

# Reduzindo a pobreza, a desigualdade e a vulnerabilidade

Comissão da ONU sobre População  
e Desenvolvimento dos países BRICS



Apoio



**Secretaria de Assuntos Populacionais  
Departamento de Desenvolvimento Social**

<b>endereço</b>	134 Pretorius Street Pretoria Gauteng África do Sul 0002
<b>endereço de correspondência</b>	Department of Social Development Private Bag X901 Pretoria 0001 República da África do Sul
<b>tel</b>	+27 12 312 6753
<b>fax</b>	+27 12 312 7988
<b>tel de ligação gratuita</b>	0800 60 10 11
<b>web</b>	<a href="http://www.dsd.gov.za">www.dsd.gov.za</a> <a href="http://www.population.gov.za">www.population.gov.za</a>

**International Planned Parenthood Federation**

<b>endereço</b>	4 Newhams Row London SE1 3UZ Reino Unido
<b>tel</b>	+44 (0)20 7939 8200
<b>fax</b>	+44 (0)20 7939 8300
<b>web</b>	<a href="http://www.ippf.org">www.ippf.org</a>

**AGRADECIMENTOS**

Os autores gostaria de agradecer sinceramente a Bathabile Dlamini, Ministro do Desenvolvimento Social, a ex-Ministra Adjunta Bongsi Maria Ntuli e o Diretor Geral Coceko Pakade por organizar o primeiro Seminário Inaugural de Autoridades e Especialistas dos BRICS sobre Assuntos Populacionais em 2014. Muito obrigado ao Diretor Chefe da Unidade e População Nacional, Jacques van Zuydam, e a Diretora de Estratégia, Monitoramento e Avaliação de Políticas Populacionais, Olga Mabitsela, por sua orientação e dedicação ao escrever este documento.

Obrigado aos participantes do Seminário Inaugural dos BRICS do Brasil, China, Rússia e África do Sul por fornecer os dados usados para elaborar este relatório. Finalmente, muito obrigado a Whynie Adams e a Brian Mokoka pelo trabalho e esforço que dedicaram a esta publicação.

Gostaríamos de agradecer aos apresentadores do Seminário Inaugural:

**Brasil** Diana Coutinho, Thereza de Lamare Franco Netto, Tatau Godinho, Rosane Mendonça e Ricardo Paes de Barros.

**China** Shi Yaming, Song Li, Mr Wang Qian e Zheng Zhenzhen.

**Rússia** Alexander Alimov e Prof. Dr. Alexander Razumov.

**África do Sul** Zane Dangor, Diego Iturralde, Zitha Mokomane, Prof. Helen Rees, Prof. Olive Shisana, Jacques van Zuydam e Oliver Zambuko.

Gostaríamos de agradecer à IPPF e ao New Venture Fund por suas contribuições para este relatório.

**newventurefund**

**PESQUISA E REDAÇÃO**

Thandeka P Gumbeni, Diretor Adjunto da Unidade de População Nacional do Departamento de Desenvolvimento Social

**TRADUÇÃO E DIAGRAMAÇÃO**

WorldAccent, Reino Unido

**DESIGN E PRODUÇÃO**

IPPF, Reino Unido  
Portfolio Publishing, Reino Unido



# Índice

Prefácio	2
Resumo executivo e apresentação	3
O QUE SÃO BRICS?	3
A EXPANSÃO DE BRIC PARA BRICS	3
COLABORAÇÃO ENTRE OS BRICS	3
Apresentação das áreas temáticas	5
DISCUSSÃO E COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DE POLÍTICAS	5
<b>Capítulo 1 Demografia dos BRICS</b>	<b>7</b>
POPULAÇÕES TOTAIS	8
FERTILIDADE	12
MORTALIDADE	13
EXPECTATIVA DE VIDA	14
<b>Capítulo 2 Gênero e empoderamento das mulheres</b>	<b>17</b>
PARTICIPAÇÃO NA FORÇA DE TRABALHO	18
DESIGUALDADE DE RENDA ENTRE OS GÊNEROS	20
MULHERES EM POSIÇÕES DE LIDERANÇA	21
EDUCAÇÃO	22
VIOLÊNCIA ASSOCIADA A GÊNERO	22
<b>Capítulo 3 Saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos</b>	<b>25</b>
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	26
EDUCAÇÃO SEXUAL	28
SAÚDE MATERNA	29
HIV/AIDS	32
<b>Capítulo 4 Transição demográfica e desafios pós-transição</b>	<b>37</b>
ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	38
URBANIZAÇÃO	40
IMIGRAÇÃO INTERNACIONAL	43
<b>Capítulo 5 O que os países podem aprender uns com os outros</b>	<b>45</b>
Conclusão e recomendações	47

# Prefácio

A Secretaria de Assuntos Populacionais da África do Sul<sup>1</sup> e a IPPF (International Planned Parenthood Federation) têm o prazer de apresentar esta publicação sobre questões populacionais nos países dos BRICS. Nesta obra, dedicamos especial atenção e foco à redução da pobreza e da desigualdade e a abordagem a grupos vulneráveis. Acreditamos que esta publicação contribuirá para a colaboração por meio de diálogos, cooperação, compartilhamento de experiências e desenvolvimento de capacidades em assuntos relacionados à população que interessam a todos.

Os países dos BRICS sabem o quanto é essencial manter o foco em reduzir a pobreza e a desigualdade e interagir com grupos vulneráveis. O Plano de Ação da Declaração de Nova Deli da Cúpula dos BRICS realizada em 2012 identificou a “cooperação em assuntos populacionais” como uma nova área de cooperação a ser explorada, e o Plano de Ação eThekweni da Cúpula dos BRICS de 2013 determinou a realização de reuniões sobre assuntos populacionais.

O objetivo desta declaração é criar e manter um forte relacionamento entre os países dos BRICS para incentivá-los a integrar fatores populacionais em seus planos nacionais de desenvolvimento, trocando ideias e conhecimentos e discutindo os desafios e experiências de cada país. Esperamos que os países discutirão e compartilharão conhecimentos sobre os seguintes assuntos:

- gênero e direitos das mulheres
- saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos
- desafios da transição demográfica e do período pós-transição, incluindo desafios relacionados à estrutura populacional e envelhecimento populacional
- redução da mortalidade e aumento da expectativa de vida
- integração social de migrantes do campo em períodos de urbanização rápida
- informações sobre população e saúde, incluindo coleta e utilização de dados
- compartilhamento informações e experiências sobre como melhorar a equidade e a qualidade da saúde de mulheres e crianças
- discussão e comparação de respostas a políticas e intervenções em cada país

Esta publicação foi elaborada a partir de apresentações e artigos temáticos apresentados durante o primeiro seminário sobre BRICS realizado em Hazyview, África do Sul, em março de 2014. Esses artigos e apresentações abordaram os temas acima, e seus autores são especialistas em população e desenvolvimento dos BRICS ou responsáveis pelos departamentos governamentais responsáveis pela população e desenvolvimento de cada país.

Como a Índia não foi representada no seminário, esta publicação trata apenas do Brasil, China, Rússia e África do Sul. Para assuntos sobre os quais as delegações não se manifestaram, a publicação apresenta apenas algumas contribuições realizadas. As outras fontes utilizadas aparecem em notas bibliográficas de rodapé.

No final desta publicação, apresentamos sugestões e lições que os países dos BRICS podem aprender uns com os outros. É este o real objetivo desta obra. Essas sugestões e lições são parte essencial de nossas publicações porque oferecem uma justificativa clara para que autoridades responsáveis pela população dos BRICS se reúnam e compartilhem experiências, conhecimentos e informações sobre os desafios enfrentados por seus países.

Gostaríamos de agradecer a todos os membros dos BRICS que ajudaram a criar esta publicação, assim como por todas as experiências, conhecimentos e desafios debatidos em diálogos e desenvolvimento de capacidades em assuntos relacionados a população.

Embora esta publicação seja baseada em apresentações de delegações governamentais, as interpretações nela contidas podem não corresponder às posições dos governos dos BRICS, da Secretaria de Assuntos Populacionais ou da IPPF.

## Observação

Algumas partes deste relatório contêm dados obtidos originalmente usando categorias de grupos étnicos. Esses termos não são mais usados e a IPPF não recomenda essa terminologia.

<sup>1</sup> A Secretaria de Assuntos Populacionais pertence ao Departamento de Desenvolvimento Social da África do Sul.

# Resumo executivo e apresentação

À primeira vista, os cinco países dos BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) parecem não ter muito em comum. Antes de tentar trabalhar as semelhanças, é preciso reconhecer as diferenças. Entretanto, os governos vêm aproveitando uma boa oportunidade de compartilhar e aprender uns com os outros em assuntos relacionados à população e ao desenvolvimento.

Cada um dos cinco países possui um sistema político diferente, e eles não apresentam o mesmo nível de desenvolvimento socioeconômico. A China é o maior país do grupo em tamanho da economia, crescimento e comércio. Além disso, os estados-membro estão em situações diferentes quanto a recursos, consumo total e intensidade de energia. As tendências demográficas também não são as mesmas. A população brasileira é predominantemente urbana, mas a indiana é em grande parte rural. A população da Rússia está envelhecendo, mas a sul-africana ainda é relativamente jovem. Entretanto, esses cinco países contribuirão significativamente para a crescente classe média do planeta.

## O QUE SÃO BRICS?

A ideia de BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China) foi concebida inicialmente em 2001 pelo banco Goldman Sachs em um exercício de modelagem econômica que tentou prever as tendências econômicas globais nos 50 anos seguintes. O Goldman Sachs usou a sigla BRIC pela primeira vez em 2001 em seu Global Economics Paper nº. 66 (Building Better Global Economic BRICs).

Desde 2008, os líderes do Brasil, Rússia, Índia e China, os países BRIC, vêm se reunindo anualmente para discutir temas de importância global. Os ministros de relações exteriores se reuniram paralelamente à Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada no final de 2006. O primeiro encontro dos líderes ocorreu em Saporo antes da Cúpula do G8 em Hokaido Toyako em 2008, e a primeira cúpula dos BRIC ocorreu no ano seguinte em Yekaterimburgo, na Rússia. Desde então, os ministros de relações exteriores, economia, comércio, agricultura e saúde vêm se reunindo. Em nível oficial, vêm sendo realizadas reuniões para discutir ciência e tecnologia, segurança nacional, competição e estatística.

## A EXPANSÃO DE BRIC PARA BRICS

Na reunião dos BRIC realizada em Nova York em 21 de setembro de 2010, os ministros de relações exteriores dos BRIC concordaram que a África do Sul deveria ser convidada para juntar-se aos BRIC. Assim, o país africano foi convidado a comparecer à 3ª Cúpula dos BRIC, realizada em Sanya, China, em 14 de abril de 2011, e o grupo expandiu-se de BRIC para BRICS.

Embora o conceito de BRICS tenha sido criado inicialmente para indicar oportunidades de investimento em economias emergentes em expansão, as reuniões dos líderes não tratam apenas do contexto financeiro e abordam os mais diversos e importantes assuntos relacionados à governança global, como desenvolvimento, paz e segurança, energia e alterações climáticas e problemas sociais, incluindo questões populacionais.

## COLABORAÇÃO ENTRE OS BRICS

Os governos dos BRICS sabem o quanto é importante o foco na redução da pobreza e da desigualdade e a interação com grupos vulneráveis. O Plano de Ação da Declaração de Nova Deli da Cúpula dos BRICS realizada em 2012 identificou a "cooperação em assuntos populacionais" como uma nova área de cooperação a ser explorada, e o Plano de Ação eThekwini da Cúpula dos BRICS de 2013 determinou a realização de reuniões sobre assuntos populacionais. Isso levou à reunião dos ministros dos BRICS responsáveis pela população e desenvolvimento. O primeiro seminário de autoridades especialistas em assuntos populacionais dos BRICS foi realizado em Hazyview, África do Sul, em março de 2014, onde um programa de cooperação foi adotado.



Os objetivos específicos do programa são os seguintes:

- colaborar por meio de diálogos, cooperação, compartilhamento de experiências e desenvolvimento de capacidades em assuntos relacionados à população que interessam a todos os estados-membro
- incentivar a inclusão de fatores relacionados à população a planos de desenvolvimento do país a fim de promover o crescimento econômico e o desenvolvimento dos estados-membro
- incentivar a colaboração entre estados membros para criar uma Comissão para População e Desenvolvimento e análise da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento além de 2014, o que inclui contribuir para a agenda de desenvolvimento da ONU após 2015

Neste programa, os governos dos BRICS reconhecem a grande importância do dividendo demográfico para a promoção do desenvolvimento sustentável, a necessidade de integrar fatores populacionais a seus planos de desenvolvimento nacionais e de promover o desenvolvimento equilibrado de suas populações a longo prazo. Os governos dos BRICS também reconhecem a grande importância para o mundo de hoje de questões relacionadas com a transição demográfica e os desafios pós-transição, tais como o envelhecimento populacional e a redução da mortalidade.

Por isso, os governos dos BRICS firmaram um forte compromisso em abordar questões sociais em geral, com ênfase na igualdade entre gêneros, direitos das mulheres e questões envolvendo jovens. Os estados-membro reafirmam sua determinação de garantir a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos para todos.

O programa baseia-se nos princípios fundamentais da Conferência Internacional do Programa de Ação sobre População e Desenvolvimento e nas principais ações necessárias para

continuar a implementá-lo. Para obter resultados favoráveis para todos, o programa opera de acordo com os princípios de igualdade, transparência, eficiência, compreensão mútua e consenso. As iniciativas de cooperação do programa podem ser adaptadas e enriquecidas, o que requer mudanças à medida em que os temas de interesse dos BRICS evoluem e mudam no futuro.

A cooperação entre os BRICS em questões populacionais procura valorizar iniciativas intergovernamentais e multilaterais existentes. As iniciativas devem ser pragmáticas, com abordagens inovadoras em questões relevantes. Além disso, as iniciativas devem apoiar o trabalho já realizado no âmbito das Nações Unidas sobre questões populacionais e problemas sociais relacionados.

As áreas temáticas de trabalho incluem problemas sociais em geral, com foco nos seguintes:

- gênero e direitos das mulheres
- saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos
- desafios da transição demográfica e do período pós-transição, incluindo desafios relacionados à estrutura populacional, envelhecimento populacional e redução da mortalidade, assim como aumento da expectativa de vida e integração social de pessoas que migram do campo durante urbanizações rápidas
- informações sobre população e saúde, incluindo coleta e utilização de dados
- compartilhamento de informações e experiências sobre como melhorar a equidade e a qualidade da saúde de mulheres e crianças

As áreas de trabalho temáticas sugeridas serão trabalhadas desenvolvendo capacidades e treinamento; trocando informações, conhecimentos e recursos; e compartilhando as melhores práticas e lições aprendidas por cada país com suas experiências, desafios e sucessos.

# Apresentação das áreas temáticas

Este relatório discute quatro áreas temáticas em que os estados-membro dos BRICS podem aprender uns com os outros. As quatro áreas temáticas são demografia, gênero e empoderamento de mulheres, saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos e desafios da transição demográfica e do período pós-transição.

O relatório também discute e compara respostas de políticas e intervenções em cada país. Assim como outros países, os BRICS às vezes têm dificuldades em traduzir suas políticas em ações eficazes.

## DISCUSSÃO E COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DE POLÍTICAS

No **Brasil**, as políticas sociais são postas em práticas descentralizando e transformando políticas nacionais em políticas locais. O Brasil possui mais de 5000 municípios, que são responsáveis por implementar políticas em nível local. Localmente, a participação do público é essencial, e a sociedade civil desempenha um importante papel para executar e implementar as políticas.

O governo federal é responsável por projetar, contribuir para o financiamento e monitorar as políticas e sua implementação, mas as políticas são implementadas em nível local. Os municípios podem adaptar as políticas às suas situações individuais, e os governos locais trabalham dentro de grupos, o que inclui incentivar organizações da sociedade civil a criarem seus próprios programas em nível local. Experimentar várias abordagens e aprender com a própria experiência é uma boa maneira de se trabalhar. Existem conselhos locais para cada setor como, por exemplo, conselhos locais de direitos das crianças, educação, etc. Os conselhos locais são responsáveis por implementar programas desenvolvidos ou adaptados localmente.

A implementação das políticas locais é acompanhada por todos os três níveis de governo — federal, estadual e municipal — a fim de reforçar a monitorização de forma integrada e compartilhada. Essa abordagem permite implementar essas políticas de forma apropriada para fatores regionais, culturais e às necessidades e realidades locais. Os governos locais às vezes têm dificuldades em adaptar políticas e projetar programas e projetos adaptados às suas necessidades locais específicas. Outra dificuldade às vezes encontrada pelos governos locais é prestar contas ao governo federal, o que cria dificuldades porque o orçamento para o próximo ano depende da prestação de contas.

A **Rússia** vem implementando ambiciosas políticas populacionais desde 2005. A população do país vem se mantendo aproximadamente estável desde 2007. Os ministérios puseram as políticas em prática, e todos os ministérios são responsáveis por implementar políticas relacionadas a assuntos populacionais nos estados, regiões e municípios.

Em 2006, numa tentativa de compensar a diminuição da população do país, o governo da Rússia começou a simplificar as leis de imigração e lançou um programa estatal para ajudar pessoas de etnia russa a emigrar voluntariamente de ex-repúblicas soviéticas. Entre outras coisas, o programa inclui facilitação da realocação voluntária de russos que vivem fora do país para que adquiram residência permanente na Federação Russa, assim como incentivos ao retorno de emigrantes à Federação Russa, atrair profissionais estrangeiros qualificados, facilitar a integração de imigrantes à sociedade russa e promover a tolerância no relacionamento entre a população local e os imigrantes.

A Rússia criou programas nacionais especiais para atrair russos que deixaram o país. Os incentivos incluem incentivos tributários e habitacionais, propriedade de terras, serviços médicos, educação, emprego e apoio financeiro, que inclui um 'auxílio' de valor correspondente à metade do salário médio da região. Cada indivíduo tem direito a receber o incentivo durante seis meses enquanto procura emprego. Com essas iniciativas, a Rússia tornou-se um dos principais países de destino para imigrantes, além de continuar recebendo imigrantes que não recebem nenhum desses incentivos.

Para aumentar a taxa de fertilidade total do país, a Rússia oferece incentivos como benefícios relacionados à gravidez e ao parto, tais como um auxílio no momento do nascimento, um benefício adicional cujo valor é definido pela administração regional, licença-maternidade e incentivos monetários a mães que têm um segundo filho (biológico ou adotivo). Pessoas com três filhos ou mais também recebem terras gratuitamente para construir moradias individuais.



A **China** desenvolveu e implementou políticas e programas que incentivam trabalhadores altamente qualificados ou com alto nível educacional a retornarem à China. As políticas chinesas não são novas. O país adotou uma política de imigração aberta desde a década de 80, mas só recentemente chineses altamente qualificados começaram a retornar ao país. Atualmente a China oferece condições mais favoráveis, pois empresas estrangeiras vêm atuando no país e atraindo pesquisadores e cientistas altamente qualificados. A China vem progredindo em relação a outros países e atualmente oferece muitas oportunidades. Com isso, cada vez mais chineses querem começar suas carreiras em seu próprio país, sobretudo em ciência e tecnologia, em vez de nos países onde estudaram.

A China considera o desenvolvimento populacional um processo demorado que requer planejamento de longo prazo. A população chinesa aumentou significativamente nas décadas de 60, 70 e 80. Usando dados relevantes para avaliar o impacto de longo prazo, a China desenvolveu políticas populacionais relevantes, com foco em um controle populacional muito rígido. Embora a população chinesa continue crescendo, a política de controle populacional do país foi ajustada, pois a China deseja aumentar sua taxa de fertilidade total de 1,6 para 1,8, sobretudo em relação à sua

população economicamente ativa. O tamanho médio das famílias hoje é de 3,1. A China vem enfrentando desafios relacionados ao desequilíbrio entre os sexos e igualdade de gêneros e também começou a buscar políticas positivas que afetam o envelhecimento. Atualmente a expectativa de vida do país é de 74,8 anos. O país oferece contraceptivo gratuito e agentes de planejamento familiar trabalham em todas as cidades.

A **África do Sul** progrediu significativamente ao implementar melhor leis e políticas, buscando sempre empoderar as mulheres e criar novas opções ao expandir o acesso a educação, serviços de saúde, desenvolvimento de qualificações, emprego e participação em tomadas de decisões em todos os níveis. O país adota políticas de assistência social que procuram melhorar as condições de vida e o bem-estar das pessoas mais pobres e vulneráveis do país. Os beneficiários recebem auxílios em dinheiro ou em espécie para atender a suas necessidades básicas. O esquema não requer contribuições e é financiado pelos impostos. Em fevereiro de 2014, eram cerca de 16 milhões de beneficiários, a maioria crianças e idosos. O país também oferece serviços básicos gratuitos a todos os seus cidadãos.





# Capítulo 1

## Demografia dos BRICS

Discutiremos a seguir a demografia dos cinco países dos BRICS, analisando o tamanho das populações e as implicações de dividendos demográficos, fertilidade e outros problemas socioeconômicos relacionados, assim como mortalidade materno-infantil, mortalidade até cinco anos e expectativa de vida. Esses parâmetros servem para avaliar o sistema de saúde de um país.



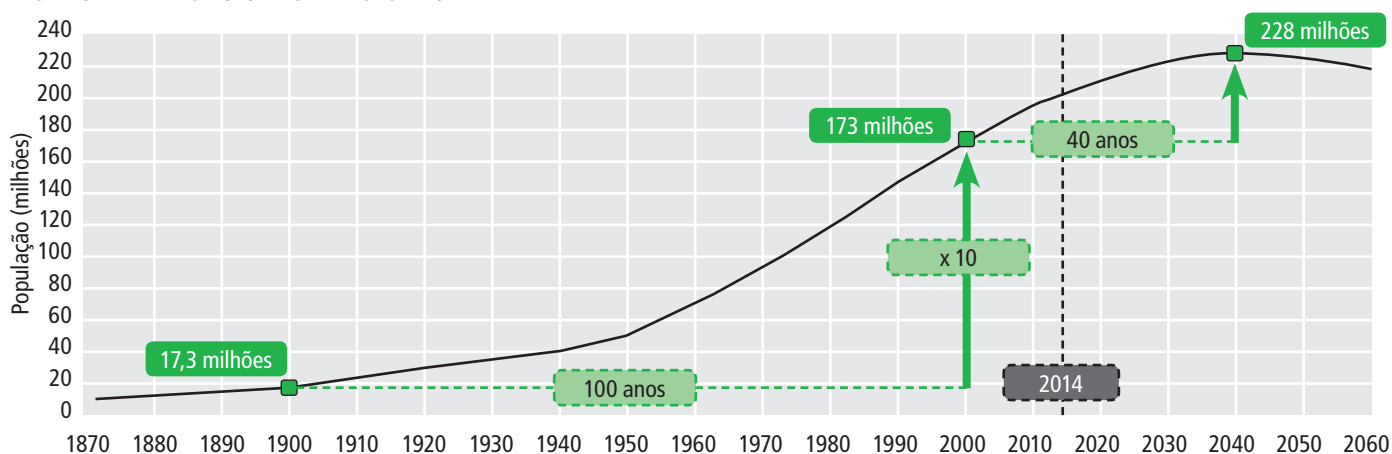
## TAMANHO DA POPULAÇÃO

As populações dos BRICS são muito diferentes. A China possui a maior população, e a África do Sul a menor. A China e a Índia são os dois países mais populosos do mundo, com populações de 1,36 e 1,25 bilhão, respectivamente. O Brasil e a Rússia possuem populações grandes (199 e 140 milhões), enquanto a África do Sul tem 51,8 milhões de habitantes. Ao todo, os BRICS contêm mais de 40% da população mundial.

### CRESCIMENTO POPULACIONAL DO BRASIL

**Figura 1: Tamanho da população e projeções de crescimento no Brasil**

População total e projeções para a população brasileira de 1872 a 2060

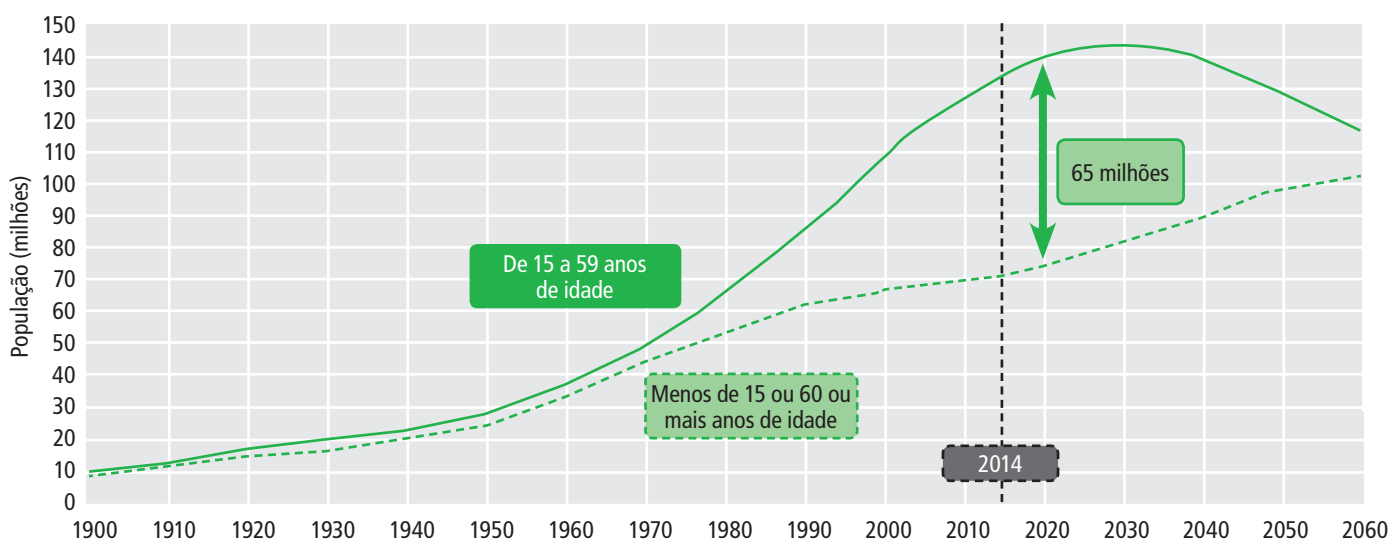


Fonte: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR), com base em registros e projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012).

A Figura 1 mostra o crescimento populacional do Brasil nos anos 1870 a 2060. Como o gráfico mostra, a população brasileira decuplicou em 100 anos, passando de 17,3 milhões para 173 milhões entre 1900 e 2000. Em 2014, o total era de 199,49 milhões. A população deve atingir 228 milhões até 2040, o que corresponde a um crescimento de 28,51 milhões em 40 anos.

**Figura 2: Dividendo demográfico no Brasil**

Evolução da população brasileira por faixa etária de 1900 a 2060



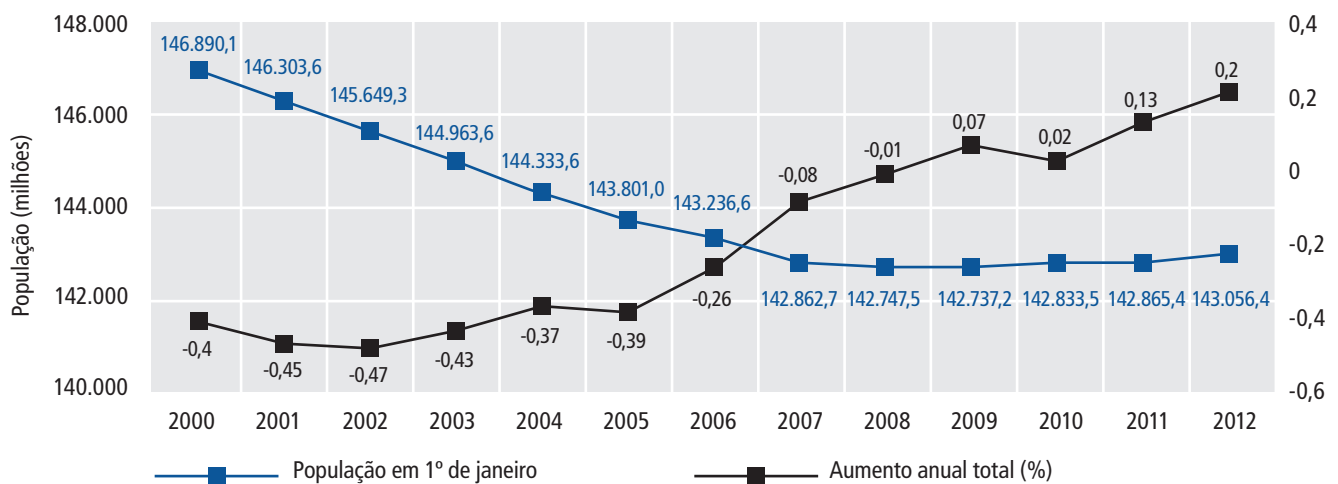
Fonte: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR), com base em registros e projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012).

O Brasil apresenta atualmente um aumento do número de jovens. São quase 65 milhões de pessoas de 15 a 59 anos. Isso significa que grande parte da população brasileira está em faixas etárias economicamente ativas e, portanto, o país obterá um dividendo demográfico se conseguir dar oportunidades de emprego formal sustentável a esta população. Isso beneficiará o crescimento econômico do país.



## CRESCIMENTO POPULACIONAL DA RÚSSIA

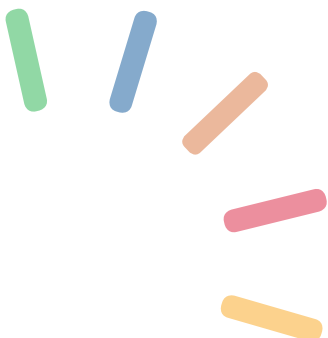
Figura 3: Crescimento populacional da Rússia



O tamanho da população da Rússia era de 143.056.400 em 2012. Em janeiro de 2014, a população total foi medida em 143.657.134 de habitantes. A população diminuiu gradualmente a partir do ano 2000 e começou a se estabilizar no ano de 2007. A partir de 2009, as taxas anuais vêm mostrando um crescimento que, embora seja muito pequeno, vem se mantendo até agora.

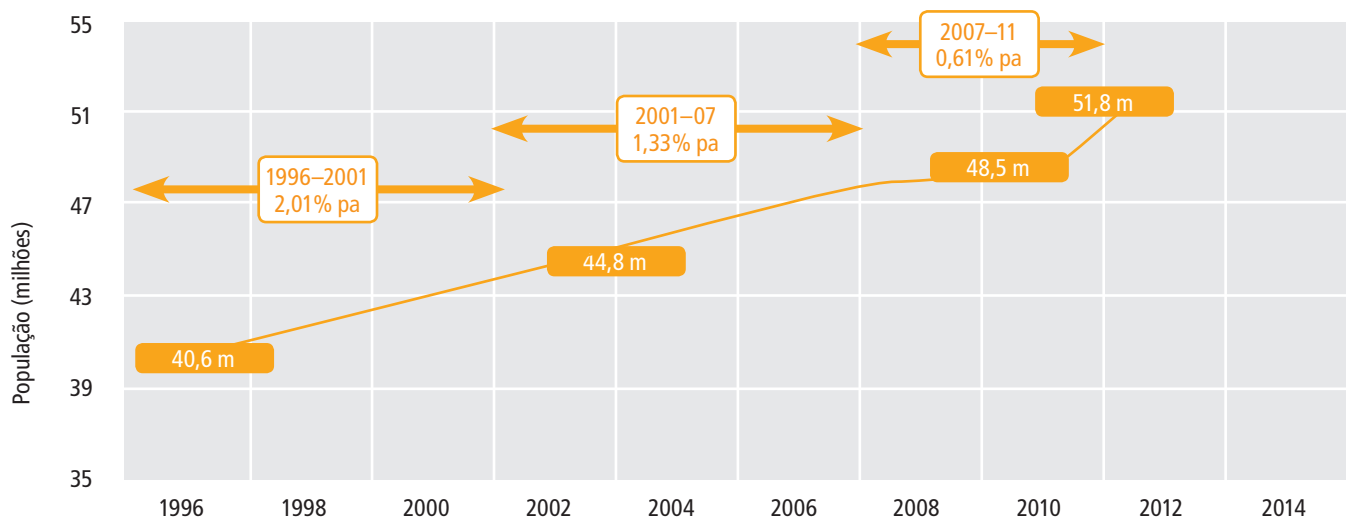
## CRESCIMENTO POPULACIONAL DA CHINA

A China é o país mais populoso do mundo. Em 1949, a China possuía 540 milhões de habitantes — um quarto da população do mundo na época. Em 1970, eram 830 milhões. O governo chinês vem concentrando esforços em reduzir o crescimento populacional do país promovendo o planejamento familiar em cidades a partir da década de 60 e, desde o início da década de 70, tanto nas cidades como em áreas rurais. Em 1982, foi anunciado que o planejamento familiar era uma política nacional fundamental do país, e ele foi incluído na constituição. A China continua ainda possui uma enorme população, que continua crescendo e atingiu 1,36 bilhão ao final de 2013.



## CRESCIMENTO POPULACIONAL DA ÁFRICA DO SUL

Figura 4: Crescimento populacional da África do Sul de 1996 a 2011



A população sul-africana aumentou de 40,6 milhões em 1996 para 44,8 milhões em 2001 e 51,8 milhões em 2011. A taxa de crescimento vem diminuindo e deverá continuar a cair devido ao HIV/AIDS e à diminuição da fertilidade. Segundo o censo de 2011, a população consiste em 51% de mulheres e 49% de homens. A maioria da população é formada por 'negros africanos', com 79,8%, seguida da 'mestiços' com 9%, 'brancos', com 8,7% e 'indianos/asiáticos'<sup>2</sup>, com 2,5%. A idade mediana na África do Sul é de 25 anos e a população em idade economicamente ativa continua aumentando.

<sup>2</sup> As estatísticas foram obtidas no país usando essas categorias de grupos étnicos. Esses termos não são mais usados hoje.

## FERTILIDADE

A fertilidade total nos países dos BRICS é baixa, sendo mais elevada na Índia e África do sul (2,6 e 2,4) e menor na China e na Rússia (1,6 e 1,5, respectivamente). O Brasil possui a maior fertilidade entre adolescentes (15 a 19 anos) com 71 nascimentos por 1000 meninas, seguido da África do Sul, com 54 nascimentos por 1000 meninas, e o menor índice é o da China, com 6 nascimentos por 1000 meninas. Isso significa que o Brasil possui a maior incidência de gravidez na adolescência entre os cinco países.

**Tabela 1: Taxas de fertilidade nos BRICS**

País	Fertilidade total em 2011	Fertilidade entre adolescentes de 15–19 anos em 2005–10
Brasil	1,8	71
Rússia	1,5	30
Índia	2,6	39
China	1,6	6
África do Sul	2,4	54

Fonte: Organização Mundial de Saúde (2013) *World Health Statistics 2013*.  
Genebra: OMS.

### FERTILIDADE NO BRASIL

No Brasil, a diminuição da fertilidade foi mais demorada e gradual em mulheres com alto nível educacional e famílias de alta renda. Em mulheres em situação socioeconômica menos favorável, a queda foi muito mais rápida. Entre famílias pobres, a diminuição da fertilidade pode ser atribuída a melhorias em suas condições de vida, que foi muito mais acelerada.

A diminuição da fertilidade pode ser atribuída aos investimentos do Brasil em seu capital humano, como mais acesso a educação, saúde (incluindo contraceptivos gratuitos) e oportunidades econômicas para mulheres. Com mais mulheres capazes de ingressar na força de trabalho, a fertilidade do país diminuiu. A diminuição da fertilidade também reduziu significativamente as desigualdades de renda e patrimônio. Como mais mulheres entraram na força de trabalho e adiaram a maternidade e as famílias passaram a ter menos filhos, houve mais renda disponível para investir em poupança e melhorar a qualidade e o padrão de vida dessas famílias. Portanto, pode-se inferir que existe uma relação entre a queda da fertilidade e a diminuição da desigualdade.

### FERTILIDADE NA RÚSSIA

Em 2007, o principal problema populacional da Rússia era aumentar a taxa de natalidade do país. Para este fim, foram introduzidas novas medidas e incentivos, como pagamentos para incentivar mulheres a ter filhos a fim de aumentar a fertilidade do país e promover o crescimento populacional. O país também introduziu um programa de capital para maternidade: mulheres que tivessem ou adotassem um segundo filho passaram a ter direito a assistência financeira especial. Segundo esta política, o capital para maternidade podia ser gasto das seguintes maneiras: 1) Adquirir ou reformar moradia para a família; 2) Pagar pela educação dos filhos; ou 3) Investir em um fundo de aposentadoria para a mãe.

As condições da política garantem que os recursos serão usados para melhorar a vida das crianças e da mãe durante toda a vida. Outros incentivos para famílias com três ou mais filhos são taxas reduzidas para moradia e serviços comunitários, transporte local gratuito e refeições gratuitas em jardins de infância e escolas.

### FERTILIDADE NA CHINA

A China ajustou sua política de controle populacional, pois deseja aumentar sua taxa de fertilidade total de 1,6 para 1,8, sobretudo em relação à sua população economicamente ativa. O país vem se esforçando para manter as meninas na escola e empregar mulheres jovens, o que contribuiu para manter baixa a fertilidade.

### FERTILIDADE NA ÁFRICA DO SUL

Na África do Sul, a diminuição da fertilidade pode ser atribuída à melhoria da educação e da participação econômica. Cada vez mais mulheres adiam o casamento e a maternidade para buscar educação e emprego. Se a fertilidade continuar caindo, a população pode atingir 58,5 milhões em 2030.

A fertilidade entre adolescentes também diminuiu, mas a incidência de gravidez na adolescência continua elevada, principalmente entre meninas que frequentam a escola. São necessárias iniciativas para reduzir a gravidez na adolescência, inclusive entre estudantes, e mostrar às adolescentes os benefícios de adiar a gravidez e engravidar apenas quando adultas.

## MORTALIDADE

Embora os países dos BRICS tenham conseguido reduzir suas taxas de mortalidade, a mortalidade materna, materno-infantil e infantil até cinco anos continua muito elevada. A África do Sul vem tendo mais dificuldades com a mortalidade materna, que aumentou de 250 por 100.000 nascidos vivos em 1990 para 300 por 100.000 nascidos vivos em 2010. A mortalidade infantil aumentou de 48 por 1.000 nascidos vivos em 1990 para 52 por 1.000 nascidos vivos em 2000, mas depois diminuiu para 35 por 1.000 nascidos vivos em 2011.

As principais causas de mortalidade materna na **África do Sul** são relacionadas ao HIV/AIDS e a complicações da gravidez. Infecções sem relação com a gravidez são responsáveis por 40,5% desses óbitos. Algumas causas são HIV complicado por tuberculose (TB), pneumonia por *Pneumocystis* (PCP) e pneumonia por outros agentes. A hemorragia obstétrica corresponde a 14,1%, as complicações da hipertensão na gravidez a 14,0% e a sepse relacionada a gravidez (incluindo abortos sépticos e sepse puerperal) a 9,1%.

Nas últimas duas décadas, o **Brasil** reduziu sua taxa de mortalidade materna em 54%. O nível atual de mortalidade materna do país é de 62 para cada 100.000 nascidos vivos. O governo brasileiro vem priorizando ações contra mortalidade materna reforçando a estratégia da Rede Cegonha (iniciativa do Ministério da Saúde para garantir assistência de qualidade a todas as mães e filhos desde a confirmação da gravidez até a criança completar dois anos). As iniciativas de redução da mortalidade materna que começaram a ser implementadas em 2003 estão começando a mostrar resultados positivos. A investigação das causas de mortalidade materna são parte importante dessas iniciativas. Em 2013, 87% das mortes maternas declaradas foram investigadas, assim como 85% das mortes de mulheres em idade fértil. Esses altos percentuais devem-se aos esforços do Brasil em intensificar o acompanhamento de mortes maternas e garantir a confiabilidade dos dados.

De 1990 a 2012, o risco de óbito devido a aborto diminuiu em 82%, os óbitos por hemorragia diminuíram 72%, a hipertensão caiu 69% e as infecções puerperais em 63%. As doenças circulatórias com repercussão negativa sobre a gravidez também caíram 25%.

A **China** conseguiu diminuir significativamente a mortalidade materna, que caiu de 120 por 100.000 nascidos vivos em 1990 para 37 por 100.000 nascidos vivos em 2010. O país realiza iniciativas de desenvolvimento de recursos, cujo foco consistem em treinar parteiras e equipes hospitalares altamente qualificadas como intervenção para reduzir as taxas de mortalidade materna.

**Tabela 2: Mortalidade materna nos BRICS de 1990 a 2010**

País	Taxa de mortalidade materna		
	1990	2000	2010
Brasil	120	81	56
Rússia	74	57	34
Índia	600	390	200
China	120	61	37
África do Sul	250	330	300

Fonte: Organização Mundial de Saúde (2013) *World Health Statistics 2013*. Genebra: OMS.

**Tabela 3: Mortalidade infantil nos BRICS de 1990 a 2011**

País	Taxa de mortalidade infantil		
	1990	2000	2011
Brasil	49	31	14
Rússia	23	18	10
Índia	81	64	47
China	39	29	13
África do Sul	48	52	35

Fonte: Organização Mundial de Saúde (2013) *World Health Statistics 2013*. Genebra: OMS.

A mortalidade infantil até cinco anos nos BRICS continua diminuindo. Na Rússia e na África do Sul, a mortalidade infantil até cinco anos vem diminuindo lentamente, com queda de apenas 15 por 1.000 nos últimos 21 anos. Embora a Índia tenha conseguido a maior redução — em 53 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 21 anos — suas taxas continuam elevadas, com 61 óbitos por 1.000 nascidos vivos. A China, que é o país mais populoso dos BRICS, tem a segunda menor taxa — apenas 15 óbitos por 1.000 nascidos vivos — e pode oferecer lições sobre como manter baixas as taxas de mortalidade, qualquer que seja o tamanho da população.

**Tabela 4: Mortalidade até cinco anos nos BRICS de 1990 a 2011**

País	Taxa de mortalidade até cinco anos		
	1990	2000	2011
Brasil	58	36	16
Rússia	27	21	12
Índia	114	88	61
China	49	35	15
África do Sul	62	74	47

Fonte: Organização Mundial de Saúde (2013) *World Health Statistics 2013*. Genebra: OMS.

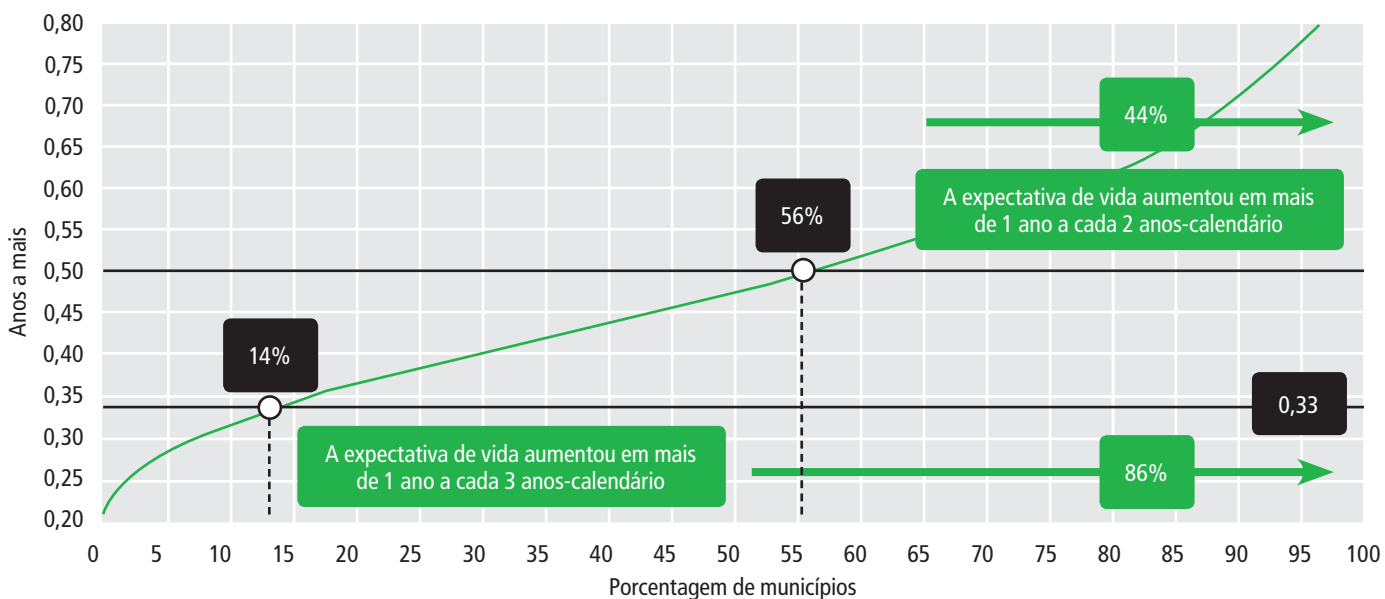
## EXPECTATIVA DE VIDA

A expectativa de vida é considerada um dos principais indicadores de saúde de países. Uma expectativa de vida elevada indica que o país consegue cuidar de seus cidadãos e manter a população saudável, enquanto expectativas de vida baixas significam que o país enfrenta problemas em seu sistema de saúde.

### EXPECTATIVA DE VIDA NO BRASIL

**Figura 5: Expectativa de vida no Brasil**

**Aumento anual médio da expectativa de vida em municípios brasileiros de 1991 a 2010**

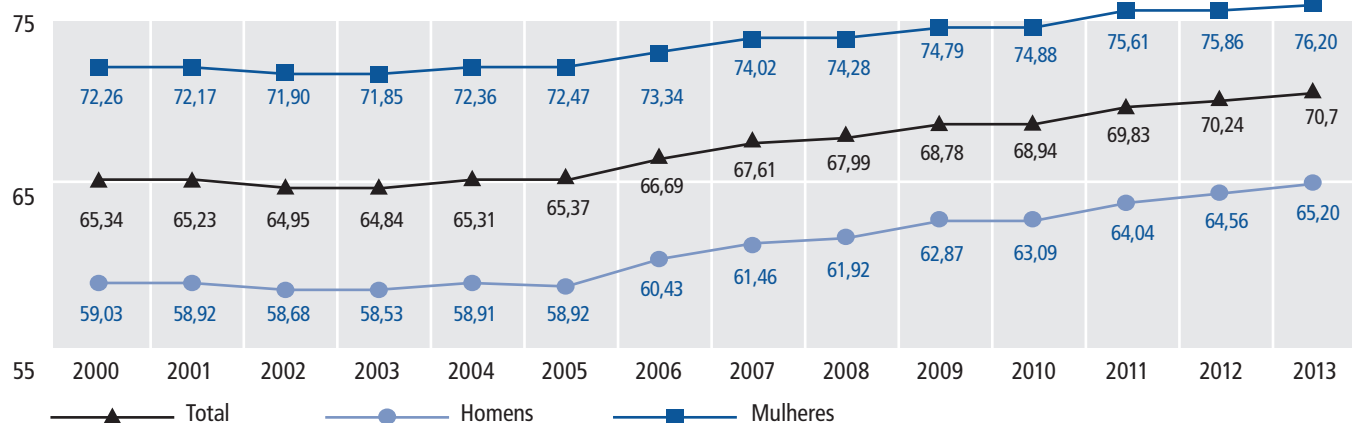


A expectativa de vida no Brasil vem aumentando a cada ano. Segundo o Banco Mundial, a expectativa de vida era de 73,6 anos em 2012. As causas são, entre outros fatores, o estado fornecer serviços de saúde como um direito de todos os cidadãos e a descentralização dos serviços de saúde entre os vários níveis de governo (municipal, estadual e federal).



EXPECTATIVA DE VIDA NA RÚSSIA

Figura 6: Expectativa de vida na Rússia

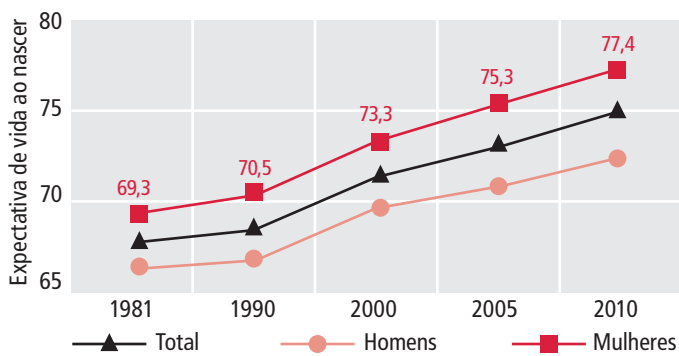


Na Rússia, a expectativa de vida sofreu forte queda na década de 90. De 1991 a 2003, a queda foi de 4,9 anos para homens e 2,4 anos para mulheres. Em 2000, começou a haver um aumento gradual, e a média da população como um todo atingiu 65,3 anos (59,0 anos para homens e 72,2 anos para mulheres). Houve um notável aumento em 2007, levando os totais a 67,6 anos para a população total (61,4 anos para homens e 74,0 para mulheres). Em maio de 2012, um decreto presidencial foi promulgado para tentar aumentar a expectativa de vida para 74 anos até 2018. Em 2013, a expectativa de vida total era de 70,7 anos.



## EXPECTATIVA DE VIDA NA CHINA

Figura 7: Expectativa de vida na China



A China conseguiu aumentar significativamente a expectativa de vida de sua população. Em meados da década de 20, a expectativa de vida média era de 37 anos; em 2010, havia chegado a 74,8 anos. Como na maioria dos países do mundo, as mulheres chinesas sempre foram mais longevas que os homens.

## EXPECTATIVA DE VIDA NA ÁFRICA DO SUL

A expectativa de vida vem aumentando ao longo da última década, tendo atingido 61,2 anos em 2014 (59,1 anos para homens e 63,1 anos para mulheres). Em 2012, a média era de apenas 56,2 anos, sendo 58,1 anos para homens e 54,1 anos para mulheres. Um dos fatores que mais contribuíram para aumentar a expectativa de vida é a disponibilidade de tratamento antirretroviral gratuito, que prolonga a vida de portadores de HIV. Outro fator é o acesso expandido a serviços de saúde gratuitos para todos os cidadãos.



## Capítulo 2

# Gênero e empoderamento das mulheres

Este capítulo analisa fatores relacionados ao gênero que afetam o empoderamento das mulheres, como políticas de incentivo à participação na força de trabalho, permitindo que as mulheres contribuam financeiramente para o bem-estar de suas famílias; desigualdade de renda relacionada a gênero; mulheres em posições de liderança e participando da tomada de decisões políticas e na comunidade; acesso universal à educação; e o impacto de violência relacionada a gêneros e estratégias de combate à violência contra mulheres.



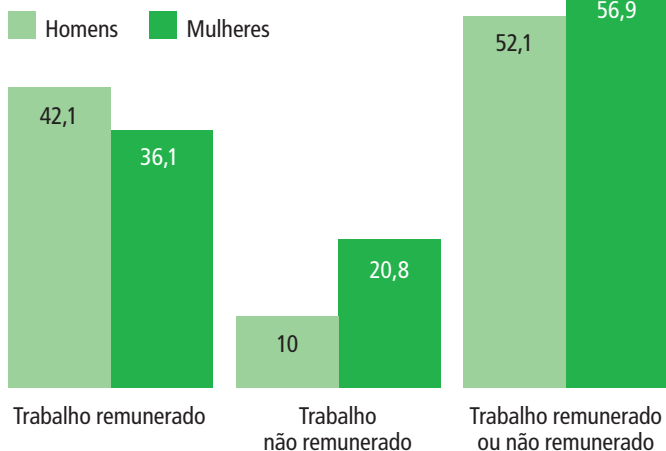
## PARTICIPAÇÃO NA FORÇA DE TRABALHO

### PARTICIPAÇÃO NA FORÇA DE TRABALHO NO BRASIL

O Brasil adotou políticas específicas para aumentar o emprego entre mulheres, e a participação das mulheres na força de trabalho vem aumentando no país. Nos anos de 2001 a 2011, o número de mulheres na população economicamente ativa aumentou em 24%. Embora cada vez mais mulheres sejam economicamente ativas, muitas delas ainda não trabalham.<sup>3</sup> O Brasil reconhece que ainda existe uma divisão sexual do trabalho, com as mulheres fazendo mais trabalho não remunerado no domicílio e como cuidadoras que os homens.

**Figura 8: Distribuição de trabalho remunerado e não remunerado por sexo no Brasil**

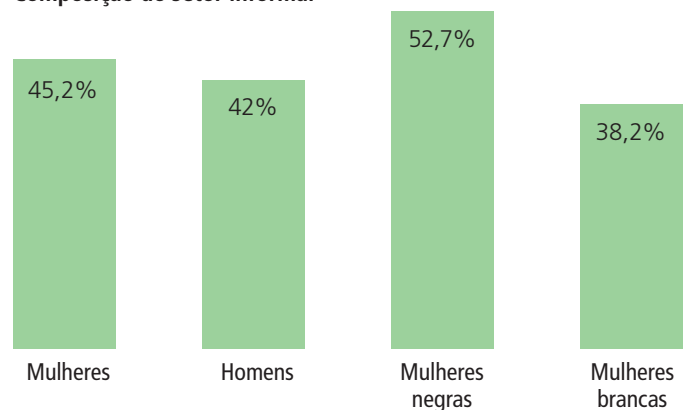
#### Horas semanais médias por sexo



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011–12), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

**Figura 9: Distribuição por sexo e raça no setor informal no Brasil<sup>4</sup>**

#### Composição do setor informal



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

No Brasil, as mulheres realizam mais trabalho não remunerado que os homens. In 2012, 36,1% das mulheres realizavam trabalho remunerado e 20,8% realizavam trabalho não remunerado, contra 42,1% dos homens realizando trabalho remunerado e apenas 10% trabalho não remunerado. Estatisticamente, as mulheres constituem a maioria (56,9%) da população de idade economicamente ativa, mas são minoria quando se trata de trabalho remunerado capaz de contribuir para o bem-estar financeiro de suas famílias. Embora o número de mulheres trabalhando no setor privado formal venha aumentando mais rapidamente que o de homens, a maioria das mulheres continua trabalhando em setores menos bem remunerados. Um quarto de todas as mulheres empregadas trabalham como empregadas domésticas, produzem para consumo próprio ou<sup>5</sup> realizam trabalho não remunerado, contra apenas 5,6% dos homens. O país possui 5,8 milhões de empregadas domésticas, dos quais 92% são mulheres. Quando à formalização, 45,2% das mulheres trabalham no setor informal, contra 42% dos homens.

<sup>3</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), (2012).

<sup>4</sup> As estatísticas foram obtidas no país usando essas categorias de grupos étnicos.

<sup>5</sup> Um exemplo de produção para consumo próprio é a agricultura de subsistência, onde os produtos cultivados são consumidos pela família.

## PARTICIPAÇÃO NA FORÇA DE TRABALHO NA RÚSSIA

A Rússia possui políticas de emprego que incentivam a participação das mulheres na força de trabalho, mantendo um equilíbrio entre cuidar dos filhos e o emprego. Essas políticas incentivam o emprego das mulheres após a maternidade e facilitam sua reintegração ao mercado de trabalho dando às mulheres opções de emprego flexíveis (p.ex. tempo parcial ou trabalhando em casa) por meio de treinamento profissional e retreinamento de acordo com a demanda do mercado de trabalho e criando novas oportunidades de emprego com condições de trabalho seguras. Todas essas iniciativas do estado visam a garantir que as mulheres aumentem a taxa de fertilidade do país sem se preocupar em sacrificar suas carreiras por causa disso.

## PARTICIPAÇÃO NA FORÇA DE TRABALHO NA CHINA

Na China, 71,1% das mulheres de 18 a 64 anos participam da força de trabalho e constituem 46% dos trabalhadores empregados. Existe muitas funcionárias do sexo feminino nos setores de educação, cultura, saúde, esportes, comércio e varejo e serviços. Cada vez mais mulheres estão participando de indústrias novas, emergentes e de alta tecnologia. O governo e organizações de mulheres fornecem treinamento às mulheres para que elas possam conseguir emprego e sejam capazes de começar seus próprios negócios. A proteção ocupacional das mulheres também melhorou, com aumento da cobertura do seguro-maternidade para mulheres empregadas em áreas urbanas de 26% em 2000 para 95% em 2010. De 2005 a 2010, o número de empresas que implementou a Regulamentação de Proteção Ocupacional de Funcionárias aumentou em 20%. Entretanto, a China sabe que ainda existe discriminação por sexo no mercado de trabalho. As mulheres ganham menos e sua idade de aposentadoria é cinco anos menor que a dos homens.

## PARTICIPAÇÃO NA FORÇA DE TRABALHO NA ÁFRICA DO SUL

O censo de 2011 registrou desemprego de 29,8%, mostrando que 34,6% das mulheres e 25,6% dos homens estavam desempregados. A taxa de absorção de trabalho é menor para mulheres negras africanas (28,8%) que para mulheres brancas (62,5%). A taxa também é maior para mulheres brancas que para homens negros<sup>6</sup> africanos com 40,8%. As mulheres dependem mais de atividades de subsistência<sup>7</sup> no setor informal, onde os salários são baixos e elas ficam inseguras e vulneráveis. Mais recentemente o desemprego aumentou mais entre mulheres (de 26,3% para 34,6%) que entre homens (de 20% para 25,6%).

Embora a participação das mulheres no trabalho assalariado não agrícola tenha aumentado desde 1995, ainda existem grandes diferenças entre os salários de homens e mulheres. As mulheres também continuam dependendo de trabalho que pode ser classificado como de subsistência, com baixa remuneração e enormes níveis de insegurança (Departamento de Desenvolvimento Social, 2010:51). Os programas de Alívio da Pobreza e Desenvolvimento de Capacidades do governo abrem novas opções para as mulheres entrarem na força de trabalho e expandir suas oportunidades de mudar de carreira.<sup>8</sup>

6 As estatísticas foram obtidas no país usando essas categorias de grupos étnicos.

7 Na África do Sul, muitas mulheres empreendedoras realizam 'atividades de subsistência', como cooperativas de costureiras, criação de galinhas, fabricação de velas, jardinagem doméstica, artes e artesanato, atividades que também são conhecidas como microempreendimentos.

8 Department of Social Development (2010) *Progress Review of the Implementation of the White Paper on Population Policy for South Africa (1998) and the ICPD Programme of Action (1994)*.

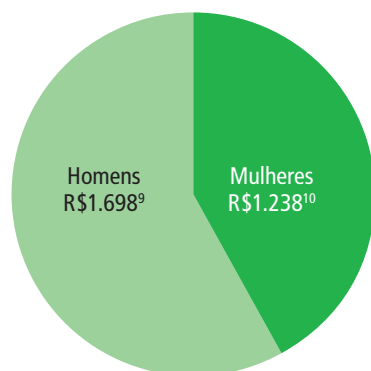
## DESIGUALDADE DE RENDA ENTRE OS GÊNEROS

### DISTRIBUIÇÃO DE RENDA POR GÊNERO NO BRASIL

Assim como outros países dos BRICS, o Brasil apresenta desigualdade de distribuição de renda por gênero há décadas. A distribuição de renda é mais elevada entre os homens que entre mulheres, mas a diferença vem diminuindo aos poucos.

#### Figura 10: Distribuição de renda por gênero no Brasil

##### Diferença de renda entre gêneros



**Na última década, a renda líquida das mulheres aumentou em 31,4%, sendo 38,5% no mercado informal.**

**Em 2002, a diferença entre as rendas médias era de 30%; em 2012, eram apenas 27% de diferença, o que indica uma redução lenta porém significativa.**

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

O país possui uma política de transferência de renda que procura gerar renda para famílias necessitadas. Com essa política, mais de 14 milhões de famílias recebem bolsas de US\$35 a US\$120. As mulheres correspondem a 54% dos beneficiários. Essa é uma das maneiras pelas quais o governo garante que todos possam ter acesso a necessidades e serviços básicos. As mulheres são maioria entre os pensionistas, mas recebem apenas um terço dos benefícios de aposentadoria. O estado vem encontrando mais dificuldades em distribuir benefícios de aposentadoria para mulheres no meio rural devido a tradições familiares segundo as quais o homem deve sustentar a casa. Uma nova lei aprovada em 2013 prescreve que donas de casa de baixa renda têm direito à aposentadoria e outros benefícios sociais.

### DISTRIBUIÇÃO DE RENDA POR GÊNERO NA CHINA

Na China, a renda anual média das mulheres é 67,3% da dos homens em áreas urbanas e 56% em áreas rurais. Em 2010, o percentual de empréstimos concedidos pelo estado para produção e empresas foi destinado 9% para mulheres e 14% para homens, sendo que 37,3% das mulheres e 36,9% dos homens receberam pequenos créditos, incluindo juros subsidiados pelo governo. Essa estratégia vem disponibilizando capital para a população, que permitirá gerar renda sustentável para suas famílias em vez de depender do seguro social do governo para obter uma renda contínua.

### DISTRIBUIÇÃO DE RENDA POR GÊNERO NA ÁFRICA DO SUL

Segundo o relatório por gêneros de 2011 da agência Statistics South Africa, 72,9% das mulheres possuem renda mensal inferior a R1.250<sup>11</sup> contra 52,1% dos homens. Apenas, 11,8% das mulheres possuíam renda mensal de R3.206<sup>12</sup> ou mais, contra 25,1% dos homens. Esses dados mostram uma grande diferença de renda por gênero no país.

9 US\$146,21 em 12 de novembro de 2014.

10 US\$106,60 em 12 de novembro de 2014.

11 US\$107,64 em 12 de novembro de 2014.

12 US\$276,07 em 12 de novembro de 2014.

## MULHERES EM POSIÇÕES DE LIDERANÇA

No **Brasil**, as mulheres participam ativamente de movimentos sociais, mas têm pouca presença em posições formais de liderança e representação política.

**Tabela 5: Candidatas mulheres no Brasil: mulheres no Congresso e em cargos do Poder Executivo**

Candidatas mulheres Eleição (ano)	Presidente	Senador	Governador	Deputado federal	Deputado estadual
2002	0%	11,5%	9,85%	8,19%	12,56%
2006	28,6%	15,91%	12,68%	12,66%	14,27%
2010	22,2%	13,28%	11,04%	19,42%	21,06%

**Tabela 6: Mulheres eleitas no Brasil: mulheres no Congresso e em cargos do Poder Executivo**

Candidatas mulheres Eleição (ano)	Presidente	Senador	Governador	Deputado federal	Deputado estadual
2002	0%	12,3%	7,4%	8,2%	12,56%
2006	0%	14,8%	11,11%	8,97%	11,61%
2010	100%	14,81%	7,4%	8,77%	12,85%

Assim como nos outros países dos BRICS, a participação política das mulheres é baixa na **China**. Em 2013, apenas 23,4% do Congresso Nacional do Povo era de mulheres. Em posições de liderança na comunidade, as mulheres eram 49,6% em áreas urbanas e 21,4% em áreas rurais no ano de 2010. A Pesquisa da Situação Social das Mulheres realizada em 2010 mostrou que 54,1% das mulheres participaram de atividades de supervisão democrática<sup>13</sup> e 18,3% delas haviam tomado a iniciativa de fazer sugestões em seus locais de trabalho ou comunidades. Nos últimos cinco anos, 83,6% das mulheres em áreas rurais participaram de eleições de comitês de aldeias e 70,4% afirmaram que levaram as eleições a sério e “se esforçaram ao máximo para conhecer os candidatos antes de votar”. As mulheres em cargos de tomada de decisão e administração ainda são poucas, e os homens são promovidos mais rapidamente

que as mulheres. O país vem procurando aumentar a participação das mulheres na tomada de decisões e na promoção a cargos elevados com mais treinamento e melhorando suas políticas de trabalho.

Em relação à participação de mulheres em posições de liderança, na **África do Sul** o acesso de mulheres ao poder político e à tomada de decisões melhorou significativamente desde as eleições de 1994, e o país já superou muitas das metas definidas em documentos internacionais, regionais e sub-regionais. Segundo o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, a África do Sul está entre os dez países do mundo com mais mulheres no legislativo (Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, 2013). Em 1994, havia 111 mulheres entre os 400 Membros do Parlamento na Assembleia Nacional, o que corresponde a 28% de todos os parlamentares. Em 2009, o número de mulheres no parlamento aumentou para 173, totalizando 43% de todos os membros do parlamento, e mulheres foram nomeadas para pastas antes associadas a homens, como os Ministérios da Defesa e Militares Veteranos e do Trabalho.

<sup>13</sup> A supervisão democrática significa que partidos políticos não comunistas fiscalizam o Partido Comunista da China e os órgãos do governo sob sua liderança no âmbito de uma estrutura de cooperação multipartidária e consultas políticas. A supervisão pode consistir em apresentar opiniões, sugestões e críticas ao Comitê Central do Partido Comunista da China e fazer sugestões e críticas sobre temas importantes com base em pesquisas e relatórios de inspeções. Os membros de partidos políticos não comunistas podem exercer um papel de supervisão atuando como inspetores, auditores e supervisores de educação para o governo.



## EDUCAÇÃO

O Brasil adotou políticas educacionais e de cuidados infantis para garantir que todas as crianças tenham acesso à educação básica. A política de creches foi concebida para aumentar a proporção de crianças que frequentam creches. Em 2000, apenas 9,4% das crianças ficavam em creches; em 2012, o total havia atingido 33,9%. Mais de 3 milhões de alunos estão no ensino básico em período integral.

Na África do Sul, a igualdade de acesso à educação para meninos e meninas foi alcançada tanto no ensino básico como no ensino secundário. Entretanto, muitos continuam tendo dificuldades em concluir o ensino secundário, ingressar no ensino superior ou obter qualificações após a conclusão da escola. Embora tenha havido melhoras desde 1996, o censo de 2011 observou diferenças entre os sexos no número de homens (7,2%) e mulheres (9,9%) com mais de 20 anos sem nenhuma educação formal. Embora as taxas de matrícula sejam elevadas, o comparecimento e a evasão continuam sendo graves problemas. Para tentar reduzir a evasão escolar, as meninas grávidas têm permissão para continuar estudando durante a gravidez e após o parto.

## VIOLÊNCIA ASSOCIADA A GÊNERO

Embora os países dos BRICS pareçam adotar as políticas essenciais relacionadas ao tema e todos possuam a legislação e os mecanismos de combate a violência associada a gênero ou contra parceiros íntimos, a violência contra mulheres continua sendo frequente. Alguns desafios são a perpetuação de percepções, atitudes, valores e crenças que motivam comportamentos associados a sociedades patriarcais, e, com isso, promovem a aceitação da violência contra mulheres em relacionamentos íntimos. Grandes proporções de mulheres e homens parecem considerar normal a violência contra mulheres. Essas concepções, atitudes e valores patriarcais também são encontrados nas instituições responsáveis por combater a violência contra mulheres.

### COMBATE À VIOLÊNCIA ASSOCIADA A GÊNERO NO BRASIL

Figura 11: Políticas de combate à violência associada a gênero no Brasil

#### REDE NACIONAL Atendimento integral a mulheres e adolescentes em situações de violência doméstica e sexual



#### Lei nº. 12.845 de agosto de 2013

Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

#### Decreto-lei nº. 7.958 de março de 2013

Diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.



#### Situação atual

- 557 serviços de saúde fornecem tratamento em casos de violência sexual
- 402 serviços de saúde fornecem tratamento em casos de violência doméstica
- 211 abortos legais sob os termos de legislação de 2013
- 1.625 abortos legais realizados em 2012

#### Formulário de notificação





**Figura 12: Política nacional de violência contra mulheres no Brasil**



O Brasil apresenta altos níveis de violência contra mulheres e idosos. Entretanto, o país adotou uma legislação abrangente, que levou anos sendo elaborada. O Ministério da Saúde desempenha um importante papel no combate à violência associada a gênero, desenvolvendo várias políticas e maneiras de reduzir a violência contra mulheres e integrar outros ministérios na luta contra a violência. Uma Rede Nacional de Atendimento Integral a Mulheres e Adolescentes em Situações de Violência Doméstica e Sexual foi criada para ajudar mulheres e crianças a deixar lares onde sofrem abusos. Os mecanismos adotados atualmente pelo Brasil para abordar a violência associada a gênero incluem 557 serviços de saúde para tratamento de vítimas de violências sexual e 402 serviços de saúde para tratamento de vítimas de violência doméstica.

O país realizou duas campanhas específicas contra a violência contra mulheres: Quem Ama, Abraça, lançada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres; e Siga Bem, Caminhoneiro, realizada em parceria com um distribuidor de combustíveis, que busca prevenir violência contra mulheres na estrada. O Brasil possui uma política nacional de violência contra mulheres. O país também harmonizou suas políticas e integrou serviços de apoio a mulheres. Entretanto, ainda existem lacunas em instituições e leis sobre violência baseada em gênero. Um obstáculo ao sucesso dessas políticas é o desafio de criar programas que as tornem realidade.

### COMBATE À VIOLÊNCIA ASSOCIADA A GÊNERO NA CHINA

A China possui um comitê nacional para mulheres e crianças responsável por, entre outras coisas, regulamentos e leis sobre violência associada a gênero. O comitê nacional também colabora com mais de 20 ministérios e organizações responsáveis por enfrentar a violência contra mulheres no país. As iniciativas para abordar a violência baseada em gênero começam junto à população, com a participação da sociedade civil e de instituições de pesquisa, enfatizando assim a importância da participação comunitária. Existe ainda uma Federação Panchinesa de Mulheres, que treina assistentes sociais nas comunidades sobre como abordar a violência associada a gênero.

A China desenvolveu diretrizes conhecidas como Programa de Desenvolvimento para Mulheres Chinesas (2011–20), que identifica os principais indicadores e estratégias para proteger os direitos das mulheres e aumentar sua participação na sociedade chinesa. Os indicadores foram identificados e estratégias foram elaboradas para saúde, educação, tomadas de decisões econômicas e administrativas, bem-estar social e proteção legal e ambiental. A implementação dessas estratégias é monitorada e avaliada continuamente.

Importantes projetos vem sendo realizados para combater a desigualdade entre os sexos, e principalmente a violência baseada em gênero, como esclarecimento e eliminação de concepções comuns e errôneas, treinamento adaptado aos sexos contra violência baseada em gêneros nos sistemas legal e de saúde e preparação para a promulgação de novas leis sobre violência baseada em gênero. A campanha Cuidar das Meninas vem procurando promover conceitos antidiscriminação e abordar opiniões patriarcais tradicionais que valorizam os meninos mais que as meninas, além de conscientizar sobre práticas prejudiciais contra meninas e, ao mesmo tempo, procurar melhorar a situação delas nas famílias.

14 A Lei Maria da Penha (2006) é a primeira lei brasileira que determina medidas de combate à violência doméstica contra mulheres. A lei introduziu conceitos inovadores, como o reconhecimento de diversos tipos de violência — física, psicológica, sexual, patrimonial e moral — e define a violência doméstica contra as mulheres independentemente da orientação sexual do autor ou da vítima. A nova legislação também foram introduzidas medidas protetoras emergenciais para vítimas e prisão preventiva dos autores que forem considerados um risco à integridade física ou mental da vítima. A lei dedica especial atenção à maneira como as vítimas devem ser tratadas em delegacias especializadas em casos de violência doméstica, determina assistência multidisciplinar às vítimas e melhorou o acesso à justiça criando regras como a necessidade de assistência jurídica em todas as etapas do procedimento. Também foram criados mecanismos de assistência a mulheres que sofreram violência doméstica, que passaram a ter o direito de continuar no emprego. Além disso, também foram criados tribunais de pequenas causas com jurisdição cível e penal para casos de violência familiar e doméstica contra mulheres.

## COMBATE À VIOLÊNCIA ASSOCIADA A GÊNERO NA ÁFRICA DO SUL

A África do Sul possui uma constituição e legislação progressistas e um sistema jurídico eficaz em proteger os direitos e a dignidade humana, incluindo proteção contra discriminação baseada em orientação sexual e identidade de gênero; entretanto, a discriminação e a violência contra mulheres, lésbicas, gays e bissexuais continua sendo comum.

O país possui um Comitê Interministerial para Violência Associada a Gênero liderado pelo Ministro do Desenvolvimento Social, cujo mandato inclui o combate à violência relacionada a gênero. Neste comitê, cada departamento recebe responsabilidades específicas, incluindo o Departamento de Justiça e Desenvolvimento Constitucional, o Departamento de Saúde e o Departamento de Mulheres. O governo da África do sul procura fornecer serviços abrangentes às vítimas de violência contra mulheres, incluindo abrigos e a criação de um conselho dedicado à violência baseada em gênero. O Departamento de Justiça e Desenvolvimento Constitucional está nomeando assistentes sociais criminalistas para tratar casos de violência sexual e física contra mulheres com a sensibilidade e conduta profissional apropriadas, e tratar as sobreviventes com dignidade e respeito. A primeira condenação por Ukuthwala<sup>15</sup> ocorreu recentemente em um tribunal sul-africano e foi considerada uma vitória pelos militantes que defendem a igualdade de gêneros.

O país promove campanhas contra violência baseada em gênero chamadas 'Os 16 Dias de Ativismo pela Não Violência

Contra Mulheres e Crianças', uma campanha internacional de conscientização. A iniciativa ocorre todos os anos de 25 de novembro (Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra Mulheres) a 10 de dezembro (Dia Internacional dos Direitos Humanos), um período que inclui o Dia Universal das Crianças e o Dia Mundial da AIDS. Durante esse período, o governo sul-africano realiza uma campanha de ativismo para conscientizar as pessoas sobre o impacto negativo da violência contra mulheres e crianças e agir contra esse tipo de abuso. Todos os anos, o governo e organizações da sociedade civil e do setor privado trabalham para expandir o impacto da campanha. Apoiando essa campanha, milhares de sul-africanos ajudaram a promover a conscientização sobre abusos e criar suporte para vítimas e sobreviventes de abuso.

Outras iniciativas são a campanha 'Basta um Homem', que incentiva homens e meninos a agir e acabar com a violência doméstica e sexual, promovendo relações equitativas e saudáveis — passionais, respeitadas e completas — tanto para homens como para mulheres. Existe também a campanha 'Irmãos para Toda a Vida', uma iniciativa em todo o país visando homens a partir de 30 anos de idade que procura abordar os riscos associados a ter vários parceiros ao mesmo tempo, sexo, álcool e violência baseada em gênero, além de promover exames de HIV, envolvimento dos homens na prevenção da transmissão materno-fetal e comportamentos saudáveis em geral.

15 Ukuthwala — sequestro de meninas ou mulheres jovens para casamentos forçados, frequentemente com homens mais velhos e com consentimento dos pais.

## Capítulo 3

# Saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos

Este capítulo aborda a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, incluindo disponibilidade e uso de métodos e acesso a serviços contraceptivos, a importância da educação sexual em modificar percepções e comportamentos e serviços de saúde pública, especialmente de saúde materno-infantil, e assuntos relacionados ao aborto, assim como medidas para enfrentar o HIV e a AIDS em na população geral, com ênfase em mães e filhos.

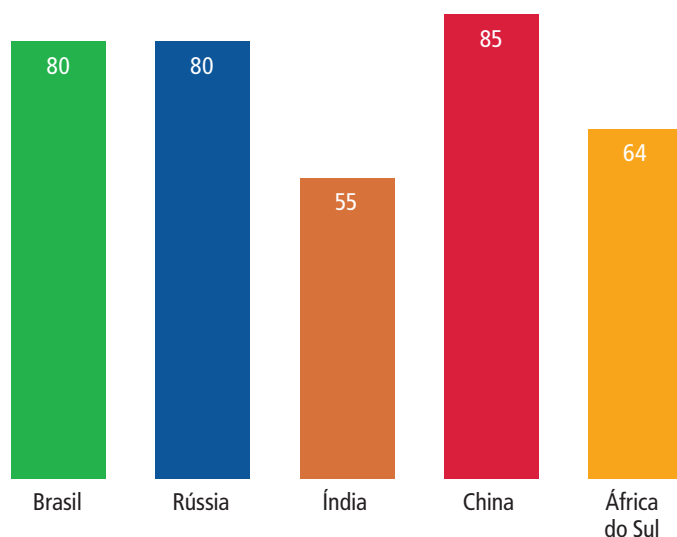


O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento definiu o objetivo de atingir “acesso universal à saúde reprodutiva até 2015”, que também é reconhecido como uma das Metas de Desenvolvimento do Milênio. Em saúde sexual e reprodutiva, as áreas maior preocupação são serviços de planejamento familiar de qualidade, atendimento materno, pré-natal e infantil, educação e serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e prevenção e controle de HIV/AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e infecções do aparelho reprodutor.

Os países dos BRICS fizeram algum progresso em atingir os objetivos do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, comprovado por diversos indicadores apresentados neste capítulo.

## MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

**Figura 13: Porcentagem de uso de métodos contraceptivos nos BRICS em 2010**



Fonte: Alkema et al (2013) National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *The Lancet*; 381(9878): 1642–52.

### USO DE CONTRACEPTIVOS NO BRASIL

O Brasil apresenta níveis elevados de uso de contraceptivos, semelhantes aos observados na Rússia. A Constituição Federal de 1988 estabelece no Artigo 226 que o estado é responsável pelo planejamento familiar. “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.”

A Constituição Federal garante o acesso a diversos métodos contraceptivos, determina o desenvolvimento de políticas e programas para eliminar a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, procurar eliminar causas evitáveis de morbimortalidade materna e garantir acesso universal a serviços de assistência sexual e serviços de assistência reprodutiva de qualidade. Esses serviços devem considerar as diferentes necessidades de homens, mulheres, adolescentes e jovens, lésbicas, gays, bissexuais ou transgêneros, portadores de deficiências, pessoas vulneráveis, entre outros.

A disponibilidade e emprego de uma gama mais ampla de métodos contraceptivos entre mulheres em idade fértil apresentou mudança significativa desde 1996, quando havia apenas dois métodos disponíveis. Naquela época, 40% das mulheres eram esterilizadas e 20,7% tomavam a pílula. Em 2006, a esterilização feminina havia diminuído de 40% para 29% e o uso de preservativo aumentado de 4% para 12%. No mesmo período, o uso de anticoncepcionais injetáveis triplicou, aumentando de 1,2% para 4%. O uso de comprimidos e dispositivos intrauterinos aumentou e 20,7% para 24,7% e de 1,1% para 1,9%, respectivamente.



## USO DE CONTRACEPTIVOS NA RÚSSIA

Em 2010, Brasil e Rússia apresentavam os mesmos níveis de uso de contraceptivos. Em novembro de 2011, uma lei federal sobre fundamentos da assistência à saúde de cidadãos da Federação Russa determinou: "Todo cidadão tem direito a consultas gratuitas de planejamento familiar, conforme exigido por suas condições de saúde." O sistema de saúde russo ainda não dispõe de um programa especializado de planejamento familiar. Os serviços de planejamento familiar são prestados pelo sistema de saúde geral de atendimento a mulheres (p.ex. maternidades). Por muito tempo, a contracepção na Rússia foi caracterizado pelo uso intensivo de métodos tradicionais e menos eficazes de evitar a gravidez, como o método do calendário, abstinência periódica e coito interrompido. Esses métodos apresentam índice de falha relativamente elevado, causando gestações indesejadas que frequentemente são abortadas.

Entretanto, a taxa de aborto vem diminuindo aos poucos, devido sobretudo a mudanças no uso de contraceptivos, com cada vez mais mulheres usando contraceptivos e aumento da proporção de uso de métodos mais modernos e eficazes. Uma pesquisa revelou que as mulheres em idade fértil conhecem os métodos contraceptivos, e quase todas (99,5%) já ouviram falar de pelo menos um método moderno, enquanto uma proporção menor (87%) conhecia pelo menos um método tradicional. Em média, as entrevistadas reconhecerem pelo menos três métodos modernos: o preservativo (99%), contraceptivos orais (97%) e dispositivo intrauterino (93%). O dispositivo intrauterino, que é amplamente anunciado, é o método mais receitado. O país continua realizando campanhas de conscientização e anúncios para todos os cidadãos sexualmente ativos conheçam e tenha acesso às opções de que dispõem.

## USO DE CONTRACEPTIVOS NA CHINA

Em 2010, a China apresentava a maior proporção de uso de contraceptivos entre os BRICS devido a políticas rígidas implementadas no passado para reduzir o crescimento populacional. Em 1982, foi anunciado que o planejamento familiar era uma política nacional fundamental do país, e ele foi incluído na constituição. O planejamento populacional também foi incluído no Plano Nacional de Desenvolvimento Socioeconômico. Em dezembro de 2001, a Lei de Planejamento Populacional e Familiar da República Popular da China entrou em vigor e mecanismos de planejamento familiar foram criados em todos os níveis de governo. Todas as aldeias e comunidades passaram a receber funcionários dedicados exclusivamente ao planejamento familiar. Além disso, surgiram diversas organizações não governamentais como a Associação Chinesa de Planejamento Familiar, que possui 90 milhões de membros e é a maior organização não governamental da China.

A Lei de Planejamento Familiar determina o fornecimento gratuito de contraceptivos e outros artigos relacionados ao planejamento familiar. O governo trabalha em parceria com a Associação Chinesa de Planejamento Familiar e seus milhões de membros para garantir que os serviços de planejamento familiar alcancem pessoas pobres, desassistidas ou marginalizadas. O método contraceptivo mais utilizado é o dispositivo intrauterino. O governo vem realizando uma ampla campanha de comunicação e educação, além de oferecer gratuitamente a todos os cidadãos contraceptivos como preservativos e outros métodos. Tudo isso é parte dos esforços para realizara a política básica do país de planejamento familiar a fim de estabilizar o nível de fertilidade em torno de 1,8. Os baixos níveis de fertilidade ajudam o país a concentrar seus esforços em manter a qualidade de vida da população de recém-nascidos, promover o acúmulo de capital humano, reagir positivamente ao envelhecimento populacional, combater o problema do desequilíbrio entre os sexos ao nascer, promover a igualdade entre os sexos e administrar o deslocamentos e a distribuição da população.



## USO DE CONTRACEPTIVOS NA ÁFRICA DO SUL

A África do Sul também oferece serviços básicos gratuitos a todos os seus cidadãos. O país promove o uso de contraceptivos por diversos motivos, como reduzir as gestações indesejadas e, com isso, diminuir a mortalidade relacionada à gravidez; diminuir a mortalidade relacionada ao aborto; retardar a primeira gravidez entre adolescentes; reduzir paridades elevadas;<sup>16</sup> reduzir as gestações a intervalos curtos demais; e melhorar os parâmetros maternos e infantis, incluindo diminuição da mortalidade infantil.

O país adotou recentemente uma nova política de contraceptivos e fertilidade, que foi lançada diante de altíssimos níveis de prevalência de HIV. A política adotada promove a proteção dupla com preservativos masculinos e femininos, introduziu implantes para mulheres, reintroduziu os dispositivos intrauterinos no país, oferece aconselhamento sobre fertilidade para mulheres com ou sem HIV e aborda as necessidades de grupos especiais e portadores de deficiências. Embora o país tenha melhorado significativamente e expandido o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva desde 1998, os efeitos dessa iniciativa foram contrabalançados pela diminuição da expectativa de vida e aumento da mortalidade materna, sobretudo associada ao HIV.

## EDUCAÇÃO SEXUAL

A introdução de educação sexual abrangente em escolas pode contribuir para mudar as percepções, atitudes e valores de meninos e meninas e, com isso, modificar comportamentos. Uma educação sexual abrangente também deve procurar mudar as atitudes de professores e pais. Alguns pais e professores têm dificuldades em falar com pessoas jovens sobre sexo de modo que lhes permita tomar decisões maduras e bem informadas. A educação sexual não é apenas compartilhar informações e fatos; envolve também questões como autoestima, pressão de colegas, relações entre gêneros e outros tópicos relacionados.

A **Rússia** oferece educação sexual abrangente nas escolas visando a promover comportamentos sexuais saudáveis entre os jovens russos. Os temas abordados incluem saúde reprodutiva, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV, relações entre gêneros, relações familiares e legislação sobre família na Federação Russa. Esses assuntos são apresentados em um programa educativo regular com vários componentes, que procura dar a adultos jovens conhecimentos e habilidades sobre família e saúde. Entretanto, existem dúvidas sobre o quanto alguns desses temas (p.ex. relações entre gêneros, relações familiares e legislação sobre família) abordam questões de igualdade entre sexos e relacionadas à violência baseada em gêneros.

A **China** atualmente oferece educação sobre sexualidade. O programa começou há 12 anos atrás, mas a China ainda não possui um currículo nacional de educação sexual.

A **África do Sul** ainda não oferece um programa abrangente de educação sexual, mas a orientação para a vida foi introduzida nas escolas como matéria obrigatória em todos os 12 anos de ensino e inclui módulos sobre sexualidade, sexo e temas relacionados, tais como relações entre gêneros, HIV e AIDS. A Secretaria de Assuntos Populacionais vem trabalhando junto ao Departamento de Educação Básica para desenvolver um currículo apropriado que aborde diversos assuntos populacionais.

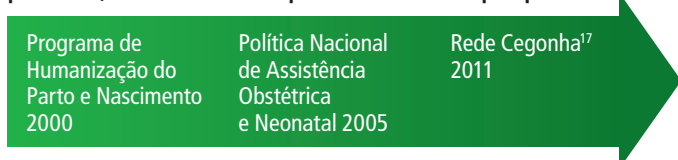
<sup>16</sup> A paridade é o número de gestações que chega a uma idade gestacional viável. A paridade indica o número de fetos nascidos com mais de 20 semanas, viáveis ou não (natimortos). Neste indicador, as gestações múltiplas (gêmeos ou trigêmeos) são consideradas *uma única vez*.

## SAÚDE MATERNA

### SAÚDE MATERNA NO BRASIL

**Figura 14: Saúde materna no Brasil**

**Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do atendimento pré-natal, auxílio durante o parto e assistência pós-parto**



O Brasil tem um programa que está mudando o tratamento materno e neonatal ao melhorar o modelo de auxílio e assistência pós-parto. O foco consiste em aumentar a disponibilidade de testes rápidos para HIV e sífilis, fornecer testes de gravidez melhores mais precocemente em unidades de atendimento primário, melhorar o acesso a contraceptivos para evitar gestações não planejadas, vincular as mulheres grávidas às instituições onde o parto será realizado, escolha de uma companheira de parto, melhoria do ambiente de atendimento materno e observância de diretrizes de boas práticas, como manter uma enfermeira-obstetra na equipe de saúde e atendimento fora do hospital.

**Figura 15: Situação legal do aborto no Brasil**

- Decreto-lei nº. 2.848 de 7 de dezembro de 1940, Código Penal
- Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento/ Ministério da Saúde
- Não adesão ao preceito fundamental nº. 54 (STF/2012), que garante o direito à interrupção terapêutica da gravidez em casos de fetos anencefálicos no Brasil

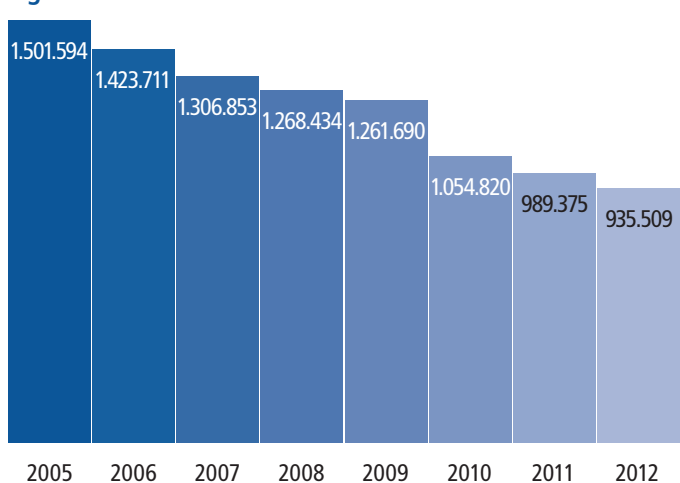
O Brasil possui legislação sobre o aborto que garante o acesso a abortos seguros no país.

### SAÚDE MATERNA NA RÚSSIA

A Rússia realizou uma pesquisa sobre saúde reprodutiva. Os achados sobre saúde materna revelaram que 99% dos partos foram realizados em hospital entre 2006 e 2011. A maioria dos serviços (68%) foram prestados em hospitais nas cidades, seguidos de maternidades distritais ou maternidades de hospitais (27%) e 3% em hospitais de referência. Quase todas as mulheres que deram à luz entre 2006 e 2011 tiveram atendimento pré-natal. Menos de 1% das mulheres grávidas não recebeu nenhum atendimento pré-natal. A maioria desses casos ocorreu em áreas rurais. Quase 90% das mulheres grávidas iniciaram tratamento pré-natal no primeiro trimestre e 71% compareceram a 10 ou mais consultas. Oitenta por cento das mulheres receberam atendimento pré-natal, variando de 84% em Moscou a 76% nas zonas rurais. Noventa e seis por cento dos recém-nascidos foram examinados ao nascer, a maioria deles (61%) na primeira semana após o parto.

O Projeto de Prioridades Nacionais de Saúde foi iniciado em outubro de 2007 após um Decreto presidencial que estabeleceu as maiores prioridades para o desenvolvimento social e demográfico. As prioridades são melhorar a saúde materno-infantil, reverter a diminuição da fertilidade e reduzir a mortalidade materno-infantil. Novas medidas foram elaboradas para acelerar o processo de implementação do Projeto de Prioridades Nacionais de Saúde. O objetivo é que a Rússia possua 32 centros perinatais novos e ultramodernos até 2016.

**Figura 16: Estatísticas sobre aborto na Rússia de 2005–12**



17 Esta iniciativa do Ministério da Saúde visa a garantir assistência de qualidade a todas as mães e filhos desde a confirmação da gravidez até a criança completar dois anos.

A Rússia possui uma das maiores incidências de aborto por mulher em idade fértil do mundo. Em 1991, cerca de 3.608.000 de abortos foram realizados. O número diminuiu lentamente ao longo dos anos e chegou em 1.802.000 em 2002. Em 2005, foram apenas 1,5 milhão de abortos por ano. As estatísticas oficiais do país para 2011 registraram um total de 989.000.

Embora a incidência de aborto venha diminuindo rapidamente, os números ainda são altos. Nos últimos dois anos, a média na população vem sendo um aborto para cada dois nascimentos. No passado recente, havia muito mais abortos que nascidos vivos entre as mulheres russas. Esse padrão mudou, e atualmente apenas mulheres com mais de 35 anos têm história de mais abortos que nascidos vivos.

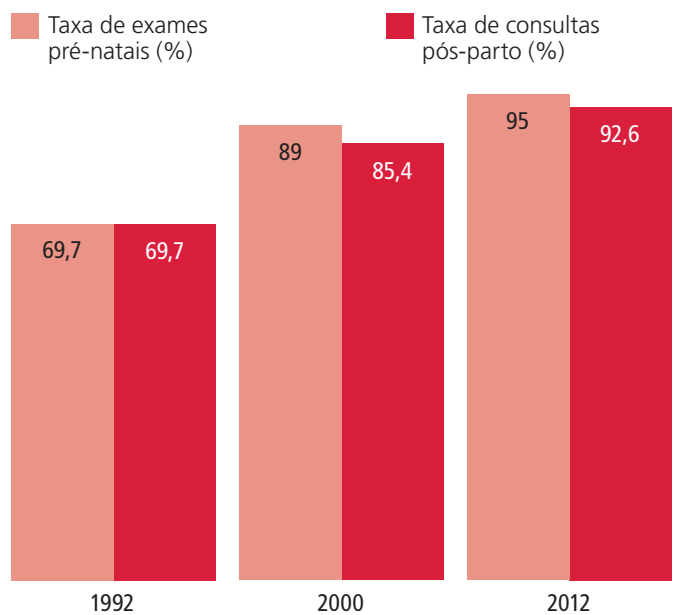
O país adotou novas medidas sobre abortos e emendou a Lei Básica de Saúde dos Cidadãos adotada em 2011 para tentar reduzir as taxas de aborto. Algumas das novas emendas incluem um período de espera obrigatório de até uma semana entre a primeira consulta em uma clínica pública a fim de obter um aborto gratuito e o procedimento (7 dias para 8–10 semanas de idade gestacional e 2 dias para 4–7 ou 11–12 semanas), dar aos médicos o direito de recusar-se a fazer um aborto por motivos de consciência (exceto casos com indicação médica ou se não for possível encontrar outro médico), redução dos requisitos legais para realizar um aborto no segundo trimestre (a única indicação social para interrupção da gravidez no segundo trimestre é gravidez como resultado de estupro) e restrições a anúncios de serviços de aborto por organizações com fins lucrativos.

O aconselhamento psicológico foi melhorado no país. Cargos de psicólogo pré-aborto estão sendo criados em clínicas de saúde da mulher e já existem programas de ensino superior para preparar funcionários para esta função. Centros de apoio médico-social para mulheres grávidas em dificuldades estão sendo criados e são um importante componente de um pacote de medidas que visa a reduzir os abortos. O principal objetivo é levar assistência médica e psicossociológica a mulheres em casos de gravidez não planejada apresentando alternativas positivas ao aborto e fornecendo acesso a tratamento médico de qualidade para restaurar a saúde reprodutiva.

## SAÚDE MATERNA NA CHINA

A China oferece serviços básicos de saúde pública a todos os seus cidadãos. Isto inclui cinco consultas de pré-natal, exames, duas consultas pós-parto e acompanhamento de saúde de crianças de 0 a 6 anos de idade. O país possui um programa que subsidia mulheres em áreas rurais para que façam seus partos em hospitais. De 2009 a 2013, o governo central investiu 14 bilhões de yuan<sup>18</sup> para subsidiar um total de 47 milhões de mulheres grávidas em áreas rurais.

Figura 17: Saúde materna na China



A incidência de exames pré-natais e consultas pós-parto na China aumentou de cerca de 70% a mais de 90% entre 1992 e 2012. Isso indica que cada vez mais mulheres sabem da importância do programa e que o país fez grandes avanços em tornar os serviços acessíveis a todas as mulheres, incluindo em áreas rurais.

18 US\$2,27 bilhões em 12 de novembro de 2014.



### SERVIÇOS APROPRIADOS PARA JOVENS NA CHINA

O país fornece treinamento e capacitação para profissionais responsáveis pelo atendimento clínico, permitindo-lhes prestar serviços de saúde sexual e reprodutiva apropriados para adolescentes. As clínicas gratuitas também levam aos adolescentes chineses serviços de saúde sexual e reprodutiva apropriados para jovens, incluindo atendimento de alta qualidade e treinamento no uso correto de contraceptivos, incluindo preservativos.

### SERVIÇOS APROPRIADOS PARA JOVENS NA ÁFRICA DO SUL

A África do Sul criou a Iniciativa Nacional de Clínicas Amigas dos Adolescentes (NAFCI, na sigla em inglês), coordenada pela Unidade de Pesquisa em Saúde Reprodutiva da Universidade de Witwatersrand e o Hospital Chris Hani Baragwaneth em parceria com a LoveLife. A iniciativa foi criada porque se constatou que uma campanha bem-sucedida de saúde sexual requer a participação de serviços de saúde que atendam às necessidades dos jovens. As clínicas de saúde pública foram identificadas como a maneira mais eficaz de levar serviços ao maior número possível de adolescentes no país. A iniciativa, que foi concebida e implementada entre 1999 e 2005, atingiu todas as nove províncias em janeiro de 2001 (Serviços de Saúde Amigos dos Jovens, 2011). O objetivo da NAFCI foi melhorar a qualidade dos serviços de saúde de atenção primária de que os jovens necessitam e fortalecer a capacidade do setor público de responder apropriadamente às necessidades de saúde dos adolescentes. Os três principais objetivos da iniciativa foram:

- tornar os serviços de saúde acessíveis e aceitáveis para os adolescentes
- criar padrões e critérios válidos para todo o país para tratamento de adolescentes em clínicas de todo o país
- desenvolver a capacidade de profissionais de saúde de fornecer serviços de saúde de alta qualidade para adolescentes

A NAFCI desenvolveu uma abordagem participativa, com consultas nacionais e internacionais e grupos de foco com a participação de adolescentes, que ajudaram a projetar o programa e desenvolver padrões para serviços de saúde adaptados a adolescentes. A abordagem de melhora de qualidade adotada beneficiou todos os clientes usuários dos serviços, com especial atenção às necessidades de adolescentes (Serviços de Saúde Amigos dos Jovens, 2011). Uma avaliação do uso de clínicas por indivíduos de 10 a 19 anos de idade em 32 clínicas na NAFCI de 2002 a 2004 mostrou que houve aumento estatisticamente significativo da utilização médica das clínicas, que aumentou de 340 em 2002 para 420 em 2004. Quanto mais tempo a NAFCI foi implementada em clínicas, mais consultas foram realizadas. As clínicas em que a NAFCI foi adotada por mais de 30 meses tiveram em média 598 clientes jovens por mês.<sup>19</sup>

19 MIET Africa (2011) *Literature Review: Youth Friendly Health Services. South Africa.*

## HIV/AIDS

### HIV/AIDS NO BRASIL

O Brasil é um dos países afetados pela epidemia de HIV/AIDS. Em 33 anos, o país teve 686.478 casos registrados de HIV/AIDS, sendo 67% em homens e 35% em mulheres. Em termos de raças, 44,7% ocorreram em 'brancos', 51,7% em 'negros (negros ou mulatos)<sup>20</sup> e 0,5% em outros grupos étnicos. Desde 2008, a taxa de casos de HIV/AIDS em homens jovens vem crescendo mais rapidamente que em mulheres. O HIV/AIDS foi detectado em 0,38% das mulheres grávidas. O país criou um programa de rastreamento para promover a mobilização da sociedade para realizar exames e diagnósticos de HIV.

Um censo escolar realizado em 99.316 escolas primárias mostrou que 94% das escolas ensinam algum conteúdo sobre promoção e educação em saúde e 52% desenvolvem ações relacionadas à prevenção de HIV/AIDS através do programa de Saúde e Prevenção nas Escolas. O programa foi criado em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286 e é uma iniciativa conjunta dos ministérios da saúde e da educação, que atinge 18 milhões de alunos nas escolas. O país continua enfrentando graves desafios, sendo que o diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis como o HIV/AIDS continua sendo um dos principais.

### HIV/AIDS NA RÚSSIA

A legislação russa garante a todos os cidadãos programas de prevenção em grande escala e exames de HIV/AIDS, assim como acesso gratuito a assistência de qualidade e proteção dos direitos dos indivíduos que vivem com HIV ou AIDS. Atualmente, a proporção de pessoas que vivem com HIV é de 41,7 por 100.000 habitantes. Após vários anos de disseminação rápida, a epidemia se estabilizou recentemente e o número de casos novos vem se mantendo em menos de 60.000 por ano.

O Projeto Nacional Prioritário de Saúde do país consiste em um sistema abrangente de medidas para combater a infecção pelo HIV. A maior prioridade é promover um programa multissetorial de prevenção primária e promoção de estilos de vida saudáveis para motivar as pessoas a abandonar comportamentos de risco. O foco são medidas preventivas da infecção pelo HIV entre grupos de alto risco, como pessoas que praticam comportamentos de risco, por meio de aceitação de testes de HIV voluntários, tratamento sistemático, aconselhamento e apoio social.

A cobertura anual da população, sobretudo de grupos de alto risco, pelos testes de HIV voluntários é de 22–25 milhões de pessoas, o que corresponde a 15% a 17% da população russa. A credibilidade dos dados sobre a prevalência de HIV e a detecção precoce são garantidos. Setenta e cinco por cento dos indivíduos diagnosticados pela primeira vez como HIV-positivos são detectados em estágios muito precoces da doença.

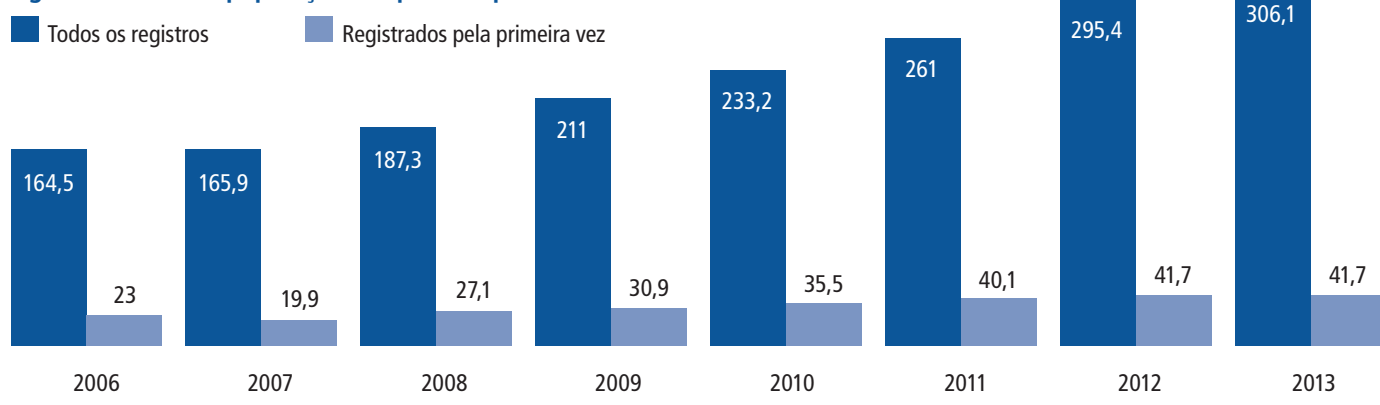
Estratégias de prevenção inovadoras foram criadas, considerando aspectos cognitivos e psicológicos específicos de diferentes faixas etárias e grupos sociais, sobretudo crianças e jovens. Essas medidas diminuíram a proporção de jovens infectados por HIV em 11,2 vezes, para 2,2%, e a proporção de crianças infectadas por HIV em 48 vezes, para 0,1%. Existe um foco especial em medidas de prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. mais de 90% das gestações de mulheres HIV-positivas foram atingidas por essas medidas, o que corresponde a um aumento de 35% em cinco anos. O número de crianças infectadas diminuiu em mais de duas vezes, e mais de 50.000 crianças saudáveis nasceram de mães HIV-positivas.

Além dos serviços preventivos, o governo russo fornece drogas antirretrovirais gratuitamente a todos os que precisam. Com assistência médica e social eficaz, 73% das crianças infectadas pelo HIV na década de 90 puderam levar uma vida normal, estudar em universidades, ter famílias e filhos saudáveis.

20 As estatísticas foram obtidas no país usando essas categorias de grupos étnicos.

Os usuários de drogas injetáveis ainda são um dos grupos de maior risco para HIV na Rússia. O risco de contrair HIV também é maior em casais heterossexuais, seguido de homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo. Existe um serviço federal de combate às drogas que trabalha junto aos usuários, monitorando seu comportamento para evitar que o vírus se espalhe através do uso de agulhas compartilhadas, além de implantar outras estratégias preventivas.

**Figura 18: Rússia – população HIV-positiva por 100.000 habitantes**

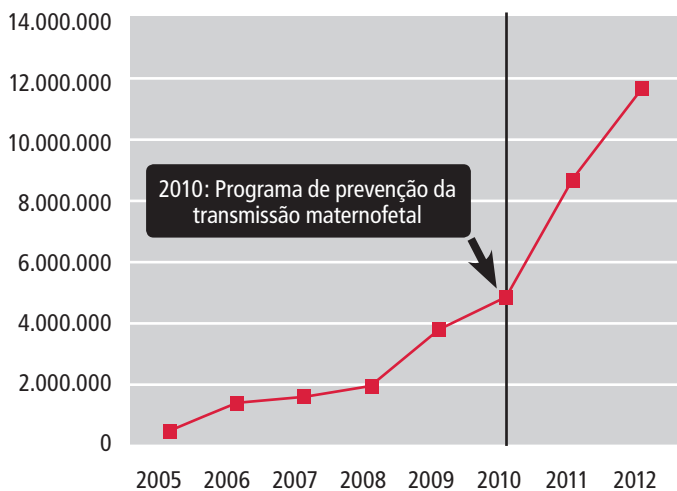


## HIV/AIDS NA CHINA

Em geral, a China apresenta baixas taxas de prevalência de HIV/AIDS, embora a doença seja mais comum em algumas províncias que em outras. Assim como na Rússia, os grupos sob maior risco na China são os usuários de drogas e profissionais do sexo. A China conta com pessoas politicamente ativas em altos níveis que ajudam a controlar a disseminação do HIV, assim como grandes programas de prevenção e controle de HIV e estratégias para prestar serviços gratuitos a grupos vulneráveis como usuários de drogas e profissionais do sexo. Os programas integrados de prevenção da transmissão materno-fetal do HIV/AIDS sífilis e hepatite B também estão disponíveis para todos os cidadãos.

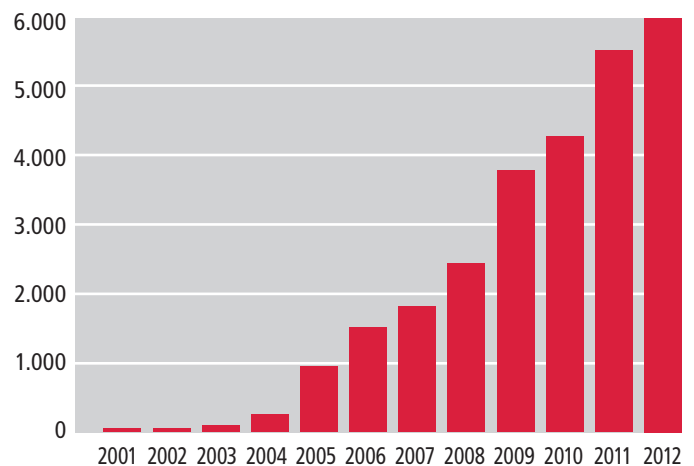
Em 2009–13, o governo central investiu 3,6 bilhões de yuan<sup>21</sup> para apoiar a prevenção da transmissão materno-fetal em determinadas regiões. Serviços de intervenção abrangentes foram oferecidos amplamente a mulheres grávidas infectadas por HIV, sífilis ou hepatite B e seus filhos.

**Figura 19: Aconselhamento e exames de HIV para mulheres grávidas na China**



Cada vez mulheres grávidas vêm realizando testes de HIV, sobretudo desde 2010. Ao final de 2013, mais de 47 milhões de mulheres grávidas haviam recebido aconselhamento e exames de HIV nas áreas cobertas pelo projeto.

**Figura 20: Programa de prevenção da transmissão materno-fetal na China**



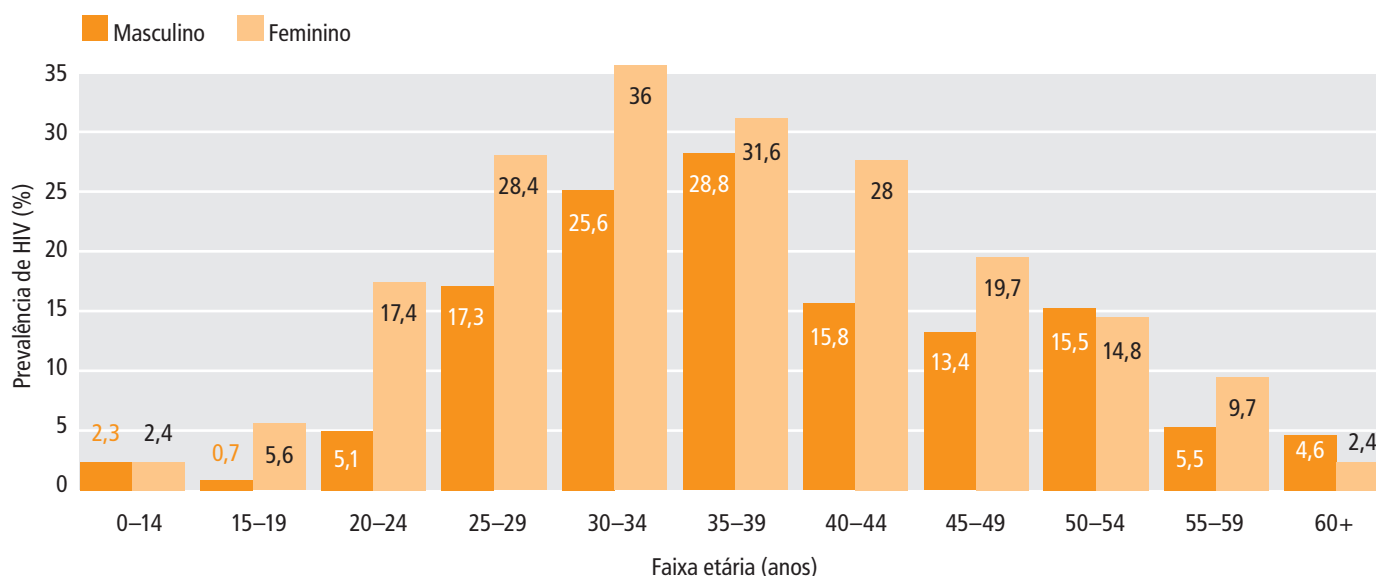
**Número de casos de mulheres grávidas HIV-positivas notificadas em 2001–12**

Mais de 25.000 mulheres HIV-positivas foram diagnosticadas e tratadas gratuitamente.

21 US\$586,08 milhões em 12 de novembro de 2014.

## HIV/AIDS NA ÁFRICA DO SUL

Figura 21: Prevalência de HIV por idade e sexo na África do Sul em 2012



Fonte: Shisana O, Rehle T, Simbayi LC, Zuma K, Jooste S, Zungu N, Labadarios D and Onoya D et al (2014) *South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012*. Cape Town: Human Sciences Research Council.

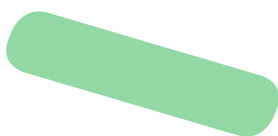
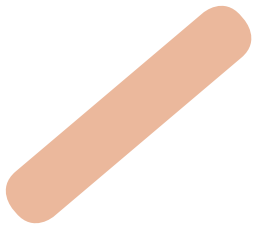
A África do Sul possui alta prevalência de HIV/AIDS entre mulheres. Ao todo, 18,8% da população está infectada por HIV/AIDS, o que corresponde a 14,5% da população masculina e 23,2% da população feminina. Segundo a SWEAT<sup>22</sup> em 2013, a prevalência de HIV/AIDS entre profissionais do sexo sul-africanos era de 59,6%. De todas as novas infecções por HIV, 19,8% foram relacionadas ao trabalho sexual (5,5% entre profissionais do sexo e 14,3% entre clientes e parceiros de clientes). Apenas 5% dos profissionais do sexo tinham acesso a serviços de prevenção do HIV.

O país oferece tratamento antirretroviral gratuito a todos os seus cidadãos. O uso de tratamento antirretroviral prolongando

a vida de mulheres HIV-positivas, que assim passam a poder apoiar seus filhos. A circuncisão masculina por médicos também foi adotada para reduzir o risco de HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Apesar dos esforços do governo, o país ainda apresenta altas taxas de novas infecções por HIV, sobretudo entre mulheres jovens. As infecções sexualmente transmitidas entre mulheres jovens continuam sendo muito comuns, o que aumenta o risco de contrair HIV. O país desenvolveu um programa de HIV/AIDS e um Plano Estratégico Nacional contra a Tuberculose para 2012 a 2016 a fim de intensificar o combate a essas doenças.

22 A SWEAT é a Força-tarefa de Educação de Profissionais do Sexo. Para mais informações, acesse <http://www.sweat.org.za/>



## Capítulo 4

# Transição demográfica e desafios pós-transição

Este capítulo discute três aspectos relacionados aos desafios impostos pela transição demográfica: políticas e leis relacionadas ao envelhecimento populacional e seus efeitos sobre a saúde e a situação de pessoas idosas, urbanização e migração interna de áreas rurais e urbanas e seus efeitos sobre áreas de densidade populacional alta ou baixa e os possíveis benefícios das políticas de imigração para os países que as adotam.



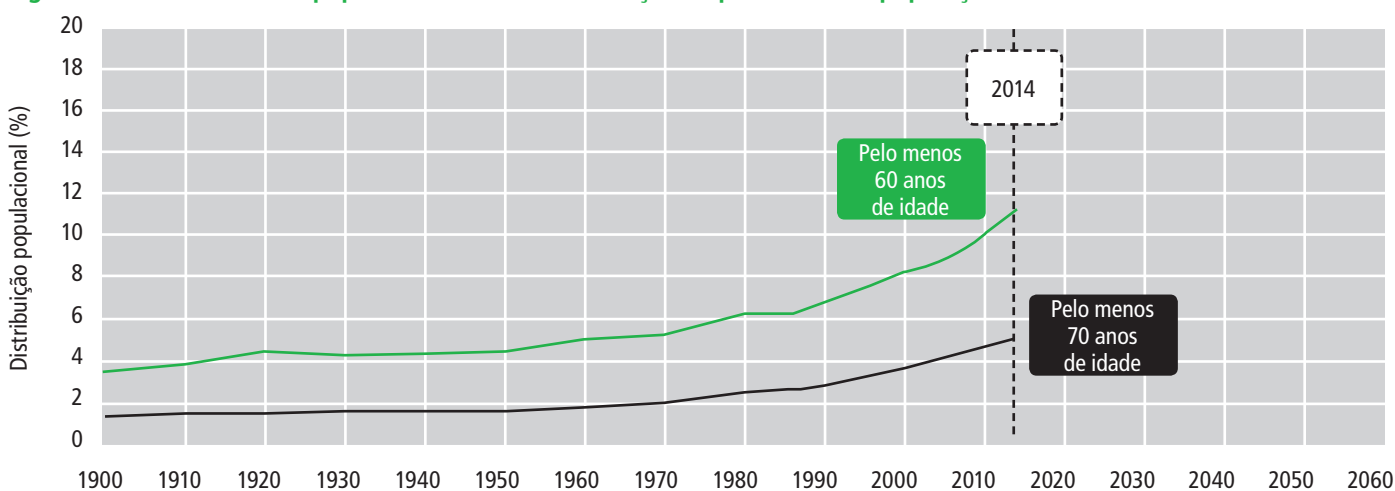
## ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

### ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL

O Brasil possui boas políticas para erradicação da pobreza entre idosos, que incluem grandes transferências de recursos (benefícios, pensões, etc.). O país também possui uma boa legislação de proteção aos direitos dos idosos. Entretanto, essas políticas e leis cobrem apenas as necessidades mais básicas dos idosos. O Brasil precisa decidir como quer gastar seu orçamento

— se deseja investir mais em crianças e jovens (saúde e educação) para que eles participem do mercado de trabalho ou prefere investir nas necessidades de saúde mais complexas e dispendiosas e tratamento de longo prazo do número cada vez maior de idosos no país. Em 2014, a população de mais de 70 anos atingiu 4% do total e continua aumentando.

**Figura 22: Envelhecimento populacional no Brasil: evolução do percentual da população de idosos de 1900 a 2060**



Fonte: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR), com base em registros e projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

### ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NA RÚSSIA

O envelhecimento populacional da Rússia atingiu uma situação crítica. Um em cada oito russos, cerca de 13% da população, tem 65 anos ou mais. A população russa vem envelhecendo rapidamente. Em 1970, a idade mediana da população do país era de 30,5 anos; em 2005, a mediana havia atingido 37,3 anos. Em 1990, a população com 65 anos de idade ou mais compunha 9,9% do total, chegando a 10,2% no início de 1991, quando jovens de 0 a 19 anos correspondiam a 29,9%. As projeções indicam que a população com 65 anos ou mais corresponderá a 18% do total em 2025.



### ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NA CHINA

A China possui muitos idosos e também vem envelhecendo rapidamente. Em 2015, espera-se que mais de 300 milhões de pessoas ultrapassem os 60 anos de idade. Existem grandes diferenças entre regiões e entre as áreas urbanas e rurais. Em 2010, a proporção da população com 60 anos de idade ou mais era de apenas 11,7% em áreas urbanas e muito alta em áreas rurais (15%). A população em idade economicamente ativa vem diminuindo ao mesmo tempo em que ocorre o envelhecimento populacional. A população economicamente ativa começou a diminuir em 2012 e deve cair para 650 milhões (52% da população total) até 2050. Cada vez mais idosos estão morando sozinhos, e isso cria dificuldades para os serviços de saúde.

Em 2012, o governo chinês emendou a Lei de Proteção dos Direitos e Interesses dos Idosos. Em 2013, o estado promulgou o documento "Diversas Opiniões do Conselho de estado para Acelerar o Desenvolvimento do Setor de Cuidados com Idosos".

Figura 23: Proporção de idosos na população da China

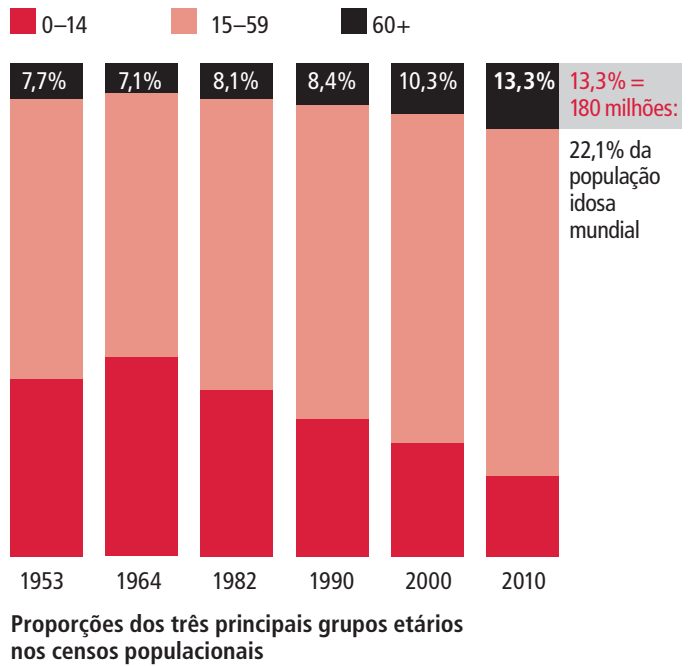
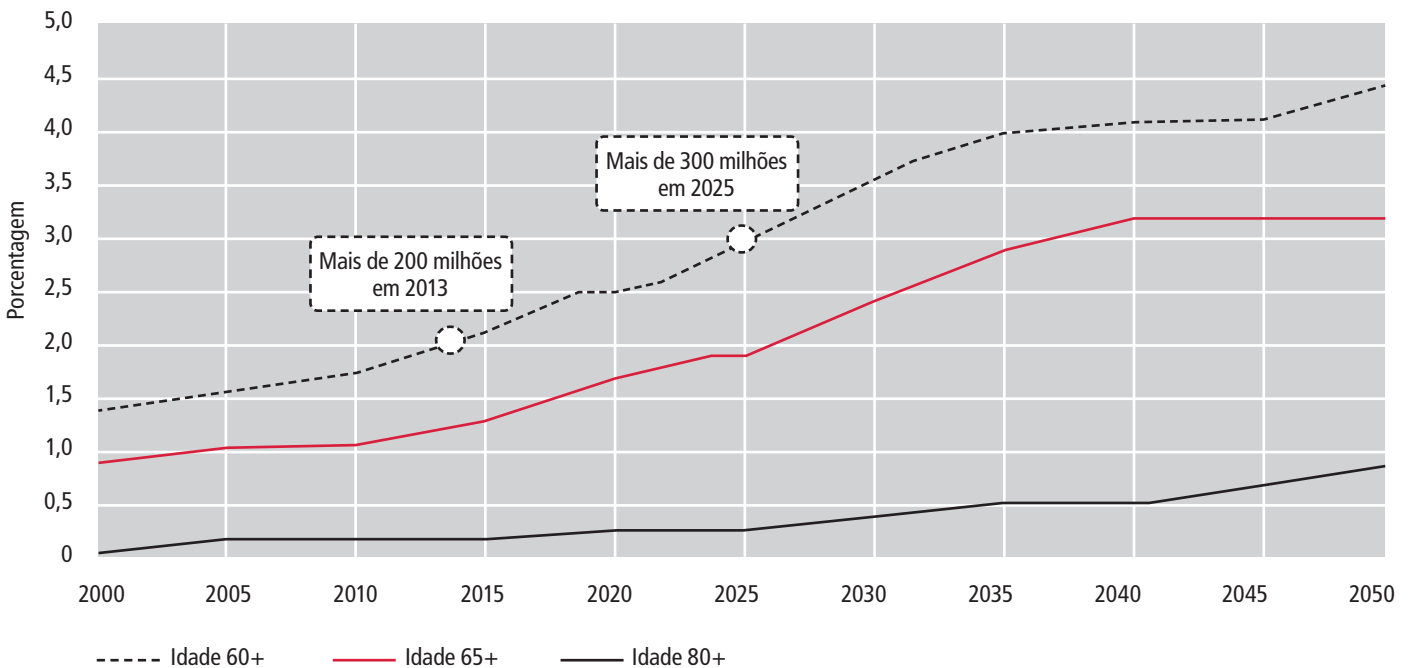


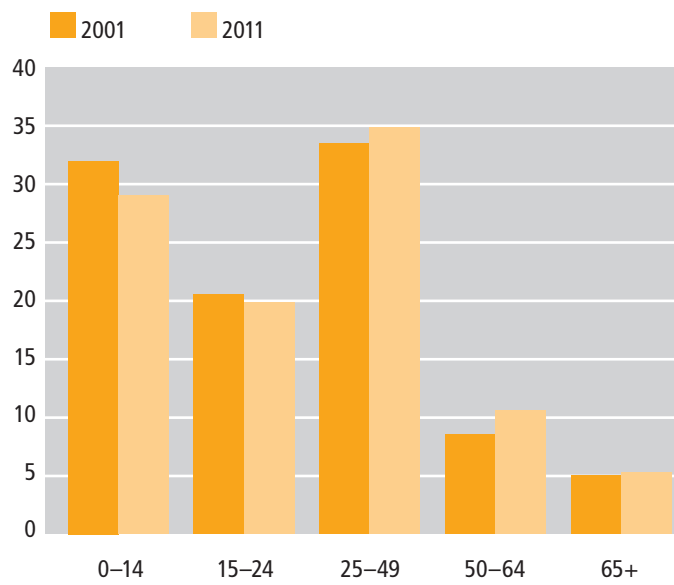
Figura 24: A população chinesa vem envelhecendo rapidamente



## ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NA ÁFRICA DO SUL

Apenas 5% da população sul-africana têm mais de 65 anos. Em 2004, a África do Sul promulgou a Lei de Assistência Social, que determina o pagamento de um auxílio assistencial a determinados grupos populacionais, incluindo idosos. Em fevereiro de 2014, o país tinha 2.953.710 idosos beneficiários do programa. O auxílio para idosos vem sendo cada vez mais usado. A Lei de Pessoas Idosas (número 13 de 2006) garante a segurança e protege os direitos dos idosos.

Figura 25: Envelhecimento populacional na África do Sul



## URBANIZAÇÃO

### URBANIZAÇÃO NO BRASIL

A urbanização em si não é um problema grave no Brasil. O problema mais importante do país é a distribuição geográfica da população. Assim como alguns outros países dos BRICS, o Brasil possui regiões pouco povoadas, como a Amazônia, cuja população o governo brasileiro gostaria de aumentar. Entretanto, as áreas urbanas atraem mais pessoas porque oferecem mais infraestrutura e oportunidades econômicas. O Brasil vem aprendendo com a experiência da Rússia na Sibéria e também está procurando levar todos os serviços necessários à Amazônia a fim de garantir que as pessoas que moram em regiões isoladas permaneçam nelas e não migrem para centros urbanos.

### URBANIZAÇÃO NA RÚSSIA

A Rússia possui uma densidade populacional de 8,4 pessoas por quilômetro quadrado e é um dos países de população mais esparsa do mundo. A população é mais densa na porção ocidental do país, com centro em Moscou e São Petersburgo, e 73,8% da população é urbana. Desde 2012, a Rússia possui 13 cidades com populações de mais de 1 milhão de pessoas. As 18 maiores cidades do país, que têm mais de 700.000 habitantes, abrigam 23% da população (32% da população urbana).

A urbanização não é um fenômeno novo na Rússia. A migração interna de áreas rurais para áreas urbanas começou na década de 50, estabilizou-se na década de 80 e permaneceu estável desde então. A urbanização aumentou as concentrações populacionais na porção ocidental do país, diminuindo a densidade populacional em outras áreas. Nas áreas altamente povoadas, a congestão do trânsito atinge alguns dos piores níveis do mundo e é um problema grave para a Rússia. O governo russo oferece incentivos para pessoas que desejam permanecer ou se mudar para as regiões norte e leste do país, onde a densidade populacional é baixa.

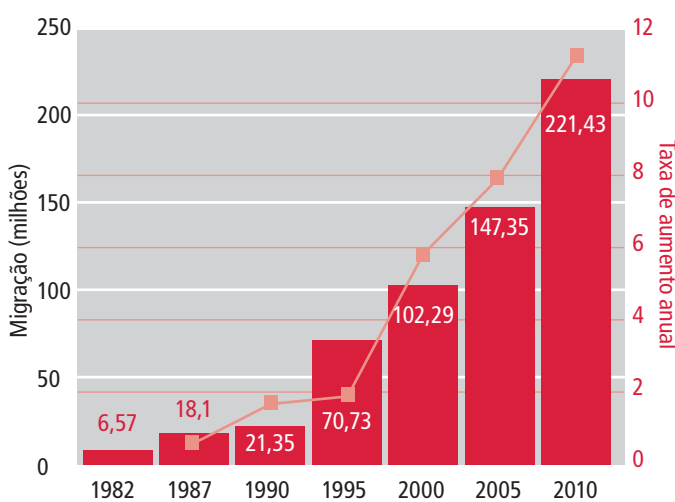
## URBANIZAÇÃO NA CHINA

A urbanização e a industrialização foram relativamente tardias na China. Em 1978, apenas 17,9% da população habitavam em áreas urbanas. Desde então, a China vem adotando vigorosas reformas, desenvolvendo fortemente sua economia e acelerando o processo de industrialização. Ao longo dos anos, a China vem observando as mudanças estruturais em sua população e vem procurando empregar uma população economicamente ativa maior (dividendo demográfico).

À medida em que o país investiu em desenvolvimento industrial, a proporção entre indústria e agricultura mudou e, com isso, o trabalho também precisou mudar. A China ajustou suas políticas, facilitando a urbanização e aproveitando a transferência de trabalhadores rurais (agrícolas) para o meio urbano (industrial). Com isso, grandes números de trabalhadores excedentes em áreas rurais estão passando a trabalhar em indústrias não agrícolas. O país desenvolveu um Plano de Urbanização para ajudar a distribuir a população de maneira mais uniforme por todo o país. Beijing, por exemplo, possui uma população muito grande, enquanto muitas províncias rurais são pouco povoadas. A cidade de Beijing vem procurando criar convênios com as províncias vizinhas para deslocar algumas indústrias de Beijing para as províncias e, com isso, promover a migração de pessoas de Beijing para as províncias.

A migração na China não reflete apenas o tempo e o espaço, mas também as situações de registro dos domicílios. A migração é elevada na faixa etária de 20 a 24 anos, tanto entre homens como entre mulheres. A migração vem aumentando acentuadamente desde 1995 e atingiu uma taxa de aumento em torno de 10,5 em 2010.

**Figura 26: Magnitude da imigração e taxa de aumento médio na China**

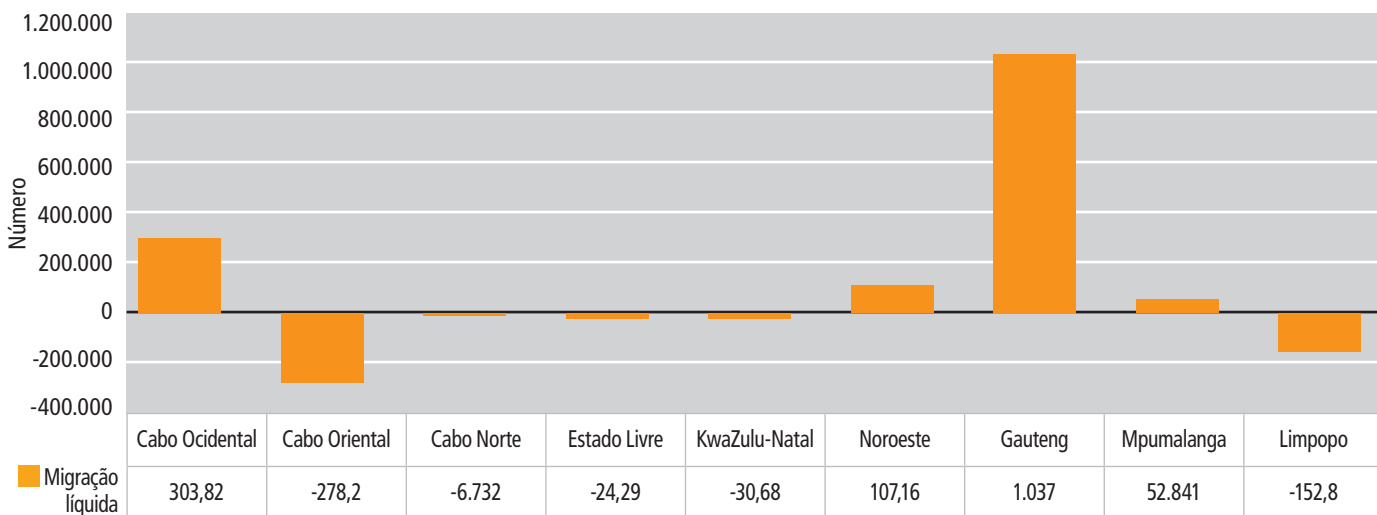


### URBANIZAÇÃO NA ÁFRICA DO SUL

A África do Sul vem desenvolvendo um programa de urbanização para enfrentar a rápida urbanização que vem ocorrendo. Mais de 60% do país são urbanizados. Entretanto, definir urbanização é difícil, e o país vem tendo dificuldades em elaborar uma definição aceitável. A definição atual é ampla e consiste apenas em viver em cidades.

Na África do Sul, as cidades de grande e pequeno porte oferecem mais oportunidades de vários tipos, incluindo empregos melhores. A proporção de pessoas que vivem em áreas urbanas do país aumentou de 52% em 1990 para 62% em 2011, enquanto a proporção de habitantes de áreas rurais diminuiu de 48% para 38%. A província de Gauteng é a mais populosa (24% do total) e a que mais recebe migrantes (34%). Apenas 56% dos habitantes de Gauteng nasceram lá.

Figura 27: Migração líquida para a África do Sul em 2001–11

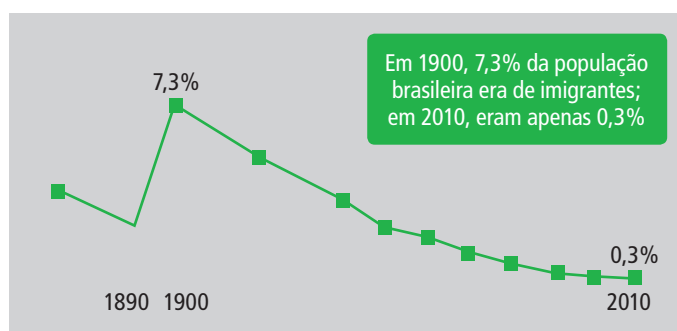


## IMIGRAÇÃO INTERNACIONAL

### IMIGRAÇÃO NO BRASIL

O Brasil parece ter dificuldades em atrair imigrantes. Em 1900, 7,3% da população brasileira eram imigrantes; atualmente, são apenas 0,3%. O país não parece ser mais um destino preferido e precisa modificar suas leis de imigração, tornando-as mais adaptadas aos imigrantes para atrair mais imigração para o país. Uma possível mudança seria conceder direitos civis e políticos aos imigrantes.

**Figura 28: Imigração de outros países para o Brasil**



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censos Demográficos. Para mais informações, acesse <http://censo2010.ibge.gov.br/en/>

### IMIGRAÇÃO NA RÚSSIA

A Rússia adotou várias políticas e oferece diversos incentivos para atrair imigrantes qualificados e com alto nível educacional para o país, principalmente pessoas de etnia russa de países ex-soviéticos. Em 1994, houve um pico de imigração em que 1.200.000 pessoas, a maioria de etnia russa de ex-repúblicas soviéticas, fugiram por motivos sociais, econômicos ou políticos. Em anos recentes, 300.000 imigrantes vêm chegando anualmente à Rússia, dos quais quase a metade são de etnia russa. Neste mesmo período 970.000 pessoas saíram da Federação Russa. Nos últimos 13 anos, a Rússia recebeu mais de 3.000.000 de imigrantes. Atualmente, estima-se que haja 4 milhões de imigrantes ilegais de ex-repúblicas soviéticas. A imigração é o principal motivo por que a Rússia não sofreu uma forte queda populacional.

Em 2006, o governo da Rússia começou a simplificar as leis de imigração e lançou um programa estatal para ajudar pessoas de etnia russa a emigrar voluntariamente de ex-repúblicas soviéticas. Entre outras coisas, o programa procura facilitar a realocação voluntária de compatriotas que vivem fora do país para que adquiram residência permanente na Federação Russa, incentivar o retorno de imigrantes à Federação Russa, atrair profissionais estrangeiros qualificados, facilitar a integração de imigrantes à sociedade russa e promover a tolerância no relacionamento entre a população local e os imigrantes. A Rússia criou programas nacionais especiais para atrair russos que deixaram o país. Os incentivos incluem tratamento favorecido quanto a impostos e moradia, propriedade de terras, serviços médicos, educação, emprego e apoio financeiro que inclui um 'auxílio' de valor correspondente a metade do salário médio da região pago durante seis meses enquanto o indivíduo procura emprego. Com essas iniciativas, a Rússia tornou-se um dos principais países de destino para imigrantes, além de continuar recebendo imigrantes que não recebem esses incentivos.

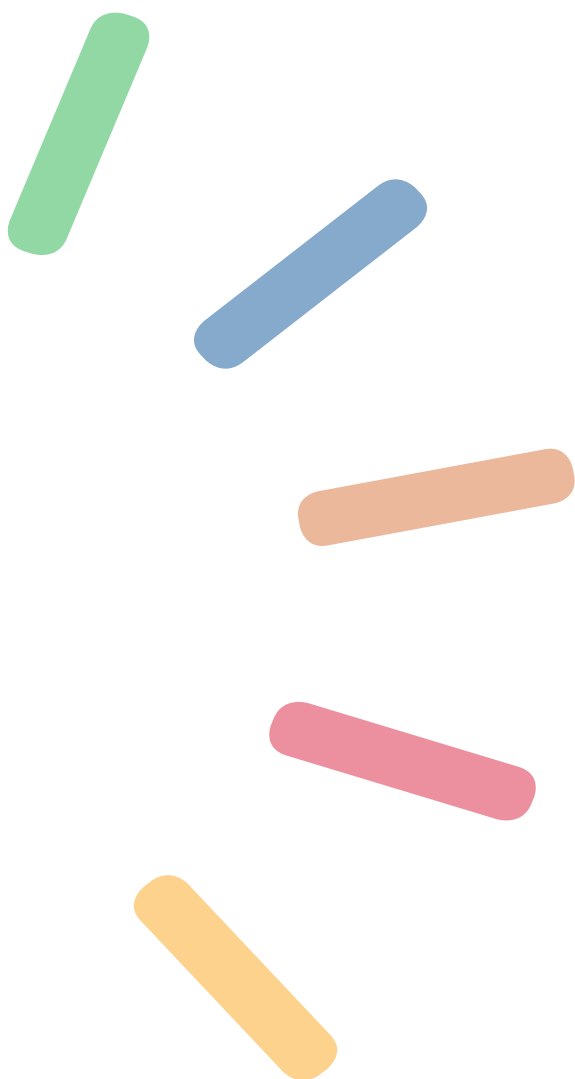
### IMIGRAÇÃO NA CHINA

A China desenvolveu e implementou políticas e programas que incentivam cidadãos altamente qualificados a retornarem à China. Essas políticas chinesas não são novas. O país adotou uma política de imigração aberta e reformada desde a década de 80, mas só recentemente chineses altamente qualificados começaram a retornar ao país. Atualmente a China oferece condições mais favoráveis, pois empresas estrangeiras vêm atuando no país e atraindo pesquisadores e cientistas altamente qualificados. A lacuna entre a China e outros vem diminuindo e a China oferece muitas oportunidades. Com isso, cada vez mais chineses querem começar suas carreiras na China, sobretudo em ciência e tecnologia, em vez de nos países onde estudaram.

### IMIGRAÇÃO NA ÁFRICA DO SUL

Segundo o censo sul-africano de 2011, 3,3% da população não são cidadãos do país e consistem em migrantes permanentes, transfronteira, temporários ou ilegais; pessoas que procuram asilo e profissionais qualificados de todo o continente. Embora a maioria dos imigrantes se desloque por motivos econômicos, os números do censo de 2011 sobre imigração na África do Sul mostram que as pessoas imigram e permanecem no país por diversos motivos. Quanto aos imigrantes legais, o Departamento de Assuntos Internos da África do Sul concedeu 106.173 autorizações de residência temporária e 10.011 de residência permanente. Segundo o relatório de 2011 sobre imigrantes legais na África do Sul publicado pela Statsa, instituto de estatísticas do país, as autorizações de residência temporária foram concedidas a pessoas de 184 dos 196 países do mundo e os de residência permanente a pessoas de 128 países, sendo a maioria do Zimbábue, Nigéria, China, Índia, Paquistão e Reino Unido.

Muitos imigrantes chegam ilegalmente à África do Sul por motivos econômicos e passam a viver indocumentados no país de diversas maneiras: permanecendo após o vencimento do visto, entrando no país em busca de asilo e não concluindo o processo de solicitação de asilo ou não renovando o pedido de asilo.



## Capítulo 5

# O que os países podem aprender uns com os outros

Este capítulo desta as lições que os países dos BRICS podem aprender uns com os outros sobre diversos temas, como descentralização, imigração, aproveitar ao máximo o dividendo demográfico, políticas de apoio à maternidade, urbanização, superar desafios de saúde sexual e reprodutiva, diminuir a taxa de fertilidade total, educação abrangente sobre sexualidade e diversas medidas de apoio a meninas, mulheres jovens e portadores de deficiências.



Os países dos BRICS podem aprender com o Brasil sobre como podem pôr em prática políticas sociais **descentralizando** essas políticas para criar políticas locais, seguindo o lema 'Todas as políticas sociais são locais' e incentivando a participação do público, pois a sociedade civil desempenha um importante papel em implementar as políticas e adaptá-las aos locais onde vivem.

Esses países poderiam adotar políticas de **imigração** como as da China e da Rússia para 'reverter a evasão de cérebros' e implementar políticas e programas para atrair e incentivar o retorno de cidadãos altamente qualificados a seus países de origem.

Os países que atualmente desfrutam de um **dividendo demográfico** poderiam estudar como países como a China e o Brasil obtiveram e conseguiram otimizar seus dividendos demográficos para atingir os melhores resultados possíveis. Ao criar, projetar e implementar políticas e programas relevantes que contribuam para maximizar os efeitos de seus dividendos demográficos, os países dos BRICS podem conseguir aproveitar melhor as oportunidades oferecidas por uma grande população em idade economicamente ativa.

Os países que desejarem **aumentar sua população** podem estudar a política russa de capital para a maternidade, que é implementada em todos os níveis e pode incluir um valor fixo pago à mãe, educação particular para a criança ou terra e moradia para famílias com três ou mais filhos.

A China demonstrou que problemas de **urbanização** podem ser abordados planejando-se com antecedência a maneira de fornecer serviços básicos a migrantes que vêm de áreas rurais para as cidades a fim de incentivar a criação de empregos em cidades de médio porte. Isso também contribui para reduzir a pobreza.

Países que desejam aumentar o acesso à **contracepção** podem empregar profissionais de disseminação de planejamento familiar em aldeias afastadas. Na China, isso simplificou a distribuição de contraceptivos modernos e contribuiu para o empoderamento de gênero, que pode ajudar a reduzir as taxas de aborto.

Países que desejam diminuir suas **taxas de fertilidade** podem estudar o exemplo do Brasil e realizar investimentos em capital humano, como mais acesso à educação, saúde (incluindo contraceptivos) e mais oportunidades econômicas para mulheres,

permitindo que mais mulheres participem da força de trabalho. Todas essas medidas ajudaram a diminuir a taxa de fertilidade de grupos socioeconômicos menos favorecidos no Brasil.

A África do Sul projetou e adotou políticas e programas para **proteger mulheres, crianças e portadores de deficiência**. Os países não devem apenas proteger mulheres e crianças, mas também cuidar de portadores de deficiência.

A Rússia oferece **educação sexual abrangente** nas escolas para promover comportamentos sexuais saudáveis entre os jovens. Os temas abordados incluem saúde reprodutiva, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV, relações entre gêneros, relações familiares e legislação sobre família. Esta abordagem abrangente pode ajudar a desenvolver programas de educação sexual.

A China possui ao mesmo tempo a maior população do mundo e a menor prevalência de **HIV/AIDS**, sobretudo porque atua junto aos grupos sob mais risco, como usuários de drogas e profissionais do sexo. O país conta com pessoas politicamente ativas em altos níveis que ajudam a conduzir programas de controle de HIV e a fornecer serviços gratuitos a grupos vulneráveis. Outros países podem estudar a maneira como a China implementou políticas e programas relacionados ao HIV.

Os países dos BRICS podem aprender uns com os outros sobre **políticas baseadas em direitos**, que permitem que as pessoas se fixem em áreas de povoamento esparso, e sobre a necessidade de investir em educação e criação de empregos para avançar e obter o máximo benefício do dividendo demográfico.

As iniciativas para abordar a **violência baseada em gênero** começam junto à população, com a participação da sociedade civil e de instituições de pesquisa, o que destaca a importância da participação comunitária. Isso pode ser um bom exemplo de prática recomendável, e os outros países dos BRICS podem trocar ideias sobre como os cidadãos e comunidades podem participar de seu próprio desenvolvimento abordando questões relacionadas a gênero. Alguns problemas são combater a violência relacionada a gênero, reverter a evasão escolar de meninas do ensino secundário e abordar os efeitos de extremismo religioso sobre a situação das mulheres e seu acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, sobretudo em relação a mulheres que exercem seus direitos de saúde sexual e reprodutiva.



# Conclusão e recomendações

Os países dos BRICS dispõem de várias oportunidades de compartilhar experiências e aprender uns com os outros.

Ao final do seminário, a reunião foi concluída com a adoção das 'Diretrizes de Colaboração entre os Países dos BRICS para Assuntos Populacionais e de Desenvolvimento'. As diretrizes definem sugestões de áreas temáticas para iniciar e promover oportunidades de cooperação, diálogo e colaboração, incluindo, entre outros:

- temas sociais em geral, em particular gênero e direitos das mulheres
- saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos
- desafios da transição demográfica e do período pós-transição, incluindo desafios relacionados à estrutura populacional, envelhecimento populacional e redução da mortalidade, assim como aumento da expectativa de vida e integração social de pessoas do campo que migram durante urbanizações rápidas
- compartilhar informações e experiências sobre como melhorar a equidade e a qualidade da saúde de mulheres e crianças, assim como compartilhar informações e experiências sobre como melhorar a igualdade e a qualidade da saúde de mulheres e crianças

A colaboração nessas áreas será promovida através das seguintes iniciativas:

## 1. TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES

- Convites mútuos para programas de treinamento e capacitação.
- Em colaboração com o Fórum Acadêmico dos BRICS, desenvolver um programa de treinamento sobre políticas demográficas e populacionais nos países-membro dos BRICS.

## 2. TROCA DE INFORMAÇÕES, CONHECIMENTOS E QUALIFICAÇÃO

- Colaborar com o Fórum Acadêmico para trocar informações sobre questões relacionadas à população e ao desenvolvimento.
- Os estados-membros podem buscar intercâmbios multilaterais de conhecimento visitando os outros países do grupo e em excursões em campo.
- Participar de diálogos com a sociedade civil e o setor privado.

## 3. COMPARTILHAR AS MELHORES PRÁTICAS E LIÇÕES APRENDIDAS: EXPERIÊNCIAS, DESAFIOS E SUCESSOS DE CADA PAÍS

- Organizar pelo menos um seminário anual para compartilhar as melhores práticas e lições aprendidas (rotativo entre os países-membro dos BRICS).
- Os estados-membro dos BRICS podem trocar evidências entre si sobre as melhores práticas e novos conhecimentos adquiridos sobre assuntos populacionais.
- Os estados-membro dos BRICS podem iniciar seminários multilaterais de pesquisas populacionais e disseminar evidências relevantes obtidas em pesquisas.
- Os estados-membro dos BRICS produzirão publicações conjuntas sobre temas populacionais.
- Os estados-membro dos BRICS criarão grupos de trabalho técnicos em diversas áreas prioritárias (segundo áreas temáticas de trabalho).
- Os estados-membro dos BRICS realizarão seminários internacionais anuais sobre temas populacionais de interesse comum.







## BIBLIOGRAFIA

Os documentos-fonte contêm apresentações realizadas no seminário pelas delegações dos BRICS, que serviram de base para esta publicação e foram anexadas ao *Report on the BRICS Inaugural Seminar of Officials and Experts on Population Issues* (2014).

## FOTOGRAFIA

- 7 IPPF/Pedro Meyer
- 17 IPPF/Peter Caton
- 25 IPPF/Peter Caton
- 37 IPPF/Peter Caton
- 45 IPPF/Chloe Hall
- 48 IPPF/Jane Mingay

A Secretaria Nacional de Assuntos Populacionais da África do Sul e a IPPF (International Planned Parenthood Federation) têm o prazer de apresentar esta publicação sobre questões populacionais nos países dos BRICS. Nesta obra, dedicamos especial atenção e foco à redução da pobreza e da desigualdade e a abordagem a grupos vulneráveis. Acreditamos que esta publicação contribuirá para a colaboração por meio de diálogos, cooperação, compartilhamento de experiências e desenvolvimento de capacidades em assuntos relacionados à população que interessam a todos.

O objetivo desta declaração é criar e manter relacionamentos fortes entre os países dos BRICS para incentivá-los a integrar fatores populacionais em seus planos nacionais de desenvolvimento.

Esta publicação oferece sugestões e lições de como os países dos BRICS podem aprender uns com os outros, oferecendo uma justificativa clara para que autoridades responsáveis pela população dos BRICS se reúnam e compartilhem experiências, conhecimentos e informações sobre os desafios enfrentados por seus países.

**Secretaria de Assuntos Populacionais  
Departamento de Desenvolvimento Social**

<b>endereço</b>	134 Pretorius Street Pretoria Gauteng África do Sul 0002
<b>endereço de correspondência</b>	Department of Social Development Private Bag X901 Pretoria 0001 República da África do Sul
<b>tel</b>	+27 12 312 6753
<b>fax</b>	+27 12 312 7988
<b>tel de ligação gratuita</b>	0800 60 10 11
<b>web</b>	<a href="http://www.dsd.gov.za">www.dsd.gov.za</a> <a href="http://www.population.gov.za">www.population.gov.za</a>

**International Planned Parenthood Federation**

<b>endereço</b>	4 Newhams Row London SE1 3UZ Reino Unido
<b>tel</b>	+44 (0)20 7939 8200
<b>fax</b>	+44 (0)20 7939 8300
<b>web</b>	<a href="http://www.ippf.org">www.ippf.org</a>

Publicado em março de 2015

Design: [www.portfoliopublishing.com](http://www.portfoliopublishing.com) Tradução e diagramação: [www.worldaccent.com](http://www.worldaccent.com)

A Secretaria de Assuntos Populacionais pertence ao Departamento de Desenvolvimento Social da África do Sul