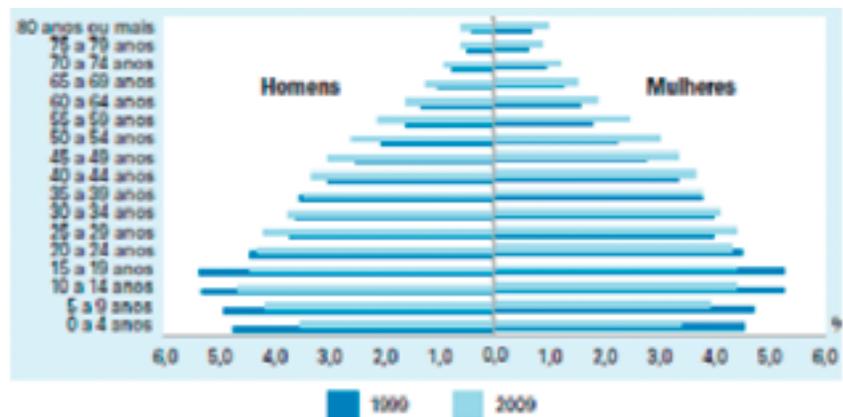
Isso se deveu a um maior investimento nas políticas sociais no país e aos esforços de milhares de profissionais que se engajaram nos processos de mudança, dentre eles a reforma sanitária. Assim, nas últimas décadas, expandiu-se o acesso da população à vacinação, ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, terapias de reidratação oral, assistência ao pré-natal, tratamento das infecções respiratórias agudas e crônicas, que resultou na redução da mortalidade precoce de milhares de vidas humanas.

Acreditamos que a maioria de vocês neste momento tem consciência do quanto estão contribuindo para a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde e cujos resultados só serão visíveis nas próximas décadas.

O perfil demográfico está em transição

Houve diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade no período compreendido entre 1999 e 2009, que pode ser verificada na composição etária da população brasileira, apresentada no Gráfico 2 (BRASIL, 2010a, p.28).

Gráfico 2 - Composição da população, por sexo, segundo grupos de idade - Brasil - 1999/2009



Fonte: BRASIL, 2010a

Ao visualizar a figura, verifica-se que houve um expressivo estreitamento na base da pirâmide populacional, o que aponta uma diminuição do número de crianças e adolescentes de até 19 anos de idade. Assim, se em 1999 esse grupo representava 40,1% da população total, uma década após ocorreu a redução de 7,3%, passando a representar 32,8%. Nesse mesmo período, houve também um significativo aumento da população idosa de 70 anos ou mais de idade, que em 1999 representava 3,9% da população total, passando para 5,1% em 2009 (BRASIL, 2010a).

Em 2009, as pessoas com menos de 30 anos correspondiam a 52,2% da população, proporção que diminuiu para 48,6% em 2011. Já a população acima de 30 anos, que era de 11,3% em 2009, aumentou para 12,1% em 2011. Essas mudanças já vêm ocorrendo nas últimas décadas e estão estritamente relacionadas com a queda da taxa de fecundidade/natalidade e o aumento da longevidade (BRASIL, 2012b).

O número médio de filhos nascidos vivos ao final do período fértil (taxa de fecundidade total) é de 1,9 filho por mulher no Brasil (os natimortos não estão incluídos). Esse percentual está abaixo do nível que garante a substituição natural das gerações que é de 2,1 filho por mulher (BRASIL,

2011a). Essa queda ocorreu em todas as regiões do país; as maiores aconteceram no Nordeste (23,4%) e no Norte (21,8%), seguidas pelo Sul e Sudeste (cerca de 20,0%, ambas) e pelo Centro-Oeste, com a menor queda (14,5%). Entre os principais motivos para essa redução, encontra-se a disponibilidade de métodos contraceptivos aliados ao grande aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, nas últimas décadas (BRASIL, 2011a).

As mulheres estão esperando mais tempo para ter filhos

O Censo de 2010 (BRASIL, 2011a) apontou, ainda, que as mulheres estão esperando mais tempo para terem filhos, pois a idade média de fecundidade passou de 26,3 anos em 2000 para 26,8 anos. Houve, também, uma redução do número de gravidezes nas mulheres entre 15 e 19 anos (17,7% em 2010, contra 18,8% em 2000) e entre 20 e 24 anos (27% em 2010, contra 29,3% em 2000).

A longevidade das pessoas está aumentando

Em 2010, a esperança de vida ao nascer, para ambos os sexos, foi de 73,48 anos, ou seja, 73 anos, 5 meses e 24 dias de acordo com o IBGE. Houve um incremento de 3,03 anos ao longo da década de 2000. Assim, se um indivíduo sobreviver até os 40 anos de idade em 2010, ele terá, em média, mais 37,74 anos, podendo atingir uma vida média de 77,74 anos. Caso seja mulher, sua expectativa de vida é de 80,22 anos (BRASIL, 2011b).

Esses dados demonstram que o Brasil está passando por um processo de aumento da longevidade de sua população, que, somado à baixa taxa de fecundidade, fará com que, nos próximos anos, tenhamos uma população majoritariamente envelhecida. Desse modo, torna-se fundamental a criação de políticas sociais e econômicas que considerem as necessidades desse contingente populacional. Do contrário, mais uma sobrecarga se coloca para o público feminino, já que o cuidado com os mais velhos, ainda, é predominantemente realizado pelas mulheres.

Essa realidade se expressa também no aumento das famílias intergeracionais, que possibilita a convivência de até três gerações em um mesmo domicílio, com um fato de alta relevância econômica e social, em que idosos, entre eles as mulheres, têm sido responsáveis por mais da metade da renda familiar, principalmente no Nordeste (BRASIL, 2008a).

O envelhecimento populacional afeta de maneira especial as mulheres

Pode-se falar de uma “feminização do envelhecimento”, decorrente da sobremortalidade masculina. Entretanto, por essa mesma longevidade relativa, as mulheres apresentam uma menor expectativa de vida livre de incapacidades, com maior prevalência de demências, depressão e dependência funcional. Também se observa o aumento das doenças de forte preponderância nos homens, como as cardiocirculatórias (CHAIMOWICS, 2009).

As mudanças rápidas na composição etária e nos padrões de envelhecimento populacional evidenciam um ônus maior para as mulheres em termos dos cuidados com os familiares, principalmente com os idosos, sem que haja um apoio efetivo em termos de equipamentos sociais que possam assumir parte do trabalho resultante dessa realidade.

Esperança de vida ao nascer: número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Taxa de fecundidade total: número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Taxa bruta de natalidade: número de nascidos vivos por mil habitantes, por ano.

Coefficiente de mortalidade infantil: número de óbitos de crianças até um ano de idade, por 1.000 nascidos vivos, por ano.

Taxa bruta de mortalidade – número de óbitos por 1.000 habitantes, por ano.

População ocupada – pessoa com trabalho durante toda ou parte da semana de referência, ainda que afastada por motivo de férias, licença, falta, greve, etc.

Glossário <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2007/matriz.htm>>

Para refletir!

Ao permanecer mais tempo viva, a mulher necessita de mais cuidados por parte da equipe, ao mesmo tempo em que precisará de apoio dos serviços de saúde para prestar cuidado aos seus familiares envelhecidos.

Há uma iniquidade na participação feminina no mercado de trabalho

Apesar de a população feminina ser mais elevada em termos percentuais, ao verificar os dados relativos a trabalho e rendimento, observa-se uma inserção diferenciada das mulheres no mercado de trabalho, apontando para aspectos de desigualdade entre homens e mulheres em todas as faixas etárias.

De acordo com o IBGE, no ano de 2010, a população ocupada era composta de 54,7% de homens e 45,3% de mulheres. Embora esteja havendo um crescimento da participação da mulher na população ocupada ao longo dos últimos anos, ela ainda continua a ser minoria. No entanto, representa maioria quando verificamos a população em idade ativa, o que implica estar ocorrendo, provavelmente, uma mortalidade de homens de maneira prematura em nossa sociedade (BRASIL, 2010b).

Segundo o Censo de 2010, o rendimento médio mensal das pessoas de 10 anos ou mais de idade (com rendimento) ficou em R\$ 1 202,00, e o da área rural representou 46,1% em relação à área urbana. Se levarmos em conta as Grandes Regiões, as variações são muito grandes, com os menores rendimentos no Nordeste (56,7%), seguido pela região Norte (67,3%). Os maiores rendimentos ocorreram de forma crescente nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul (BRASIL, 2011a).

Com relação ao rendimento médio mensal das mulheres, ele representou 70,6% daquele obtido pelos homens no Brasil. Este percentual variou também de acordo com as regiões, assim, variou de 70,3%, na Região Sul, a 75,5%, na Norte (BRASIL, 2011a).

Verificou-se ainda, que os percentuais da parcela feminina foram maiores que os da masculina nas classes de sem rendimento até um salário mínimo, em especial na classe sem rendimento, enquanto que na de mais de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, não foram observadas diferenças significativas (BRASIL, 2011a).

Ainda segundo o IBGE (BRASIL, 2011a), o rendimento médio mensal de todos os trabalhos das pessoas ocupadas em 2010 foi de R\$ 1.345, contra R\$ 1.275 em 2000, houve um ganho real de 5,5%. O rendimento médio

real das mulheres de 2000 para 2010 passou de R\$ 982 para R\$ 1.115, com um ganho real de 13,5% para as mulheres. O rendimento dos homens passou de R\$ 1.450 para R\$ 1.510, de 2000 para 2010, representando um ganho de 4,1% no período. Desse modo, a mulher passou a ganhar 73,8% do rendimento médio de trabalho do homem, enquanto em 2000, esse percentual era 67,7%.

Nesse sentido, o "trabalho decente" foi escolhido como eixo para conduzir os indicadores sobre a mulher a partir das informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2009 (BRASIL, 2010c). O trabalho doméstico foi um dos pontos discutidos na 99ª Conferência Internacional do Trabalho, realizada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), na perspectiva de valorizar e fortalecer os direitos das mulheres nesta atividade. O conceito de "trabalho decente" foi definido pela OIT e combinam diferentes aspectos como: oportunidade de emprego e rendimento, além de jornada de trabalho adequada, proteção social e promoção de diálogo social (OIT, 2009).



Para ler mais sobre o assunto, consulte o Perfil do trabalho decente no Brasil, no documento ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. **Perfil do trabalho decente no Brasil**. Brasília; Genebra: OIT, 2009. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/decent_work/pub/perfil_do_trabalho_decente_301.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

Essa iniquidade aumenta quando se trata de mulheres que são chefes de família. No Censo de 2010, elas representavam 37,3% (em 2002 eram 22,2%). Aumentou, também, o número de mulheres solteiras com filhos (12,2%) e o percentual de casais sem filhos, sendo um para cada cinco casais (BRASIL, 2011a).

Geralmente as mulheres que vivem com os seus filhos não têm um companheiro com quem dividir os encargos familiares, ao contrário dos homens chefes de família. De acordo com o IPEA (BRASIL, 2010b), em cerca de 22 milhões de famílias brasileiras, o principal responsável era alguém do sexo feminino. Houve um aumento de 8% no percentual de famílias brasileiras chefiadas por mulheres, que passou de 27% para 35%, entre 2001 e 2009 (as chefiadas por homens eram 64,8% em 2009). Importante ressaltar que o IBGE, alterou o conceito de "chefe do domicílio" para "pessoa de referência".

No entanto, esse aumento da “chefia” feminina não decorre, necessariamente, do processo de mudanças significativas de valores e papéis na sociedade. O que se pode inferir é que a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho e sua contribuição no rendimento familiar podem estar produzindo mudanças nas relações familiares (BRASIL, 2011c).

Outra face do trabalho invisível exercido pelas mulheres revela aquelas que desenvolvem atividades em casa, lavando, passando, cozinhando, cuidando dos filhos, dos parentes e familiares, com algum grau de dependência ou não, cujo esforço não é computado em termos de valorização econômica.

De acordo com estudo elaborado pelo IBGE (BRASIL, 2007a), são consideradas como afazeres domésticos as seguintes tarefas: arrumar ou limpar toda ou parte da moradia; cozinhar ou preparar alimentos, passar roupa, lavar roupa ou louça, utilizando, ou não, aparelhos eletrodomésticos para executar estas tarefas para si ou para outro(s) morador(es); orientar ou dirigir trabalhadores domésticos na execução das tarefas domésticas; cuidar de filhos ou menores moradores; ou limpar o quintal ou terreno que circunda a residência, dentre outras.

Se considerarmos a tendência de envelhecimento populacional, o cuidado com os idosos, também pode ser incluído nos afazeres domésticos e geralmente recaem sobre as mulheres. Ao se comparar o número de mulheres (90,6%) e de homens (51,1%) que declararam realizar trabalho doméstico, as desigualdades de gênero ficam mais visíveis na população total (BRASIL, 2007a).

Assim, compreende-se por que existem mais mulheres do que homens em idade ativa, e em menor quantidade se for considerada a população economicamente ativa, pois o trabalho realizado no ambiente doméstico não é considerado para fins econômicos, a não ser o trabalho da empregada doméstica. Isso significa que a energia gasta nesse espaço não é contabilizada para fins da definição do que é força de trabalho e muito menos para o conceito de população economicamente ativa, não contribuindo, também, para a composição do Produto Interno Bruto (PIB).

Desse modo, as mulheres consideradas economicamente ativas dedicam, em média, 22,1 horas semanais aos afazeres domésticos, o que significa que, para uma jornada diária de oito horas no período de cinco dias, essas mulheres trabalham, em média, mais 4,4 horas diárias além da

jornada habitual, contra 2,0 horas adicionais gastas pelos homens nessas atividades (BRASIL, 2006a). As mulheres que possuem companheiro e filhos gastam mais com o trabalho doméstico que aquelas que vivem apenas com os seus filhos (BRASIL 2010d).

Ainda de acordo com o estudo do IPEA (BRASIL, 2012cb), denominado “Trabalho para o mercado e trabalho para a casa: persistentes desigualdades de gênero”, para que as mulheres possam ter sua igualdade de condições garantidas, cabe ao Estado intervir para que possa ser revertido o quadro de desigualdade que hoje existe no âmbito familiar privado. Ou seja, não bastam os arranjos já tradicionalmente concebidos pela sociedade, é preciso que sejam feitos investimentos em políticas sociais, em especial aquelas que facilitem o transporte gratuito de crianças e jovens, bem como do cuidado dos idosos e portadores de deficiências (físicas e mentais).

Para Madalozzo, Martins, Shiratori (2010), as mulheres ocupadas, ao contribuírem financeiramente para as despesas do lar, têm conseguido barganhar com mais facilidade a participação dos homens nas tarefas da casa, assim como, aquelas que têm aumentado seus anos de estudo.

O acesso a oportunidades em educação das mulheres afeta indicadores sociais importantes

O Censo de 2010 (BRASIL, 2011a) apontou que ocorreu uma diminuição das taxas de analfabetismo, tanto em área urbana como rural. A taxa de analfabetismo das mulheres de 10 anos ou mais de idade permaneceu um pouco mais baixa que a dos homens, caindo de 13,2% para 9,4%, na masculina, e de 12,5% para 8,7%, na feminina, de 2000 para 2010. Verificou-se essa queda em todas as faixas etárias, o que pode ser consequência do aumento da escolarização das crianças e o acesso a programas de alfabetização de jovens e adultos, principalmente para aqueles indivíduos que não puderam frequentar a escola nas idades apropriadas.

No entanto, quando comparadas as regiões brasileiras de 2000 a 2010, verifica-se que a Região Sul continuou detendo a mais baixa taxa de analfabetismo de pessoas com 10 anos e mais, com diminuição de 7,0% para 4,7%. Em segundo lugar, vem a Região Sudeste, que caiu de 7,5% para 5,1%, seguida pela Região Centro-Oeste, que passou de 9,7% para 6,6%. Embora a Região Nordeste tenha a mais alta taxa de analfabetismo, ela apresentou a maior redução, de 24,6% para 17,6%, acompanhada da Região Norte, que baixou de 15,6% para 10,6% (BRASIL, 2011a).

A taxa de analfabetismo funcional foi estimada em 20,3%, sendo 0,7 ponto percentual menor do que a verificada em 2008. Todas as regiões brasileiras apresentaram queda dessa taxa, com destaque para a Região Nordeste, onde a retração atingiu 6,6 pontos percentuais, e a Região Norte, com retração de 5,7 pontos percentuais (BRASIL, 2010c). O analfabetismo funcional é mais baixo também entre as mulheres, que apresentou taxa de 21,1%, enquanto a dos homens foi de 22,3% (BRASIL, 2008a).

Cerca de 50% das mulheres ocupadas possuem o ensino fundamental, mas são em percentual mais baixo que o dos homens, quando se analisam os grupos com escolaridade entre 3 e 10 anos de estudo. No grupo com escolaridade de 10 anos ou mais, a população feminina supera a masculina em mais de 10%; contudo, isso não tem se refletido em melhores salários. Em 2007, entre os estudantes de nível superior, 57,1% eram mulheres, um aumento significativo em relação a 1997 (53,6%). No mesmo período, o percentual relativo aos homens caiu de 46,4 para 42,9% (BRASIL, 2008a). Entretanto, observa-se que a desigualdade salarial se amplia à medida que o grau de escolaridade aumenta (BRASIL, 2006a).

Ainda de acordo com o IBGE (BRASIL, 2010c), em todos os grupos de idade definidos, as mulheres apresentaram uma taxa de escolarização superior à dos homens, fato que se repetiu em todas as regiões, em quase todos os grupos de idade. Houve exceção apenas na Região Norte, no grupo etário de 15 a 17 anos de idade, em que os homens apresentaram uma taxa 0,3 ponto percentual maior que a das mulheres.

O aumento da escolaridade entre as mulheres, por outro lado, é um fenômeno mundial e as tem estimulado para novos valores e níveis de aspiração. Isso tem refletido no comportamento reprodutivo e, em consequência, na diminuição das taxas de fecundidade e, comprovadamente, na taxa de mortalidade infantil. Vários estudos demonstram que a taxa de mortalidade infantil é inversamente proporcional aos anos maternos de estudo. Os valores altos das taxas de analfabetismo estão estritamente relacionados ao poder aquisitivo da população, assim, quanto menor o rendimento, maior o grau de analfabetismo da população.

Outro fato importante em relação às mulheres brasileiras é que elas possuem, em média, um ano a mais de escolaridade na comparação com os homens, tanto na população total quanto na ocupada, o que reflete uma diferença de gênero favorável às mulheres (BRASIL, 2006a, 2008a).

No entanto, ainda persistem grandes desigualdades entre os sexos, em especial, no mercado de trabalho, nos salários e na política, além

de milhares de mulheres vítimas da violência doméstica em nosso país. Nesta direção, foram desenvolvidas várias iniciativas governamentais e da sociedade civil, dentre as quais destacamos: II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres; Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180; Programa Gênero e Diversidade na Escola; Programa Mulher e Ciência; Programa Pró-Equidade de Gênero; Programa Trabalho e Empreendedorismo das Mulheres; Programa Trabalho, Artesanato, Turismo e Autonomia das Mulheres; Programa Mulheres Construindo a Autonomia; Programa Organização Produtiva de Mulheres Rurais; Incentivo à Formalização do Emprego Doméstico; Ampliação da Licença-Maternidade; Campanha Mais Mulheres no Poder; Revisão da Legislação Eleitoral; Observatório Brasil da Igualdade de Gênero; Comitê Técnico de Estudos de Gênero e Uso do Tempo; Programa Nacional de Documentação da Trabalhadora Rural; Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar; Assistência Técnica e Extensão Rural para Trabalhadoras Rurais; Medidas de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (BRASIL, 2010e).

Vamos recordar...

É considerada analfabeta a pessoa que declara não saber ler nem escrever um bilhete simples no idioma que conhece; a que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu; e a que apenas assina o próprio nome. O analfabetismo funcional refere-se à pessoa que, mesmo com a capacidade de decodificar minimamente as letras – geralmente frases, sentenças e textos curtos – e os números, não desenvolve a habilidade de interpretação de textos e de fazer as operações matemáticas. Também é definido como analfabeto funcional o indivíduo maior de 15 anos e que possui escolaridade inferior a quatro anos (antigo ensino primário).

Você tem ideia de como está a situação em seu território? De homens e mulheres?

Atividade 1



a) Faça um levantamento de dados sobre as condições de vida das mulheres de seu território com idade acima de 10 anos. As questões a seguir têm por objetivo orientar o processo de coleta de dados.:

- Qual é o número de mulheres acima de 10 anos e sua distribuição por faixa etária?
- De onde elas vieram e para onde vão quando se mudam de seu território?
- Quais são as principais estratégias de sobrevivência dessas mulheres?
- Quantas são chefes de família?
- Quais são suas principais ocupações e o que fazem para se sustentar?
- Quanto ganham pelo trabalho realizado?
- Qual é sua escolaridade (grau de escolaridade, número de alfabetizados, número de analfabetos e analfabetos funcionais)?
- Verifique também, qual é a taxa de fecundidade total das mulheres (número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo) do município? Cecilia, por favor introduza este item na atividade, pois ficara mais coerente com o conteúdo solicitado na prova.

b) Com base nesses dados e na observação do seu dia a dia, elabore uma análise reflexiva sobre as condições de vida das mulheres que residem em seu território e suas principais estratégias de sobrevivência.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

É provável que, ao fazer a análise reflexiva, você tenha percebido que as insuficiências e as desigualdades que se manifestam em um dado espaço geográfico são reflexos da história social, econômica e cultural das mulheres que ali residem. Para os grupos sociais mais vulneráveis – mulheres residentes em área rural, negras e índias – as desigualdades enfatizam a exclusão histórica.

É importante destacar, ainda, que as discussões sobre a questão das mulheres ganharam destaque nos cenários nacional e internacional. Desde a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing, 1995, organizada pelas Nações Unidas, o Brasil e diversos outros países assumiram acordos e compromissos internacionais para o combate à discriminação e às desigualdades de gênero. Decorrentes disso, os governos têm buscado introduzir a abordagem de gênero no processo de formulação de políticas públicas, como um mecanismo para promover ações mais eficazes para o desenvolvimento humano e social das mulheres (BRASIL, 2011c).

No Brasil, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que representou um avanço e um reconhecimento da necessidade de se terem políticas específicas que tratem a questão de gênero como uma das áreas prioritárias da ação governamental e não somente como um tema transversal nas políticas públicas. Com isso, o Brasil tem assumido os acordos e compromissos internacionais para o combate da discriminação e das desigualdades de gênero, o que resultou na criação da Plataforma Brasileira de Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (DESCA), em 2000. Esse projeto atua monitorando os compromissos do Brasil no campo dos direitos humanos com o apoio de diversas organizações brasileiras e internacionais. O trabalho dessas instituições tem sido fazer cumprir a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), as deliberações do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CERD).

Para obter maiores informações sobre as políticas voltadas para a mulher no Brasil, recomendamos o site da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a leitura dos documentos:

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008b . Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/II_PNPM.pdf . Acesso em: 16 jan.2013.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. Disponível em: <http://spm.gov.br/pnpm/pnpm> . Acesso em: 31 maio.2013.

Cecilia, inclui mais esta citação de autor, ok? Já inclui também nas referências.

Parte 2

Como adoecem e morrem as mulheres brasileiras?

Na primeira parte, você identificou como vivem as mulheres de seu território. Agora você vai refletir sobre como essas desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer dessas mulheres. Ao ocupar lugares de subalternidade, desprivilegiadas nas esferas de poder, elas acabam vivendo em condições extremamente precárias de vida e de trabalho, com sérias implicações no processo saúde-doença. Por se encontrar com mais frequência em situação de pobreza, trabalhar mais horas e gastar pelo menos a metade do tempo de que dispõem com atividades não remuneradas, elas ficam mais vulneráveis e resta-lhes pouco tempo para o cuidado consigo mesma (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012d c), houve uma redução de 12% na mortalidade feminina nos últimos 10 anos (2000 a 2010). A taxa de mortalidade caiu de 4,24 óbitos por mil mulheres para 3,72. As doenças do aparelho circulatório, como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o infarto, estão entre as principais causas de mortalidade feminina, representando 34,2%. Embora tenha ocorrido uma queda das doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração no período de 2000 a 2010, as taxas ainda são consideradas altas. Desse modo, o AVC diminuiu de 43,87 para 34,99, e as doenças isquêmicas do coração, como o infarto, caiu de 34,85 para 30,04.

Entre os principais fatores de risco, encontra-se a falta de exercícios físicos e uma dieta rica em gordura saturada, cujos efeitos incidem sobre o aumento dos níveis de colesterol e hipertensão (BRASIL, 2012d c).

A segunda causa de óbitos femininos são as neoplasias que representaram 18,3% do total de mortes, em 2010. O câncer de mama teve o maior índice 2,8%, seguido pelo câncer de pulmão 1,8% e pelo câncer do colo do útero 1,1% (BRASIL, 2012d c).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2011d), as estimativas de câncer para o ano de 2012 (validas também para 2013), apontam 52.680 casos novos de câncer da mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Esse tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil), se não levarmos em conta os tumores da pele não melanoma. Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19/100 mil).

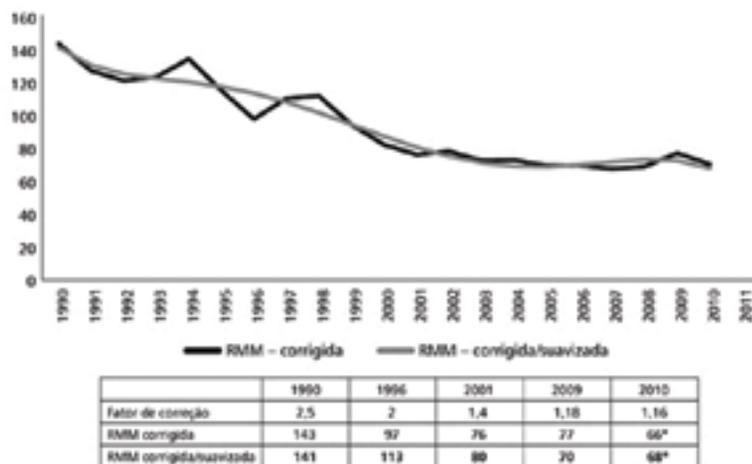
Em relação ao câncer do colo do útero, esperam-se 17.540 casos novos no Brasil, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2011d). No entanto, sua incidência varia de acordo com as regiões do país. Se não levarmos em consideração os tumores da pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (24/100 mil). Já nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil), ocupa o segundo lugar na incidência, na região Sudeste (15/100 mil) ocupa a terceira, e na região Sul (14/100 mil), a quarta posição.

Nesse sentido, foi lançado, em 2011, o Plano Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama, cujas ações preveem a incorporação de um dos mais eficientes medicamentos de combate ao câncer de mama, o trastuzumabe, bem como a expansão dos serviços de radioterapia no país, favorecendo o diagnóstico e tratamento precoce (BRASIL, 2012d c).

Ressalta-se que as doenças do aparelho circulatório e neoplasias ocorrem mais na faixa etária a partir dos 30 anos. Entre as mulheres de 10 a 29 anos de idade, as causas externas, principalmente devido a acidentes e agressões, são mais frequentes, causando não somente os óbitos, como também sequelas físicas e emocionais. Nos menores de 10 anos, predominaram as afecções perinatais (BRASIL, 2012d).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e f), nos últimos 20 anos houve uma queda de 50% no indicador razão da mortalidade materna no Brasil, chegando a 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, em 2010, como pode ser verificado no Gráfico 3 (BRASIL, 2012e).

Gráfico 3 – Razão de mortalidade materna estimada pelo Ministério da Saúde, Brasil 1990 a 2010.



*Dados preliminares para 2010.
Fonte: SIM-CGAE/DAS/SIVIMS.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e).

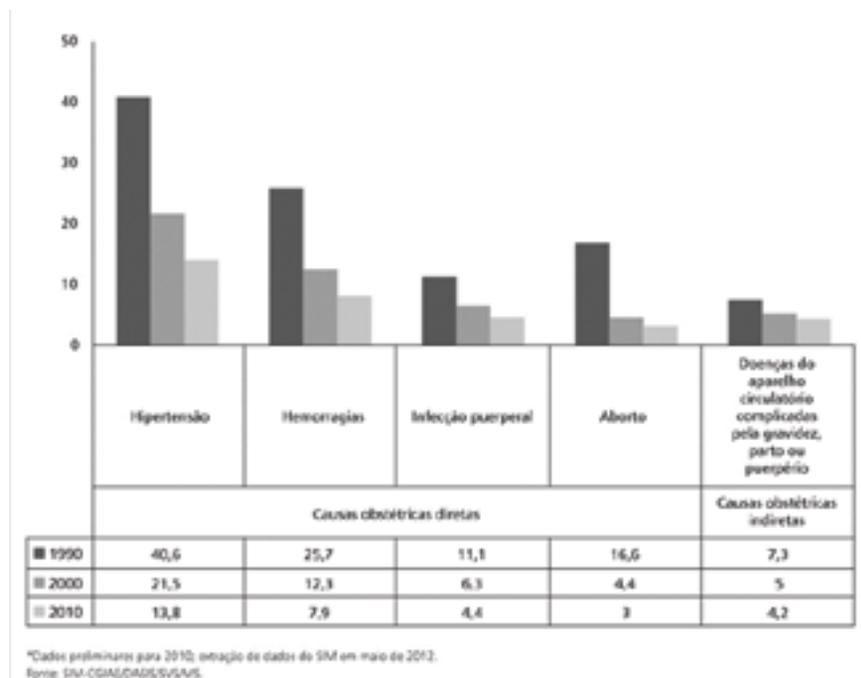
Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e f), as duas principais causas específicas de morte materna no Brasil são a hipertensão e a hemorragia seguidas pela infecção puerperal e o aborto. Essas causas são consideradas como obstétricas diretas, porque resultam de complicações que surgiram durante a gravidez, o parto ou o puerpério, (período de até 42 dias após o parto). Ou seja, foram resultantes de intervenções, ou da falta delas, omissões, tratamento incorreto, etc. As causas indiretas são aquelas relacionadas com doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, dentre elas, a de maior importância epidemiológica tem sido a doença do aparelho circulatório (BRASIL, 2012e).

No Gráfico 4 (BRASIL, 2012e), é apresentada a razão de mortalidade materna por causas específicas de morte entre 1990 e 2010.

Glossário

Razão de mortalidade materna: número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado (morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais).

Gráfico 4 – Razão de mortalidade materna por causas específicas de morte (por grupos de 100 mil nascidos vivos). Brasil, 1999, 2000 e 2010.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e).

Como pode ser verificado, houve uma redução de 66,0% no risco de morte por hipertensão; de 69,3% por hemorragia; de 60,4% por infecção puerperal; de 81,9% por aborto; e de 42,5% por doenças do aparelho circulatório que complicam a gravidez, o parto e o puerpério. No entanto, as maiores quedas ocorreram entre as mortes decorrentes do aborto e hemorragia (BRASIL, 2012e).

De um modo geral, vem ocorrendo queda da mortalidade materna, provavelmente devido a diversos fatores, como a introdução de várias medidas governamentais, entre as quais se destacam a inclusão, na declaração de óbito (DO), de uma variante que permite identificar as grávidas por ocasião do óbito e até um ano após o parto, a implantação dos Comitês de Mortalidade Materna, a expansão da rede pública de saúde e das ações de pré-natal, parto e puerpério e de planejamento familiar e a melhora de registro (BRASIL, 2011a).

Em maio de 2012, o relatório Trends in maternal mortality (Tendências da Mortalidade Materna): 1990 a 2010 (WHO, UNICEF, UNFPA, WORLD BANK, 2012), apontou que no período compreendido entre 1990 e 2010,

houve uma redução de 51% no número de mortes maternas, ou seja, queda de 120 para 56 mortes maternas a cada 100 mil nascimentos. Desse modo, o Brasil, conseguiu um progresso substancial para atingir o ODM de reduzir em 75% a mortalidade materna entre 1990 e 2015. Porém, para atingir a meta, o número de mortes maternas deveria chegar a 35% em 2015.

Ressalta-se, também, que o Ministério da Saúde lançou em 2011, a estratégia Rede Cegonha, que vem ampliando e qualificando a assistência à mulher e ao bebê, com destinação de R\$ 3,3 bilhões para execução das ações da rede, além de mais de R\$ 89 milhões para fortalecer o pré-natal no SUS. Nesse sentido, mais de 4.800 municípios já aderiram à estratégia, com a previsão de atendimento de mais de dois milhões de gestantes no país (BRASIL, 2012d).

No entanto, existe ainda, intensa medicalização no momento do parto, seja por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas ou pela prática abusiva de cesarianas. Geralmente, a parturiente é isolada de seus familiares e verifica-se a falta de privacidade e desrespeito à sua autonomia. A atenção ao puerpério precisa ser mais bem assistida pelos serviços de saúde, cuja preocupação maior tem sido o atendimento ao recém-nascido.

Procure saber

Como está a razão de mortalidade materna (RMM) em seu município?
Como tem sido a atuação do Comitê de Mortalidade Materna e Neonatal?

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST), além de provocar danos graves à saúde das mulheres, são consideradas o principal facilitador da transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus* – HIV). As complicações mais frequentes das DSTs nas mulheres incluem a doença inflamatória pélvica – responsável por infertilidade, dor crônica, gravidez ectópica, mortalidade materna e a predisposição ao câncer de colo de útero. Neste último caso, existe estreita relação com alguns subtipos de vírus do papiloma humano (*human papilloma virus* – HPV) e a imunodeficiência promovida pelo HIV (BRASIL, 2011c).

Embora o Brasil tenha desenvolvido um programa de controle de DST/AIDS, que é exemplo para vários países, ainda apresenta dados preocupantes, principalmente em relação às mulheres, cujas taxas de infecção aumentou assustadoramente nas últimas décadas. Segundo

o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e), em 1985, para cada 26 casos de aids entre homens, havia um caso entre mulheres. Em 2010, essa relação foi de 1,7 homens para cada caso em mulheres. Sabe-se que entre as mulheres afetadas a relação heterossexual, consensual, sem proteção e principalmente envolvendo afeto tem sido a maneira mais frequente de transmissão (VILLELA; DINIZ, 1998).

Para compreender como isso ocorre, é necessário recorrer ao conceito de vulnerabilidade, que utiliza fatores de diferentes naturezas – individual, social e político – para explicar o que tem facilitado a exposição de mulheres ao HIV. A dependência financeira e emocional em relação ao parceiro, por exemplo, pode representar constrangimento concreto para que as mulheres passem a negociar o uso de camisinha nas relações sexuais com os parceiros, principalmente aqueles que são os provedores. Ressalta-se, ainda, que a prevenção e o controle das DSTs são fundamentais para a promoção da saúde reprodutiva, principalmente entre as mulheres (BRASIL, 2011c).



Para mais informações

Acesse a Rede Feminista de Saúde no site <<http://www.redesaude.org.br/>>

As mulheres constituem a principal clientela do Sistema Único de Saúde

Este é um fato de fácil observação: as mulheres são as maiores usuárias do sistema de saúde, tanto para resolver as próprias demandas, como parte do cuidado que dispensam aos seus familiares, parentes, amigos e vizinhos (BRASIL, 2011c).

Em que pesem as facilidades de acesso aos serviços públicos, principalmente os destinados à saúde e a educação, outros padrões de vida incorporados pela sociedade brasileira geraram profundas repercussões na taxa de fecundidade. Em parte, devido ao acelerado processo de urbanização, que levou à inversão da relação população urbano/rural. Se na zona rural a família numerosa era muito bem-vinda devido à possibilidade de mão de obra para sobrevivência da família, no centro urbano o número de filhos tornou-se um problema diante do custo para a manutenção da família. Outros fatores, como tipo de alimentação, sedentarismo, tabagismo, sobrecarga de responsabilidades, aliados ao estresse advindo dos padrões de vida do mundo moderno, também têm gerado mudanças significativas no perfil epidemiológico das mulheres (BRASIL, 2006b).

Você tem uma ideia de como estão adoecendo as mulheres de seu território e/ou município?

Atividade 2

O objetivo da atividade é traçar um paralelo entre as condições de vida e o modo como as mulheres têm adoecido e morrido em seu território.

Realize um levantamento das principais causas de morbidade e mortalidade entre as mulheres de seu território e/ou município a partir do início da idade fértil (10 anos de idade). Utilize o sistema de informação de sua unidade de saúde e/ou do município.

Não se esqueça de incluir os dados relativos à violência doméstica e sexual, mesmo que eles tenham visibilidade apenas nas estatísticas locais ou no atendimento no dia a dia das unidades básicas e visitas domiciliares.

Os itens a seguir servem de guia para o levantamento de dados:

- Quais são as principais causas de morbidade das mulheres de seu território e/ou município?
- Quais são as principais causas de óbito das mulheres do seu território e/ou município?
- Identifique as ações de saúde que são realizadas pela equipe de Saúde da Família para minimizar os problemas relacionados ao processo de adoecer e de morrer das mulheres do seu território e/ou município.
- Identifique o indicador razão de mortalidade materna para o seu município e as principais causas de morte materna. Verifique se existe e como esta atuando o Comitê de Investigação de Morte Materna.
- Partindo dos dados e das informações levantadas, proceda a sua tabulação e apresentação por meio de tabelas e gráficos. Com base nesses dados e na observação do seu cotidiano, elabore uma análise reflexiva sobre como adoecem e morrem as mulheres que residem em seu território e/ou município.

Utilize os dados e a análise que você elaborou na Atividade 1 sobre as condições de vida e as principais estratégias de sobrevivência das mulheres no seu território e/ou município.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

