

# MUNDOS

# DISTANTES

Saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade



## Situação da População Mundial 2017

Este relatório foi desenvolvido sob a supervisão da Divisão de Comunicação e Parcerias Estratégicas do UNFPA

### EDITOR CHEFE

Arthur Erken, diretor da Divisão de Comunicação e Parcerias Estratégicas do UNFPA

### ASSESSORA SÊNIOR DE PESQUISA

Raquel Fernández

### PRINCIPAIS PESQUISADORES E AUTORES DE CAPÍTULO

Mercedes Mateo Diaz

Robert Engelman

Jeni Klugman

Gretchen Luchsinger

Elyse Shaw

### ASSESSOR TÉCNICO DO UNFPA

Howard Friedman

### EQUIPE EDITORIAL

**Editor:** Richard Kollodge

**Editora associada e gerente da edição digital:** Katheline Ruiz

**Desenvolvedor digital:** Hanno Ranck

**Publicação, produção e design web:** Prographics, Inc.

© UNFPA 2017

Esta edição em português foi elaborada pelo Escritório do UNFPA no Brasil e viabilizada pelo Escritório do UNFPA em Angola.

**Coordenação editorial:** Paola Bello

**Revisão:** Equipe do UNFPA no Brasil

**Tradução:** Cláudia Bentes David/

Entre Letras Comunicações

**Diagramação do relatório em português:**

Agência Duo Design

**Créditos da foto de capa:**

© Andrew McConnell/IRC/Panos Pictures

**Créditos da foto de contracapa:**

© Igor Aleksander/www.igoraleksander.com

### AGRADECIMENTOS

Aluisio Barros, Janaina Costa, Inacio Silva e Cesar Victora, do Centro Internacional de Equidade em Saúde da Universidade Federal de Pelotas, no Brasil, analisaram e cruzaram dados que mostram as correlações entre desigualdade de riqueza e desigualdades na saúde reprodutiva, maternal e neonatal. David Alejandro Huertas Erazo e Zoe Colgin providenciaram assistência de pesquisa. Melanie Kravelis, Mariam K. Chamberlain Fellow at the Institute for Women's Policy Research, realizou pesquisa e assessoria de redação. A.K. Shiva Kumar também contribuiu para o relatório.

Rachel Snow, chefe da Divisão de População de Desenvolvimento do UNFPA, e seus colegas contribuíram substancialmente com conteúdo, comentários e numerosas pesquisas. A divisão também agregou dados regionais à seção de indicadores deste relatório.

As fontes de dados para os indicadores do relatório foram fornecidos pela Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura e pela Organização Mundial da Saúde.

### MAPAS E DESIGNAÇÕES

As designações empregadas e a apresentação do material em mapas neste relatório não implicam na expressão de qualquer opinião por parte do UNFPA sobre a situação legal de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades ou, ainda, sobre a delimitação de suas fronteiras ou limites.

# UNFPA

Criando um mundo em que todas as gestações sejam desejadas, todos os partos sejam seguros e cada jovem alcance seu potencial.

# MUNDOS

# DISTANTES

Saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade

# SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO MUNDIAL 2017

## PREFÁCIO

página 4

## VISÃO GERAL

A defesa de um mundo mais igual

página 8

## 1

Desigualdade em saúde e direitos

página 16

## 2

A intersecção entre a desigualdade na saúde e nos direitos das mulheres e a desigualdade econômica

página 34

“Disparidades econômicas são apenas parte da história da desigualdade.”

— Dr. Babatunde Osotimehin

# 3

Os custos da desigualdade

página 60

# 4

A caminho da igualdade atendendo primeiro aos que estão em situação de maior vulnerabilidade

página 74

# 5

Inclusão acessível: ações para um mundo mais igualitário

página 92

## GRÁFICOS E INDICADORES

página 104





© Frank Heuer/laif/Redux

*Enquanto o orçamento  
de algumas famílias  
chega a bilhões...*

*...centenas de milhões de  
pessoas vivem com menos  
de US\$ 1,25 por dia.*

© Mark Tuschman



# PREFÁCIO

No mundo de hoje, as disparidades de riqueza aumentaram de forma impressionante. Bilhões de pessoas se encontram nos níveis mais baixos de renda, com seus direitos humanos e perspectivas de uma vida melhor negados. No topo, os recursos e privilégios se acumulam em taxas explosivas, distanciando o mundo ainda mais da visão de igualdade afirmada na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Nesse momento, a riqueza combinada dos 2.473 bilionários do mundo, calculada pela Wealth-X, ultrapassa US\$ 7,7 trilhões, valor equivalente ao produto interno bruto combinado de impressionantes quatro quintos dos países do mundo em 2015. Isso significa que enquanto alguns domicílios privilegiados têm um orçamento bilionário, centenas de milhões de famílias mal sobrevivem com menos de U\$ 1,25 por dia.

Esse é um caminho arriscado de se trilhar. A enorme disparidade entre os mais ricos e os mais pobres não é só injusta, mas também representa um risco para as economias, comunidades e nações. Em 2015, reconhecendo esse risco, os governos do mundo concordaram que o caminho para o desenvolvimento sustentável nos próximos 15 anos deve ser construído com base em igualdade, inclusão e exercício universal dos direitos.

A desigualdade costuma ser entendida em termos de renda ou riqueza – a linha divisória entre os ricos e os pobres. Porém, na realidade, as disparidades econômicas são apenas parte da história da desigualdade. Muitas outras dimensões sociais, raciais, políticas e institucionais se alimentam mutuamente e, juntas, eliminam qualquer esperança de progresso para os povos que estão à margem.

Duas dimensões críticas são a desigualdade de gênero e as desigualdades na concretização da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos – este último, em particular, ainda não recebe a atenção devida. Nenhuma das duas dimensões explica a totalidade da desigualdade do mundo atual, mas as duas são peças essenciais que demandam muito mais ação. Sem essa ação, muitas mulheres e meninas perpetuarão um círculo vicioso de pobreza, capacidades reduzidas, direitos



© Mark Tuschman



© UNFPA/Nicolas Axelrod

humanos não exercidos e potencial não realizado, principalmente nos países em desenvolvimento, onde as disparidades são ainda maiores.

A demanda de planejamento reprodutivo não atendida nos países em desenvolvimento, por exemplo, costuma ser maior entre as mulheres em domicílios que compõem os 20% mais pobres. Sem acesso à contracepção, as mulheres pobres, especialmente as menos instruídas e que moram em áreas rurais, estão em maior risco de uma gravidez não intencional. Isso pode gerar riscos de saúde e

repercussões econômicas por toda a vida. A falta de poder para decidir se, quando ou com que frequência engravidar pode limitar sua educação, atrasar a participação na força de trabalho remunerada e reduzir os ganhos.

Disponibilizar mais informações e serviços, tornando-os mais acessíveis, pode levar a melhores resultados em saúde reprodutiva. Mas isso é só uma parte da solução. A menos que comecemos a chamar a atenção para as desigualdades estruturais e multidimensionais em nossas sociedades, nunca

© Pep Bonet/NOOR



© UNFPA/Nicolas Axelrod





© Fernando Moleres/Panos Pictures



© Tommy Trenchard/Panos Pictures

atingiremos um padrão mais elevado de saúde sexual e reprodutiva para todas as pessoas. Este padrão é o que pretendem os 179 governos que endossaram o Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994, que orienta o trabalho do UNFPA, o Fundo de População das Nações Unidas. A CIPD afirmou que por um fim às disparidades que as mulheres enfrentam nas áreas de renda, educação, emprego, e em outras áreas, depende em grande parte de assegurar que as mulheres e meninas exerçam plenamente seus direitos reprodutivos. Se

© Trygve Bolstad/Panos Pictures



os objetivos da CIPD – e da nova Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável – forem alcançados, a humanidade estará no caminho certo para um mundo mais igual, com economias mais inclusivas e vibrantes. E, acima de tudo, esse é o caminho da dignidade humana para todas as mulheres e meninas em todos os lugares.

**Dr. Babatunde Osotimehin** (1949-2017)  
Sub-Secretário Geral das Nações Unidas e  
Diretor Executivo do UNFPA, o Fundo de População das Nações Unidas

© Kadir Van Lohuizen/NOOR



## Ela nasceu de uma família pobre, em uma comunidade rural de um país pobre.

*Diferentemente de seu irmão e seus parentes mais abastados da cidade, ela está destinada a ser deixada para trás por um mundo que segue avançando.*

*No decorrer de sua vida ela vai para a escola, mas provavelmente por menos anos do que os meninos da sua idade. Ela pode abandonar a escola prematuramente porque casou jovem ou porque tem que cuidar dos irmãos mais novos. Quando chegar à adolescência, ela talvez saiba realizar as tarefas domésticas e cultivar o campo, mas terá poucos conhecimentos que a ajudem a integrar, um dia, a força de trabalho remunerada.*

*Talvez o irmão dela queira viajar para uma cidade e encontrar um trabalho decente, mas é mais provável que ela fique em casa e comece a criar as crianças antes mesmo de se tornar uma adolescente. Ter filhos precocemente já é um risco e os perigos serão agravados porque sua comunidade não tem serviços de saúde materna de qualidade.*

*Olhando para o futuro, ela pode esperar que pelo menos algumas das disparidades que sofre serão passadas a seus filhos e filhas, principalmente para as filhas.*

*Presas em uma emaranhada teia de desigualdades, em algum momento ela pode vislumbrar outro mundo, que é bem mais abastado e fora de alcance. Com isso ela pode questionar ainda mais por que ela tem tão pouco e tão poucas oportunidades de conquistar algo mais.*





VISÃO GERAL

---

# A defesa de um mundo mais igual

© Abbie Traylor-Smith/Panos Pictures

## Direitos não exercidos, perspectivas desiguais

Nenhum país hoje em dia, mesmo aqueles considerados os mais ricos e mais desenvolvidos, pode alegar ser totalmente inclusivo, um lugar onde todas as pessoas têm oportunidades e proteções iguais, desfrutando integralmente de seus direitos humanos.

Entre os direitos humanos acordados internacionalmente, vitais para o bem-estar humano, encontra-se o direito à saúde sexual e reprodutiva. Esse direito foi endossado por 179 governos no Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, de 1994. Segundo o Programa de Ação, os direitos individuais e a dignidade – inclusive

direitos iguais de mulheres e meninas e acesso universal aos serviços e direitos de saúde sexual e reprodutiva – são necessários para alcançar o desenvolvimento sustentável.

Contudo, a concretização desses compromissos ainda guarda muitas disparidades. Algumas das piores delas são encontradas entre mulheres e meninas já marginalizadas por outras formas de exclusão, principalmente a pobreza. Em muitos países em desenvolvimento, as mulheres pobres, que estão nos 20% inferiores da escala de renda, e principalmente aquelas nas áreas rurais, têm muito menos probabilidade de acesso a contraceptivos e cuidado durante a gravidez e o parto do que suas contrapartes nas áreas urbanas mais ricas.

## Em 34 países, AS DISPARIDADES DE RENDA aumentaram entre 2008 e 2013

© Pep Bonet/NOOR





© Mark Tuschman

## 68 países apresentavam **DISPARIDADES DE GÊNERO** maiores em 2016 que em 2015

Entre as adolescentes, que enfrentam as vulnerabilidades adicionais associadas ao fato de serem jovens, aquelas nos domicílios que estão entre os 20% mais pobres nos países em desenvolvimento têm cerca de três vezes mais partos na adolescência do que as adolescentes nos domicílios que estão na camada dos 20% mais ricos. As adolescentes nas áreas rurais têm duas vezes mais partos do que suas contrapartes nas cidades.

### **As muitas faces da desigualdade**

A desigualdade costuma ser vista principalmente como uma distribuição desequilibrada de riqueza ou renda. No entanto, trata-se de um fenômeno mais complexo, reforçado por diversas formas de disparidade – entre sexos, entre raças e etnias e entre

residentes urbanos e rurais. A desigualdade tem muitas faces, sendo cada uma delas um sintoma – e causa – de outra desigualdade.

Diferentes desigualdades tendem a se alimentar mutuamente, prendendo as pessoas em uma espiral descendente de privação e potencial humano perdido. Apesar de algumas pessoas terem oportunidades e capacidades para interromper esta trajetória perversa, muitas pessoas não dispõem de oportunidade ou capacidades suficientes para isso.

Nos últimos anos, a desigualdade econômica entre os países começou a diminuir. Mas, em muitos países ela piorou. Em pelo menos 34 países, a disparidade aumentou entre 2008 e 2013, com a renda dos 60% mais ricos da população crescendo mais rapidamente

do que a dos 40% nas camadas inferiores. Em muitos casos, aqueles que ficam para trás também têm perdido em termos de acesso à saúde de qualidade e outros serviços essenciais ao bem-estar e direitos humanos.

Outra dimensão da desigualdade que tem piorado em algumas partes do mundo tem a ver com gênero. Afetando todas as esferas da vida, ela se correlaciona em grande medida com a desigualdade econômica, embora reflita também em outros fatores, como o acesso desigual à assistência à saúde sexual e reprodutiva.

O Fórum Econômico Mundial calcula um índice global de disparidade de gênero que capta as diferenças entre homens e mulheres em acesso a

recursos e oportunidades como, por exemplo, renda e participação na força de trabalho, educação, saúde e empoderamento político. Dos 142 países cobertos pelo índice em 2016, em 68 a disparidade de gênero se mostrou maior que a do ano anterior.

### **Desigualdade, saúde e direitos sexuais e reprodutivos**

A exclusão com base em muitas fontes que a reforçam pode ter sérias consequências. As desigualdades em saúde e direitos sexuais e reprodutivos, embora costumem receber atenção limitada, têm implicações que atingem desde os

© Michelle Siu/Redux



indivíduos até toda uma nação. As interseções com outras formas de desigualdade significam que uma mulher pobre e sem instrução em uma área rural, que não pode decidir sobre a gravidez, provavelmente não receberá educação ou participará da força de trabalho. Assim, ela provavelmente continuará presa à pobreza e à marginalização.

Quando milhões de outras mulheres sofrem com privações semelhantes, os custos são agravados para as sociedades e economias como um todo. Há poucas perspectivas de concretizar os direitos humanos e alcançar uma sociedade estável e justa, assim como uma economia inclusiva e sustentável.

Um caminho alternativo – que combate diversas desigualdades, inclusive na saúde sexual e reprodutiva – pode trazer benefícios importantes, inclusive o desenvolvimento da saúde e do capital humano, além da erradicação da pobreza.

Os países mais pobres, com grande população jovem ou emergente, que reduzem as disparidades na assistência à saúde sexual e reprodutiva e que promovem igualdade de gênero, também têm potencial de aproveitar e maximizar um dividendo demográfico, parcialmente resultante de ter uma população mais saudável e produtivo na força de trabalho, com menos dependentes.

© Johan Ordonez/AFP/Getty Images





© Jacob Silberberg/Panos Pictures

### Compromissos com a mudança

A legislação internacional define uma série de direitos políticos, econômicos, sociais e culturais, inclusive direitos humanos para grupos, como mulheres e crianças, particularmente vulneráveis à exclusão. Desde o acordo sobre o Programa de Ação de 1994, as pessoas se mobilizam para expandir o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva no mundo todo, reduzindo a disparidade entre os países. O acesso, assim como os níveis de renda, tem melhorado em mais países e entre áreas urbanas e rurais.

Ainda assim, as disparidades não são reduzidas com a velocidade necessária – por exemplo, para realizar as grandes ambições da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Ratificada

por 193 países, a Agenda é um plano global de progresso até 2030, que identifica a pobreza como o maior desafio global e convoca a libertar o mundo dessa “tirania” sem deixar qualquer pessoa para trás.

A Agenda enfatiza repetidamente que todas as sociedades e economias devem ser inclusivas. Medidas relativas à igualdade perpassam seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, assim como a meta de assistência universal à saúde. O quinto objetivo visa a igualdade de gênero. O décimo objetivo é dedicado a reduzir a desigualdade entre e dentro dos países. Todos os objetivos são interdependentes; o progresso como um todo depende do progresso na realização de cada um dos 17 objetivos.

## Colocando um ponto final na espiral descendente

Para colocar um ponto final na espiral descendente da desigualdade será necessária uma visão de sociedades inclusivas e prosperidade compartilhada, ancoradas nos princípios de direitos humanos e apoiadas por recursos novos e mais bem orientados.

As ações em diversas frentes devem combater todas as formas de desigualdade – social e econômica – e tanto as consequências quanto as causas, já que a desigualdade pode impedir que as pessoas e as sociedades se libertem.

Na área de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, alguns países mostraram o caminho a seguir, por exemplo, ao incluir os serviços de saúde sexual e reprodutiva nos objetivos gerais de acesso universal à saúde. Os investimentos

em saúde reprodutiva não só garantem que todas as pessoas – não apenas as ricas – desfrutem dos direitos reprodutivos, mas também pode beneficiar sociedades inteiras. Na República da Coreia, por exemplo, investimentos em saúde, inclusive serviços de saúde reprodutiva, aliados a investimentos em educação, contribuíram para um “milagre” econômico, criando oportunidades para todas as pessoas.

As sociedades inclusivas são uma opção consciente e viável, construídas por meio de políticas públicas e leis, além de serviços e normas sociais favoráveis. Já passou da hora de todos os países e a comunidade global abraçarem essa opção. Todos ganharemos quando os direitos humanos e a dignidade forem respeitados globalmente, sem exceção e sem deixar ninguém para trás.

© Mark Tuschman/ Planned Parenthood Global





© Paolo Patruno

## CAPÍTULO 1

---

# Desigualdade em saúde e direitos

Ter a informação, o poder e os meios para decidir se, quando e com que frequência engravidar é um direito humano universal. Foi isso o que 179 governos acordaram na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento em 1994.

Direito universal é aquele que se aplica a todas as pessoas, em todo lugar, independentemente de renda, etnia, local de residência ou qualquer outra característica. Mas a realidade é que hoje, em todo o mundo em desenvolvimento, esse direito está longe de ser exercido universalmente, com centenas de milhões de mulheres que ainda lutam para obter informação, serviços e métodos para evitar uma gravidez ou para ter um parto seguro.

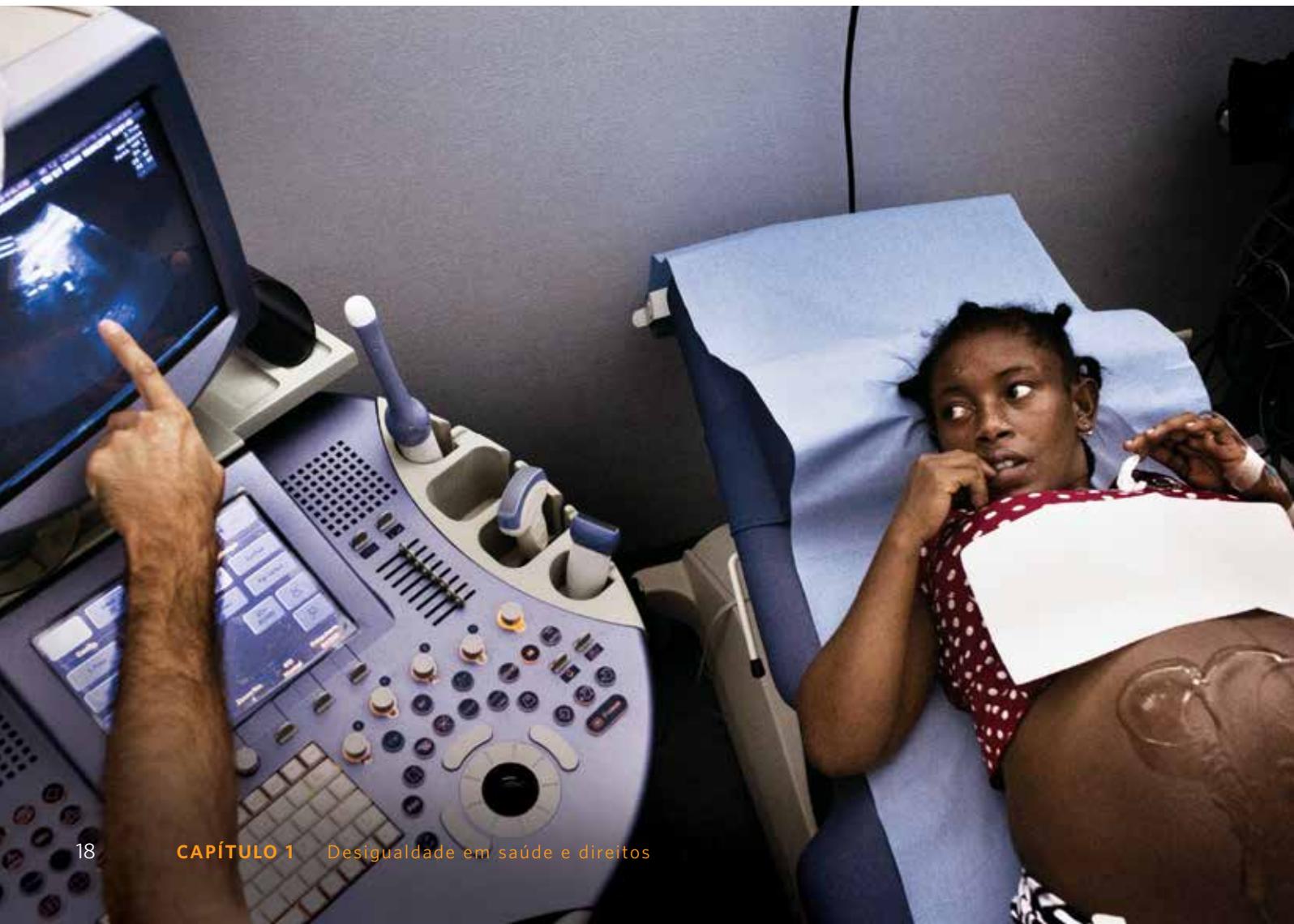
Poder exercer os direitos reprodutivos depende, em parte, se a mulher vive na cidade ou em uma área

rural, qual seu nível de ensino e se ela é rica ou pobre.

Uma mulher que tenha estudado, vivendo em um domicílio rico em uma cidade, por exemplo, provavelmente terá acesso a diversas opções modernas de contraceptivos; terá poder de decidir se, quando e com que frequência engravidar; terá um parto seguro em um hospital ou clínica sob os cuidados de um profissional de saúde.

Por outro lado, uma mulher pobre, pouco instruída e vivendo em uma área rural provavelmente terá poucas opções para evitar gravidez, se manter saudável durante a gravidez ou dar à luz com a ajuda de um profissional qualificado. E, ao buscar exercer seus direitos reprodutivos, ela pode encontrar obstáculos sociais e institucionais que sua contraparte

© Francesco Zizola/NOOR



abastada, instruída e urbana talvez nunca encontre, ou possa superar facilmente.

As desigualdades em saúde sexual e reprodutiva estão relacionadas à desigualdade econômica. Na maioria dos países hoje o acesso à assistência crítica à saúde sexual e reprodutiva é geralmente menor entre os domicílios entre os 20% mais pobres, e mais alto entre os 20% mais ricos.

As pesquisas demográficas e de saúde sobre mulheres e homens em países em desenvolvimento e alguns países desenvolvidos coletaram muitos dados sobre acesso à saúde sexual e reprodutiva. Esses dados indicam diferentes níveis de desigualdade, embora em alguns casos o acesso e os resultados tenham melhorado. Este capítulo

mostra a situação e as tendências no acesso desigual a serviços de saúde sexual e reprodutiva, assim como as relações com as desigualdades econômicas.

### Atendimento à demanda por contracepção: desigualdade em duas dimensões

Uma forma de medir o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva é verificar em que medida uma mulher que deseja utilizar um método moderno contraceptivo tem acesso a ele. O acesso a serviços de planejamento reprodutivo é um elemento fundamental não só da saúde reprodutiva, mas da igualdade social e econômica, uma vez que uma gravidez não intencional limita

© Abbie Traylor-Smith/H4+/Panos Pictures



as oportunidades das mulheres de terem ensino, participação cívica e crescimento econômico.

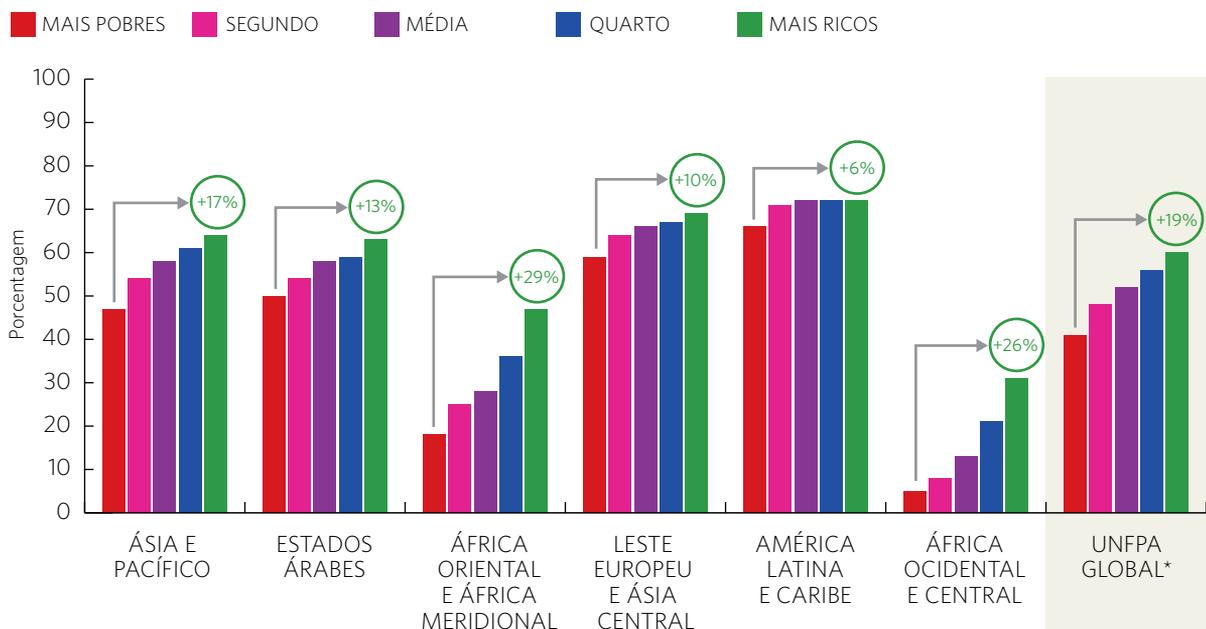
O uso de métodos modernos de contraceção por mulheres de 15 a 49 anos de idade, casadas ou em uma união, varia por grupo de renda na maioria dos países em desenvolvimento (Figura 1). Os dados dos países em desenvolvimento sugerem que, na maioria desses países, a prevalência de contraceptivo é menor entre as mulheres mais pobres, rurais ou menos instruídas do que entre as contrapartes mais ricas, urbanas ou mais instruídas (UNFPA, 2013a). Mas há exceções, onde o uso do planejamento reprodutivo é, no geral, mais equitativo. Em Bangladesh, Butão, Camboja e Tailândia, por exemplo, as taxas de prevalência de contraceptivos são mais elevadas nos

20% mais pobres da população do que nos 20% mais ricos. Nesses e em muitos outros países, esforços articulados para expandir a cobertura do planejamento reprodutivo levaram a um acesso quase universal ao uso de contraceptivos modernos e taxas quase iguais de prevalência de contraceptivo no espectro de riqueza – entre os domicílios mais ricos e os mais pobres.

A prevalência de contraceptivo também varia de acordo com o local de residência. Em todo o mundo em desenvolvimento, a prevalência de contraceptivo é mais elevada em cidades do que nas áreas rurais (Figura 2). As maiores disparidades estão na África subsaariana.

Uma análise dos dados sobre a proporção de demanda por planejamento reprodutivo atendida

FIGURA 1 Taxa de prevalência de contraceptivo entre mulheres de 15 a 49 anos de idade, casadas ou em união, por região e quintil de riqueza



\* Refere-se à média ponderada de 155 países e territórios onde o UNFPA funciona

Nota: Gráfico baseado nos dados mais recentes disponíveis

Fonte: UNFPA (2016b)

com métodos contraceptivos modernos mostra que as mulheres casadas ou em união nos países menos desenvolvidos têm menos acesso do que as dos países em desenvolvimento. Mostra também que, independentemente do agrupamento de renda de um país, os 20% (quintil) mais ricos da população no país, em média, têm mais acesso enquanto os 20% mais pobres têm o menor acesso. Ao mesmo tempo, as mulheres em áreas urbanas são mais capazes de ter suas demandas por métodos modernos de contracepção atendidas do que suas contrapartes rurais.

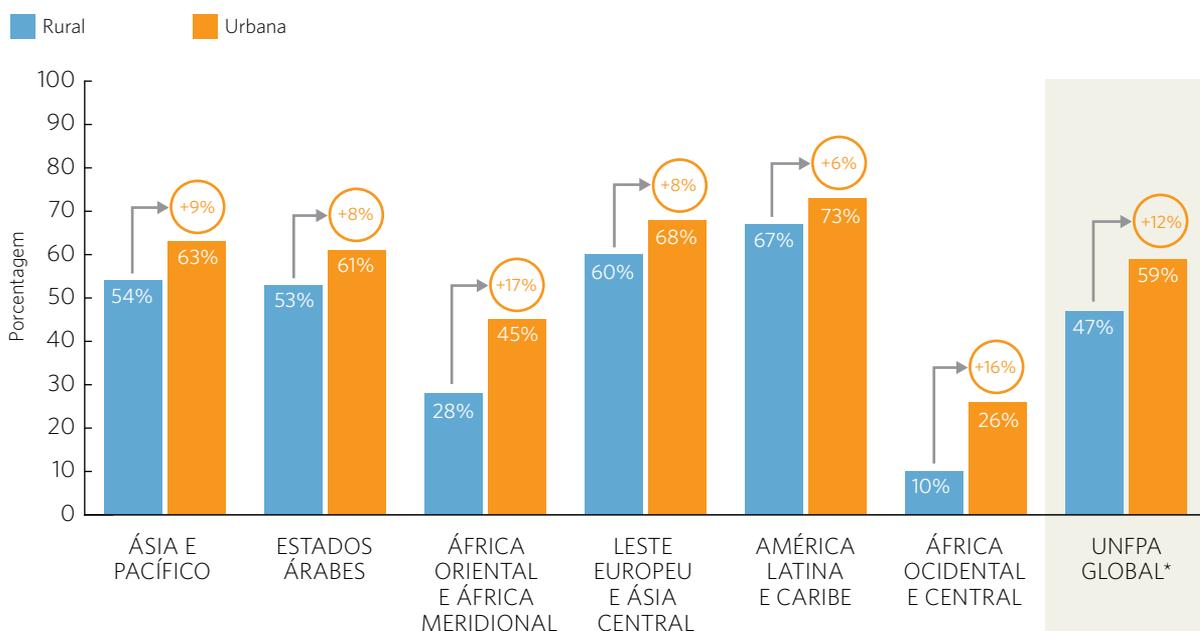
As maiores desigualdades com base em riqueza em relação à satisfação da demanda por planejamento reprodutivo estão na África Ocidental e Central,

seguidas pela África Oriental e Meridional. Em 13 dos 20 países da África Ocidental e Central as mulheres dos domicílios entre os 20% mais ricos têm mais que o dobro de possibilidade de terem sua demanda por contracepção atendida do que as mulheres dos domicílios entre os 20% mais pobres.

As desigualdades de riqueza são menos evidentes na Ásia e no Pacífico, Leste Europeu e Ásia Central, e na América Latina e no Caribe.

Muitos países em desenvolvimento melhoraram sua capacidade de oferecer métodos contraceptivos modernos para as mulheres que querem evitar ou postergar a gravidez e também reduziram a desigualdade com base em riqueza relativa à satisfação dessa demanda (Figura 4).

**FIGURA 2** Taxa de prevalência de contraceptivo entre mulheres de 15 a 49 anos de idade, casadas ou em união, por local de residência



\* Refere-se à média ponderada de 155 países e territórios onde o UNFPA funciona

**Nota:** Gráfico baseado nos dados mais recentes disponíveis  
**Fonte:** UNFPA (2016b)

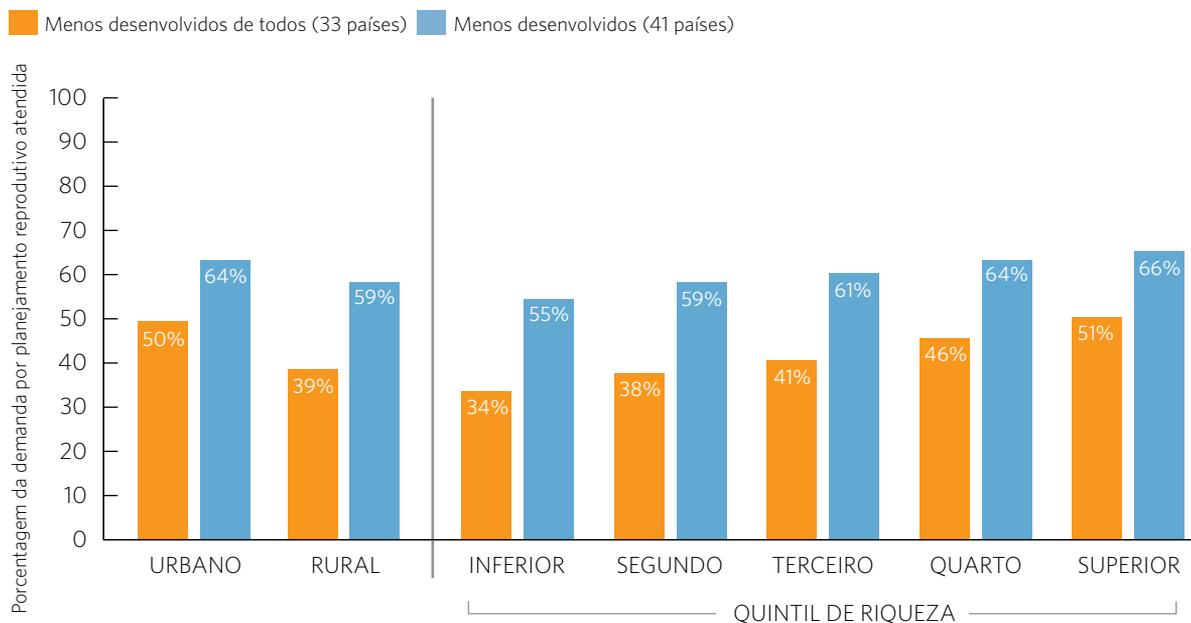


© Mark Tuschman



© Jonathan Torgovnik/Getty Images Reportage

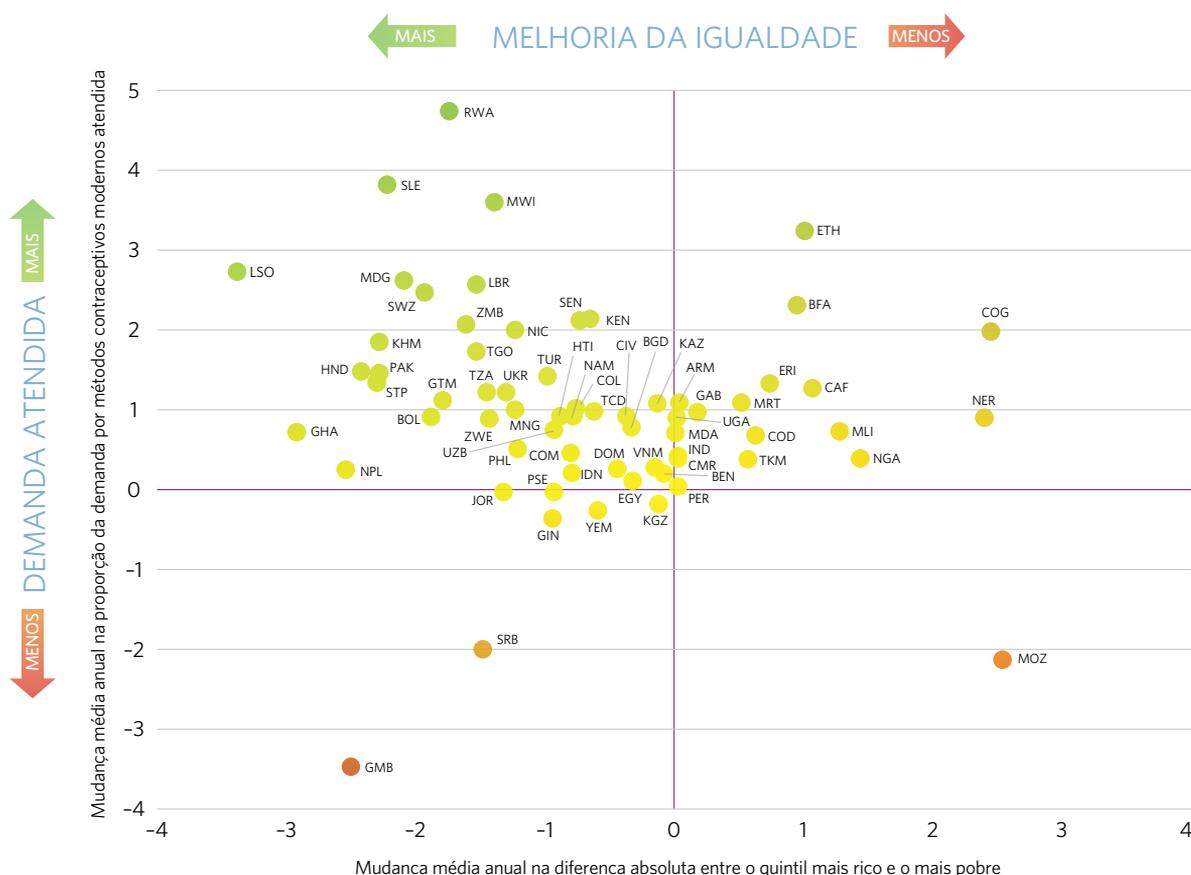
**FIGURA 3** Proporção de demanda por planejamento reprodutivo atendida com métodos contraceptivos modernos, por nível de desenvolvimento, local de residência e quintil de riqueza, 2000-2004



Cada ponto na Figura 4, e em figuras semelhantes neste capítulo, representa um país. Sua posição no eixo x indica a mudança anual média na disparidade (a diferença) entre a parcela da demanda por planejamento reprodutivo atendida (para mulheres e adolescentes casadas ou em uma união) com métodos modernos de contracepção, para o quintil mais alto de riqueza em comparação ao mais baixo em um país. Assim, quanto mais o país estiver à esquerda, mais rápido o país conseguiu reduzir a desigualdade absoluta. Sua posição no eixo y mede a mudança média na proporção de mulheres com necessidade de

planejamento reprodutivo atendida com métodos contraceptivos modernos. Assim, quanto mais alto um país estiver em relação à linha zero, mais rápido sua cobertura se expandiu ao longo do tempo; quanto mais baixo um país estiver abaixo da linha horizontal, maior a redução no atendimento à demanda por planejamento reprodutivo. Pensando em termos de quadrantes no gráfico, a maioria dos países está no quadrante superior esquerdo, onde a demanda atendida aumentou ao longo do tempo e a desigualdade diminuiu. Os países com melhor desempenho estão no extremo esquerdo superior, como Ruanda e Serra Leoa.

FIGURA 4 **Mudança anual na proporção de demanda por planejamento reprodutivo atendida com métodos contraceptivos modernos e na diferença entre os quintis mais ricos e os mais pobres**



O segundo quadrante mais populoso é o canto superior direito, onde a demanda atendida cresceu ao longo do tempo, mas as desigualdades também cresceram. A Etiópia, por exemplo, teve um aumento na demanda atendida, mas a diferença entre o quintil de riqueza mais rico e o mais pobre aumentou, em média, 1 ponto percentual ao ano. Os dados de cada país se referem a diferentes anos mas, no geral, cobrem o período de 10 anos mais recente.

Alguns países obtiveram mais progresso na redução da desigualdade de acesso à contracepção, enquanto outros progrediram mais na expansão da cobertura de serviços contraceptivos. Alguns progrediram nas duas áreas.

Na Figura 5, cada ponto, semelhante a uma conta de um ábaco, representa um dos cinco quintis posicionado em relação à sua proporção de demanda atendida com métodos contraceptivos modernos. Uma redução na desigualdade entre dois pontos no tempo é indicada por pontos que estão mais próximos um do outro. Uma mudança geral para a direita significa que houve uma melhoria geral na cobertura de métodos contraceptivos modernos.

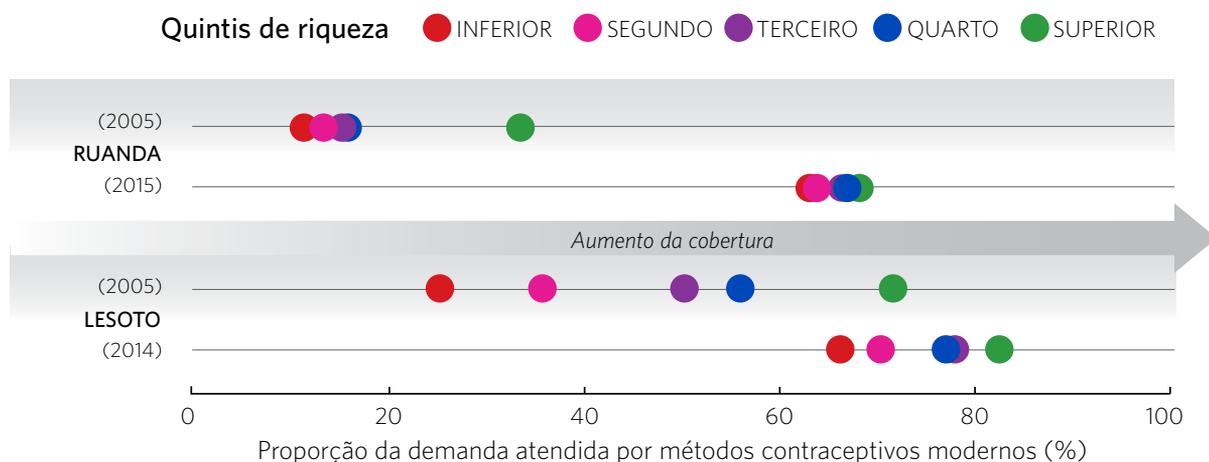
A Figura 5 mostra os dois países que mais progrediram em um período de 10 anos no que diz respeito à redução da desigualdade de atendimento à demanda por métodos modernos de contracepção entre os quintis de riqueza (Lesoto) e ao aumento da cobertura de métodos contraceptivos modernos (Ruanda).

Entre 2005 e 2015, Ruanda transformou tanto o acesso quanto a igualdade. A posição relativamente avançada do quintil mais rico em comparação a todos os outros em 2005 é particularmente digna de nota, apesar de menos de 40% da demanda por planejamento reprodutivo neste quintil ser atendida por métodos contraceptivos modernos. Uma década depois, as disparidades entre todos os cinco quintis realmente diminuíram, com uma proporção de acesso próxima a 70%.

### As mulheres mais pobres têm menos acesso ao atendimento pré-natal

O atendimento pré-natal garante as melhores condições de saúde para a mãe e o feto. Além disso, também é uma plataforma de promoção e educação

FIGURA 5 Proporção da demanda por planejamento reprodutivo atendida com métodos contraceptivos modernos em Ruanda (2005 e 2015) e Lesoto (2005 e 2014), por quintil de riqueza



em saúde, permitindo o controle e diagnóstico de riscos e ajudando a evitar ou administrar as doenças relacionadas à gravidez.

Até novembro de 2016, quatro consultas pré-natais com um prestador de assistência à saúde qualificado eram o mínimo necessário para uma gravidez segura e saudável. As mulheres nos domicílios parte dos 20% mais pobres têm menor acesso ao cuidado pré-natal em comparação a outros quintis de riqueza.

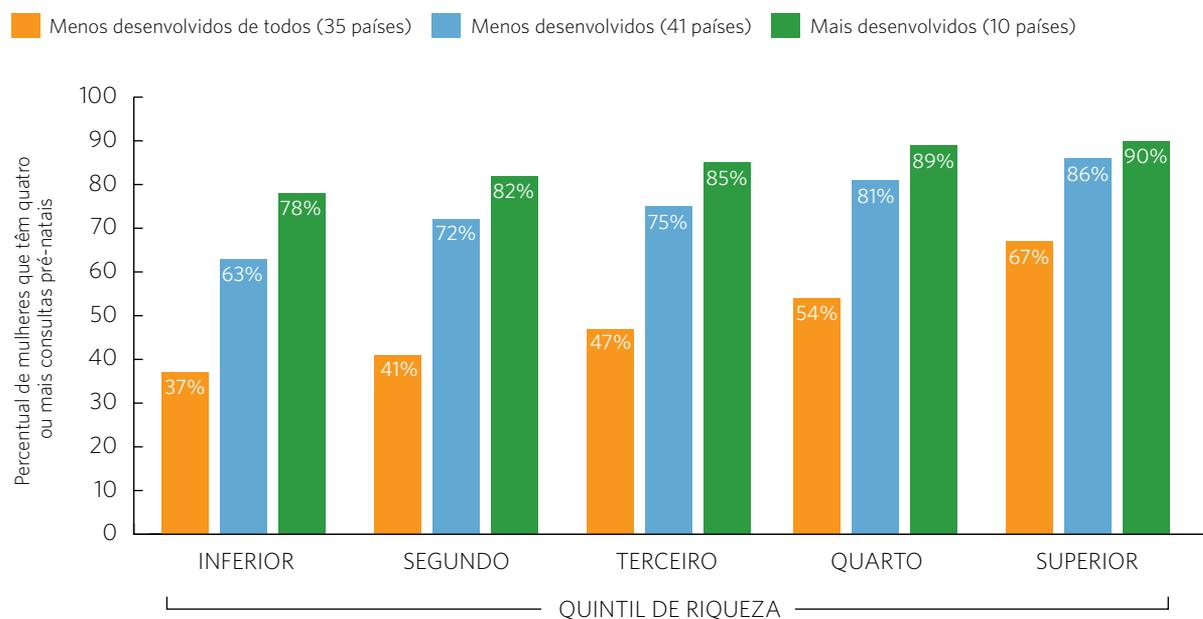
Apesar de o acesso ao cuidador pré-natal estar aumentando no mundo todo, as mulheres nos países em desenvolvimento, principalmente na África subsaariana e no Sul da Ásia, geralmente recebem menos de quatro consultas pré-natais. A situação é ainda pior nas áreas rurais, onde os custos associados à viagem por longas distâncias para atendimento podem ser proibitivamente altos.

A desigualdade com base em riqueza no cuidado pré-natal é maior nos 48 países menos desenvolvidos;

países com cobertura geral de cuidado pré-natal muito baixa geralmente apresentam as maiores disparidades no acesso a esse cuidado (Figura 6). Por exemplo, no Afeganistão, na Etiópia e no Iêmen, onde menos de 25% das mulheres têm quatro ou mais consultas pré-natais, as mulheres nas áreas urbanas têm pelo menos 2,5 vezes mais chance do que as mulheres das áreas rurais de ter o número mínimo de consultas recomendado. A desigualdade com base no local de residência é menos acentuada na América Latina e no Caribe. Na República Dominicana, Guatemala, Peru, Guiana e Honduras, por exemplo, a parcela de mulheres com quatro ou mais consultas pré-natais é semelhante nas áreas urbanas e rurais.

Em termos globais, as mulheres dos domicílios parte dos 40% mais ricos têm mais possibilidade de ter quatro ou mais consultas pré-natais (Figura 6). Em Chade, na Etiópia e no Paquistão, por exemplo, as mulheres dos domicílios parte dos 20% mais ricos têm

**FIGURA 6** Proporção de mulheres com quatro ou mais consultas pré-natais, por nível de desenvolvimento e quintil de riqueza, últimos anos disponíveis



quatro vezes mais chances de ter pelo menos quatro consultas pré-natais do que as mulheres dos domicílios parte dos 20% mais pobres.

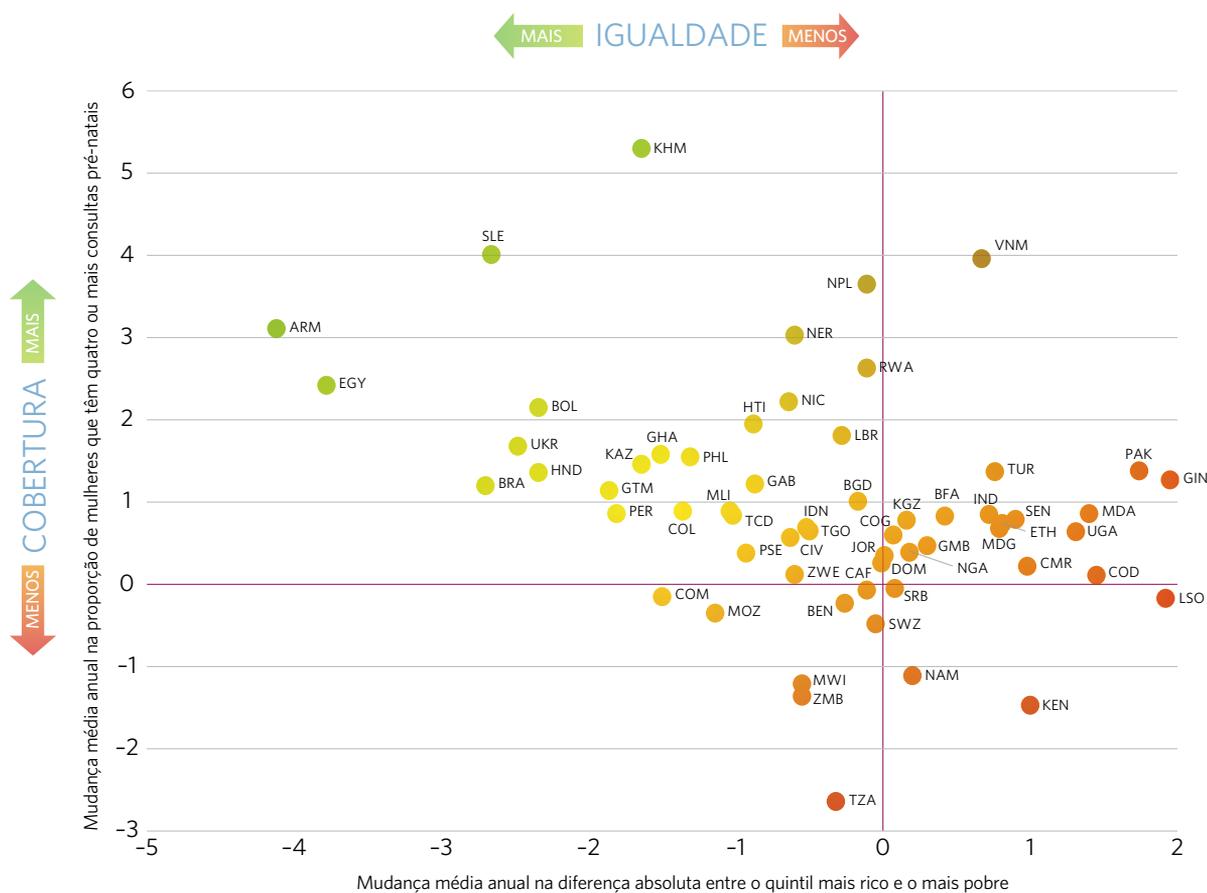
No entanto, a maioria dos países para os quais temos dados disponíveis tem indo em direção a maior acesso a consultas pré-natais, assim reduzindo a desigualdade com base em riqueza. Na Figura 7, os pontos no quadrante superior esquerdo representam as melhorias no acesso e na qualidade.

Entre os países abrangidos por essa análise, o Camboja teve mais progresso na garantia de diversas visitas a mulheres grávidas realizadas por provedores

de saúde, com melhor cobertura para o quintil mais pobre em 2014 do que para o mais rico em 2005 (Figura 8). A igualdade no acesso entre os quintis ricos também melhorou, mas modestamente.

A Armênia teve a maior melhoria em igualdade de acesso a consultas pré-natais entre todos os países pesquisados. Não só todos os quintis de riqueza aumentaram em relação a todas as posições anteriores em 2010 em comparação a 2000, mas as mulheres em todos os quintis estavam recebendo proporções de acesso praticamente idênticas – quase 100% – em 2010.

FIGURA 7 Mudança anual na proporção de mulheres que têm quatro ou mais consultas pré-natais e na diferença entre o quintil mais rico e o mais pobre

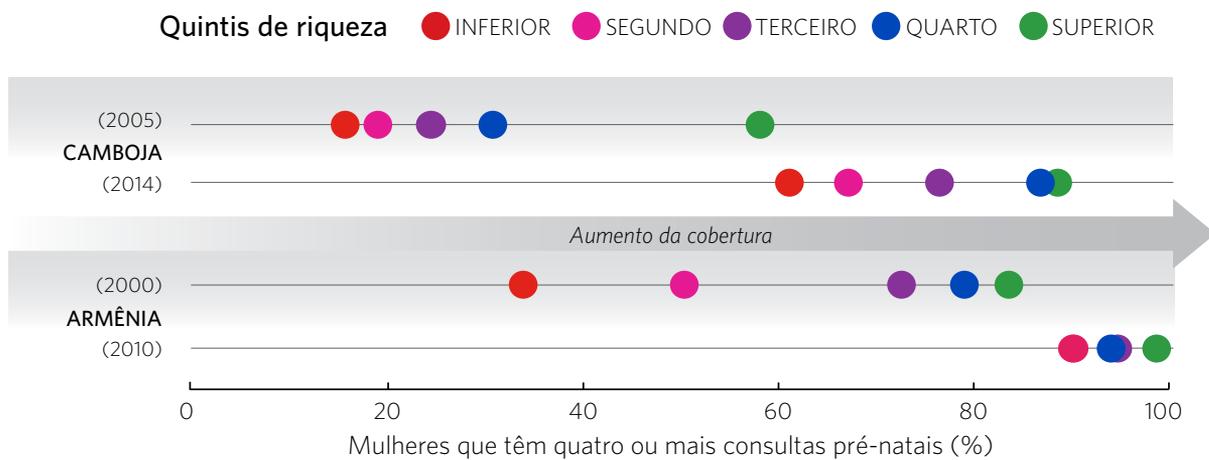


Abreviações de países e territórios listados na página 104.



© UNFPA/Nicolas Axelrod

**FIGURA 8** Proporção de mulheres com quatro ou mais consultas pré-natais no Camboja (2005 e 2014) e na Armênia (2005 e 2010), por quintil de riqueza





Nos países em desenvolvimento,  
os **20%** das mulheres  
mais pobres são mais propensos a  
**TEREM PARTOS  
SEM ASSISTÊNCIA**  
que as 20% mais ricas

## As mulheres mais pobres têm mais chance de terem os partos sozinhas

Os partos assistidos por profissionais qualificados, como parteiras, são um traço de acesso à assistência à saúde reprodutiva e uma recomendação da Organização Mundial da Saúde para todos os partos.

O uso de profissionais de parto qualificados está intrinsecamente relacionado a taxas de mortalidade materna menores e reduções na mortalidade neonatal (Snow et al., 2015).

Assim como outros indicadores de saúde reprodutiva, a assistência qualificada ao parto é quase universal em países mais desenvolvidos, com menor prevalência nos países menos desenvolvidos (Figura 9).

Um relatório de Wang et al. (2011) cita uma forte relação positiva entre a riqueza do domicílio e a assistência qualificada no parto. Nos países em desenvolvimento, as mulheres no quintil das 20% mais pobres têm muito mais probabilidade de terem

o parto sozinhas do que as mulheres no quintil superior de riqueza.

A maior desigualdade com base em riqueza no uso de assistência qualificada ao parto está na África Ocidental e Central, seguida pela Ásia e Pacífico e África Meridional e Oriental. Em 14 dos 20 países da África Ocidental e Central, o uso de profissionais de parto qualificados entre as mulheres dos domicílios que estão na camada dos 20% mais ricos é o dobro do uso entre mulheres dos domicílios parte dos 20% mais pobres.

No Afeganistão, Bangladesh, Camarões, Guiné, Níger e Nigéria o uso de assistência qualificada ao parto é extremamente baixo entre as mulheres mais pobres, com menos de 20%, em comparação a de no mínimo 70% entre as mulheres mais ricas.

A desigualdade com base em riqueza em relação à assistência qualificada ao parto é mínima na maioria dos países da Europa Oriental e Ásia Central, Estados Árabes, assim como na América Latina e no Caribe.

FIGURA 9 Proporção de partos com profissionais qualificados por categoria de desenvolvimento, local de residência e quintil de riqueza, último ano disponível

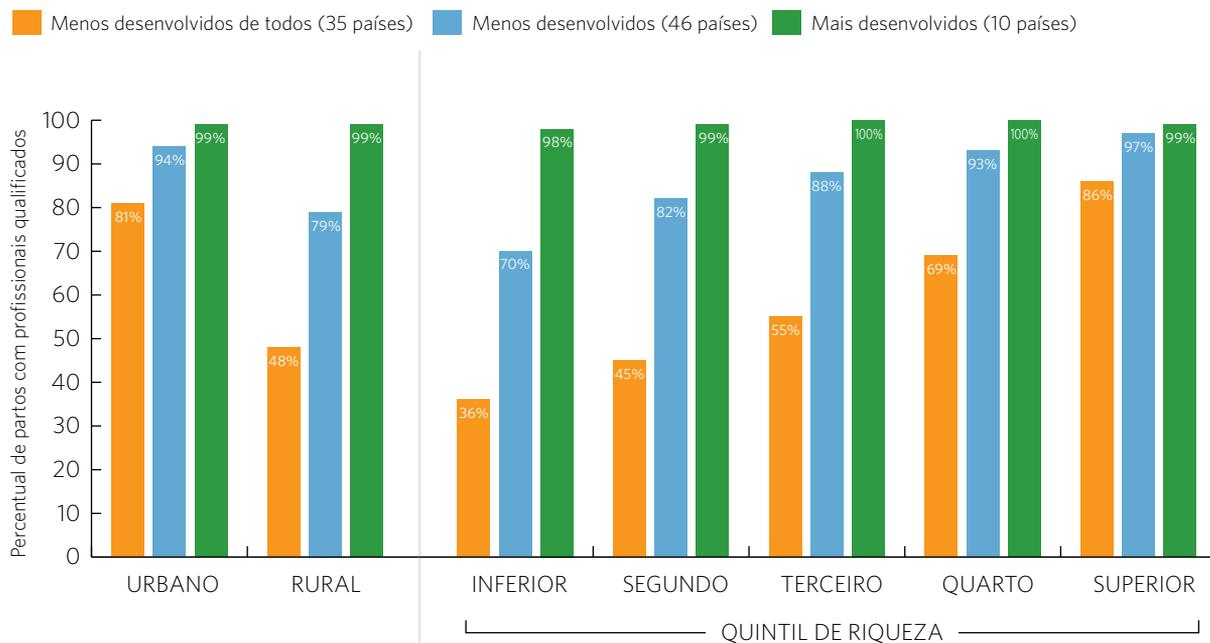
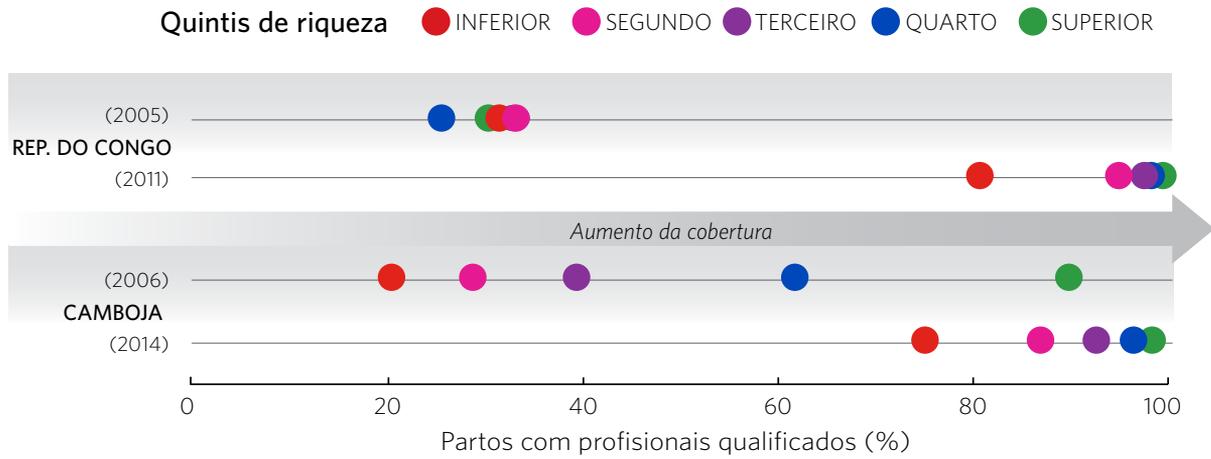




FIGURA 11 Proporção de partos com profissionais qualificados na República do Congo (2005 e 2011) e no Camboja (2006 e 2014), por quintil de riqueza



© Lynsey Addario for Time Magazine/UNFPA



## Desigualdades em saúde materna e sobrevivência de recém-nascidos

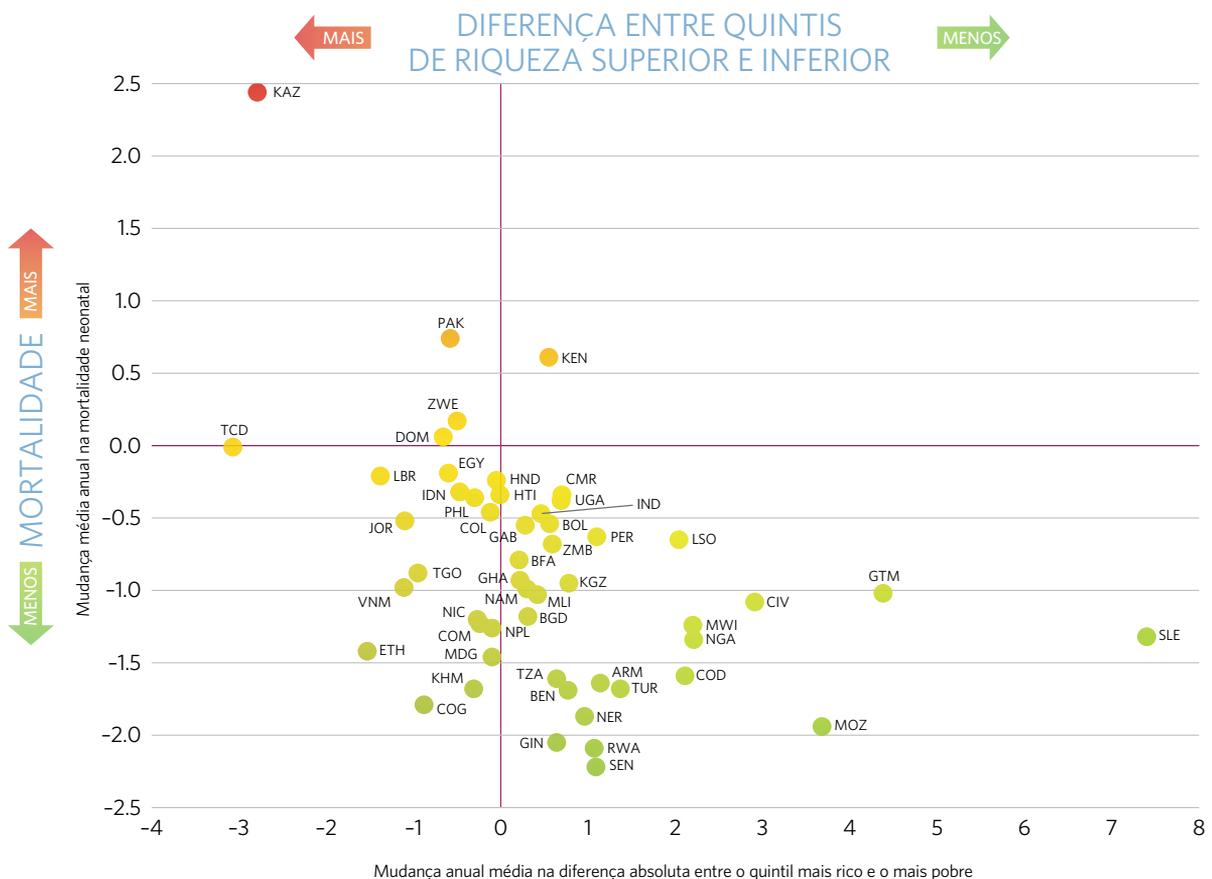
Um dos indicadores mais importantes de acesso e igualdade em assistência à saúde sexual e reprodutiva é a proporção de recém-nascidos (neonatos) que sobrevivem ao primeiro mês de vida. A mortalidade neonatal é um sinal de pouca saúde materna e assistência abaixo do padrão recebida pelas mães durante a gravidez e o parto. As taxas de mortalidade neonatal variam se a mãe e o recém-nascido estão em áreas urbanas ou rurais, e se estão entre os 20% mais pobres ou mais ricos da população.

A mortalidade neonatal geral tem caído, exceto por alguns poucos países. No entanto, a desigualdade

por quintil de riqueza é a que mais cresce. Na Figura 12, os pontos abaixo da linha central horizontal se moveram nas pesquisas mais recentes no sentido de maior sobrevivência de crianças depois do primeiro mês de vida. Os pontos à direita da linha vertical central se moveram no sentido de maior desigualdade nas taxas de sobrevivência de neonatos, ou seja, a diferença da taxa entre os quintis mais ricos e os mais pobres aumentou nos últimos anos.

Entre os países apresentados nesse gráfico, o Senegal teve a maior redução geral da mortalidade neonatal em um período recente de 10 anos, com uma pequena mudança na diferença entre os quintis mais pobres e os mais ricos nesse indicador (Figura 13). A mortalidade

FIGURA 12 Mudança anual na taxa de mortalidade neonatal e na diferença entre o quintil mais rico e o mais pobre



Abreviações de países e territórios listados na página 104.

neonatal em Chade, por outro lado, pouco mudou entre 1996 e 2004. A incidência de mortalidade neonatal, no entanto, sobrecarregou as famílias em todos quintis de riqueza de uma forma um pouco mais igual.

### A caminho da igualdade em saúde e direitos reprodutivos

Nos países em desenvolvimento, o acesso limitado a serviços de saúde sexual e reprodutiva, assim como os resultados negativos em saúde, estão fortemente relacionados à pobreza.

As mulheres nos domicílios da camada dos 20% mais pobres podem ter pouco ou nenhum acesso à assistência à saúde sexual e reprodutiva, inclusive contracepção, o que leva à gravidez não planejada, maior risco de doença ou morte na gravidez ou parto, e à necessidade de terem filhos sozinhas, sem a assistência de um médico, enfermeiro ou parteira. Para essas mulheres pobres, sua precária saúde sexual e reprodutiva pode diminuir as oportunidades, reduzir seu potencial e solidificar sua posição no degrau mais baixo da escada econômica.

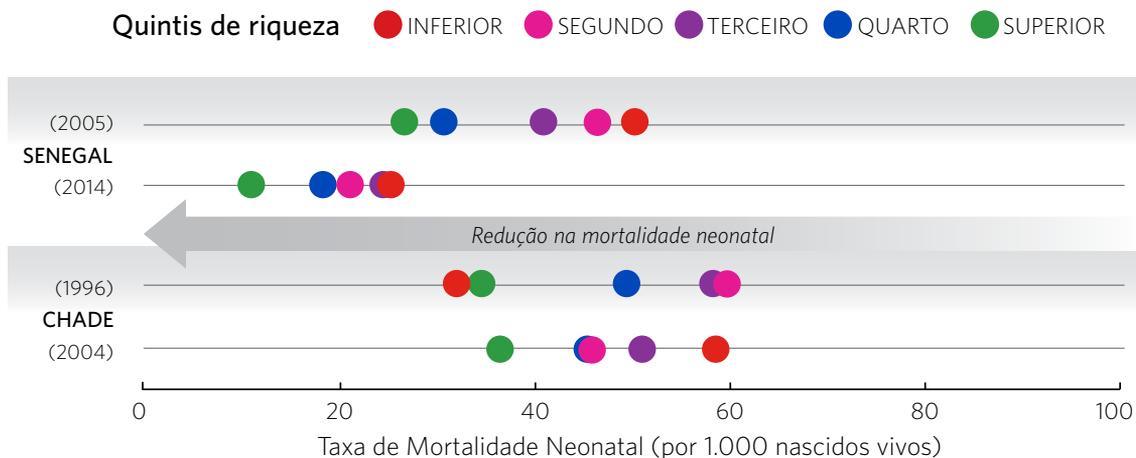
As mulheres dos domicílios que fazem parte dos 20% mais ricos normalmente têm maior acesso à assistência

e aos serviços que permitirão que elas exerçam seus direitos reprodutivos. Os serviços disponíveis para essas mulheres podem ajudar a encontrar oportunidades de buscar maior escolaridade, entrar ou permanecer na força de trabalho remunerada, receber maiores salários e realizar todo seu potencial na vida. Essas oportunidades reforçam ou melhoram sua situação econômica e social em suas comunidades ou países.

Apesar de o acesso a serviços e resultados de saúde reprodutiva estar relacionado ao ponto em que uma mulher se encontra na escala da riqueza em qualquer país, se na parte superior ou inferior da escala, diversas forças sociais, institucionais, políticas, geográficas e econômicas também estão em jogo. As desigualdades em saúde reprodutiva são profundamente afetadas pela qualidade e alcance dos sistemas de saúde, assim como pela desigualdade de gênero, que pode ter grande impacto no grau de controle que uma mulher tem sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

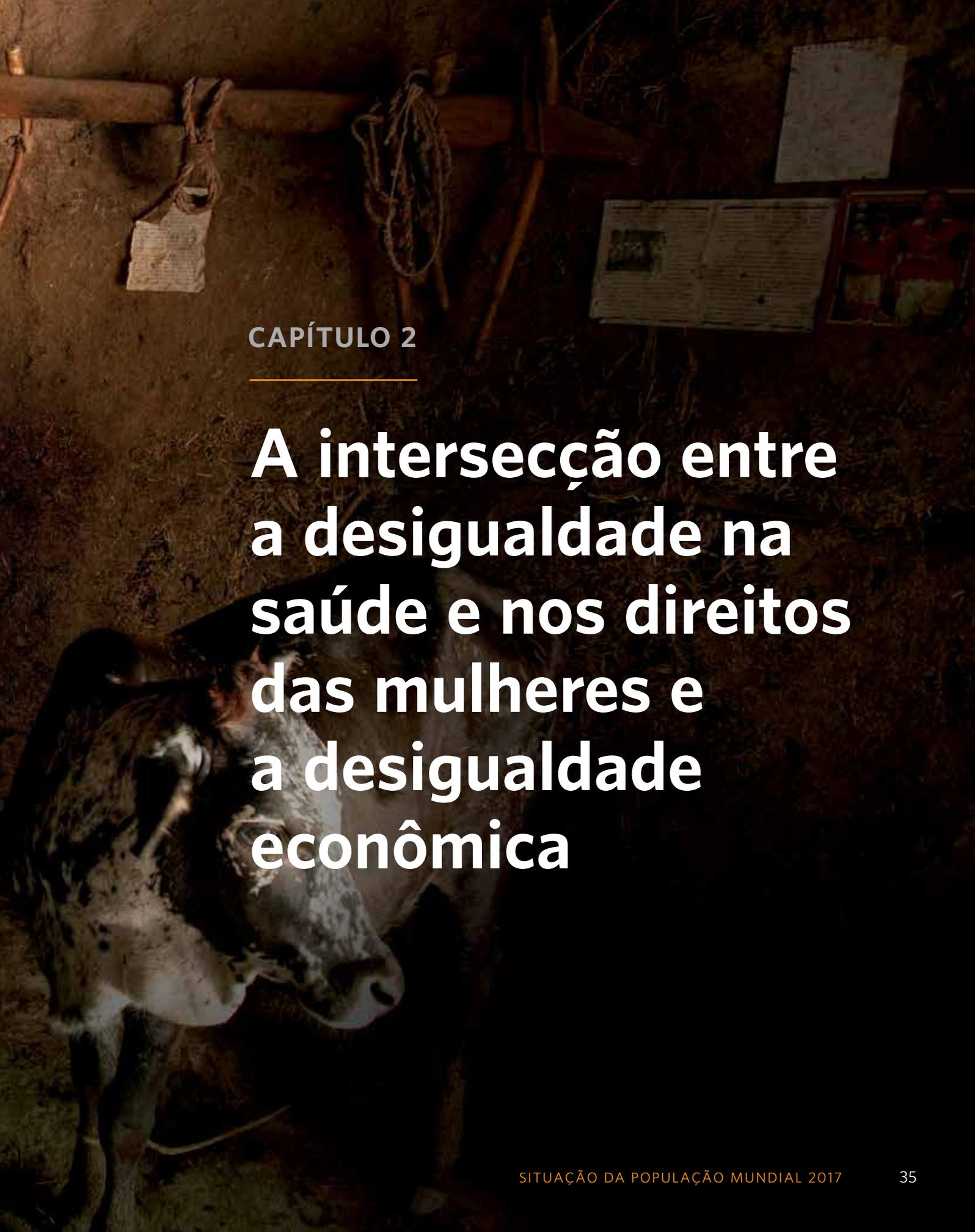
Superar esses obstáculos e tratar da desigualdade de gênero subjacente são elementos críticos para avançar na redução de desigualdade em saúde sexual e reprodutiva, e também podem levar ao avanço na redução das desigualdades econômicas.

FIGURA 13 Taxas de mortalidade neonatal no Senegal (2005 e 2014) e em Chade (1996 e 2004), por quintil de riqueza





© Mark Tuschman



CAPÍTULO 2

---

# A intersecção entre a desigualdade na saúde e nos direitos das mulheres e a desigualdade econômica

A capacidade de uma mulher de exercer seus direitos reprodutivos pode influenciar se ela realizará todo seu potencial e conseguirá aproveitar as oportunidades em educação ou concorrer a um emprego. Suas alternativas de vida podem ser limitadas pelas poucas opções em saúde sexual e reprodutiva.

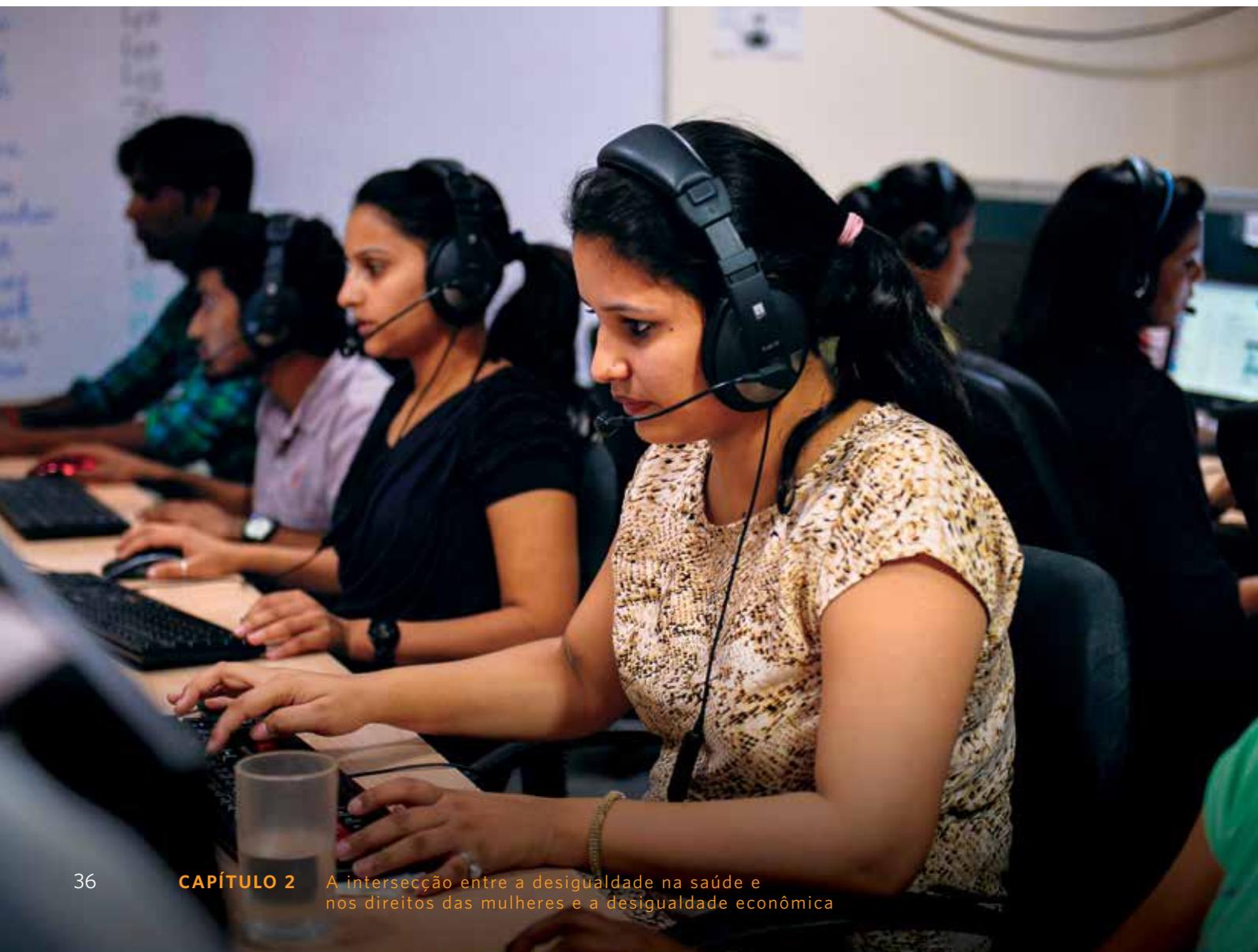
Uma mulher sem controle sobre sua fecundidade pode não conseguir adentrar a força de trabalho remunerada porque tem mais filhos do que pretendia. Ou ela pode ter muita dificuldade em permanecer em um trabalho porque é muito caro deixar as crianças com alguém para cuidar. E, quando está no mercado de trabalho, ela pode deixar de receber uma promoção porque seu empregador imagina que ela deixará o emprego por causa de gravidez.

As desigualdades no trabalho e na remuneração em quase todo o mundo refletem – e são reforçadas – pelas desigualdades em saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

Apesar de as formas nas quais as desigualdades em saúde e no acesso aos direitos das mulheres intersectam com a desigualdade econômica serem complexas e geralmente não lineares, o impacto é evidente. As mulheres mais pobres têm menos acesso à saúde sexual e reprodutiva, são menos capazes de exercer seus direitos reprodutivos e têm mais probabilidade de ficarem desempregadas ou subempregadas e de ganhar menos que os homens.

As desigualdades em saúde e direitos sexuais e reprodutivos estão entrelaçadas com a desigualdade de

© Chandan Khanna/AFP/Getty Images



gênero. Juntas, essas várias dimensões da desigualdade têm um impacto profundo em quase todas as esferas da vida de uma mulher, inclusive sua vida profissional.

### **Saúde sexual e reprodutiva, emprego e renda**

À medida em que a fecundidade caiu no mundo todo, a participação de mulheres de 25 a 54 anos na força de trabalho aumentou em quase todas as regiões nos últimos 20 anos (Nações Unidas, 2014). Onde as mulheres apresentam altas taxas de participação na força de trabalho, a tendência tem sido a fecundidade mais baixa, em parte por causa dos desafios para equilibrar as aspirações de educação e carreira com

o cuidado de crianças. Em países com alta taxa de fecundidade, principalmente nos menos desenvolvidos, a participação das mulheres na força de trabalho como funcionárias remuneradas e assalariadas continua baixa: 22% no Sul da Ásia e 22% na África Subsaariana.

Para as mulheres de qualquer lugar, a gravidez e a criação dos filhos podem significar a exclusão da força do trabalho ou salários mais baixos.

Os desafios são ainda maiores para as mulheres que não têm meios para decidir se, quando ou com que frequência engravidar. De forma geral, como mostra o capítulo 1, a contracepção é menos acessível para mulheres pobres, com menor nível de escolaridade e em áreas rurais.

© Lynsey Addario/Getty Images Reportage



A desigualdade de gênero, a discriminação com base em gênero e outras forças impedem milhões de mulheres de terem acesso a métodos contraceptivos modernos. Os maridos ou parceiros podem pressionar as mulheres a terem filhos assim que possível e com a maior frequência possível. Prestadores de serviços que atuam com base em noções preconceituosas podem negar a contracepção a mulheres e adolescentes que não são casadas ou que não estejam em uma união. Outros prestadores podem considerar a contracepção como uma decisão exclusiva dos homens.

As mulheres sem acesso à contracepção ou ao método contraceptivo de sua escolha têm maior taxa de gravidez não intencional. Estima-se que ocorram 74 milhões de gravidezes não intencionais por ano no mundo em desenvolvimento (Gutmacher Institute, 2017). A demanda não atendida por métodos contraceptivos modernos é maior entre as mulheres pobres. Uma rápida sucessão de gestações pode impedir uma mulher de entrar ou permanecer na força de trabalho remunerada, ou prejudicar suas perspectivas em longo prazo de obter um emprego bem remunerado.

Nos países em desenvolvimento, as demandas por planejamento reprodutivo de 12,8 milhões de meninas adolescentes não são atendidas (UNFPA, 2016a). As adolescentes, principalmente as que não são casadas ou não estão em uma união, se deparam com mais obstáculos do que pessoas adultas para obter contraceptivos devido a legislação e políticas restritivas, preocupações com a confidencialidade ou estigma associado a sexo em idade precoce. Em muitas partes do mundo em desenvolvimento, as adolescentes são forçadas a se casar, geralmente com

um homem muito mais velho. As diferenças de idade podem fazer com que as meninas tenham menos poder nas decisões sobre o uso de contraceptivos.

Em 2015 houve aproximadamente 14,5 milhões de partos de adolescentes em 156 países, territórios e outras áreas em desenvolvimento (UNFPA, 2016a).

Dar à luz com 19 anos ou menos pode significar maiores riscos de complicações e morte materna. Ter filhos na adolescência também pode levar ao abandono escolar, a barreiras para o desenvolvimento de conhecimentos e competências importantes, comprometendo as futuras oportunidades de emprego

e o potencial de renda. Os locais que apresentam altas taxas de fecundidade de adolescentes geralmente têm pior desigualdade de salários entre homens e mulheres.

---

**Nos países em desenvolvimento, a demanda por PLANEJAMENTO REPRODUTIVO de 12,8 milhões de meninas adolescentes não é atendida**

---

**Participação desigual na força de trabalho: um sintoma das desigualdades estruturais em saúde e direitos sexuais e reprodutivos**

Aproximadamente 50% das mulheres, contra 76% dos homens, participavam na força de trabalho global em 2015 (OIT, 2016c).

As mulheres têm mais probabilidade de ficarem desempregadas do que os homens. No mundo todo, 6,2% das mulheres estão desempregadas, em comparação aos 5,5% dos homens. As maiores diferenças no desemprego de homens e mulheres estão no norte da África e nos Estados Árabes (OIT, 2016c). Em quase todo o mundo, o desemprego afeta mais as jovens do que os jovens. Tanto no norte da África quanto nos Estados Árabes, a taxa de desemprego de mulheres jovens (44%) é quase o dobro da taxa para homens jovens (OIT, 2016b).

### Regras e atitudes dificultam a participação das mulheres na força de trabalho

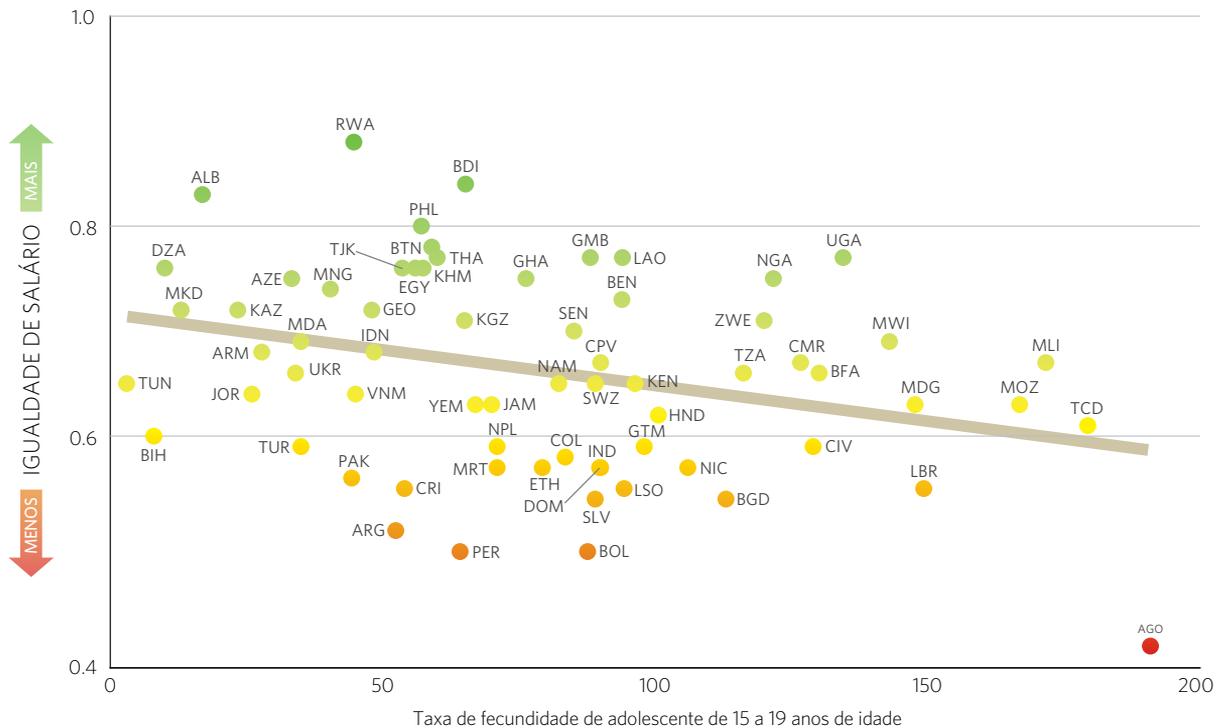
A desigualdade de gênero existe no mundo todo, manifestada em atitudes, regras, políticas e leis negativas ou discriminatórias que não permitem que as mulheres e meninas desenvolvam suas capacidades, aproveitem as oportunidades, ingressem na força de trabalho, realizem todo seu potencial e se mobilizem em prol de seus direitos humanos.

As regras desiguais de gênero não somente influenciam se uma mulher entrará para a força de trabalho, mas também podem ditar quais tipos de trabalho ela pode buscar, definir quanto ela ganhará e impedir seu progresso profissional. Os países com regras que priorizam o emprego para homens, em

detrimento às mulheres, têm maior desigualdade de gênero na participação na força de trabalho.

Uma análise dos resultados de 58 países feita pela Pesquisa Mundial de Valores mostra que a maioria dos povos concorda que as mulheres e os homens devem ter acesso igual ao ensino universitário (Figura 15). Porém, quando se fala de emprego, a maioria acredita que, se houver uma escassez de emprego, os homens devem ter prioridade sobre as mulheres. Essa atitude negativa sobre a igualdade na esfera da força de trabalho é mais acentuada nos países onde a participação delas na força de trabalho é menor do que a dos homens (Figura 16). A Pesquisa Mundial de Valores teve início em 1981 e mapeia os valores em mudança e seus impactos sobre a vida social e política no mundo todo.

FIGURA 14 Taxas mais altas de fecundidade de adolescentes se relacionam com maior desigualdade salarial entre gêneros



Com base em indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e dados do Fórum Econômico Mundial (2016). Os valores no eixo x indicam o número de partos de adolescentes para cada 1.000 mulheres de 15 a 19 anos de idade. Os valores no eixo y medem o nível de igualdade entre os salários de homens e mulheres para trabalhos semelhantes. Um valor de igualdade de salário próximo a 1 indica um salário semelhante para trabalho semelhante entre homens e mulheres.

Abreviações de países e territórios listados na página 104.

# VOCÊ CONCORDA?

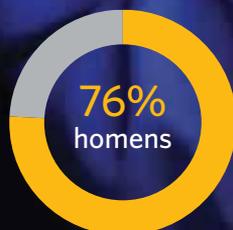
## PARTICIPAÇÃO NA FORÇA DE TRABALHO

Existe um acordo geral de que homens e mulheres devem ter acesso igual à educação universitária, mas esse consenso diminui quando a questão é o acesso igual ao emprego quando os trabalhos são escassos.

A Figura 15 mostra a porcentagem de entrevistados que **NÃO CONCORDA** com as seguintes afirmações: “O ensino universitário é mais importante para um menino do que para uma menina” e “quando há escassez de empregos, os homens devem ter mais direito a um emprego do que as mulheres”.

A área cinza entre os pontos da esquerda e da direita para cada país representa a disparidade entre o apoio público ou acesso igualitário ao ensino e o apoio público para acesso igualitário a empregos em caso de escassez.

### Participação na força de trabalho global



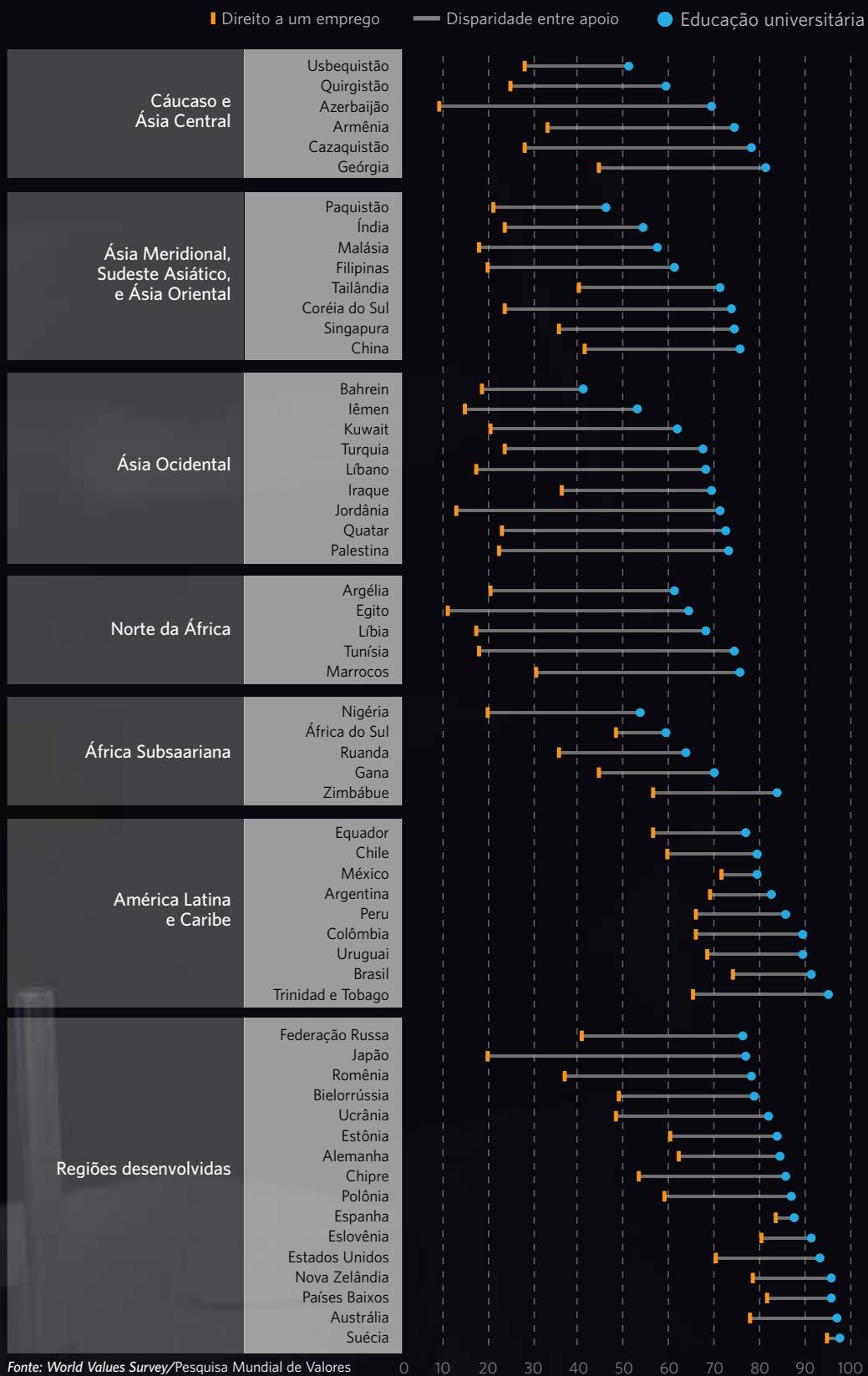
### Desemprego global

6,2%  
das mulheres  
estão  
desempregadas

5,5%  
dos homens  
estão  
desempregados

© Monirul Bhuiyan/AFP/Getty Images

**FIGURA 15** Opinião de pessoas entrevistadas sobre educação universitária e acesso ao emprego para homens e mulheres



Fonte: World Values Survey/Pesquisa Mundial de Valores

## *A discriminação institucional atrasa as mulheres*

A discriminação contra as mulheres e meninas está arraigada em muitas instituições sociais.

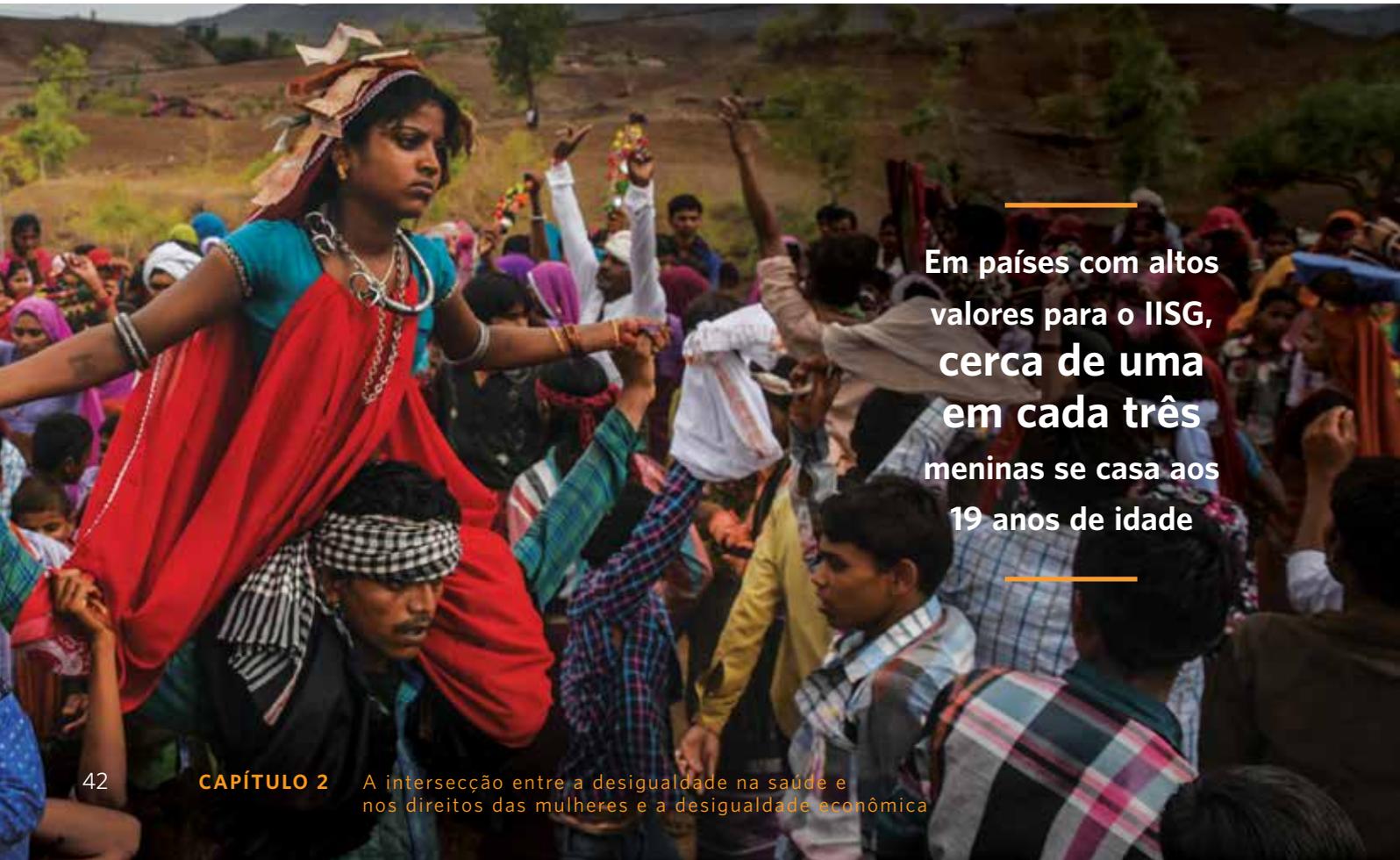
O Índice de Instituições Sociais e Gênero (IISG) publicado pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) apresenta uma visão composta da discriminação de gênero em cerca de 160 países (Figura 16). O índice leva em consideração a discriminação contra as mulheres e meninas manifesta no código familiar, na restrição da integridade física, na preferência por filhos homens, na restrição de recursos e bens, além da restrição das liberdades civis. Os indicadores usados para calcular o índice incluem variáveis como direitos sucessórios, incidência de casamento infantil e violência com base em gênero, além da desigualdade em direitos à terra e à propriedade. O índice representa todos os estágios da vida para mostrar como as instituições sociais discriminatórias podem contribuir com a pobreza e a exclusão.

Os valores do IISG variam entre 0 e 1, onde 0 indica nenhuma desigualdade e 1 indica total desigualdade.

Os países com IISGs muito baixos (abaixo de 0,04) são caracterizados por leis e medidas que oferecem direitos iguais no código familiar, assim como acesso igual aos recursos e bens, além de promoverem as liberdades civis das mulheres. Na maioria desses países, as mulheres e os homens têm os mesmos direitos parentais e sucessórios; as mulheres não sofrem restrições de acesso ao espaço público ou de participação na política; e a preferência por filho homem ou a mutilação genital feminina não são problemas. No entanto, os países ainda podem não dispor de leis para proteger as mulheres contra a violência, ou medidas para implantar essas leis, e as mulheres talvez ainda precisem de melhor acesso à justiça.

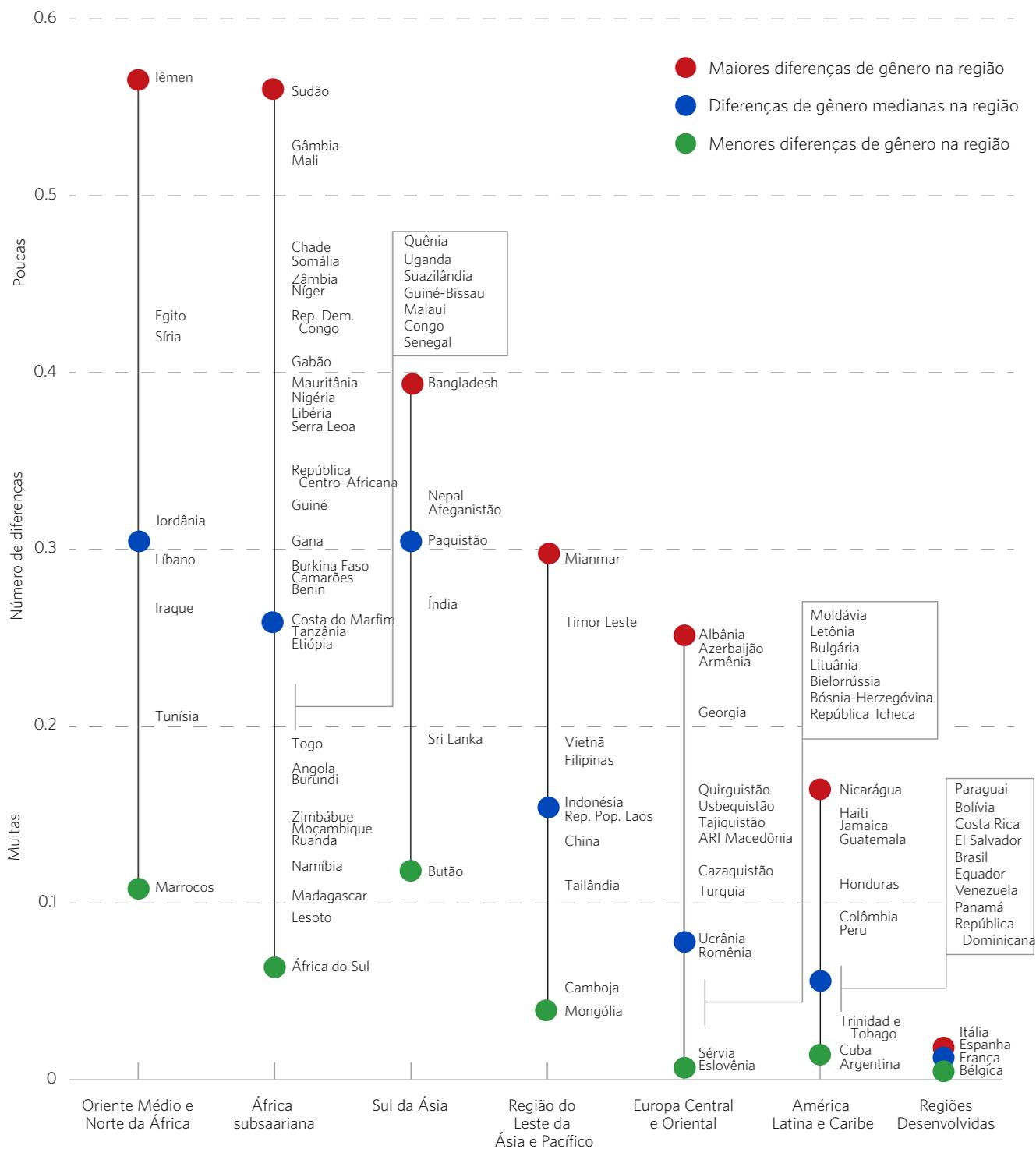
Os países com IISGs muito altos (acima de 0,35) são caracterizados por altos níveis de discriminação nos quadros jurídicos e nas práticas rotineiras. Nesses países, cerca de uma em cada três meninas se casa com

© UNFPA/Arvind Jodha



**Em países com altos  
valores para o IISG,  
cerca de uma  
em cada três  
meninas se casa aos  
19 anos de idade**

FIGURA 16 Índice de instituições sociais e gênero, por região, 2014



19 anos e as mulheres enfrentam sérias discriminações em seus direitos sucessórios. Os direitos das mulheres de possuírem e controlarem terras e outros recursos, assim como a ter acesso ao espaço público, são extremamente limitados. Há sérias violações à sua integridade física, combinadas a altos níveis de aceitação e prevalência da violência doméstica.

As instituições sociais que colocam as mulheres e meninas em desvantagem em esferas essenciais de suas vidas, também as colocam em desvantagem no acesso à força de trabalho.

### *As leis podem excluir as mulheres da força de trabalho remunerada*

As leis podem refletir ou reforçar normas e atitudes discriminatórias que impedem que as mulheres acessem a força de trabalho, ou que reduzem seus salários em comparação aos dos homens. A Figura 17 mostra os sistemas legais dos países que tratam desigualmente os gêneros nas leis de família, trabalhistas e criminais.

Por exemplo, as leis podem impedir que as mulheres trabalhem ou restringir seu acesso a determinados tipos de empregos. Em uma análise de 143 países, 128 tinham pelo menos um obstáculo legal à participação das mulheres em determinadas oportunidades econômicas (Fundação Clinton e Fundação Bill e Melinda Gates, 2015). Em 18 países, os homens têm o direito legal a não permitir que suas esposas trabalhem fora de casa (Banco Mundial, 2015).

A desigualdade de gênero também se faz presente na legislação de propriedade e herança de propriedades (Banco Mundial, 2015). Igualmente, as leis de alguns países limitam o acesso das mulheres a serviços bancários e ao crédito, o que pode limitar seu potencial de renda.

O acesso à propriedade aumenta a segurança e as oportunidades financeiras, como também pode aumentar o poder de barganha no domicílio. Na Colômbia, por exemplo, um relatório recente concluiu que as mulheres que tinham alguma propriedade também tinham maior probabilidade de se movimentar livremente, negociar seu direito a trabalhar, assim como ter controle sobre sua renda (Banco Mundial, 2015).

No trabalho rural, quando as mulheres não têm a titularidade da terra assegurada, além de acesso a crédito e insumos agrícolas, a produção agrícola – e os ganhos resultantes – é menor.

Em empresas e outros negócios, quando as mulheres não têm acesso a insumos produtivos, em consequência de discriminação ou outros fatores, as empresas lideradas por mulheres têm mais dificuldade de ser tão produtivas e lucrativas quanto as empresas lideradas por homens (Banco Mundial, 2012).

As leis – ou sua aplicação precária ou inexistente – podem afetar a saúde e o bem-estar das mulheres e, assim, influenciar a participação delas na força de trabalho e sua capacidade

de obter rendimentos. Proteções legais inadequadas contra a violência com base em gênero ou lacunas na aplicação dessas leis podem resultar, no longo prazo, em dano físico e psicológico ou em incapacidade (Banco Mundial, 2015). No mundo todo, quase uma em cada três mulheres será sujeitada à violência com base em gênero no decorrer de sua vida (OCDE, 2014).

Quarenta e seis das 173 economias analisadas em um relatório do Banco Mundial não tinham qualquer lei contra violência doméstica, enquanto 41 não tinham leis sobre assédio sexual (Banco Mundial, 2015).

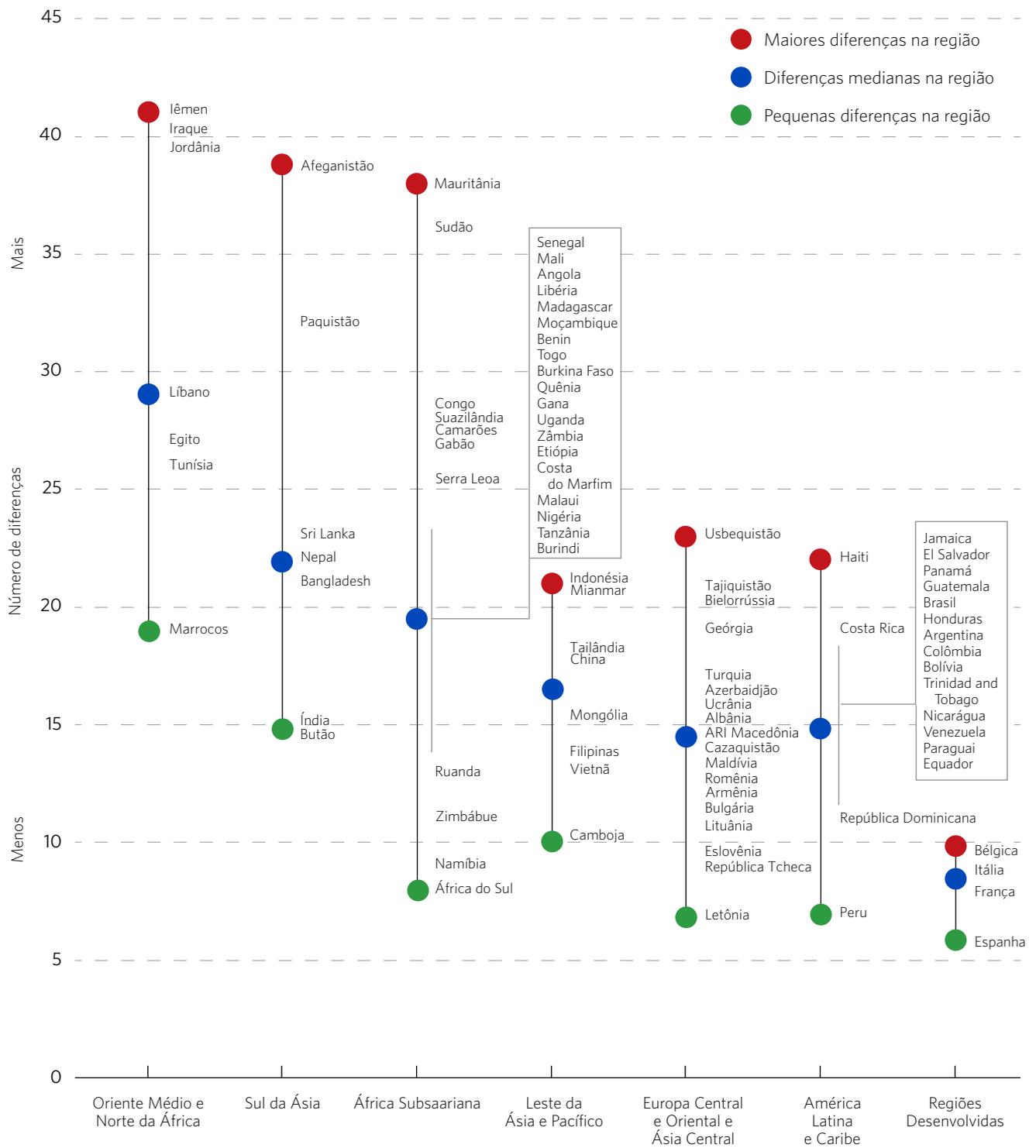
As leis contra “violência econômica” são raras (Banco Mundial, 2015). A violência econômica ocorre quando uma mulher é privada dos meios econômicos para deixar um relacionamento abusivo, porque seu parceiro

---

**46 de 173**  
países não possuem  
leis contra a  
**VIOLÊNCIA**  
**DOMÉSTICA**

---

FIGURA 17 Sistemas jurídicos com diferenças de gênero na legislação de família, trabalhista e criminal, 2015



Com base em Iqbal, et al. (2016)

controla os recursos econômicos ou não deixa que a mulher tenha ou mantenha um emprego.

## Desigualdade de gênero existente nas categorias profissionais

As estatísticas sobre as taxas gerais de participação na força de trabalho mascaram importantes desigualdades nos tipos de trabalho que as mulheres e os homens realizam, além dos riscos econômicos que algumas categorias de trabalhadores enfrentam.

Quando as mulheres participam da força de trabalho, elas representam a maior parte do trabalho em empresas familiares e uma parcela menor dos funcionários remunerados ou assalariados do que suas contrapartes masculinas (Figura 18).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho, “empregados” são titulares de contratos de trabalho explícitos ou implícitos. Os “empregadores” trabalham por conta própria e contratam uma ou mais pessoas para trabalharem com eles como empregados.

“Trabalhadores por conta própria” são autônomos.

“Trabalhadores familiares” são aqueles que trabalham em um empreendimento voltado ao mercado, de propriedade de um parente que vive no mesmo domicílio, principalmente nos setores rurais em países em desenvolvimento. Apesar de essa forma de trabalho contribuir com uma renda familiar adicional, geralmente não é remunerada para o trabalhador individual. Os trabalhadores familiares e aqueles por conta própria têm menos probabilidade de se beneficiar de acordos formais de trabalho. Assim, essas categorias estão em maior risco de serem excluídas da seguridade social e de planos de pensão, assim como da legislação de proteção pelo empregador. Por esta razão, a Organização Internacional do Trabalho define esses dois grupos como trabalhadores em emprego vulnerável (OIT, 2016b).

No mundo todo, o emprego vulnerável afeta pouco mais da metade de todas as pessoas ativas na força de trabalho, e homens e mulheres têm a mesma probabilidade de estarem nessa categoria. No entanto,

as mulheres têm mais representatividade entre os trabalhadores familiares em todas as regiões onde essa é uma categoria relevante.

Nas últimas duas décadas, a parcela global de trabalhadoras familiares caiu de 36% para 16%, em paralelo ao encolhimento da parcela de empregos no setor agrícola, exceto na África Subsaariana e no Norte da África. Os trabalhadores familiares ainda são muito comuns na África Subsaariana, Sul da Ásia, Norte da África e Sudeste da Ásia e Pacífico.

Em todos os países da África Subsaariana, a proporção de trabalhos informais é maior entre as mulheres do que entre os homens.

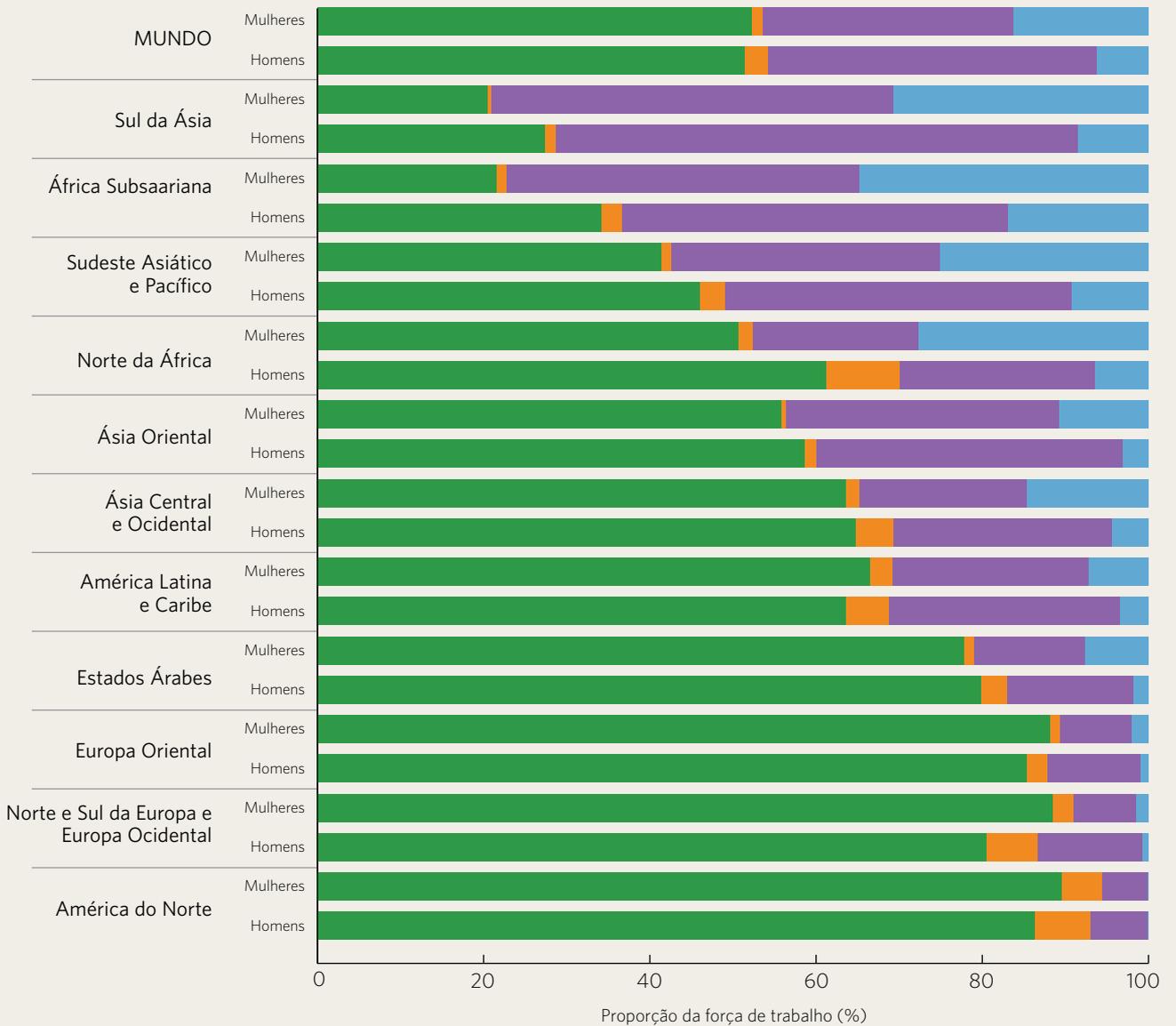
## Desigualdades em direitos reprodutivos, gênero e salários

Uma vez na força de trabalho, as mulheres em todos os lugares se veem ganhando menos do que os homens pelos mesmos tipos de trabalho; participando mais frequentemente do trabalho com salários mais baixos; ou passando menos tempo em trabalho que gera renda e mais tempo em trabalhos não remunerados, como cuidadora em casa.

Em qualquer país, os salários das mulheres, em comparação aos dos homens, dependem de diversos fatores, incluindo escolaridade, extensão das regras e práticas discriminatórias em casa e no mercado de trabalho, variedade de oportunidades de trabalho disponíveis e o nível de participação das mulheres nas decisões sobre se, quando e com que frequência engravidar.

A disparidade de salário por gênero é o déficit percentual no salário médio das mulheres em relação ao salário médio dos homens (Figura 19). Globalmente, a disparidade de salário por gênero gira em torno de 23%. Em outras palavras, as mulheres ganham 77% do que os homens ganham (OIT, 2016c). No mundo todo, a disparidade de gênero diminuiu um pouco nos últimos anos, mas o progresso é lento. Se as tendências atuais continuarem,

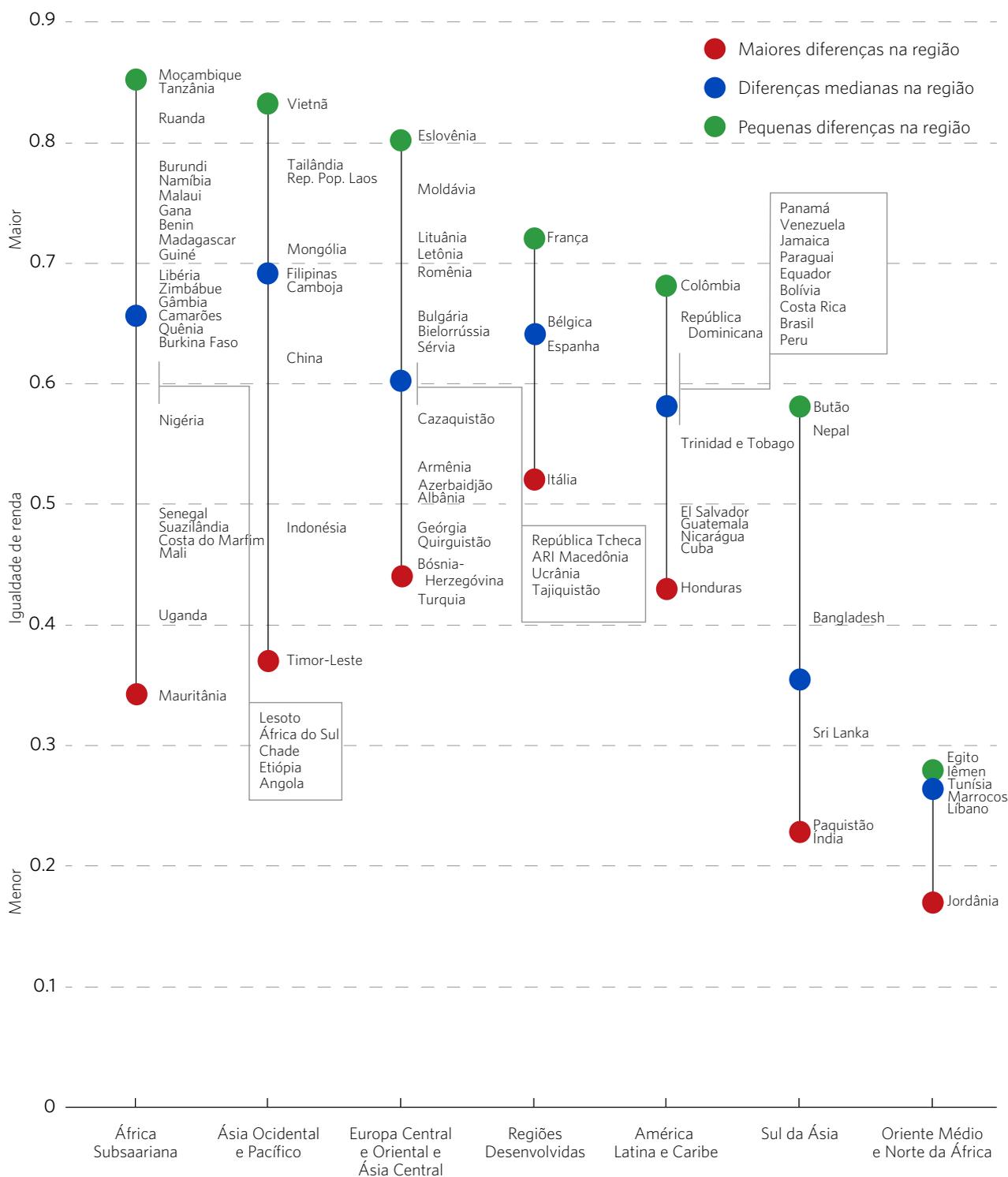
FIGURA 18 Categorias de trabalho e emprego, por sexo



Fonte: OIT (2016c)

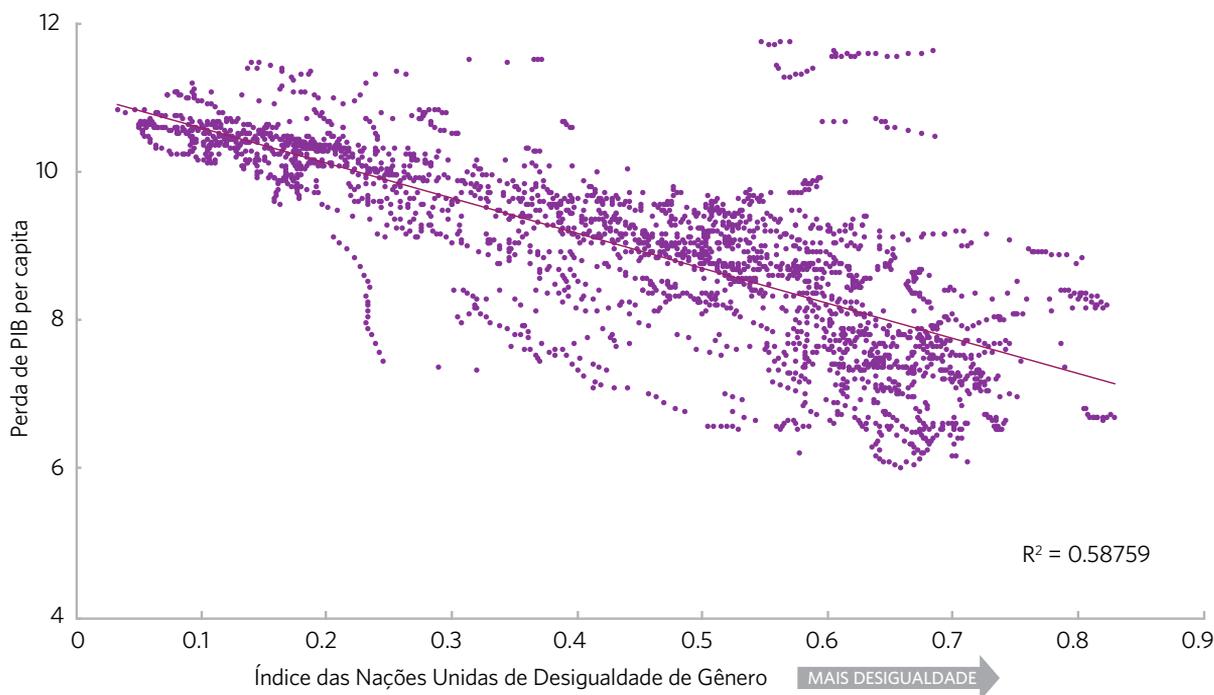
Fotos, da esquerda para a direita: © 2012 Jose Carlos Alexandre, Courtesy of Photoshare; © Elnari/stock.adobe.com; © UNFPA/Daniel Baldotto; © Paula Bronstein/Getty Images Reportage

FIGURA 19 Desigualdades salariais por razão de gênero; relação de renda média homem/mulher, 2016



Essa figura, baseada em dados do Fórum Econômico Mundial e na metodologia estabelecida pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, mostra as diferenças entre os salários médios das mulheres e dos homens, expressos como razão, para 90 países. Valores mais elevados refletem maior razão entre o salário das mulheres e o dos homens. Um valor de 1 significa igualdade total entre o salário das mulheres e dos homens.

FIGURA 20 Maiores PIBs per capita têm relação com menor desigualdade de gênero



Fonte: Gonzales et al. (2015a)

levará mais de 70 anos até que a disparidade de salário por gênero seja eliminada (OIT, 2016c).

### *A desigualdade de gênero na educação leva a menores salários para as mulheres*

A participação na força de trabalho e os salários dependem, em parte, do nível de instrução, da qualidade do ensino e da relevância do ensino para o mercado de trabalho. A desigualdade de gênero pode resultar em pior aproveitamento escolar e poucas perspectivas de bons salários para as mulheres.

Da população mundial estimada de 758 milhões de adultos analfabetos, cerca de 479 milhões são mulheres e 279 milhões são homens (Instituto de Estatística da UNESCO, 2016). O analfabetismo é um reflexo da discriminação de gênero e um fator de reprodução da pobreza feminina.

As pessoas analfabetas ganham até 42% a menos que suas contrapartes alfabetizadas. Além disso, o analfabetismo pode impedir as pessoas de participarem da formação profissional que as poderia levar a salários mais altos (World Literacy Foundation, 2015).

Embora o ensino primário esteja próximo da igualdade de gênero no mundo todo, a disparidade de gênero nas matrículas é grande em alguns países, o que significa que milhões de meninas na idade de ensino primário não estão em sala de aula. As disparidades de gênero nas matrículas aumentam no ensino médio/secundário nos Estados Árabes, África Oriental e Meridional, assim como na África Ocidental e Central. Há uma correlação entre maior nível de instrução e melhores salários no futuro.

Além do nível de instrução, a qualidade da educação, medida pelos resultados cognitivos,

também pode aumentar os salários. As capacidades cognitivas de uma população têm forte relação com os salários individuais, a distribuição de renda e o crescimento econômico (Tembon e Fort, 2008).

Entre as meninas e os meninos matriculados no ensino médio/secundário, apenas uma parcela termina esse nível de ensino. Nos países menos desenvolvidos, por exemplo, 20% dos meninos concluem o ensino médio/secundário, em comparação a apenas 15% das meninas (UNICEF, 2016). Os que deixam a escola precocemente não têm as competências e o conhecimento necessários para ter empregos mais bem remunerados.

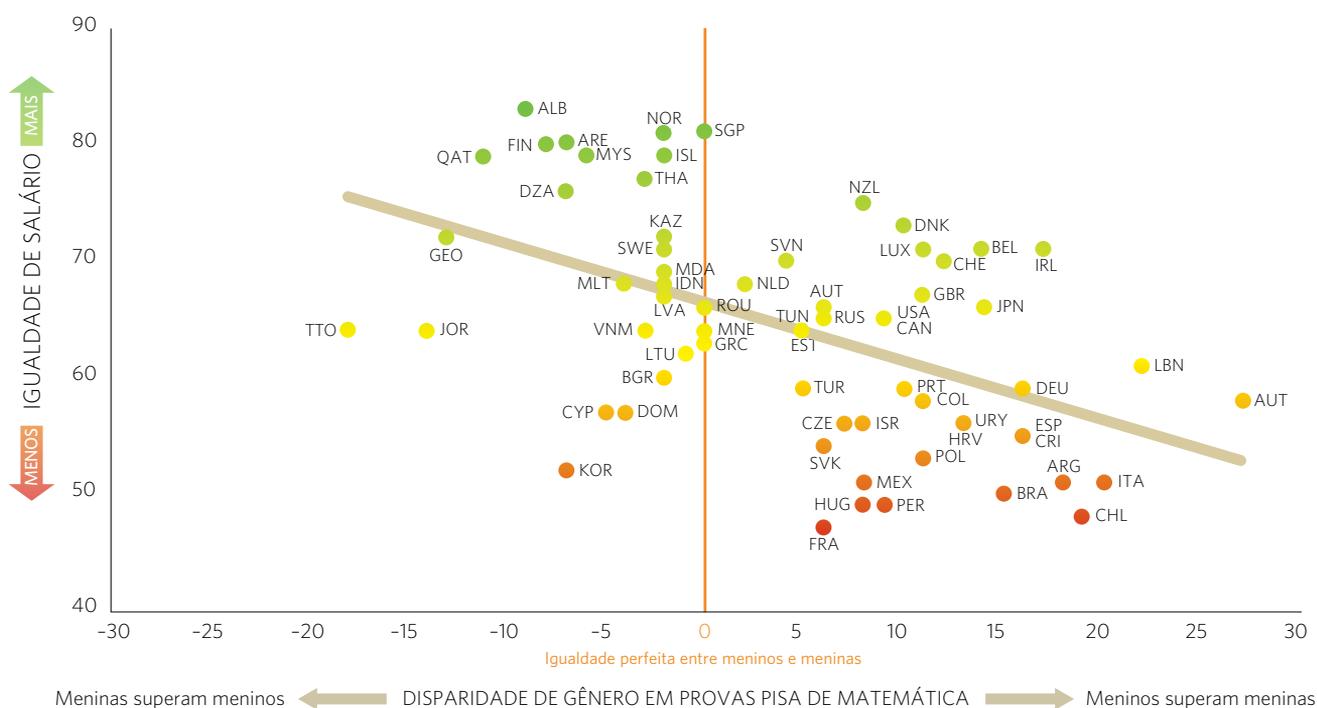
A pressão e a discriminação por parte dos professores, seja implícita ou explícita, pode levar as meninas a desistir ou serem excluídas dos cursos avançados de ciências e matemática, limitando suas futuras escolhas profissionais (Bassi et al., 2016;

UNICEF, n.d.). O nível de instrução em matemática é um bom predictor das escolhas profissionais e salários futuros (Nollenberger et al., 2016). A disparidade de gênero na matemática tem forte relação com a desigualdade de salário.

Além disso, há evidências que a educação reduz a incidência da gravidez na adolescência. Quanto mais uma menina permanece na escola, menor sua probabilidade de casar ou engravidar ainda criança (Figura 22). Esse fato tem implicações duradouras para a participação na força de trabalho e para os salários durante a vida.

Quando as meninas são excluídas das oportunidades de ensino que os meninos têm, seus salários serão mais baixos do que os deles no futuro. Esforços orientados a aumentar a igualdade em educação reduzem a disparidade de salário entre homens e mulheres. Por exemplo, as

FIGURA 21 Igualdade salarial e desempenho de meninas e meninos em testes de matemática

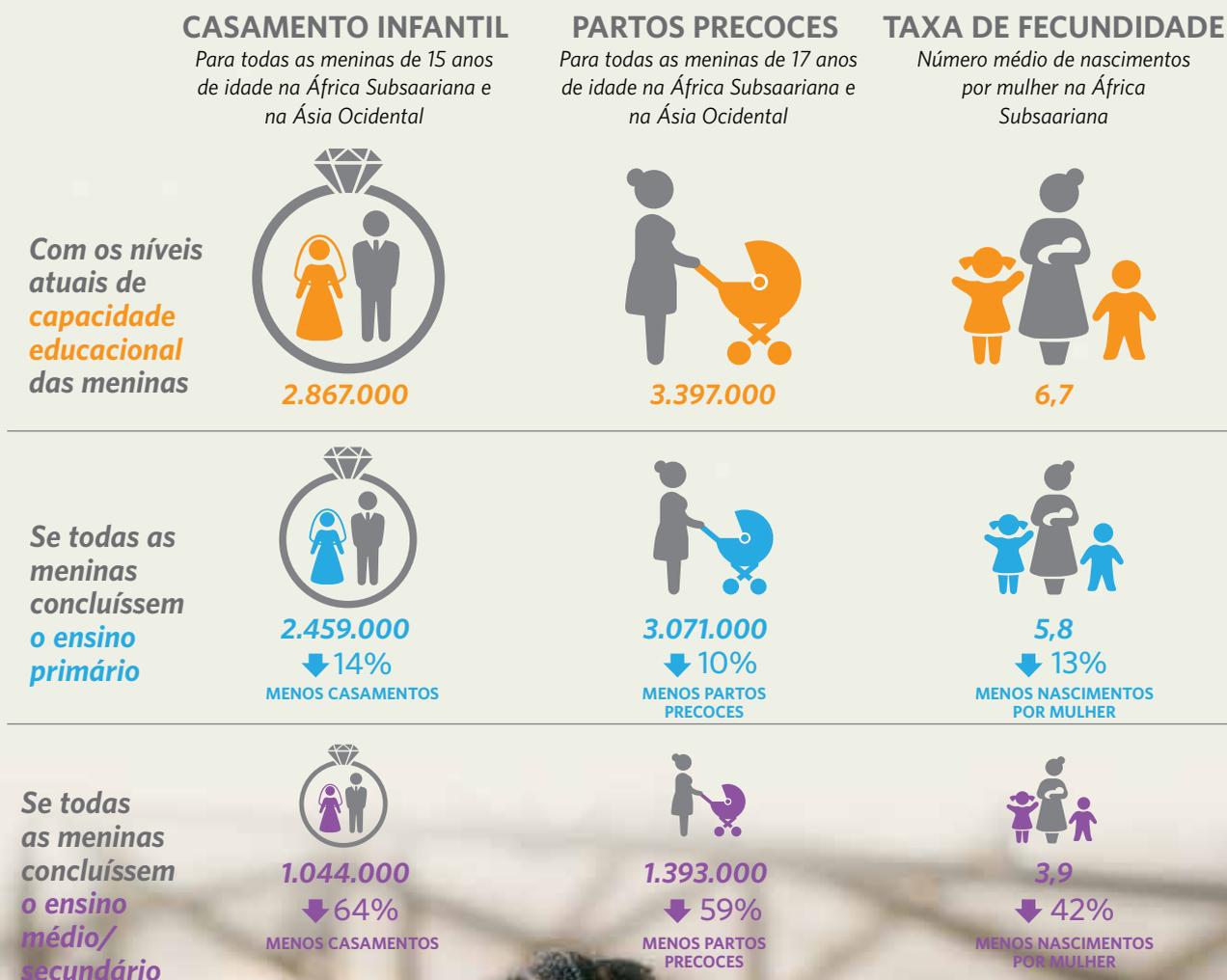


Com base em dados da OCDE (2015) e do Fórum Econômico Mundial (2016a). O PISA, Programa Internacional de Avaliação de Estudantes da OCDE, é um instrumento padronizado internacionalmente para medir o aprendizado de alunos e alunas em matérias-chaves. A disparidade de gênero do PISA em matemática é a diferença entre a pontuação média de meninos e meninas nos exames de matemática. Uma pontuação mais alta no PISA representa uma disparidade de gênero mais extrema. Uma pontuação negativa no PISA significa que as meninas superam os meninos em matemática.

Fonte: OIT (2016a)

Abreviações para países e territórios estão listadas na página 104.

FIGURA 22 Efeito da educação sobre a fecundidade



Fonte: UNESCO e EFA-GMR (2013)



mulheres com ensino primário no Paquistão ganham 51% do salário de suas contrapartes masculinas, enquanto as mulheres com ensino médio/secundário ganham 70% dos salários de suas contrapartes masculinas (UNESCO, 2013). Para as mulheres, a educação também é crucial para segurança de renda: na Jordânia, 25% das mulheres rurais com ensino primário trabalham sem remuneração, em comparação a apenas 7% das mulheres rurais com ensino médio/secundário (UNESCO, 2013).

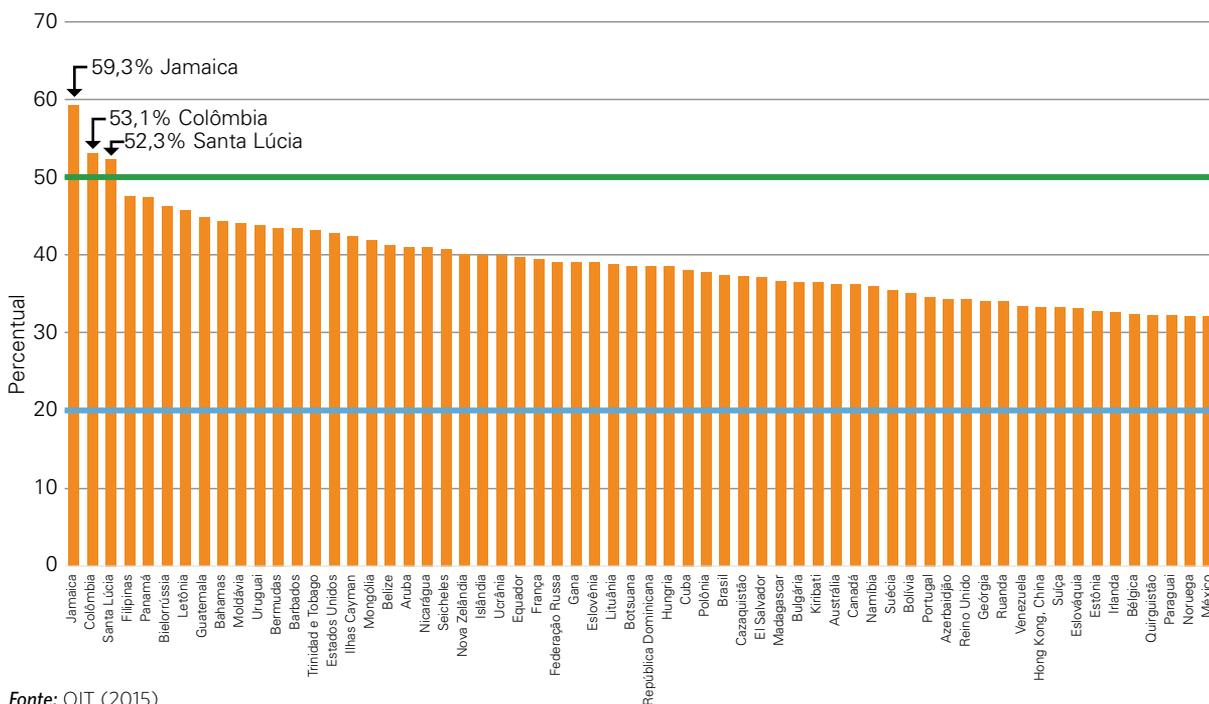
Acesso igual à educação de qualidade não só soluciona a privação absoluta ao oferecer às pessoas um caminho para sair da pobreza, mas também aumenta a produtividade e a inovação nacionais de modo geral, gerando muito mais oportunidades para que todas as pessoas desenvolvam suas competências, encontrem seu nicho e definam suas futuras áreas de trabalho. Aumentar as capacidades coletivas da população ajuda economias nacionais a crescer.

A desigualdade na educação mostrou ser uma das causas do lento crescimento da renda per capita. Na África Subsaariana, o crescimento médio anual da renda per capita em 45 anos foi de 0,8%, em comparação a uma média de 3,4% para a Leste da Ásia e o Pacífico, onde uma pessoa média passa 2,7 anos a mais na escola (UNESCO, 2013). Acredita-se que a diferença na educação nessas duas regiões seja responsável por metade da diferença no crescimento econômico. Se a desigualdade em educação fosse cortada pela metade na África Subsaariana, a taxa de crescimento anual para 2005 - 2010 teria sido aproximadamente 47% mais alta (UNESCO, 2013).

### Os menores salários das mulheres também limitam as oportunidades profissionais

A disparidade de salários entre as mulheres e os homens é parcialmente determinada pela ocupação e posição.

FIGURA 23 Percentual de mulheres em cargos de gerência



Fonte: OIT (2015)

Os homens tendem a ser empregados em setores mais bem remunerados e ocupar postos mais altos nesses setores. Essa distribuição desigual entre os setores contribui com as disparidades de salários (Ñopo, 2012).

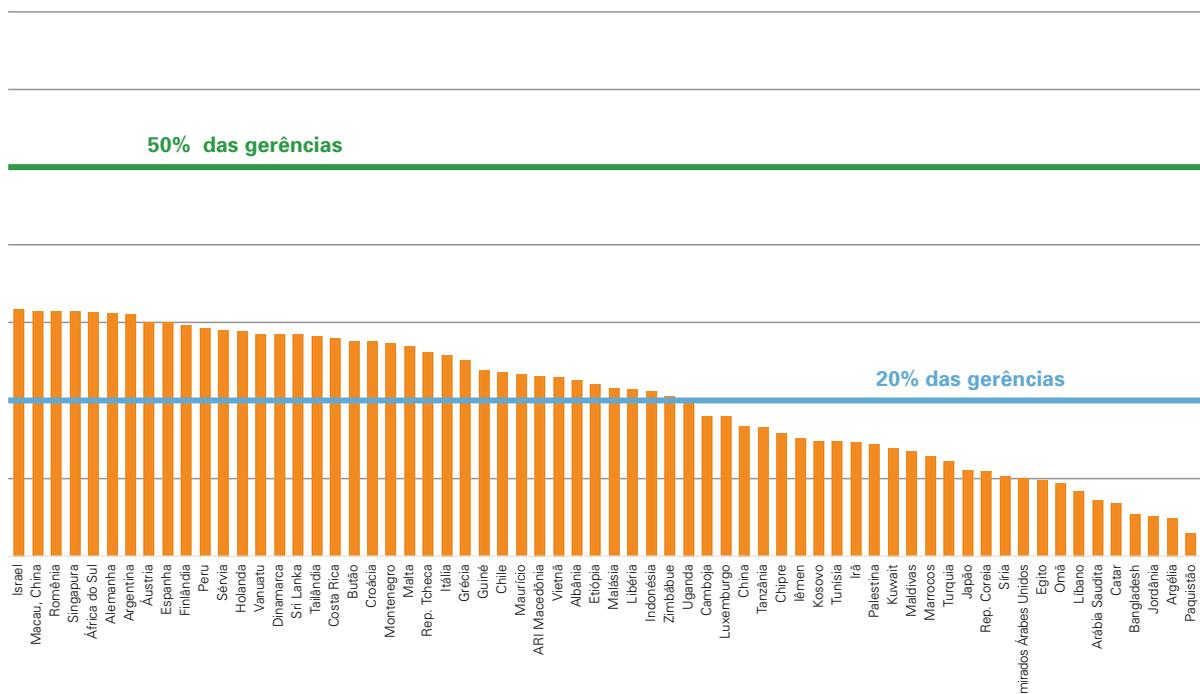
As desigualdades de gênero em oportunidade profissional são visíveis na menor proporção de mulheres ocupando cargos de poder ou autoridade (Figura 23). Em um grupo de 126 países, territórios e outras áreas, apenas na Colômbia, Jamaica e Santa Lúcia as mulheres ocupam ao menos a metade dos postos gerenciais. Na maioria dos casos, as mulheres representam de 20% a 40% de todos os postos de gerência; em 27 países ou territórios, menos de 20% de todos os postos de gerência são mulheres.

Em países de alta renda, as principais fontes de emprego para mulheres são o setor de saúde e de educação, que empregam mais de 30% de todas as mulheres no mercado de trabalho. Em países de

renda baixa e renda média-baixa, a agricultura ainda é a principal fonte de emprego para mulheres. No Sul da Ásia e na África Subsaariana, mais de 60% de todas as mulheres trabalhadoras permanecem na agricultura – um trabalho de baixa remuneração, sazonal e inseguro (OIT, 2016c).

No mundo todo, a parcela de mulheres nas áreas de engenharia é baixa, sendo ainda mais baixa na área de ciência da computação (OCDE, 2007). Nos países mais desenvolvidos, as mulheres respondem por 25% a 35% dos pesquisadores nas áreas de tecnologia. Em alguns, como o Japão e a República da Coreia, elas representam menos de 15% (OCDE, 2007). As mulheres respondem por 10% dos cursos universitários relacionados a computador na Bélgica, Países Baixos e Suíça.

Uma vez no mercado de trabalho, as mulheres tendem a ser empregadas em setores sociais como



educação, com menores níveis de remuneração, enquanto os homens tendem a ser empregados em setores financeiros ou técnicos, com salários mais altos.

Na economia global atual, que depende da tecnologia, as pessoas com maior nível de ensino, principalmente em áreas técnicas, são mais procuradas pelos empregadores. Assim, aqueles com mais competências técnicas estão à frente dos salários mais altos. A relação entre competências e salário não é linear, mas exponencial (Autor et al., 2006; Bertrand et al., 2010; Goos et al., 2009). Isso leva a disparidades de salário ainda maiores entre os trabalhadores altamente qualificados e os com pouca qualificação (Dabla-Norris et al., 2015). No contexto de acesso desigual às oportunidades de ensino entre mulheres e homens, isso significa que as mulheres estão ainda mais em desvantagem em termos de oportunidades de emprego e salários potenciais.

Nas sociedades globalizantes e tecnologicamente avançadas, a conectividade da internet e os serviços de telefonia móvel são cada vez mais importantes. Quem não tem esses serviços não está apenas desconectado, mas também cada vez mais em desvantagem pessoal e profissional (Woetzel et al., 2015). Assim, a divisão digital afeta as diferenças de gênero em oportunidades econômicas, já que no mundo todo as mulheres têm menos acesso às tecnologias de informação e comunicação do que os homens. Em nível global, as mulheres têm em média 14% menos probabilidade de ter um telefone celular do que os homens. Um estudo sobre o acesso à internet em 144 países de baixa e média renda, realizado em 2012, concluiu que as mulheres têm 25% menos acesso do que os homens (Intel, 2012). Na África Subsaariana, a disparidade aumenta para quase 45%.

O menor acesso das mulheres à tecnologia da informação e comunicação reflete, parcialmente, a falta de disponibilidade de dinheiro para adquiri-la e normas que desencorajam as mulheres a usá-la (Antonio e Tuffley, 2014; Gillwald et al., 2010; GSMA, 2015; Hilbert, 2011; Intel, 2012).

Além das oportunidades profissionais mais limitadas, as mulheres também têm oportunidades mais limitadas de acesso a bens financeiros e serviços bancários formais. Assim, em alguns lugares, mesmo que uma mulher ganhasse o mesmo que um homem, ela não poderia depositar seu salário em uma conta bancária ou fazer investimentos que levassem a maiores ganhos.

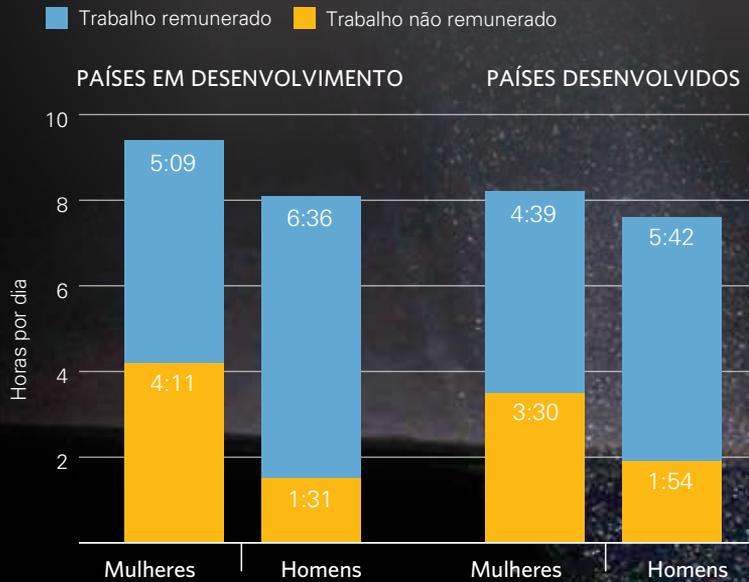
### *O trabalho não remunerado das mulheres desvaloriza o salário potencial no mercado de trabalho remunerado*

As mesmas normas que podem manter muitas mulheres fora da força de trabalho também podem limitar os salários daquelas que participam da força de trabalho.

Na maioria dos países, as mulheres trabalham menos horas em emprego remunerado do que os homens, arcando com a maior parte da carga do trabalho doméstico e de cuidados, que não são remunerados (Figura 24). Nos países que disponibilizam dados confiáveis, as mulheres realizam em média cerca de 2,5 vezes mais esse trabalho do que os homens (OIT, 2016b).

Quando as mulheres estão empregadas, suas responsabilidades adicionais com o trabalho doméstico e de cuidados significam que elas trabalham mais horas ao dia do que os homens. Nos países em desenvolvimento, as mulheres gastam, em média, nove horas e 20 minutos por dia com trabalho remunerado e não remunerado, em comparação aos homens que gastam, em média, oito horas e sete minutos por dia com trabalho remunerado e não remunerado. Além disso, em um país em desenvolvimento uma mulher gasta apenas 55% de seu dia realizando trabalho remunerado, em comparação a um homem que gasta 81% em trabalho remunerado. As responsabilidades das mulheres com afazeres domésticos e trabalhos de cuidado também significam que elas têm menos horas para realizar trabalhos que geram renda (OIT, 2016c).

**FIGURA 24** Tempo gasto com trabalho remunerado e não remunerado em 23 países em desenvolvimento e 23 países desenvolvidos, por sexo (último ano disponível)



Fonte: OIT (2016a)

*Na maioria dos países, as mulheres trabalham menos horas em empregos remunerados que os homens. Também assumem a maior carga de trabalho doméstico e de cuidados não remunerados.*

**As mulheres fazem, em média, 2,5 VEZES MAIS trabalho doméstico que homens**



© Dieter Telemans/Panos Pictures

O trabalho não remunerado de cuidados, portanto, é uma importante força motriz da desigualdade econômica (Mateo Diaz e Rodriguez-Chamussy, 2016; Banco Mundial, 2012).

### Penalização da maternidade

Em qualquer parte do mundo, as mães que participam da força de trabalho ganham menos do que as mulheres que não têm filhos (OIT, 2016c). A penalidade salarial para a maternidade pode perdurar mesmo depois de as crianças crescerem, porque as mães provavelmente perderão terreno em termos de salário por se afastarem durante a gravidez ou após o parto.

As expectativas dos empregadores sobre a gravidez das mulheres podem contribuir com a disparidade de salário em gênero. Os empregadores podem justificar

pagar menos por causa de uma percepção que as mulheres não têm compromisso com seus empregos quando têm o trabalho adicional com a família (Lips, 2013). Alguns empregadores acham que todas as mulheres são mães em potencial e as negligenciam para cargos mais desafiadores, ou mesmo para promoções, por causa do risco de uma licença inesperada relacionada à gravidez (OIT, 2016a).

A discriminação contra mulheres grávidas e trabalhadoras com responsabilidades familiares ocorre de várias formas no local de trabalho, sendo uma violação dos direitos trabalhistas.

### Licença maternidade e paternidade

A inexistência de licença maternidade ou de garantia de permanência no trabalho força muitas mulheres a



© UBELONG/www.ubelong.org

escolherem entre participar da força de trabalho e ter filhos, ou entre suas funções produtivas e reprodutivas.

A maioria dos países hoje em dia tem alguma lei de licença maternidade. Os países onde as mulheres têm direito a períodos mais longos de licença maternidade remunerada tendem a ter maiores taxas de participação feminina na força de trabalho (OIT, 2014; Banco Mundial, 2015).

Dependendo da duração da licença obrigatória e de quem paga por ela, os empregadores podem discriminar as mulheres em idade fértil na hora da contratação, assim como em termos de remuneração (Mateo Diaz e Rodriguez-Chamussy, 2016; Banco Mundial, 2015).

A Organização Internacional do Trabalho recomenda uma licença maternidade padrão de no

mínimo 14 semanas (OIT, 2016c). Em um grupo de 185 países, 98 oferecem pelo menos 14 semanas de licença; 60 oferecem de 12 a 13 semanas, enquanto 27 oferecem menos tempo. Apesar de a maioria dos países oferecer algum tipo de proteção à maternidade por meio da legislação de licença maternidade e planos de substituição de renda, na prática a cobertura da licença maternidade é muito menor por causa dos obstáculos para que as mulheres e os casais se beneficiem dessas políticas. Mundialmente, cerca de 60% das mulheres que trabalham não se beneficiam de qualquer direito estatutário à licença maternidade, e menos mulheres ainda têm acesso a remuneração durante a licença maternidade. Esse é o caso principalmente da grande parcela de mulheres autônomas, trabalhadoras familiares, ou que

trabalhem meio período ou informalmente, inclusive no trabalho doméstico ou agrícola (OIT, 2014).

Por causa da insegurança do trabalho das mulheres em muitos lugares, a aplicação de proteções para garantir o direito de uma mulher a voltar ao trabalho depois da licença maternidade, sem qualquer impacto em sua remuneração, ainda é um desafio – apesar de 43 países proibirem explicitamente a discriminação em relação à maternidade (OIT, 2014).

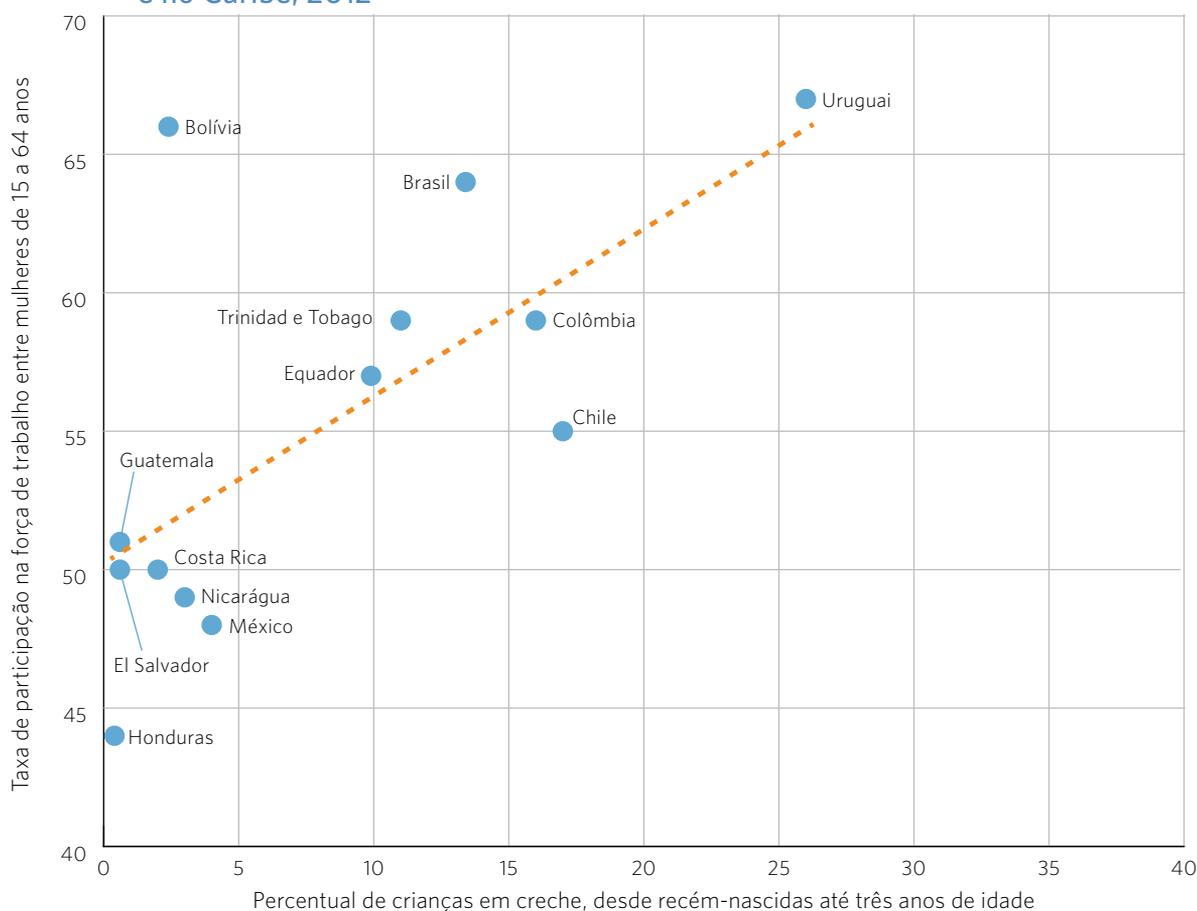
A licença paternidade é uma licença concedida aos pais depois do nascimento ou adoção da criança, para que possam cuidar dela. Em um grupo de 167 países,

78 têm algum nível de direito estatutário à licença paternidade e a maioria das licenças é remunerada. No entanto, a duração da licença paternidade é limitada: os empregadores na maioria dos países na África, Ásia e América do Norte oferecem menos de uma semana.

### Licença parental e acesso a creche

A licença parental permite que os pais cuidem de um bebê ou criança pequena depois da licença maternidade ou paternidade. Entre 169 países, 66 têm políticas de licença parental– principalmente na Europa Oriental e Ásia Central. Apesar de esses países

FIGURA 25 **Participação feminina na força de trabalho e uso de creches formais para crianças de até três anos de idade em países selecionados na América Latina e no Caribe, 2012**



Baseado em Mateo Diaz e Rodríguez-Chamussy (2016). Dados extraídos do ano mais recente disponível para pesquisas domiciliares nacionais.

permitirem a licença “parental compartilhada”, que prevê a licença para um dos pais ou ambos, na prática a maioria das licenças parentais é para as mães.

A perda de salário é uma motivação comum para não exercer a licença parental. Segundo a Organização Internacional do Trabalho, apenas cinco países na África tinham provisões legais para licença parental em 2013 – todas não remuneradas. Na Ásia, só três dos 25 países tinham licença parental, sendo que a República da Coreia permite a licença com 40% da remuneração e o Nepal só permite licença não remunerada. Cinco dos 10 países do Oriente Médio preveem a assistência parental não remunerada. Por outro lado, 20 dos 24 países desenvolvidos preveem a licença parental.

Com ou sem a licença parental, o apoio dos pais nos cuidados da criança traz benefícios significativos em termos de compensar a parcela desigual de responsabilidades entre homens e mulheres em relação aos filhos e a carga geral do trabalho não remunerado em casa.

No contexto de uma distribuição desigual de responsabilidades e obrigações com o cuidado, a capacidade das mulheres de entrar para a força de trabalho geralmente depende de encontrar uma creche que ela possa pagar e que seja acessível e flexível para suas crianças. Se uma mulher tem um filho, mas não tem acesso à creche, ou se a creche for muito cara, talvez ela tenha que ficar à margem da força de trabalho remunerada e abrir mão do salário.

Uma análise dos dados sobre creche e participação na força de trabalho na América Latina e no Caribe (Figura 25) mostra uma relação positiva e significativa entre os dois (Mateo Diaz e Rodriguez-Chamussy, 2016).

Uma década de pesquisas sugere que a flexibilidade no mercado de trabalho aumenta as chances de uma mulher participar integral e significativamente da força de trabalho, com maiores salários, mesmo quando exerce seus papéis reprodutivos. Horário flexível, disponibilidade de trabalho em meio período

e provisões para licença maternidade e paternidade têm efeitos positivos sobre a participação das mulheres na força de trabalho.

## **Círculo vicioso de baixos salários e menos competências para mulheres**

A desigualdade – independentemente do tipo – é produto de diversas forças na sociedade que interagem e criam diversas limitações ou fronteiras comportamentais para as pessoas. Essas limitações e fronteiras limitam as opções, o acesso a recursos e as escolhas.

A desigualdade de gênero é uma dessas forças que resultam em limitações e barreiras para metade da população mundial. Muitas das desigualdades na saúde e direitos sexuais e reprodutivos estão entrelaçadas ou são motivadas pela desigualdade de gênero.

Em todo o mundo, os salários das mulheres são mais baixos do que os dos homens. Menores salários resultam da desigualdade de gênero em educação e saúde, assim como da proteção desigual de direitos. Essas desigualdades fazem com que as mulheres tenham menos capacidades e um menor leque de opções e oportunidades de emprego e subsistência.

E, com salários mais baixos, as mulheres têm menos recursos para serviços essenciais, como planejamento reprodutivo, que podem empoderá-las para participarem da força de trabalho e ganharem mais, já que estão empregadas. Essa situação cria um círculo vicioso que pode impedir que as mulheres, seus filhos e os filhos de seus filhos saiam da pobreza (Nações Unidas, 2014).

Em nome da igualdade e da prosperidade compartilhada, é essencial oferecer condições de igualdade para meninas e meninos, mulheres e homens. Isso significa equilibrar as regras do jogo – na aplicação de leis e direitos, nas instituições que perpetuam regras e atitudes desiguais em termos de gênero, assim como na educação e saúde, principalmente a saúde reprodutiva.



© Alixandra Fazzina/NOOR

## CAPÍTULO 3

---

# Os custos da desigualdade

A Agenda 2030 define o desenvolvimento sustentável não somente como uma “redução absoluta na privação humana” (por exemplo, erradicar a pobreza ou a mortalidade materna), mas também inclui “maior igualdade” entre todas as pessoas, tanto dentro dos países como entre eles.

A desigualdade, seja econômica, social, política ou em saúde, é um empecilho para o desenvolvimento humano sustentável. Ela renega uns à custa dos outros, e a relativa falta de participação de segmentos inteiros da população reprime ideias e soluções, além de reduzir a vitalidade e a resiliência da sociedade. Em suma, oportunidades perdidas para algumas pessoas limitam a prosperidade em longo prazo para todas.

A desigualdade impede o caminho para o mundo que queremos. Ela permite que o desenvolvimento beneficie algumas pessoas, mas não todas, e marginaliza alguns grupos e pessoas, além de distorcer as relações políticas, sociais e econômicas. As desigualdades levam à segmentação social e geográfica de privilégios e privações. Com isso, há menos contato social entre esses grupos nas escolas, no trabalho ou nos domicílios, com o menor entendimento contribuindo com o extremismo no discurso político.

Apesar do avanço recente na redução da pobreza no mundo todo, a desigualdade econômica emergente contradiz as alegações de prosperidade compartilhada ou que a vida tem melhorado para todas as pessoas. A crescente desigualdade econômica impede a confiança e a coesão social, ameaça a saúde pública e marginaliza a influência política dos pobres e da classe média. Sua persistência evidencia que os direitos humanos ainda não são universais. Se não for administrada, pode ficar descontrolada e acabar com a governança e a paz.

Reduzir as disparidades entre os ricos e os pobres, mulheres e homens, os privilegiados e os excluídos, é uma questão de respeitar e capitalizar o potencial das pessoas. Melhorar as oportunidades e os resultados absolutos e relativos faz a negociação social avançar, contribui para que governos sirvam a muitos e não a

poucos, além de estimular o crescimento econômico em longo prazo e a prosperidade compartilhada.

Em todo o mundo em desenvolvimento, as mulheres e as adolescentes mais pobres estão menos aptas do que suas contrapartes mais ricas a exercer seus direitos reprodutivos e proteger sua saúde. As desigualdades na saúde sexual e reprodutiva podem ser ainda mais acentuadas, dependendo do local de residência – cidade ou área rural – e do nível de ensino. As mulheres rurais e com menos instrução costumam ter menos acesso a serviços e piores resultados em saúde reprodutiva do que as mulheres mais instruídas em áreas urbanas.

Quando a saúde e os direitos estão fora do alcance de uma grande parcela da população de um país, todos e todas são prejudicados de alguma forma. Uma mulher pobre que não pode ter acesso ao planejamento reprodutivo, por exemplo, pode vir a ter mais filhos do que deseja. Consequentemente, talvez não possa participar da força de trabalho remunerada e contribuir com o próprio crescimento econômico e com o desenvolvimento do país.

As desigualdades em saúde e direitos sexuais e reprodutivos geram custos para o indivíduo, a comunidade, os países e toda a comunidade global.

### Riscos desiguais na reprodução

No mundo em desenvolvimento, 43% das gravidezes não são planejadas (Guttmacher Institute, 2017).

A gravidez não intencional prevalece entre as mulheres rurais, pobres e menos instruídas. Na maioria dos países, as taxas de fecundidade são mais altas entre os segmentos mais pobres da população do que entre os grupos de maior renda. Nos países onde a taxa geral de fecundidade é relativamente baixa, a disparidade de fecundidade entre ricos e pobres também é relativamente pequena. Porém, em países com alta fecundidade, a disparidade entre os quintis de saúde superior e inferior pode ser grande. Na Zâmbia, por exemplo, a taxa de fecundidade no

quintil de renda inferior é mais que o dobro da taxa no quintil superior de renda (Banco Mundial, 2012).

Todos os anos, nos países em desenvolvimento, acontecem 89 milhões de gravidezes não planejadas, 48 milhões de abortos, 10 milhões de abortos naturais e 1 milhão de natimortos (Instituto Guttmacher, 2017).

As gravidezes não intencionais também têm relação com a maior pobreza e menores perspectivas para a mobilidade econômica das mulheres (UNFPA, 2012).

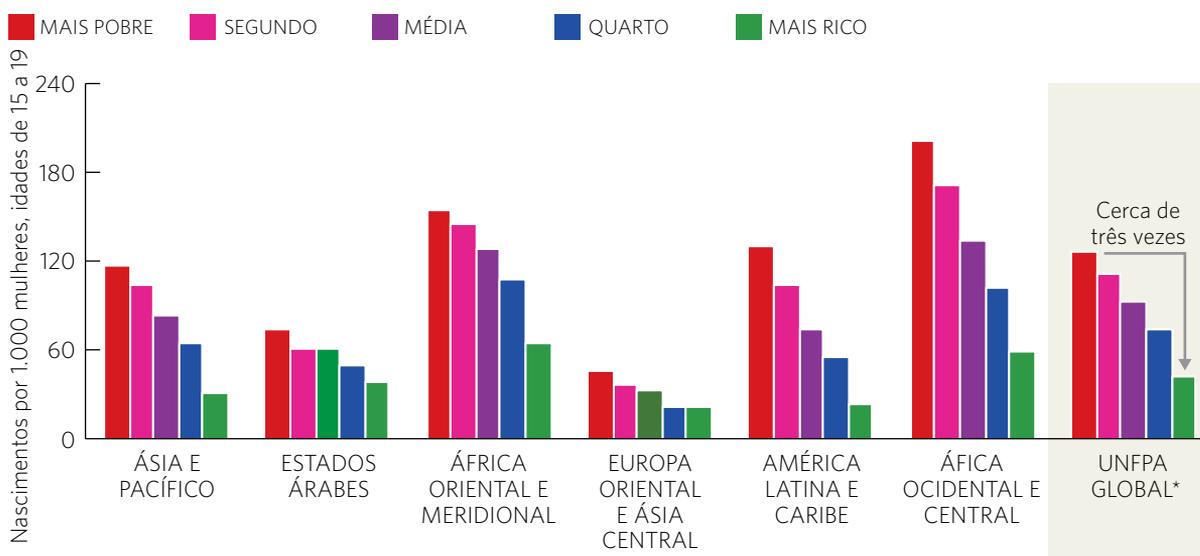
Aproximadamente 214 milhões de mulheres nos países em desenvolvimento têm uma demanda não atendida por planejamento reprodutivo (Instituto Guttmacher, 2017). Dados de 98 países em desenvolvimento mostram que a demanda não atendida por planejamento reprodutivo é maior entre as mulheres mais pobres, rurais e menos instruídas do que entre suas contrapartes mais ricas, urbanas e mais instruídas (UNFPA, 2013a).

As disparidades na demanda não atendida são significativas em todas as regiões, exceto na África Ocidental e Central, onde a demanda não atendida é consistentemente alta em todos os grupos demográficos, sociais e econômicos.

Quando as mulheres mais pobres nos países em desenvolvimento engravidam, seu acesso limitado e desigual à assistência à saúde reprodutiva, assim como suas necessidades nutricionais não atendidas, podem causar sérias complicações para a mãe e para o feto. Apesar das reduções nas mortes maternas no mundo todo, a taxa de mortalidade materna nos países menos desenvolvidos continua de 436 mortes por 100.000 partos, em comparação às 12 mortes por 100.000 partos nos países desenvolvidos.

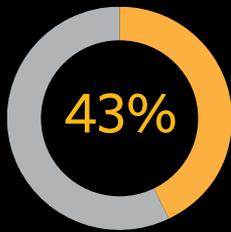
Mais de 96% de todos os bebês com baixo peso ao nascer nascem nos países em desenvolvimento (OMS, 2017). Apesar de o acesso ao cuidado pré-

FIGURA 26 Taxas de fecundidade de adolescente (faixa etária de 15 a 19 anos), por região e quintil de riqueza



\* Refere-se à média ponderada do 155 países e territórios onde o UNFPA trabalha.

**Nota:** Gráfico baseado nos últimos dados disponíveis  
**Fonte:** UFPA (2016a)



das gravidezes no mundo em desenvolvimento **NÃO SÃO INTENCIONAIS**

Todos os anos, os países em desenvolvimento concentram:

**89 milhões** de gravidezes não intencionais

**48 milhões** de abortos

**10 milhões** de abortos espontâneos

**1 milhão** de natimortos

© Paolo Pellegrin/Magnum Photos

natal estar crescendo no mundo todo, as mulheres nas regiões em desenvolvimento, principalmente na África Subsaariana e Sul da Ásia, costumam receber menos de quatro consultas pré-natais – o número mínimo que vinha sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde até novembro de 2016, quando o número recomendado passou para oito (OMS, 2016). A situação é ainda pior em áreas rurais nos países em desenvolvimento, onde os custos associados a percorrer longas distâncias para o cuidado pré-natal são proibitivamente altos (Finlayson e Downe, 2013).

A saúde precária das mães tem implicações intergeracionais também. Um estudo concluiu que a saúde adversa das mães afeta a saúde e a sobrevivência da criança (Bhalotra e Rawlings, 2011). O estudo indicou que a precária saúde intergeracional pode ter estreitos vínculos com os salários e com o bem-estar econômico, assim como com a desigualdade.

As meninas com menos de 15 anos são responsáveis por 1,1 milhão dos 7,3 milhões de partos entre meninas adolescentes com menos de 18 anos que ocorrem a cada ano nos países em desenvolvimento

(UNFPA, 2013b). A maioria dos partos de adolescentes no mundo (95%) ocorre nos países em desenvolvimento e nove de cada 10 desses partos ocorrem em um casamento ou uma união. Os casamentos infantis costumam ser mais frequentes em países onde a pobreza é extrema e entre os grupos mais pobres nos países (UNFPA, 2013b).

As adolescentes (entre 15 e 19 anos de idade) nos domicílios que estão entre os 20% mais pobres nos países em desenvolvimento têm cerca de três vezes mais partos do que as adolescentes nos domicílios que estão entre os 20% mais ricos. As adolescentes em áreas rurais têm, em média, duas vezes mais partos (taxa por 1.000 mulheres) do que suas contrapartes nas cidades (Figura 27).

As variações nas taxas de parto de adolescentes em um país resultam, em parte, do acesso desigual aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. As adolescentes geralmente têm menos acesso à contracepção do que os adolescentes por causa de políticas discriminatórias, provedores de serviço preconceituosos ou atitudes dominantes sobre qual é o comportamento aceitável para as meninas.

Uma gravidez tem consequências imediatas e duradouras para a saúde de uma menina, sua instrução e potencial de obter renda, geralmente alterando o curso de toda a vida dela. O risco de morte materna para mães com menos de 15 anos de idade em países de baixa e média renda é o dobro do risco que há para mulheres mais velhas. Esse grupo mais jovem também enfrenta taxas significativamente mais altas de fístula obstétrica do que suas colegas mais velhas (UNFPA, 2013b).

Os partos de adolescentes têm estreita relação com a desigualdade de renda e com a incidência de pobreza (Gonzales et al., 2015a). As altas taxas de parto têm sido associadas à reduzida atividade econômica das mulheres – principalmente as adolescentes que, depois de engravidarem, geralmente deixam a escola e, assim, limitam o seu potencial futuro de entrar no mercado

de trabalho. Assim, as altas taxas de fecundidade de adolescente podem aumentar a desigualdade em educação, participação econômica e potencial de salários.

Um estudo do Banco Mundial (Chaaban e Cunningham, 2011) sugere que o custo de oportunidade de vida relativo à gravidez na adolescência – medido pela renda anual perdida por essa mãe no decorrer de sua vida – varia entre 1% do produto interno bruto (PIB) na China a 30% do PIB anual em Uganda.

Estudos correlacionaram a gravidez precoce com precária saúde física e mental no futuro. Diversos desses estudos concluíram que a maternidade na adolescência faz parte das desvantagens das meninas de baixa condição socioeconômica (Hodgkinson et al., 2014; Patel e Sen, 2012).

Adolescentes enfrentam riscos adicionais na reprodução porque têm menos acesso aos serviços do que os adultos, principalmente à contracepção e prevenção de HIV. Entre os adolescentes, as meninas estão em maior risco do que os meninos.

HIV/Aids é hoje a principal causa de morte entre as adolescentes na África Oriental e Meridional; na região, 80% das novas infecções por HIV ocorrem em meninas (Fleischman e Peck, 2015). No mundo todo, as jovens e adolescentes (de 15 a 24 anos) respondem por 60% de todas as pessoas jovens que vivem com HIV e 58% de todas as novas infecções por HIV entre jovens (ONU Mulheres, 2016).

O HIV/Aids tem um impacto maior nos pobres do que nas pessoas mais abastadas e com maior acesso à assistência à saúde de qualidade. Apesar de o tratamento nos países de baixa e média renda ter melhorado nos últimos anos, 60% das pessoas infectadas não têm acesso a medicamentos antirretrovirais, que salvam vidas e que podem ser proibitivamente caros (UNAIDS, 2015). Sem tratamento, os domicílios que já vivem na pobreza estão em risco de pobreza ainda maior quando um membro da família que gerava renda morre.



© UNPFA/Maks Levin

# MUITO JOVENS

## GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA



**95%**

dos partos de adolescentes acontecem em países em desenvolvimento

Meninas com menos de 15 anos respondem por

**1,1 MILHÃO**  
**DOS 7,3 MILHÕES**

de partos entre adolescentes com menos de 18 anos que acontecem todos os anos nos países em desenvolvimento

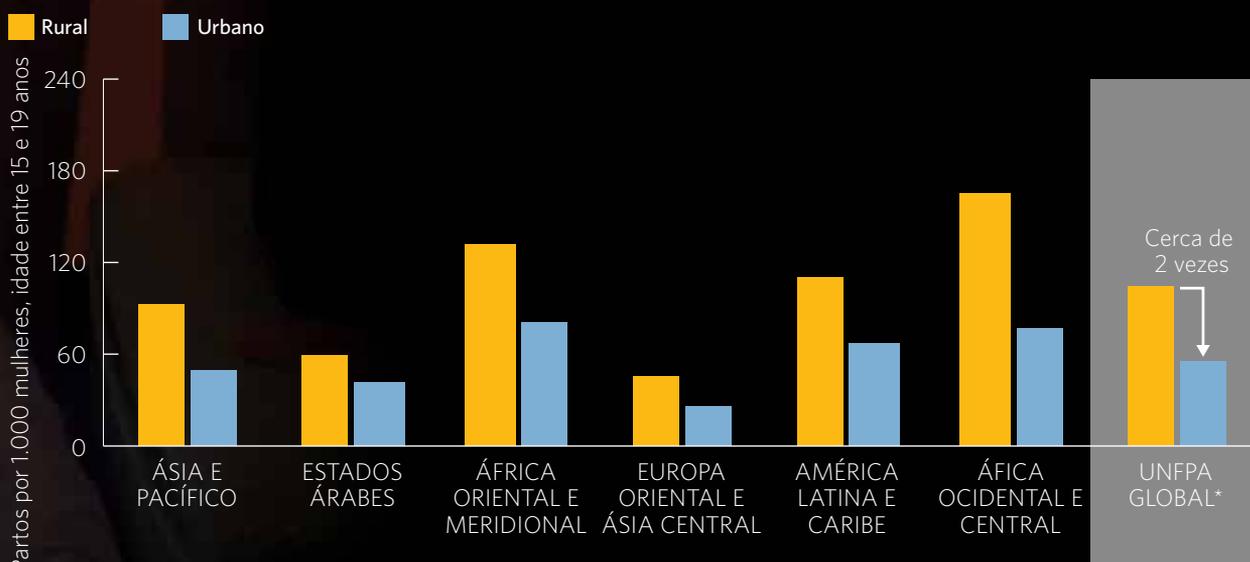


**9 ENTRE 10**

partos de adolescentes acontecem em casamentos ou uniões

Nos 96 países em desenvolvimento com dados disponíveis, **as taxas de fecundidade de adolescente são mais altas em áreas rurais** e onde as adolescentes são mais pobres e com menor escolaridade.

FIGURA 27 Taxas de fecundidade de adolescente (faixa etária de 15 a 19 anos), por local de residência



\* Refere-se à média ponderada dos 155 países e territórios onde o UNFPA trabalha.

Nota: Gráfico baseado nos últimos dados disponíveis  
Fonte: UFPA (2016a)

## Intersecção entre desigualdades em saúde, educação e gênero

Apesar do progresso em relação à igualdade de gênero na educação nas últimas três décadas, as meninas ainda têm maior probabilidade do que os meninos de ficar fora da escola no nível primário, e ainda maior probabilidade de não se matricularem no ensino médio/secundário (UNICEF e Instituto de Estatística da UNESCO, 2015). As meninas rurais, pobres ou de grupos raciais, étnicos ou religiosos minoritários enfrentam um risco ainda maior de não estarem na escola do que suas contrapartes urbanas, ricas, de grupos étnicos e religiosos majoritários (Global Partnership for Education, 2013; UNICEF e Instituto de Estatística da UNESCO, 2015).

Menores taxas de matrícula, frequência e conclusão são resultado de muitos fatores sociais, geográficos e econômicos que colocam as meninas

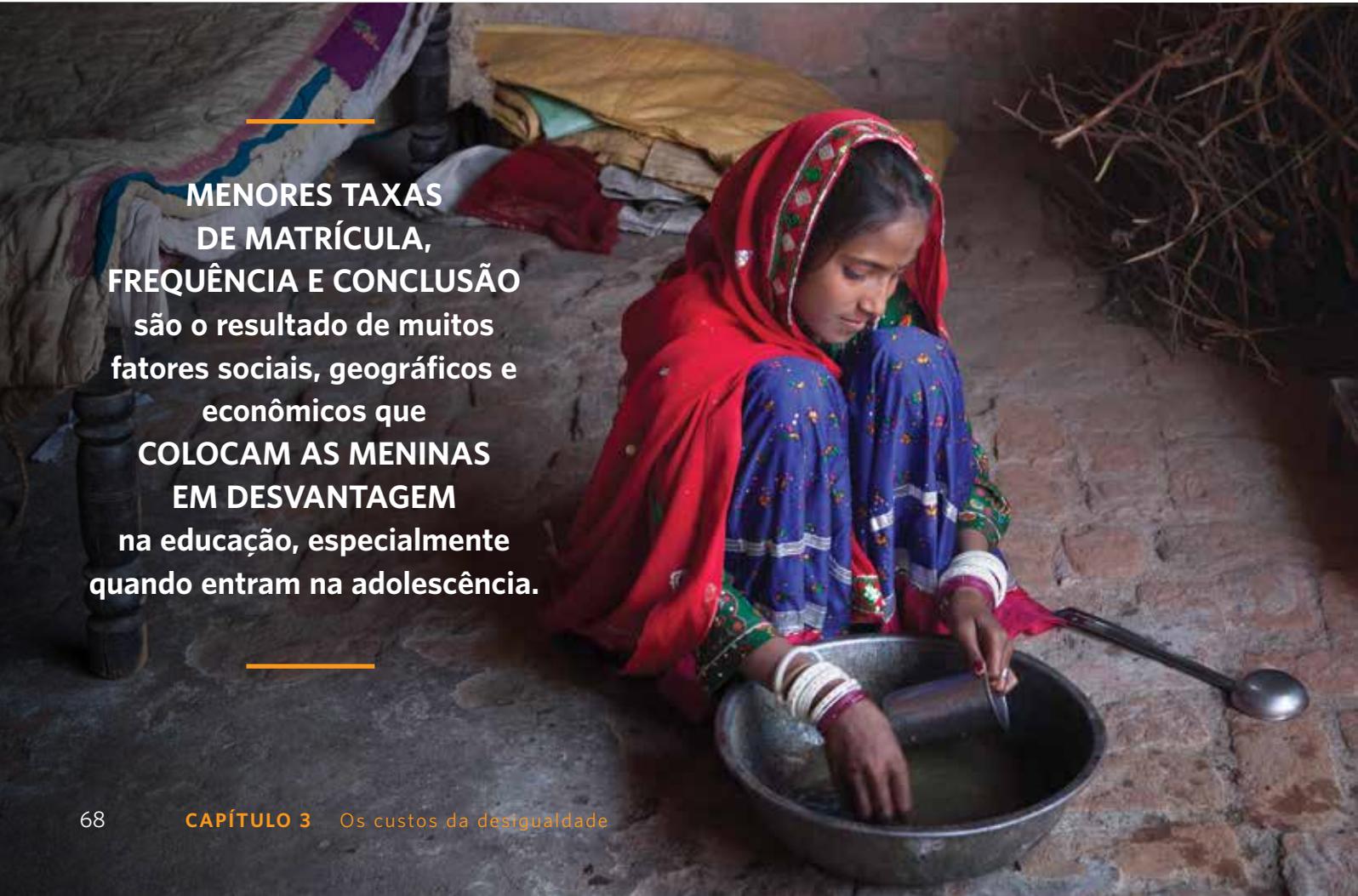
em desvantagem na educação, principalmente quando entram na adolescência.

A falta de banheiros separados e de produtos para menstruação nas escolas, por exemplo, pode forçar as pubescentes a faltarem a aula. Em alguns contextos, uma evidência visível de menstruação eventualmente causada por falta de produtos sanitários pode vir a deixá-las em vulnerabilidade para assédio e abuso sexual (Sommer, 2010).

O casamento infantil também mantém as meninas fora da escola e ameaça sua saúde e bem-estar. Geralmente o casamento é seguido de uma gravidez, mesmo que a menina ainda não esteja física ou mentalmente pronta para engravidar. As complicações na gravidez e no parto estão entre as principais causas de morte entre meninas adolescentes de 15 a 19 anos (OMS, 2017b).

Quando as meninas se casam, geralmente são forçadas a largar a escola para assumir as

© Mark Tuschman



**MENORES TAXAS DE MATRÍCULA, FREQUÊNCIA E CONCLUSÃO** são o resultado de muitos fatores sociais, geográficos e econômicos que **COLOCAM AS MENINAS EM DESVANTAGEM** na educação, especialmente quando entram na adolescência.



© Froi Rivera, Courtesy of Photoshare

responsabilidades domésticas. Essa é uma negação do direito à educação. As meninas que abandonam a escola têm saúde pior e piores resultados econômicos do que aquelas que permanecem na escola, e a situação de seus filhos será pior ainda.

O medo de ser agredida no caminho da escola é uma das razões para que seja mais provável que as meninas em áreas rurais entrem na escola mais velhas do que os meninos rurais (UNICEF e Instituto de Estatística da UNESCO, 2015). Começar a escola com idade mais avançada aumenta a possibilidade de as crianças terem baixo desempenho em sala de aula, repetir o ano e evadir (Nonoyama-tarumi et al., 2010; Wils, 2004). Essa relação é ainda mais forte quando as crianças são de lares com baixa condição socioeconômica (Nonoyama-tarumi et al., 2010).

A etnicidade também é um fator importante na disparidade de gênero em educação. Estima-se

que, no mundo todo, dois terços das meninas fora da escola sejam de minorias étnicas em seus países (Banco Mundial, 2012). Um dos exemplos mais impressionantes de desigualdade educacional é o dos ciganos na Europa: em alguns países, mais de 30% dos jovens ciganos não têm sequer o ensino primário e a parcela de ciganos com grau universitário não excede 1% em lugar algum (Brüggemann, 2012). O custo da exclusão educacional dos ciganos é alto, com uma perda estimada de 3,7% do PIB só na Bulgária (Banco Mundial, 2010). A desigualdade educacional entre os ciganos afeta muito mais as meninas, porque é grande a possibilidade que elas se casem antes de completarem 18 anos. Na Sérvia, por exemplo, 57% das mulheres ciganas se casam antes dos 18 anos, em comparação com 7% da população geral (UNICEF, 2014).

Quando uma menina não está na escola, ela perde oportunidades de obter conhecimento e criar

competências que podem ajudá-la a realizar todo seu potencial na vida futura (Figura 28). Além disso, as meninas que não estão na escola perdem educação integral em sexualidade e capacitação em habilidades para a vida, onde poderiam aprender sobre seus corpos e sobre relações de gênero e poder. Na escola, elas também poderiam desenvolver competências de comunicação e negociação, sem as quais ficam ainda mais em desvantagem em sua transição da adolescência para a vida adulta. A educação integral em sexualidade é uma abordagem da educação em sexualidade com base em direitos e foco em gênero, na escola e fora dela. Ela é ministrada por vários anos, apresentando informações apropriadas à idade e consistentes com as competências que os jovens estão desenvolvendo.

Uma análise mostrou que os países com altas taxas de crianças fora da escola geralmente também apresentam altas taxas de parto em adolescentes, com as taxas mais altas para as meninas na África (Nações Unidas, 2013a). Um estudo sobre a educação das meninas no Quênia concluiu que a chance de uma adolescente ter um parto ainda adolescente cai em 7,3% se ela tiver pelo menos o ensino primário, e em 5,6% se ela tiver pelo menos o ensino médio/secundário (Ferré, 2009).

Os níveis de sucesso escolar são semelhantes entre meninos e meninas nos segmentos mais ricos da sociedade no mundo todo. Para a maioria dos países, as diferenças entre meninos e meninas são mais acentuadas nos segmentos mais pobres. Na Índia, por exemplo, os adolescentes e as adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos no quintil mais rico da população têm ambos grande probabilidade de entrar no ensino médio/secundário. Porém, os adolescentes do quintil mais pobre da população provavelmente só chegarão ao ensino fundamental, enquanto as adolescentes devem concluir apenas o 1º ano (Banco Mundial, 2012).

## Desigualdades em saúde sexual e reprodutiva e desigualdade econômica

As desigualdades em saúde sexual e reprodutiva estão relacionadas à desigualdade econômica: as mulheres no quintil mais pobre dos países em desenvolvimento geralmente têm menos acesso a serviços essenciais para exercer seus direitos de evitar gravidez, ter saúde durante a gravidez e ter um parto seguro.

A pobreza exclui milhões de mulheres de serviços que salvam vidas e são disponibilizados àquelas nos estratos econômicos mais elevados. Essa exclusão pode levar a resultados precários em saúde reprodutiva, com repercussão não somente na saúde da mulher, mas também no bem-estar de seu lar e de sua comunidade, assim como no desenvolvimento econômico e social do país.

As desigualdades em saúde reprodutiva e a desigualdade econômica podem, então, se reforçar mutuamente e ter o potencial de aprisionar as mulheres em um círculo vicioso de pobreza, competências reduzidas e potencial não realizado. Apesar de os caminhos entre uma dimensão da desigualdade e a outra não serem lineares, as conexões estão claras.

A intersecção dessas formas de desigualdade pode ter graves consequências para as sociedades como um todo, com um grande contingente de mulheres sofrendo de saúde precária e não podendo decidir se, quando ou com que frequência engravidar, privadas do poder de participar da força de trabalho remunerada e realizar todo o seu potencial. Os efeitos nocivos podem durar a vida toda da pessoa e atingir a próxima geração.

A desigualdade econômica tem piorado em muitas partes do mundo, principalmente nos países em desenvolvimento.

Pesquisas realizadas por instituições como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento

**FIGURA 28** Percentual das mulheres mais pobres de 7 a 16 anos que nunca frequentaram a escola

Classificação	País	%
1	Somália	95
2	Níger	78
3	Libéria	77
4	Mali	75
5	Burkina Faso	71
6	Guiné	68
7	Paquistão	62
8	lêmen	58
9	Benin	55
10	Costa do Marfim	52

Média de anos de ensino para as mulheres mais pobres na faixa etária de 17 a 22 anos

Classificação	País	Anos
1	Somália	0.3
2	Níger	0.4
3	Mali	0.5
4	Guiné	0.5
5	Guiné Bissau	0.8
6	lêmen	0.8
7	República Centro Africana	0.8
8	Burkina Faso	0.9
9	Paquistão	1.0
10	Benin	1.1

Fonte: UNESCO e EFA-GMR, 2013



Quando uma menina não está na escola, ela perde oportunidades para adquirir conhecimento e desenvolver habilidades que podem ajudá-la a desenvolver seu **PLENO POTENCIAL AO LONGO DA VIDA**

© Mark Tuschman

Econômico mostram que a desigualdade extrema de renda no país pode inibir o crescimento econômico.

Um estudo da OCDE sugere que o potencial de crescimento em longo prazo dos países em desenvolvimento está em jogo quando a desigualdade de renda é grande, mesmo em países que alcançaram notáveis avanços na redução da incidência de extrema pobreza (OCDE, 2015). Por outro lado, o estreitamento da desigualdade pode incentivar o crescimento econômico e acelerar a redução da pobreza (Banco Mundial, 2016).

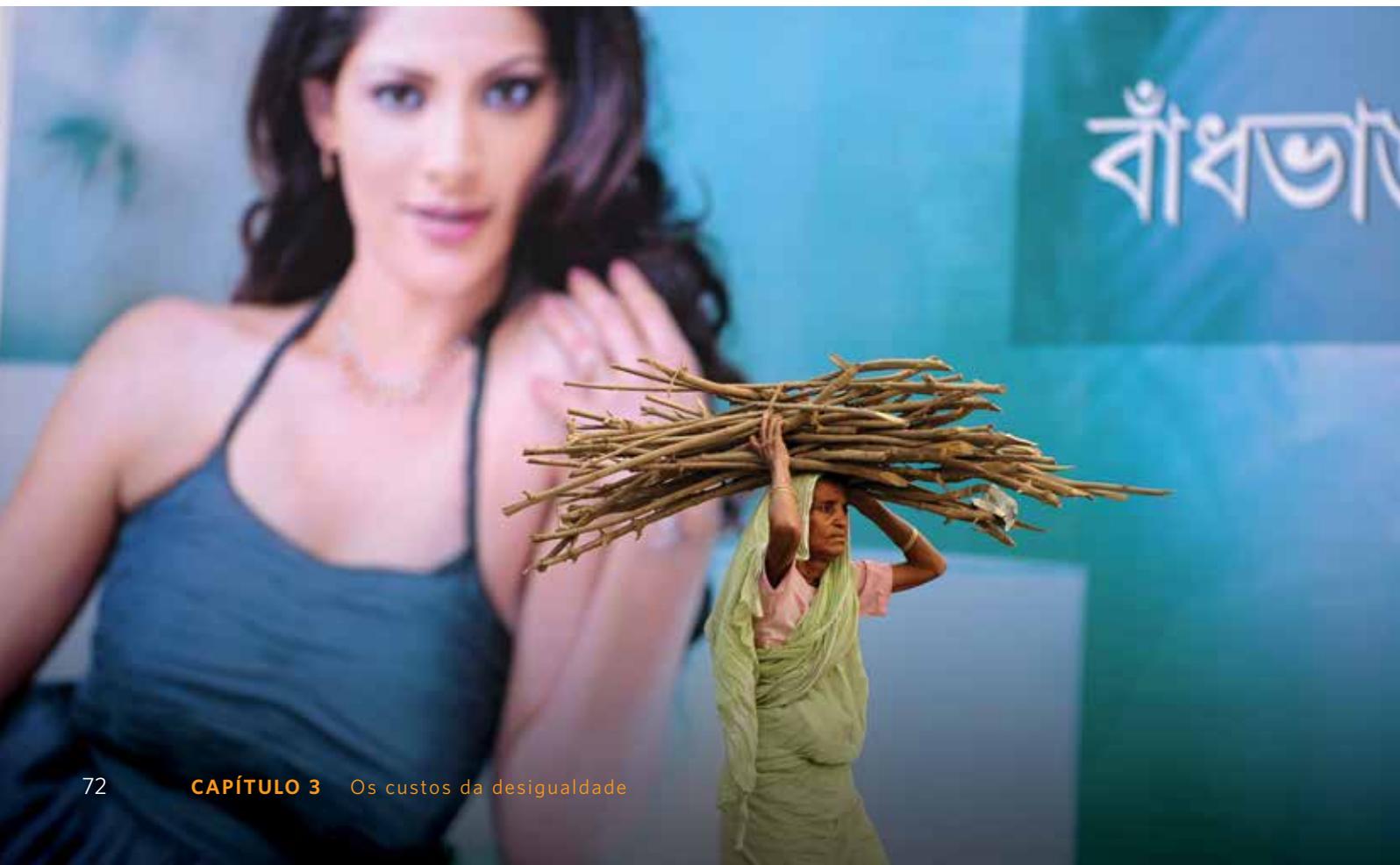
A desigualdade de renda tem um impacto negativo no crescimento, em grande parte porque reduz o desenvolvimento das pessoas em termos de capacitação e restringe as oportunidades de construção de capital humano próprio entre os mais pobres (OCDE, 2015).

Apesar dos avanços na redução da pobreza nas décadas anteriores, a desigualdade econômica persistente ainda impede o progresso de milhões de pessoas. A desigualdade de renda tem crescido nos países mais desenvolvidos, aumentando a disparidade entre ricos e pobres, levando aqueles na camada inferior da pirâmide à estagnação econômica. A pesquisa da OCDE também mostra que as pessoas dos domicílios mais pobres gastam menos tempo com educação e desenvolvem competências literárias mais precárias que, por sua vez, levam a menos oportunidades de empregos e trabalhos de qualidade (OCDE, 2015).

### Combinação de desigualdades

Quando analisamos as características dos pobres, fica claro que as pessoas na pobreza também têm maior chance de enfrentar outras formas de desigualdade.

© AFP/Getty Images



É mais provável que as pessoas pobres sejam rurais, com menor nível de escolaridade e morem em lares com mais crianças: 80% das pessoas pobres moram em áreas rurais, 44% têm 14 anos de idade ou menos, e 39% não têm ensino formal (Banco Mundial, 2016).

A natureza interconectada e multidimensional das desigualdades – em renda, entre sexos, na saúde reprodutiva e na educação – geralmente dificulta a definição de quais forças estão em jogo e de que forma. No entanto, todas essas desigualdades interagem e têm consequências combinadas e de longa duração para as pessoas no mundo todo.

As desigualdades econômicas costumam ficar evidentes nas grandes ou crescentes diferenças nos resultados de saúde, que refletem desigualdades de oportunidade, e no acesso à informação, a serviços de saúde ou outros bens públicos de qualidade. Essas desigualdades de oportunidade e acesso corroboram as desigualdades em saúde no mundo todo, por meio do acesso desigual à tecnologia da informação, educação em saúde, assistência moderna à saúde e aos benefícios do progresso científico.

As tentativas de reduzir as desigualdades nos resultados e nas oportunidades são insuficientes se não combaterem as persistentes desigualdades estruturais de gênero que as mulheres e as meninas enfrentam e que existem em todas as sociedades, reforçando as privações relativas e absolutas.

Os efeitos da desigualdade de renda são ampliados e reproduzidos por causa da desigualdade de gênero, tornando a disparidade de gênero na pobreza uma das desigualdades mais persistentes no mundo. Um estudo recente mostrou que a desigualdade de gênero está fortemente associada à desigualdade de renda, que resulta principalmente das disparidades de gênero na participação econômica em países de mais alta renda, assim como das disparidades de gênero em educação, empoderamento político e saúde em países de média e baixa renda (Gonzales et al., 2015a).

A desigualdade estrutural de gênero nega às mulheres o direito de decidir se, quando ou com quem casar, assim como o direito de se, quando e com que frequência engravidar. Essa falta de escolha limita as trajetórias de vida das mulheres desde o início da vida. As desigualdades estruturais que as mulheres e as crianças enfrentam resultam em desigualdades agregadas e compostas que prejudicam as contribuições de metade da população mundial.

As desigualdades de resultado e oportunidade reforçam outros tipos de desigualdade, tais como desigualdade de participação, tomada de decisão, justiça ou proteção da lei; voz ou acesso desigual à mídia; chances desiguais de liderança e muito mais.

As desigualdades também funcionam em diversos níveis – afetam as pessoas em relação aos vizinhos ou co-cidadãos, mas também em relação a outros membros do domicílio ou da família.

A agregação de diversos tipos de desigualdade reforça a privação relativa e absoluta. Além disso, contribui com as desigualdades espaciais e grandes diferenças entre as comunidades no que diz respeito ao acesso a transporte, emprego e energia elétrica, proximidade a ameaças ambientais e acesso a serviços básicos.

As desigualdades também contribuem para a mobilidade humana, inclusive para a migração doméstica e internacional, já que as pessoas se deslocam em uma tentativa de se livrar de desigualdades espaciais enraizadas, em busca de maiores oportunidades e melhores resultados em novos ambientes.

Assim como a pobreza e a desigualdade em nível de pessoas e domicílios, a pobreza e a desigualdade em nível de países e regiões podem ser autopropetuada. O fato de os países menos desenvolvidos do mundo serem o principal local das crises e desastres gerados pelo homem não é uma coincidência. As desigualdades podem estar no cerne da fragilidade que, por sua vez, aumenta os riscos e a probabilidade de crises humanitárias.



© Lynsey Addario for Time Magazine/UNFPA

## CAPÍTULO 4

---

# A caminho da igualdade atendendo primeiro aos que estão em situação de maior vulnerabilidade

Entre os objetivos e metas do Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), que orienta o trabalho do UNFPA, o Fundo de População das Nações Unidas, estão: “o crescimento econômico sustentado no contexto do desenvolvimento sustentável; educação, principalmente para meninas; equidade e igualdade de gênero; redução da mortalidade infantil e materna; e, oferta de acesso universal à assistência à saúde reprodutiva, inclusive o planejamento reprodutivo e a saúde sexual”.

O Programa de Ação enfatiza “a tarefa essencial de erradicar a pobreza como um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável, para reduzir as disparidades nos padrões de vida e para melhor atender as necessidades da maioria da população do mundo”. As atividades do governo em resposta ao acordo da CIPD contribuíram com ganhos notáveis em 20 anos no que diz respeito à igualdade de gênero, saúde e expectativa de vida, assim como a mais ou menos 1 bilhão de pessoas saindo da pobreza extrema (Nações Unidas, 2014).

## Uma nova agenda global centrada na igualdade

Quando as nações do mundo se reuniram em 2015 para traçar o rumo para o desenvolvimento sustentável nos próximos 15 anos, elas se comprometeram a acabar com a pobreza e a fome em todos os lugares, combater desigualdades nos e entre os países, além de construir sociedades inclusivas, sem deixar ninguém para trás. Elas prometeram “atender primeiro os que estão em situação de maior vulnerabilidade”.

A Agenda para 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável se baseiam em princípios de direito, justiça, inclusão e igualdade.

As nações do mundo concordaram que a nova visão para o desenvolvimento sustentável só pode ser alcançada se toda a humanidade se unir e se envolver nesse esforço, e que o desenvolvimento no futuro deve

beneficiar a todas as pessoas e não apenas àquelas nos degraus mais altos das camadas econômicas, políticas ou sociais dos países. “Estamos decididos a acabar com a pobreza e a fome em todas as suas formas e dimensões, e a assegurar que todos os seres humanos realizem seu potencial em dignidade e igualdade e em um ambiente saudável”, diz a resolução das Nações Unidas que lançou formalmente esses objetivos.

O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 10 pretende reduzir a desigualdade dentro das nações e entre elas. Este objetivo tem metas específicas, inclusive a manutenção do crescimento de renda dos 40% mais pobres da população a uma taxa maior do que a média nacional, além de empoderar e promover a inclusão social, econômica e política de todos e todas. Esse último toca nas muitas formas de desigualdade além das óbvias desigualdades econômicas, associadas a diferenciais de renda e riqueza, tais como participação na força de trabalho e desigualdade de salário; desigualdade política, como a negação do direito a votar e ocupar cargo eleito; e, desigualdade de acesso à educação e à assistência à saúde de qualidade.

A visão global para a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável inclui a noção de “prosperidade compartilhada” e “um mundo de respeito universal aos direitos humanos e à dignidade humana, à regra da lei, justiça, igualdade e não discriminação... e à oportunidade igual que permita a realização integral do potencial humano...”. O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 1, de acabar com a pobreza extrema até 2030, e a prosperidade compartilhada têm mais chance de serem alcançados se a renda dos 40% mais pobres da população crescer mais rapidamente do que a média das rendas. Quanto maior a taxa de crescimento na renda dos 40% mais pobres da população, mais rapidamente o progresso econômico é compartilhado com os segmentos mais pobres da sociedade (Banco Mundial, 2016).

Acelerar o crescimento na renda dos 40% mais pobres da população, porém, demanda grandes

investimentos em capital humano, principalmente na educação e saúde das crianças.

Outros Objetivos de Desenvolvimento Sustentável deixam claro que a igualdade econômica, seja de renda ou de riqueza individual, não é a única medida de igualdade ou bem-estar humano. O Objetivo 5 visa a igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas, enquanto o Objetivo 4 enfatiza uma educação de qualidade que seja inclusiva e igual para todas as pessoas.

A realização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em 2030 pode estar fora de alcance sem um foco renovado nos mais pobres em todas as populações e naqueles mais duramente afetados pela discriminação de gênero, para quem o sucesso escolar é quase impossível, e também para quem a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos estão longe de serem universais.

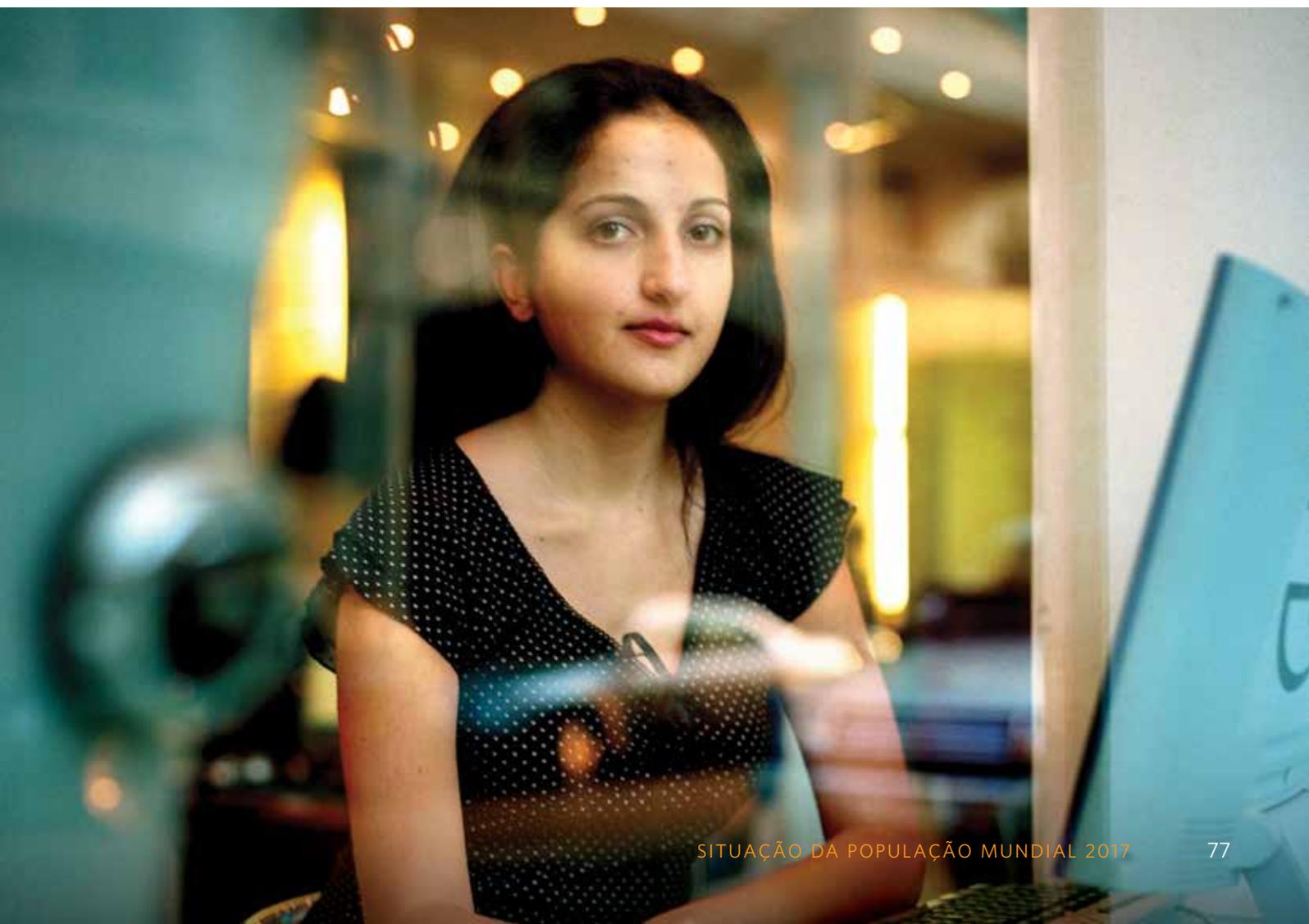
## Assentando as bases para um dividendo demográfico

Reduzir a desigualdade em saúde, principalmente na saúde reprodutiva, pode ter um impacto positivo nas economias através de um “dividendo demográfico”.

Um dividendo demográfico é o potencial de crescimento econômico que pode resultar das mudanças na estrutura etária da população, quando a participação da população em idade ativa se expande em relação à da população fora da idade ativa.

Um dividendo demográfico está associado a uma transição demográfica, que começa quando as taxas de mortalidade infantil caem em resposta ao maior acesso a vacinas, antibióticos, água tratada, saneamento e melhor nutrição. Quando os casais percebem que não precisam ter tantos filhos para

© Alfredo Caliz/Panos Pictures



criar uma família do tamanho que querem, as taxas de fecundidade começam a cair.

Com o passar do tempo, o próprio tamanho desejado da família diminui e a proporção da população em idade ativa em relação àquela fora da idade ativa aumenta. A alta proporção de trabalhadores em relação às crianças e aos idosos dependentes deles cria o potencial para maior incentivo ao crescimento econômico, já que os recursos que seriam necessários para sustentar os dependentes podem ser direcionados à poupança e ao capital humano. Enquanto isso, ter famílias menores permite que mais mulheres ingressem na força de trabalho e aumentem a renda domiciliar (UNFPA, 2016b).

Países com grandes contingentes e rápido crescimento de populações jovens estão preparados para colher os dividendos demográficos que podem levar a um crescimento econômico duradouro, igualitário e forte, assim como ao desenvolvimento humano sustentável (Bloom, 2016).

As perspectivas de colher um grande dividendo demográfico não devem ser supervalorizadas, já que cerca de 60% da população nos países menos desenvolvidos têm 24 anos ou menos. O porte do impulso econômico depende, em parte, de até que ponto um país investe no capital humano de seus jovens. Os investimentos críticos em capital humano incluem aqueles que permitem que as meninas, principalmente aquelas de domicílios pobres, concluam o ensino médio/secundário, tenham acesso à educação compreensiva sobre sexualidade e, posteriormente, tenham acesso a informações, serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, inclusive métodos contraceptivos.

O dividendo econômico coloca em movimento um círculo virtuoso onde a melhoria das capacidades humanas – com investimentos em saúde, nutrição

e educação – acelera o crescimento econômico. O crescimento econômico, por sua vez, aumenta o potencial das famílias e governos de investir recursos adicionais em saúde, educação e nas competências da próxima geração.

Ainda assim, o mundo continua bastante desigual em termos de perspectiva de trabalho ou subsistência dignos. Em comparação aos adultos, os jovens estão muito mais desempregados, subempregados ou trabalhando em condições inseguras e de grande vulnerabilidade, com maior probabilidade de não ter acesso a serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva. As mulheres jovens são particularmente

vulneráveis a ficarem presas em empregos informais e mal remunerados por causa da desigualdade de gênero existente no mercado de trabalho, por sua desvantagem em relação à escolaridade, por sua potencial responsabilidade por criar os filhos, e às violações dos direitos por meio de práticas como casamento infantil.

A existência de um grande número de jovens desfavorecidos e sistematicamente destituídos de poder pode prejudicar o potencial de um país de alcançar o desenvolvimento inclusivo e sustentável, além de perpetuar as desigualdades. Privar os jovens de perspectivas futuras também pode contribuir com conflitos e comprometer a capacidade dos países de enfrentar as ameaças humanitárias e as mudanças climáticas.

O dividendo demográfico apresenta uma nova abordagem e visão para as perspectivas e caminhos para o desenvolvimento sustentável em países com grandes proporções de pessoas jovens. Maiores investimentos em empoderamento, inclusive em saúde e direitos sexuais e reprodutivos, além da educação de qualidade, principalmente no momento

---

Mulheres jovens são  
mais vulneráveis a se  
prenderem a empregos  
INFORMAIS  
E COM BAIXA  
REMUNERAÇÃO

---

decisivo da adolescência, têm efeitos que duram a vida toda. Quando esses investimentos se estendem ampla e igualmente por toda a população, resultam em um aumento do capital humano na sociedade. Quando esse aumento coincide com um aumento na parcela jovem da população, em consequência da redução no número de nascimentos, o resultado é uma parcela particularmente alta da população com melhor saúde e educação, indo em direção a seus anos mais produtivos. Se esses jovens forem atendidos por uma sociedade e uma economia que ofereçam oportunidades reais de trabalho digno, o desenvolvimento pode acelerar drasticamente ao longo de uma geração.

Desde 2015, o UNFPA apoia 30 países africanos com avaliações nacionais do potencial para colher e ampliar um dividendo demográfico. Essas avaliações incluem análises das estruturas etárias da população, nível de instrução e oportunidades de emprego, além de orientação em investimento que pode ajudar a realizar um dividendo demográfico e alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Com o Empoderamento e Dividendo Demográfico das Mulheres de Sahel – uma iniciativa conjunta do Banco Mundial e do UNFPA – Burkina Faso, Chade, Costa do Marfim, Mali, Mauritânia e Níger têm priorizado o dividendo demográfico como uma forma de enfrentar os deficits de capital humano e o rápido crescimento populacional.

O alcance do dividendo demográfico depende do empoderamento, da educação e do emprego, que dependem criticamente da igualdade na saúde e nos direitos sexuais e reprodutivos.

Milhões de meninas, por exemplo, estão em risco de ficarem noivas ainda crianças ou de se tornarem mães adolescentes, comprometendo suas chances de educação e de realização de todo seu potencial. Com menos competências e com as limitações de saúde e outras que geralmente acompanham a gravidez precoce, essas meninas terão dificuldade para

participar da força de trabalho remunerada. Caso consigam um emprego, provavelmente terão salários menores do que suas contrapartes que não casaram nem engravidaram na adolescência. O resultado é uma privação de direitos, uma vida de pobreza, menores oportunidades e expectativas, produtividade perdida e capital humano não desenvolvido, com repercussões negativas para os domicílios, comunidades e para o progresso econômico e social dos países.

O desenvolvimento do capital humano é essencial para o crescimento econômico e para a concretização do dividendo demográfico. Sem um envolvimento maior e mais igualitário das mulheres, o dividendo demográfico continuará a ser um objetivo inatingível.

### **Assistência universal à saúde: um caminho para a igualdade**

Segundo um estudo do Banco Mundial (2016), “a promoção da assistência universal à saúde é a estratégia mais promissora e justa para reduzir as desigualdades, aumentar o capital humano das pessoas pobres e contribuir com o aumento dos ganhos futuros e, ao mesmo tempo, reduzir as disparidades de renda”. A assistência universal à saúde é aquela que é acessível sem resultar em dificuldade financeira.

Assim, alcançar a assistência universal à saúde implica disponibilizar serviços, inclusive assistência à saúde sexual e reprodutiva, para as pessoas excluídas devido ao custo, gênero ou geografia. Também requer expandir a cobertura mais rapidamente entre os 20% mais pobres da população – os que estão em situação de maior vulnerabilidade – em primeiro lugar.

O avanço para a assistência universal à saúde pode ser observado em pelo menos uma dúzia de países, desde o Camboja até a Colômbia, resultando em melhores resultados de saúde e menores custos para as pessoas pobres (Banco Mundial, 2016). “Reduzir as desigualdades de saúde não é só justo, mas também promove a melhoria do bem-estar dos mais pobres” e “permite a acumulação de capital humano próprio”.

Investir na saúde das mulheres e adolescentes, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, pode gerar substanciais ganhos econômicos para os países. Por exemplo, as evidências apresentadas na Estratégia Global das Nações Unidas para Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes mostram que quase um quarto do crescimento de renda nos países de baixa e média renda entre 2000 e 2011 foi uma consequência de melhores resultados gerais em saúde (Nações Unidas, 2016);

Investimentos bem direcionados em um contínuo de assistência, que inclui serviços de saúde reprodutiva, materna, para recém-nascidos e crianças, responde ao direito fundamental à saúde e permite que os países se aproximem da cobertura universal de saúde – serviços disponibilizados a todos e todas sem causar dificuldades financeiras para as pessoas que pagam por eles (Black et al., 2016).

Os investimentos em intervenções de alto impacto nesse contínuo de assistência também geram grandes retornos econômicos e sociais, além do impacto nos resultados de saúde, como uma relação entre benefício e custo de 8,7 para 1 (Black et al., 2016). Os investimentos podem levar a menores taxas de fecundidade, que podem incentivar o crescimento econômico de um país ao permitir que mais mulheres entrem na força de trabalho remunerada, reinvestindo os ganhos em saúde e educação para seus filhos, estabelecendo um ciclo intergeracional de redução de pobreza e aumento de renda (Black et al., 2016).

Os investimentos especificamente em contracepção provaram render retornos significativos para as economias. A demanda não atendida por métodos modernos de contracepção no mundo todo é maior nos domicílios mais pobres, entre as mulheres menos instruídas e entre mulheres que moram em áreas rurais, em comparação a mulheres mais ricas, mais instruídas e urbanas. A demanda não atendida também é extremamente maior em países de baixa renda (Instituto Guttmacher e UNFPA, 2014).

Atender a toda a demanda não atendida nos países em desenvolvimento significa defender os direitos de todas as pessoas, mas também fomentar as economias, eliminando os custos econômicos e humanos associados à gravidez não intencional. Se fosse dada a devida atenção à demanda não atendida, o número de gravidezes não intencionais cairiam em 70% ao ano, de 74 milhões para 22 milhões.

## Chamando a atenção para a desigualdade multidimensional

Os padrões de desigualdade em renda e riqueza, educação, saúde e gênero podem estar relacionados à discriminação e a regras adversas enraizadas na lei e na prática, criando barreiras sistemáticas para a oportunidade econômica, voz ou ação.

Um governo que busca chamar a atenção para qualquer forma de desigualdade pode ter que desenvolver diversas ações em política econômica, sistemas legais, regulamentos financeiros e na rede de segurança social. Quando a meta é apontar a desigualdade multidimensional, os desafios se multiplicam e podem sobrecarregar os legisladores que buscam realizar o máximo de mudanças em um ambiente de escassos recursos financeiros e técnicos.

A natureza multidimensional e persistente do desafio significa que não há um caminho único ou fácil para reduzir as disparidades entre mulheres e homens, ricos e pobres, rural e urbano, assim como entre os saudáveis e aqueles que não têm acesso a serviços de saúde. Como a Comissão Lancet observou em seu relatório inovador sobre saúde e bem-estar de adolescentes, “as ações mais poderosas são intersetoriais, multiníveis e com vários componentes” (Comissão Lancet, 2016).

Ainda assim, o progresso é possível sem enfrentar todas as dimensões da desigualdade ao mesmo tempo. O avanço em uma dimensão pode permitir o avanço nas outras. Até mesmo pequenos passos podem abrir caminho para grandes passos.

**FIGURA 29 Os benefícios da melhor assistência à saúde sexual e reprodutiva para todas as pessoas vão muito além da saúde**

## PARA AS SOCIEDADES

- ▲ Aumento no crescimento do PIB e do PIB per capita
- ▲ Aumento no número de adultos em idade ativa em relação às crianças dependentes
- ▼ Redução na demanda por gasto público em educação, habitação, água e saneamento



## PARA AS FAMÍLIAS E OS DOMICÍLIOS

- ▲ Aumento nas economias e nos ativos do domicílio
- ▼ Redução no número de crianças que ficam órfãs
- ▲ Aumento na escolaridade das crianças
- ▲ Aumento nos recursos para cada criança



© UNFPA/Dina Oganova

## PARA AS MULHERES

- ▲ Aumento da capacidade de dar continuidade aos estudos
- ▲ Aumento de produtividade e ganhos
- ▲ Aumento da autonomia e autoestima
- ▲ Aumento da igualdade de gênero



© Intellistudios/stock.adobe.com

Os governos, a sociedade civil e os institutos de desenvolvimento realizaram programas pilotos que reduziram uma ou mais facetas da desigualdade multidimensional, chamando a atenção para as estruturas sociais e institucionais que perpetuam ou aumentam a desigualdade, e que criam barreiras para determinados grupos populacionais. Os resultados promissores de algumas dessas iniciativas indicam que elas podem ser expandidas para ter maior impacto na redução das desigualdades de gênero, educação, acesso à saúde, renda e riqueza.

Um grande mistério para qualquer governo ou ator que pretenda reduzir uma disparidade na sociedade é encontrar o ponto de partida certo. Há uma enorme variedade de possíveis pontos de entrada. Diversos países conseguiram combater a desigualdade multidimensional abordando o problema com iniciativas para mudar as normas que discriminam gênero, para promover o acesso igual à assistência à saúde sexual e reprodutiva, e para empoderar os grupos excluídos, principalmente as mulheres e as adolescentes.

Empoderar as mulheres e as meninas pode ajudar a eliminar a desigualdade multidimensional. O empoderamento e a autonomia das mulheres, inclusive dos grupos mais marginalizados, permite que elas tomem decisões livres sobre se e quando ter filhos, sua própria assistência à saúde reprodutiva e sua participação na vida produtiva fora de casa. Além disso, a melhoria da situação política, social, econômica e de saúde das mulheres é essencial para alcançar o desenvolvimento sustentável.

Um número crescente de intervenções promissoras adotou uma abordagem multifacetada, como aumentar o acesso de adolescentes a serviços de saúde sexual e reprodutiva, como parte de um programa de empoderamento econômico para as pessoas pobres.

Na busca por igualdade, um bom lugar para começar é com aqueles que estão na parte inferior da pirâmide econômica, os marginalizados e aqueles que foram deixados para trás.

## Mudando as normas, práticas e leis que discriminam gênero

As normas influenciam até que ponto as meninas e mulheres têm ação – ou poder de tomar decisões – em relação à sua saúde sexual e reprodutiva, em comparação aos meninos e homens.

As normas estão profundamente relacionadas às estruturas sociais e econômicas, e as conexões entre elas são de duas vias. As normas podem restringir as perspectivas econômicas das mulheres, por exemplo, ao criar expectativas que elas são responsáveis pela maioria ou por quase todo o trabalho doméstico não remunerado.

Mudar as normas discriminatórias de gênero é um importante ponto de entrada para chamar atenção para a desigualdade multidimensional. As evidências acumuladas sugerem que os esforços bem-sucedidos tendem a trabalhar de várias formas em diferentes níveis, em vez de em intervenções simples e isoladas. Eles envolvem escolas, comunidades, empregadores, a sociedade civil, a mídia – e as mulheres, homens, meninas e meninos – na transformação (Parsons e McCleary-Sills, 2014).

A própria mudança econômica pode influenciar as normas: maiores oportunidades econômicas podem ajudar as mulheres a se libertarem das normas tradicionais que subestimam as mulheres e meninas em relação aos homens, e que perpetuam a desigualdade de gênero sistemática dentro e fora de casa. Maiores oportunidades de educação e trabalho podem incentivar as meninas e mulheres a querer empregos e maior autonomia fora de casa. Um estudo na Índia, por exemplo, mostrou que as novas oportunidades de emprego em call centers reforçavam as aspirações dos pais em relação à educação e oportunidades de emprego para suas filhas, gerando oportunidades mais iguais para filhas e filhos (Jensen, 2012).

Em Bangladesh, a expansão das oportunidades de emprego para mulheres no setor de vestuário foi associada a um rápido aumento na escolaridade das meninas: entre 1983 e 2000, os povoados em uma distância razoável das indústrias de vestuário tiveram

um aumento de 27% nas taxas de matrículas de meninas na escola (Heath e Mobarak, 2014).

Apesar dos avanços na garantia de emprego formal para as mulheres segundo suas qualificações educacionais, as normas que discriminam gênero no emprego ainda persistem. Elas incluem não só disparidades de gênero em remuneração, principalmente entre homens e mulheres, mas também a preferência por empregar homens em vez de mulheres, principalmente mulheres solteiras e mulheres sem filhos – por medo que uma gravidez futura possa prejudicar o valor das funcionárias em longo prazo. Mudar as normas discriminatórias de gênero no local do trabalho é crucial para chamar a atenção para a desigualdade multidimensional.

Estudos encontraram uma associação positiva entre igualdade de gênero, PIB per capita e níveis de desenvolvimento humano. A melhoria na igualdade de gênero que resulta de uma maior parcela de mulheres na força de trabalho tem sido associada à menor desigualdade de renda (Gonzales et al., 2015a).

A igualdade de gênero no emprego tem muito a acrescentar ao PIB de um país. Por exemplo, se as mulheres de Cabo Verde tivessem a mesma participação na força de trabalho que os homens, o PIB aumentaria em 12,2% (Marone, 2016). Atualmente, a taxa de participação na força de trabalho em Cabo Verde é de cerca de 51% para as mulheres e 65% para os homens.

Um relatório do Instituto Global McKinsey (Woetzel et al., 2015) mostra que até 2025 poderiam ser agregados US\$ 28 trilhões ao PIB global anual se a participação das mulheres no mercado de trabalho fosse idêntica à dos homens. Se as mulheres na Índia, por exemplo, tivessem a mesma participação na força de trabalho que os homens, seriam agregados

aproximadamente US\$ 700 bilhões ao PIB anual do país até 2025, aumentando a taxa de crescimento anual do PIB em 1,4 pontos percentuais.

### *As intervenções em nível de comunidade podem ajudar a acabar com as práticas nocivas às mulheres e meninas*

Os programas comunitários foram considerados necessários para combater as convenções sociais sobre a mutilação genital feminina. As avaliações de iniciativas para o abandono dessa prática nociva sugerem que o envolvimento da comunidade é

essencial para criar a mudança sustentável. As intervenções realizadas pela comunidade visavam promover o empoderamento das mulheres e meninas, e da comunidade como um todo, para que pudessem analisar criticamente sua própria tradição e ganhar poder para abandonar a prática para seu próprio benefício.

A experiência mostra que só podemos esperar um abandono em larga escala quando a mutilação genital feminina deixar de ser uma norma social dominante, e quando as famílias puderem abandonar a prática sem o risco de estigmatização e exclusão.

O envolvimento bem-sucedido de homens e mulheres como parte de uma abordagem comunitária para mudar normas desiguais profundamente enraizadas é essencial para o abandono da mutilação genital feminina. Pesquisas avaliaram o processo de mudança entre homens e meninas, alcançado com a iniciativa Kembatti Mentti Gezzimma da Etiópia, que questionou a aceitação social e reduziu a prevalência dessa prática nociva em taxas fenomenais (Stern e Anderson, 2015). Com essa iniciativa, os meninos e os homens são agentes da mudança para a igualdade de gênero, além de serem divulgadores de

---

Estudos mostram uma  
**RELAÇÃO  
POSITIVA**  
entre igualdade de gênero,  
PIB per capita e níveis de  
desenvolvimento humano

---

informações sobre a prática e seus danos. A iniciativa incluía oportunidades alternativas de geração de renda para as mulheres tradicionalmente responsáveis pela circuncisão e celebrações de eventos de corpo inteiro e “vida saudável” para substituir os rituais nos quais a prática nociva ocorria. Integrar o desenvolvimento econômico ao esforço também ajudou a incentivar o apoio comunitário ao abandono da prática.

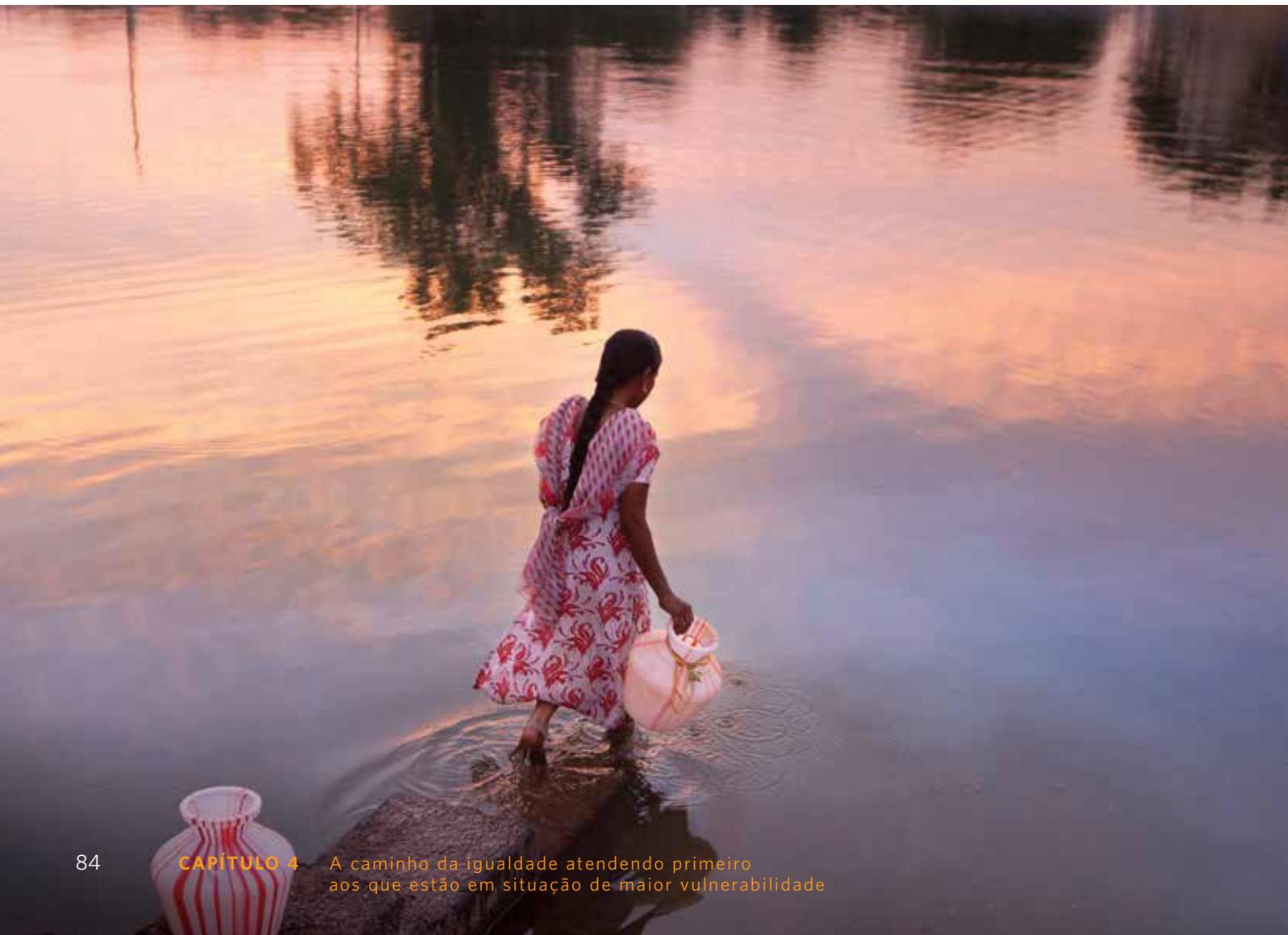
A intervenção também reduziu outras práticas nocivas, como abdução da noiva, porque ajudou a mudar as ideias de homens e mulheres sobre a desigualdade de gênero. Com isso, foi possível dar apoio ao acesso das mulheres à herança de propriedade, à participação política e tomada de decisão em casa, e de reduzir sua carga doméstica.

### *O envolvimento comunitário pode consolidar a situação das meninas e mulheres*

O envolvimento comunitário pode expandir os resultados das iniciativas em escolas, clubes e espaços seguros para empoderar as meninas e mudar as normas desiguais em gênero. Os programas comunitários de competências para a vida, como o Berhane Hewan, na Etiópia, resultaram em casamento mais tardio, maior nível de instrução e uso de métodos contraceptivos entre as adolescentes participantes, em comparação a adolescentes que não participaram (Erulkar e Muthengi, 2009).

Em Uganda, um programa de formação profissional – aliado a espaços seguros para que as jovens interajam entre si e recebam informações

© Mark Tuschman



sobre saúde e comportamentos de risco – reduziu a parcela das jovens submetidas a sexo forçado de 21% para quase zero. Também aumentou em 35% o envolvimento em atividades geradoras de renda (Bandiera et al., 2015).

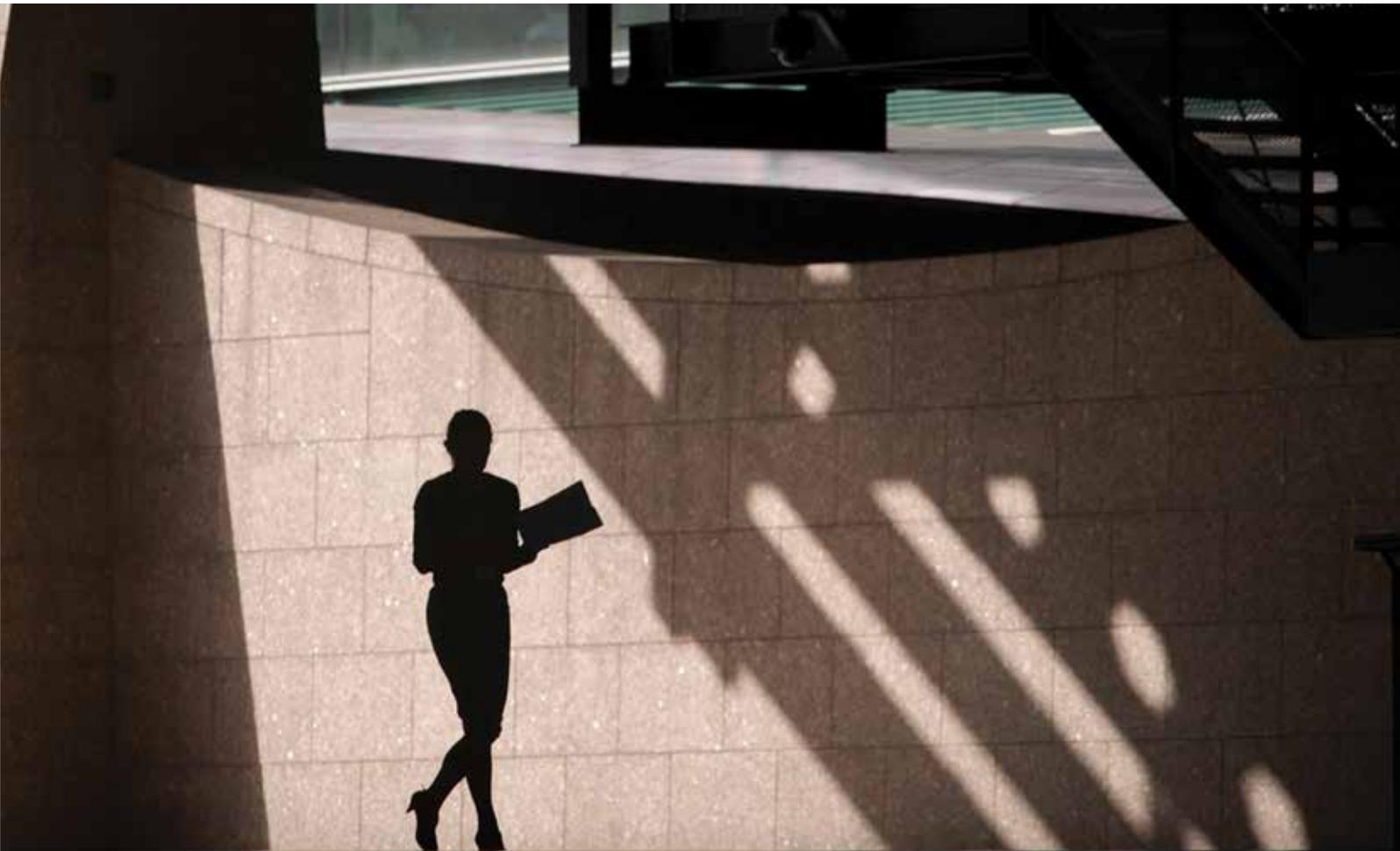
Diversos países realizaram mudanças nas normas desiguais em gênero por meio de oficinas e treinamentos que envolveram homens e meninos em discussões sobre estereótipos de gênero, relacionamentos e violência. Entre os exemplos estão o Boys-4-Change Club, em Ruanda, a Equal Community Foundation, na Índia, e o projeto Brave-Men, em Bangladesh (Barker et al., 2007; Pulerwitz et al., 2006).

Os homens que participaram de um programa na Nicarágua conduzido pela Promundo – uma

organização não governamental que envolve homens e meninos na promoção de igualdade de gênero em 22 países – relataram a participação mais igualitária dos homens nos afazeres domésticos, dedicando mais tempo a seus filhos e parceiras, além de ensinar valores de respeito e igualdade a seus filhos e filhas (ECPAT Guatemala et al., 2015).

Algumas das ações mais eficientes para a mudança positiva da norma envolveram o trabalho com crianças e adolescentes – dos dois gêneros – geralmente com treinamento em competências para a vida em escolas, clubes de meninas ou espaços seguros, assim como ampliando a consciência e as informações sobre os direitos. As normas comumente combatidas incluem as normas de relacionamentos, gênero e poder.

© Corbis via Getty Images



As escolas são comunidades onde o respeito e a igualdade podem ser moldados para criar atitudes e comportamentos positivos desde o início, afetar as atitudes no decorrer da vida, com maior área de influência. O impacto dos programas escolares sobre as atitudes em relação à desigualdade de gênero pode ser profundo.

O programa Movimento pela Igualdade de Gênero nas Escolas (GEMS), na Índia, ajuda os meninos e as meninas a adotarem normas com maior igualdade de gênero, através de jogos de atuação, atividades extracurriculares e lições sobre violência baseada em gênero, casamento e compartilhamento das tarefas domésticas. Uma avaliação de um programa GEMS em Mumbai mostrou que, após dois anos, os alunos do programa tinham mais probabilidade do que os que não participaram de apoiar o ensino superior para as meninas, assim como expressar abertamente a oposição à violência baseada em gênero e ao casamento infantil.

O conhecimento adquirido por adolescentes e suas famílias nas escolas, clínicas ou por meio da mídia, pode ajudar a mudar as normas e atitudes discriminatórias de gênero. Na Etiópia, no Nepal e no Vietnã, por exemplo, as famílias mudaram suas atitudes sobre o casamento infantil depois de aprenderem sobre os riscos de saúde associados aos adolescentes e os benefícios econômicos de serem pais mais tarde (ODI, 2015).

Na Etiópia e no Quênia, uma iniciativa chamada Youth-to-Youth Club, que visava construir competências para a vida e autoestima, ajudou as jovens a gerar e ganhar renda, além de aumentar a aceitação masculina em relação à liderança feminina (Tautz, 2011). Na República Dominicana, um programa de competências para a vida, Juventud y Empleo, gerou pequenos aumentos na renda dos participantes e uma

redução de cinco pontos percentuais na gravidez na adolescência (Ibarrarán et al., 2014).

Um programa de empoderamento feminino realizado pela BRAC em Uganda, que oferecia formação profissional para meninas adolescentes, assim como informações sobre sexo e casamento, gerou uma redução de 26% nas taxas de gravidez na adolescência, uma queda de 58% no casamento ou co-habitação precoce, diminuiu em 50% o número das meninas que relatavam sexo forçado, além de gerar significativos aumentos na geração de renda (Bandiera et al., 2015).

Também podemos encontrar programas de mudança de norma nos países desenvolvidos. Um programa em Victoria, na Austrália, por exemplo, cria uma cultura de respeito e igualdade nas escolas para incentivar relacionamentos respeitosos, livres de violência, no período de amadurecimento dos alunos e das alunas e de transição da adolescência para a vida adulta. O programa teve início como uma

iniciativa piloto em 19 escolas. Uma avaliação do piloto registrou mudanças positivas nas atitudes sobre gênero, assim como consciência sobre desigualdade de gênero e violência com base em gênero.

### *A parceria com a mídia pode promover a igualdade de gênero*

Apesar de geralmente as imagens populares reforçarem estereótipos negativos de gênero, a televisão e o rádio podem ser aliados na promoção e na contestação sobre o que é aceitável e típico em normas de gênero geralmente aceitas. Eles podem fazer isso ao expor pontos de vista para as pessoas diferentes e criar uma contranarrativa.

Uma avaliação verificou que o maior acesso à televisão a cabo – independentemente do tipo de programação – aumentou a aceitação das mulheres

---

Hoje, muitos países  
**GARANTEM A**  
**IGUALDADE**  
perante à lei,  
constitucionalmente ou  
por outro meio, mas a  
execução pode ser falha

---

trabalharem fora de casa e reduziu a tolerância com a violência doméstica (Jensen e Oster, 2009).

Na África do Sul, a série televisiva dramática *Soul City*, lançada em 1994, passa mensagens de saúde e desenvolvimento e molda comportamentos saudáveis. Ela tem o apoio de campanhas no rádio, impressas e de sensibilização elaboradas para estimular e dar continuidade à conversa. Tem sido apresentada para gerar mudanças positivas nas percepções e no comportamento, inclusive sobre a violência contra as mulheres (Soul City Institute for Health and Development Communication, 2001).

As mudanças na legislação também fazem diferença na promoção de igualdade de gênero, igualdade econômica e igualdade na saúde e nos direitos sexuais e reprodutivos. Muitos países hoje garantem constitucionalmente, ou de alguma outra maneira formal, a igualdade na lei. Porém, a aplicação pode ser precária e os direitos podem não ter uma proteção uniforme.

No passado, a proteção desigual da lei resultou em oportunidades econômicas mais limitadas para as mulheres do que para os homens em alguns países (Gonzales et al., 2015b; Hallward-Driemeier e Gajigo 2013). Por exemplo, em algumas sociedades apenas os homens têm o direito legal de herdar propriedades (Deininger et al., 2010). Mudar as leis para que as mulheres e os homens fiquem em pé de igualdade nas leis sucessórias conseguiu reduzir a desigualdade de renda entre os sexos. Por exemplo, as reformas nas leis sucessórias na Índia resultaram em maior poder econômico para as mulheres, idade de casamento mais avançada para as meninas, aumento de 11% para 25% nos anos médios de educação para meninas e menores pagamentos de dotes (Roy, 2011).

Na Etiópia, as reformas na lei de família do país em 2000 excluíram a possibilidade de um marido negar a permissão para sua esposa trabalhar. As reformas também requerem o consentimento dos dois cônjuges para vender ou alugar uma propriedade dos dois (Hallward-Driemeier e Gajigo, 2013). Em princípio, as

reformas foram implantadas em três das nove regiões do país, permitindo uma avaliação do impacto. Nas regiões em que a reforma foi feita, a atividade econômica das mulheres aumentou a participação no trabalho fora de casa, emprego em período integral e trabalhos que demandam maior nível de competência ou formação.

Outras reformas legais na Etiópia levaram a uma redução na fecundidade. Antes de 1997, as leis alocavam as terras comunas às famílias com base no tamanho da família. No entanto, depois de 1997 a lei eliminou o incentivo fundiário para grandes famílias. Uma análise geográfica no período do lançamento dessa reforma mostrou a associação entre ela e a redução de 1,2 filhos, em média, em relação ao número de filhos que as mulheres tinham duas décadas antes (Ali et al., 2015).

## **Ações voltadas ao acesso igualitário a métodos contraceptivos**

O uso de métodos contraceptivos modernos varia muito nas regiões em desenvolvimento. Enquanto quase nove entre 10 mulheres casadas na faixa etária de 15 a 49 anos usam um método contraceptivo moderno no Leste asiático, menos de uma em cinco o fazem na África Subsaariana (Instituto Guttmacher e UNFPA, 2014). Além disso, muitas mulheres, principalmente as pobres, não têm acesso ao método contraceptivo de sua preferência.

Um esforço global, o Planejamento Familiar 2020 (PF2020), está em curso para ajudar mais 120 milhões de mulheres a terem acesso à contracepção até 2020. Os doadores contribuíram com US\$ 1,4 bilhão para o esforço em 2014. O PF2020 se baseia no princípio que todas as mulheres, independente de onde vivem, têm o direito de acesso a contraceptivos.

Expandir o acesso a métodos contraceptivos requer não só aumentar o suprimento de contraceptivos de qualidade e informações sobre o uso seguro, mas também assegurar a disponibilidade de uma variedade de métodos contraceptivos. Requer, ainda, derrubar barreiras geográficas, sociais e econômicas em relação a seu uso.

As Filipinas, por exemplo, disponibilizaram contraceptivos gratuitamente, para superar as barreiras econômicas impostas a aproximadamente 6 milhões de mulheres com uma demanda não atendida por planejamento reprodutivo. Em Mianmar, o UNFPA ajudou o governo a expandir as opções de contraceptivos para que as mulheres possam escolher o melhor método para suas circunstâncias. O governo também disponibilizou gratuitamente implantes contraceptivos para as mulheres pobres. Gana, Tanzânia e outros países africanos estão experimentando os drones para entregar contraceptivos em áreas rurais remotas. Os drones podem reduzir o tempo de entrega de contraceptivos em algumas áreas, passando de dois dias para 30 minutos.

Como mostrado no capítulo 1, Ruanda teve o progresso mais rápido em relação a 60 países em

desenvolvimento, em um período de 10 anos, no atendimento à demanda por métodos contraceptivos modernos. O sucesso pode ser atribuído aos esforços do governo para disponibilizar serviços de planejamento reprodutivo em todas as 14.841 vilas administrativas, por meio de 45.000 trabalhadores de saúde comunitária. As medidas incluíam a introdução de métodos contraceptivos de longa duração, além da incorporação de serviços de planejamento reprodutivo nos hospitais e centros de saúde.

A descentralização dos serviços e a melhor distribuição de suprimentos no Senegal aumentaram a taxa de prevalência de contraceptivo, principalmente nas áreas rurais, de 7% em 2011 para 15% em 2015.

### Reduzir as desigualdades nos serviços para gravidezes e partos mais seguros

As mulheres pobres nas áreas rurais têm menos acesso ao atendimento pré-natal e obstétrico do que as mulheres mais ricas nas áreas urbanas. Segundo as estimativas, atualmente um quarto das mulheres grávidas nos países em desenvolvimento não tem acesso a profissionais de parto qualificados, sendo que muitas não têm outra opção a não ser ter o parto sozinhas (Lancet, 2016).

Como mostra o capítulo 1, alguns países progrediram mais do que outros na expansão do acesso a profissionais de parto qualificados, inclusive parteiras, e na expansão do acesso das mulheres pobres a esses auxiliares, em relação às ricas.

O Camboja, por exemplo, teve mais progresso do que cerca de outros 60 países em desenvolvimento no aumento do acesso das mulheres pobres aos profissionais qualificados de parto no período recente de 10 anos. As ações do governo que levaram a esse progresso incluem treinar parteiras e remanejá-las para as áreas pobres e rurais. O fortalecimento da força de trabalho de parteiras levou à maior disponibilidade de cuidado pré-natal nas comunidades mais pobres do país todo. Um Fundo



© UNFPA/Micka Perier

Nacional de Igualdade em Saúde ajuda pessoas pobres, principalmente nas áreas remotas, a pagar pelos serviços de saúde reprodutiva e parto seguro.

O capítulo 1 também destaca o sucesso da Armênia na redução das desigualdades no acesso ao cuidado pré-natal pelas grávidas nos domicílios mais pobres, em relação àquelas nos mais ricos. Em 2008, a Armênia introduziu os vales, ou “certificados de maternidade”, para que as mulheres pobres recebam cuidado pré-natal gratuito ou a custo reduzido, assim como serviços de parto seguro. Antes de 2008, cerca de 39% das grávidas pagavam pelo cuidado pré-natal. Desde então, essa parcela caiu para cerca de 10%.

### **Medidas para assegurar aos adolescentes igualdade de acesso a informações e serviços sexuais e reprodutivos**

Estima-se que um terço das gravidezes na adolescência não sejam intencionais (Hindin et al., 2016).

Em comparação aos adultos casados, os adolescentes não costumam ter acesso a métodos contraceptivos e à informações sobre seu uso. As barreiras incluem falta de conhecimento sobre onde obter os contraceptivos, medo de ser rejeitado ou rejeitada pelos prestadores de serviço, oposição do parceiro ou parceira, estigma da comunidade sobre a contracepção ou a sexualidade dos e das adolescentes, localização ou horário de funcionamento inconveniente da clínica, custos e preocupações com a privacidade e confidencialidade (UNFPA, 2013b).

Para que os adolescentes aprendam mais facilmente como evitar a gravidez e as infecções sexualmente transmitidas, inclusive o HIV, assim como para obter os contraceptivos, um número cada vez maior de países criou serviços e saúde sexual e reprodutiva acolhedores para pessoas jovens. Normalmente os serviços acolhedores para jovens garantem a privacidade dos e das adolescentes, estão em locais e funcionam em horários convenientes, têm provedores treinados para

atender às necessidades das pessoas jovens, além de oferecer um pacote completo de serviços essenciais.

Considerando o alto risco de mortes neonatais entre as mães menores de 18 anos, o Senegal, com apoio do UNFPA, oferece serviços acolhedores para às jovens por meio de “Espaços Adolescentes” em estabelecimentos de saúde, além de serviços contraceptivos e testes de infecções sexualmente transmitidas, inclusive HIV. Esses serviços ajudaram a reduzir a taxa de fecundidade de adolescentes de 22% em 1997 para 16% em 2015.

A Nicarágua deu aos adolescentes de domicílios pobres acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive métodos contraceptivos, com vales distribuídos em locais onde pessoas jovens se reúnem, ou entregues de porta em porta. Os vales podem ser usados para uma consulta gratuita e visita de acompanhamento de contracepção, testes de infecções sexualmente transmitidas, inclusive HIV, e testes de gravidez (UNFPA, 2013b).

Com o programa Geração Biz de Moçambique, os ministérios da saúde, educação e desenvolvimento humano, e juventude e esportes, oferecem serviços de saúde sexual e reprodutiva acolhedores para jovens, campanhas informativas nas escolas sobre contracepção e prevenção de HIV, além de informações comunitárias para alcançar jovens que não frequentam a escola. Com uma rede de 5.000 conselheiros, o Geração Biz oferece à juventude de Moçambique informações e serviços confidenciais e livres de preconceitos.

### **A educação levando a empoderamento e melhor saúde**

A alfabetização e a educação são alguns dos investimentos básicos que podem ajudar a combater as desigualdades, têm efeitos redistributivos e empoderam as pessoas e as comunidades (Doss, 2013; Drèze and Sen, 1995; Malhotra et al., 2011; Prettner e Strulik, 2014).

A educação aumenta as aspirações das meninas de trabalhar fora de casa e as empodera para que concorram a bons empregos no futuro. Quando as mulheres entram para a força de trabalho formal,

sua renda aumenta e seu padrão de vida melhora. A expansão resultante da renda pode aumentar a produtividade geral de um país, assim como seu crescimento econômico (Sperling e Winthrop, 2016).

O acesso à educação pode abrir as portas para o emprego remunerado que, por sua vez, pode empoderar as mulheres, reduzir o controle patriarcal ao diminuir a dependência financeira em relação aos maridos, além de levar a maior autonomia e liberdade. Maiores níveis de instrução também aumentam a capacidade de todos os grupos desfavorecidos de garantir maior estabilidade econômica e de se organizar politicamente. Mais educação para as meninas aumenta sua condição social e, no futuro, pode levar a maior poder de barganha em seus domicílios (Nações Unidas, 2014).

Os efeitos positivos do investimento na educação de meninas e mulheres vai além da participação na força de trabalho e da produtividade. Os investimentos também rendem significativos benefícios para a saúde. Por exemplo, o maior nível de instrução de meninas e mulheres tem uma associação positiva com melhores resultados em saúde materna e infantil, assim como menores taxas de mortalidade (UNFPA, 2014).

Além disso, a redução da disparidade de gênero em educação permitiria que mais mulheres, principalmente aquelas entre os 20% mais pobres da população de um país, exercessem maior controle sobre o período e o espaçamento das gravidezes e, assim, teriam maior controle sobre as esferas de suas vidas (Doss, 2013; Malhotra et al., 2011; Prettnner e Strulik, 2014).

Diminuir a disparidade de gênero na educação pode ajudar a fomentar o crescimento econômico em um país e permitir o progresso na redução da desigualdade de renda. Sabot et al. (2016) mostraram que as economias do Leste asiático registraram rápido crescimento em 30 anos, com níveis relativamente baixos ou reduções da desigualdade de renda, por meio de políticas que compartilhavam e incentivavam o crescimento. Os investimentos, principalmente em educação, se mostraram instrumentais para reduzir a desigualdade.

### *Criando igualdade de condições em educação*

A desigualdade de gênero em educação tem ligação com a desigualdade de renda, assim como a desigualdade no acesso e uso dos serviços de saúde reprodutiva, inclusive a contracepção. Remover as barreiras à educação das meninas pode, então, ajudar a reduzir outras desigualdades.

A pobreza é uma barreira que afeta mais as meninas do que os meninos. Os custos diretos associados à frequência escolar das meninas, ou os custos de oportunidade de uma menina ficar em casa para ajudar com os afazeres domésticos ou cuidar dos irmãos, podem ser muito altos para as famílias.

Os custos diretos podem ser reduzidos com a eliminação das mensalidades e o subsídio para aquisição de uniformes ou material escolar. Os custos de oportunidade para as famílias podem ser reduzidos com medidas como transferências condicionadas de renda. Com essas transferências, uma pequena quantia de dinheiro, geralmente cerca de US\$ 10, é paga mensalmente a uma família para aliviar os custos de enviar as meninas para a escola. Um desses programas em Malawi não só permitiu que mais meninas frequentassem e permanecessem mais tempo na escola, mas também foi associado a taxas mais baixas de gravidez na adolescência (Baird et al., 2011).

As transferências não condicionadas de renda, não especificamente associadas a manter as meninas na escola, também foram eficientes para permitir que as meninas frequentassem e permanecessem por mais tempo na escola (Baird et al., 2013).

O Peru usa as transferências condicionadas de dinheiro não somente para aumentar a participação das meninas na escola, mas também como meio de ajudar as adolescentes a adiar a gravidez (Azevedo et al., 2012). Um programa de transferência condicionada de renda na Colômbia também reduziu as taxas de gravidez na adolescência (Cortés et al., 2011).

O Programa de Subsídio Escolar para Mulheres na Índia visou reduzir a disparidade de gênero



© Mariana Chama

na educação, em um contexto de altas taxas de pobreza e casamento infantil. As famílias recebiam trimestralmente US\$ 10, com a condição da frequência regular à escola nos bairros mais pobres. Entre os impactos positivos, podemos citar o casamento mais tardio, com aumento de até 1,5 anos, e uma redução média da fecundidade de 0,4 filhos, em comparação aos grupos de controle (Glassman e Temin, 2016).

### Uma questão de direitos

Diminuir as disparidades entre os abastados e os pobres, mulheres e homens, os privilegiados e os excluídos é, acima de tudo, uma questão de respeitar os direitos humanos de todas as pessoas e realizar todo seu potencial.

A sociedade pode colher grandes benefícios econômicos e sociais quando todas as pessoas podem desfrutar de seus direitos à saúde e à educação; quando as mulheres podem decidir se, quando e com que frequência engravidar; e quando os homens e mulheres estão em pé de igualdade na força de trabalho.

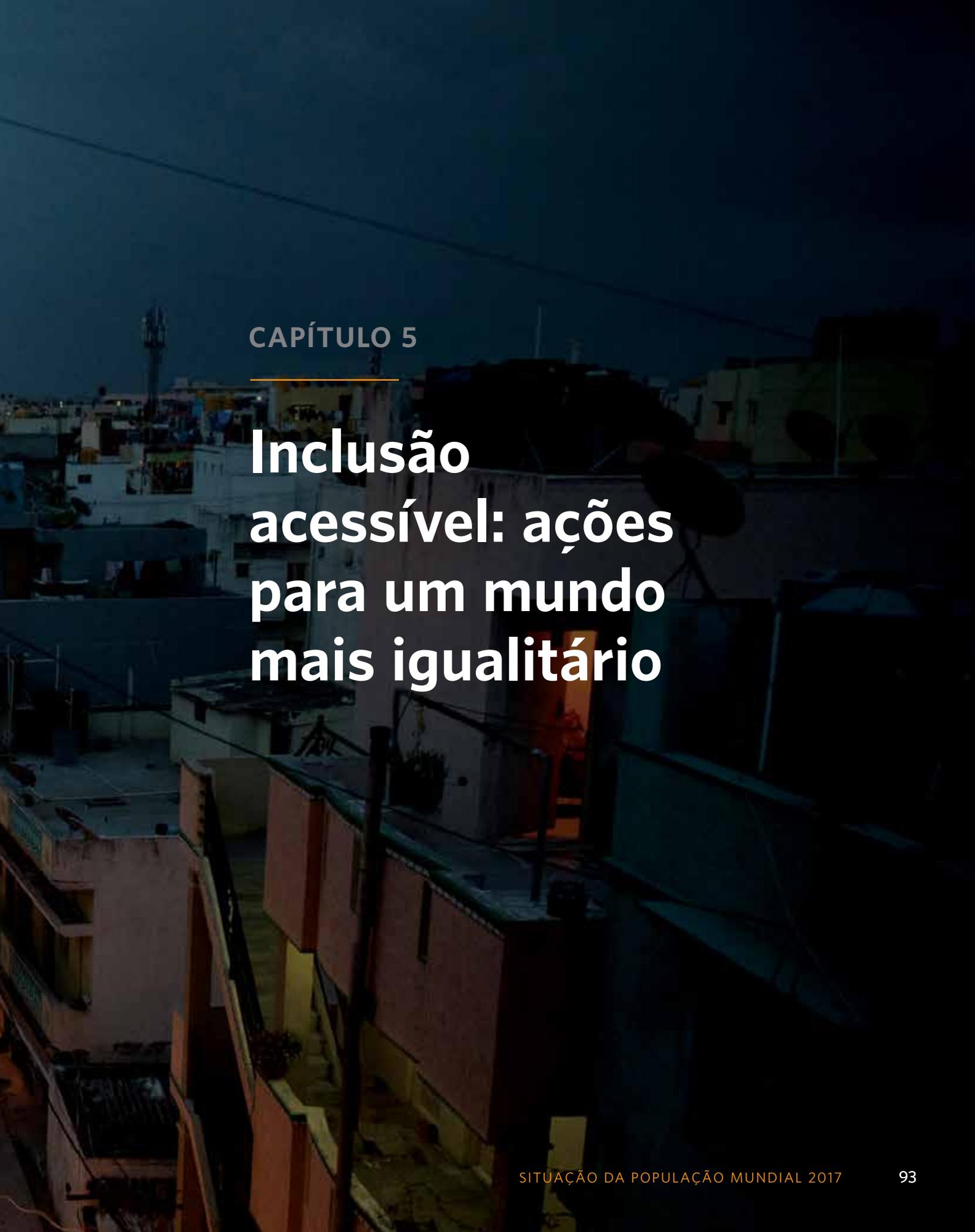
Pesquisas mostram que aumentar a renda e melhorar o bem-estar daqueles que estão na camada econômica mais inferior ajuda a alimentar economias inteiras e a criar melhores condições de vida para todas as pessoas.

Para resolver a desigualdade multidimensional, são necessárias ações em muitas frentes, porque muitos aspectos da desigualdade se reforçam mutuamente. O desafio pode ser um fardo para qualquer governo, principalmente para aqueles que têm extrema limitação de recursos. Portanto, é necessário priorizar ações segundo a urgência e o impacto potencial.

Os países em desenvolvimento realizaram diversos programas piloto que reduziram determinadas dimensões da desigualdade em grupos específicos, como as adolescentes ou as mulheres mais pobres nas comunidades rurais mais necessitadas. O desafio agora é expandir as iniciativas para que alcancem mais pessoas e colocar mais mulheres, homens, meninas e meninos em pé de igualdade.



© Andrea Bruce/NOOR



CAPÍTULO 5

---

**Inclusão  
acessível: ações  
para um mundo  
mais igualitário**

A desigualdade não é inevitável. A redução das disparidades representa o cumprimento com uma obrigação moral em defesa dos direitos humanos, em um mundo mais igualitário. Esse mundo será mais justo, próspero e sustentável – um mundo que vamos querer deixar para as gerações futuras.

Os caminhos mais promissores a serem seguidos são os que combatem as interseções entre desigualdades, entre pessoas e dentro das sociedades e economias. Um desses caminhos é adotar medidas para concretizar os direitos reprodutivos e a igualdade de gênero, com uma ênfase especial e urgente nas pessoas que fazem parte dos 40% mais pobres – os que estão em situação de maior vulnerabilidade.

Tornar a assistência à saúde reprodutiva universal, por exemplo, não só ajuda a cumprir os direitos reprodutivos de uma mulher pobre, mas também ajuda a superar as desigualdades em educação e renda, com benefícios acumulados para ela, sua família e seu país.

Há muitos caminhos a serem seguidos, dependendo de diversas circunstâncias em diferentes países. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável oferece uma base para orientar o progresso, assim como outros compromissos internacionais como o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que orienta o trabalho do UNFPA.

Qualquer que seja o caminho, agora é o momento de intensificar as ações porque, quanto mais as disparidades se enraizarem, mais difícil será acabar com elas. O progresso deve ser rápido e justo, além de sustentável ao longo do tempo. Disso depende um mundo mais igual.

### **Defender os direitos universais, inclusive à saúde sexual e reprodutiva**

Todos os países precisam defender os direitos ao trabalho, à educação e à saúde, inclusive à saúde reprodutiva, segundo a Declaração Universal

dos Direitos Humanos e muitos outros tratados, convenções e acordos internacionais.

A assistência universal à saúde é um dos fundamentos das sociedades mais inclusivas, como reconhece a Agenda 2030. Em 2013, uma Comissão Lancet concluiu que a expansão das principais intervenções de saúde em 82 países de renda baixa e média-baixa, inclusive voltadas a reduzir as disparidades entre os pobres, a população rural e as minorias étnicas, salvaria 10 milhões de vidas até 2035. Além disso, os serviços que melhoram a saúde pré-natal e materna reduzem o nascimento abaixo do peso e o retardo no crescimento, além de expandir a assistência à saúde preventiva de crianças e adolescentes, estando entre os melhores investimentos em produtividade econômica e ganhos ao longo da vida, tanto desta geração quanto das gerações futuras.

Particularmente no caso das mulheres pobres, a assistência à saúde de qualidade, incluindo todo o conjunto de serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, é essencial não somente para o bem-estar delas, mas também para economizar o tempo que elas gastariam prestando assistência à saúde dos familiares. Isso pode significar mais tempo para buscar emprego ou um modo de subsistência, levando a maiores ganhos.

Nos sistemas nacionais de saúde, algumas áreas que podem ser enfatizadas são aquelas nas quais pessoas pobres ainda estão muito atrás: acesso ao planejamento reprodutivo, cuidado pré-natal e assistência qualificada no parto.

A qualidade dos serviços também é importante. Por exemplo, a assistência à saúde reprodutiva que oferece à população rural um método de contracepção único e pouco aceitável precisa mudar para uma oferta de uma gama maior de métodos, além de dar conhecimento para que sejam feitas escolhas informadas, caso queira reduzir as desigualdades.

Para promover a inclusão, os serviços de saúde precisam ser adaptados a todo o ciclo de vida, sendo que uma das maiores disparidades existentes é o baixo nível de receptividade a jovens e adolescentes.

Pessoas jovens enfrentam mais obstáculos para obter métodos contraceptivos, como consequência das leis e políticas restritivas e dos estigmas associados ao sexo na adolescência. Apenas um quarto das jovens tem conhecimento suficiente para se proteger contra o HIV, apesar de a maioria das novas infecções ser entre as jovens e as meninas (Nações Unidas, 2013b).

Um início de vida mais saudável daria a muitos jovens uma chance bem melhor de superar suas fontes de desigualdade no decorrer da vida. Em muitos casos, os serviços de assistência à saúde precisam quebrar as barreiras que marginalizam adolescentes e jovens, por exemplo, por meio de serviços gratuitos e confidenciais, conselheiros especialmente treinados e divulgação de informações usando novas tecnologias ou em lugares onde a juventude se reúne. Uma das prioridades seriam os programas para atender às necessidades de contracepção dos jovens, já que a gravidez não intencional e precoce pode impedir a educação e reduzir as possibilidades de ingresso na força de trabalho remunerada.

## **Transformar a igualdade em uma questão de lei**

Incorporar explicitamente os direitos iguais para todos os cidadãos e cidadãs à legislação e prática legal nacionais pode ser o fundamento de outros passos para reduzir as disparidades. Entre outros compromissos internacionais, essa incorporação está alinhada à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. Segundo a Convenção, quase todos os Estados Membros das Nações Unidas concordaram em “incorporar o princípio da igualdade de homens e mulheres às suas constituições nacionais ou outra legislação apropriada, caso ainda não tenham incorporado, e assegurar, com leis e outros meios apropriados, a concretização prática deste princípio”.

Tornar a igualdade um princípio legal, principalmente em um nível elevado como uma constituição, abriria as portas para remover as leis e práticas discriminatórias. Para tanto, é necessário

implantar medidas que chamem a atenção não só os padrões legais, mas também os padrões econômicos, sociais e políticos que permitem que a desigualdade persista e resulte em deficits de direitos humanos.

Com a lei, as pessoas que hoje são marginalizadas ganham uma plataforma para reivindicar seus direitos humanos, principalmente se forem adotadas medidas para garantir proteção igual perante a lei e acesso igual aos sistemas de justiça. Assim é possível corrigir o viés dos serviços públicos que favorecem as áreas urbanas em detrimento às rurais, por exemplo, ou eliminar as disparidades de remuneração quando as mulheres e os homens executam os mesmos trabalhos.

Quando há limitação de recursos, é possível adotar medidas equalizadoras ao longo do tempo, desde que o processo seja não discriminatório e que aprimore o uso dos recursos disponíveis. A Convenção Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reconhece o princípio de “realização progressiva”, assim como as convenções sobre crianças e incapacidades.

## **Expandir para obter direitos e benefícios**

A Agenda 2030 pede mais ambição na busca pela transformação. Realizar suas aspirações, inclusive de não deixar nenhuma pessoa para trás, depende muito de aumentar os recursos e expandir as estratégias de desenvolvimento. Especialmente as pessoas que já enfrentam as maiores desigualdades não costumam se beneficiar em cenários tradicionais, que até agora, em sua maioria, têm mantido ou agravado a situação de exclusão.

Há muitos argumentos para defender a expansão. Primeiro, a ampliação dos serviços essenciais de qualidade para todas as pessoas é uma defesa dos direitos humanos. Segundo, hoje temos um grande corpo de conhecimento sobre o que funciona, quer a questão seja a prevenção da transmissão do HIV ou a expansão do acesso a serviços financeiros. Em terceiro lugar, os investimentos expandidos se pagam. Por exemplo, segundo o Instituto



© Paolo Patrino

Guttmacher, cada US\$ 1 gasto em serviços contraceptivos reduz o gasto de assistência relacionada à gravidez em US\$ 2,22 (Guttmacher Institute, 2017).

Os países de renda baixa e média-baixa são os mais necessitados e, neles, a maior necessidade está nas comunidades mais pobres.

Expandir e fortalecer os sistemas de saúde é essencial para garantir um acesso igualitário e universal ao cuidado e aos serviços em diferentes locais e níveis de renda, assim como para chamar a atenção para outros fatores que sustentam a marginalização. Por exemplo, a excessiva concentração de trabalhadores de saúde em áreas urbanas, como acontece na maioria dos países, deve ser combatida. Algumas das abordagens para alcançar as áreas rurais são a rotatividade do trabalhador de saúde, uso de novas tecnologias móveis e vínculos rural-urbano no sistema de saúde e em áreas pertinentes, como transporte. Os serviços de saúde também melhoram quando as pessoas comuns são consultadas sobre suas necessidades e sobre suas experiências com o sistema de saúde.

Embora a expansão demande recursos extras no curto prazo, ela gera significativos retornos no longo prazo,

principalmente em países com populações relativamente grandes, jovens e empobrecidas. Os serviços universais de saúde sexual e reprodutiva, por exemplo, criam a dinâmica para uma transição demográfica que, por sua vez, pode acelerar o crescimento econômico nos países com população jovem numerosa e em crescimento.

Também é muito importante redistribuir os recursos existentes de forma eficiente e igualitária, o que pode demandar gastar mais com grupos que foram deixados para trás, principalmente os 40% mais pobres. Essas escolhas podem começar com os processos de orçamento público tendo como modelo os exercícios orçamentários de gênero aplicados em vários países, tanto em nível nacional quanto subnacional. O modelo analisa a arrecadação e o gasto de recursos públicos para verificar se as práticas em vigor estão alinhadas ou contribuem com a igualdade de gênero.

### Contar o que não foi contado

É bastante comum que as desigualdades não sejam percebidas ou bem entendidas. De qualquer forma, talvez elas não sejam muito notadas. Isso dificulta



© Mark Tuschman

ajustar “as regras do jogo” para assegurar que as políticas não beneficiem exageradamente os que já são favorecidos nas sociedades e no sistema internacional. Por exemplo, muito embora a educação e a saúde melhorem no geral, as mulheres ainda têm maiores chances de pobreza e desemprego do que os homens e, mesmo trabalhando em empregos comparáveis, tendem a ter salários mais baixos.

Não há um exemplo melhor de medida inadequada do que a forte dependência do PIB como um indicador de bem-estar nacional. Segundo esse padrão, um país africano teve um rápido crescimento de 6% ao ano, entre 1998 e 2010. Enquanto isso, a taxa de pobreza disparou de 43% para 64%, afetando 4 milhões de pessoas. O PIB também desconsidera o trabalho não remunerado das mulheres, apesar de seu valor estimado de US\$ 10 trilhões ao ano no mundo todo (Oxfam, 2017).

Apesar de o PIB ser reconhecido há muito tempo como uma medida inadequada de bem-estar, as desigualdades atuais tornam urgente o desenvolvimento de alternativas ou opções complementares, como a

Agenda 2030 requer. Em 2009 a Comissão Stiglitz-Sen-Fitoussi, que explora melhores medidas do progresso econômico e social, recomendou dar maior destaque à distribuição de renda, consumo e riqueza, assim como avaliar as desigualdades em todas as dimensões dos indicadores de qualidade de vida.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são considerados um chamado à revolução estatística, considerando o grande alcance de suas metas e indicadores. Um elemento é fazer melhor uso dos dados existentes como a base para investimento, especialmente para assegurar que os serviços e recursos, mesmo que limitados, alcancem primeiro as pessoas que estão na parte inferior da escala. Talvez seja também necessário desagregar melhor os dados para captar as desigualdades em todos os parâmetros relevantes para um dado país, em nível nacional ou subnacional. Por exemplo, não basta saber quantas pessoas têm acesso a métodos contraceptivos. As proporções em diferentes grupos de renda, que podem servir de base para os esforços expandidos ou direcionados de redução das disparidades, são mais reveladoras.

Os sistemas nacionais de dados devem servir a todas as pessoas, documentando e rastreando não somente as privações absolutas, mas também as desigualdades ao longo do tempo, nas diversas dimensões do desenvolvimento. Em muitos casos, os sistemas estatísticos demandam melhor coordenação e comunicação, de modo que sua natureza de reforçar as desigualdades possa ser combatida de forma integrada, não por setor, por programa ou mesmo por pontos de dados. As medidas que conseguem demonstrar como as diferentes intervenções influenciam umas às outras podem orientar melhor as intervenções multissetoriais que podem ter grande poder para reduzir as disparidades.

### **Acelerando a mobilidade ascendente por meio da educação e do trabalho decente**

Exercer o direito a uma educação de qualidade contribui com a mobilidade ascendente no mercado de trabalho, melhor saúde e menor fecundidade. Além disso, reduz a transmissão da pobreza entre as gerações. Ainda assim, permanecer na escola geralmente é um desafio para as crianças excluídas, principalmente as meninas pobres das áreas rurais. As famílias mais pobres podem preferir pagar a escola apenas para os meninos, ou casar as meninas ainda bem novas para que elas se tornem responsáveis de outra pessoa. Muitas meninas ainda deixam a escola para realizar o trabalho doméstico.

Algumas soluções começam nos sistemas educacionais, por exemplo, eliminando as mensalidades ou oferecendo subsídios para as famílias pobres. Outros fatores importantes para a inclusão podem ser o ensino no idioma local, ou assegurar que as escolas sejam seguras e tenham sanitários separados para as meninas. Os incentivos para manter a educação das meninas incluem a transferência condicionada e não condicionada de renda para as famílias pobres e os programas de merenda escolar.

As escolas devem oferecer educação geral em sexualidade para todos os alunos e alunas, seguindo

um currículo adequado para a idade. Assim, jovens e adolescentes estarão equipados para fazer escolhas informadas e empoderadas sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

Para as pessoas deixadas à margem, o valor da educação é percebido em termos de quanto ela contribui com o bem-estar futuro, sugerindo um alinhamento mais próximo entre os currículos e os mercados de trabalho. Em Bangladesh, por exemplo, algumas evidências indicam que o crescimento da indústria de vestuário tem mantido um número bem maior de meninas na escola, já que os empregadores exigem noções básicas de alfabetização.

Para concretizar a promessa que essas experiências trazem, inclusive a aspiração a um trabalho digno em todos os setores da economia, seria necessário adotar medidas como abrir mais oportunidades para as meninas em todos os tipos de formação profissional e técnica, e eliminar o viés de gênero que leva as meninas para as áreas tradicionais (e geralmente mal remuneradas). Por exemplo, o número de meninas e mulheres que entram nas áreas conhecidas como CTEM (ciência, tecnologia, engenharia e matemática) ainda é muito baixo, apesar de muitos empregos do futuro estarem nessas áreas.

Segundo uma estimativa do Fórum Econômico Mundial, as mulheres só conseguirão um novo emprego CTEM para cada 20 perdidos em outras áreas, enquanto a proporção para os homens é um novo emprego para cada quatro perdidos em outras áreas (Fórum Econômico Mundial, 2016b). No entanto, se a velocidade na qual as mulheres se tornam usuárias frequentes das tecnologias digitais for dobrada, a igualdade de gênero no local de trabalho seria alcançada muito mais rapidamente do que previsto por muitas estimativas atuais (Accenture, 2016). Um programa na Costa Rica, por exemplo, tem ajudado as meninas em áreas rurais empobrecidas a aprender ciência e tecnologia nas escolas, conectando jovens mulheres graduadas a oportunidades de se tornarem empresárias na área de tecnologia de informação e comunicação.

Do 1 bilhão de pessoas que vivem na pobreza no mundo todo, muitas trabalham informalmente, mal sobrevivendo da agricultura de subsistência, em serviços domésticos ou como trabalhadores diaristas. Esses empregos não oferecem qualquer benefício e talvez não sejam cobertos pelas leis trabalhistas. Geralmente os salários são tão baixos que reforçam outras desigualdades e violações dos direitos, como a falta de acesso a serviços de saúde ou educação.

Normalmente, o trabalho informal também tem baixa produtividade. Apesar de, em algumas economias, essa poder ser a única opção imediata em curto prazo, principalmente para as mulheres, um processo de transição para o trabalho formal e decente é importante, tanto para as pessoas quanto para as economias. Os países preparados para aproveitar a maior participação na força de trabalho e a maior produtividade podem acumular vantagens adicionais que podem gerar um dividendo demográfico. Em 2015, a Organização Internacional do Trabalho adotou a Recomendação de Transição da Economia Informal para a Formal. O documento apresenta uma base para os sistemas legais que os países podem usar para proteger os trabalhadores informais e sua subsistência e, ao mesmo tempo, avançar em direção ao emprego formal.

No caso das mulheres, uma grande barreira para o trabalho remunerado é o trabalho não remunerado de cuidadoras – geralmente, o tempo gasto com o trabalho em casa. As mulheres pobres, principalmente, podem passar horas todos os dias buscando água ou combustível para compensar a falta de sistemas modernos de abastecimento. As responsabilidades não remuneradas de cuidado contribuem com a maior disparidade de gênero em salário entre as mulheres com filhos no geral: na África Subsaariana é de 31% para as mulheres com filhos, em comparação aos 4% para as mulheres sem filhos (ONU Mulheres, 2015).

Para redistribuir a carga do cuidado não remunerado é necessário mais do que os homens

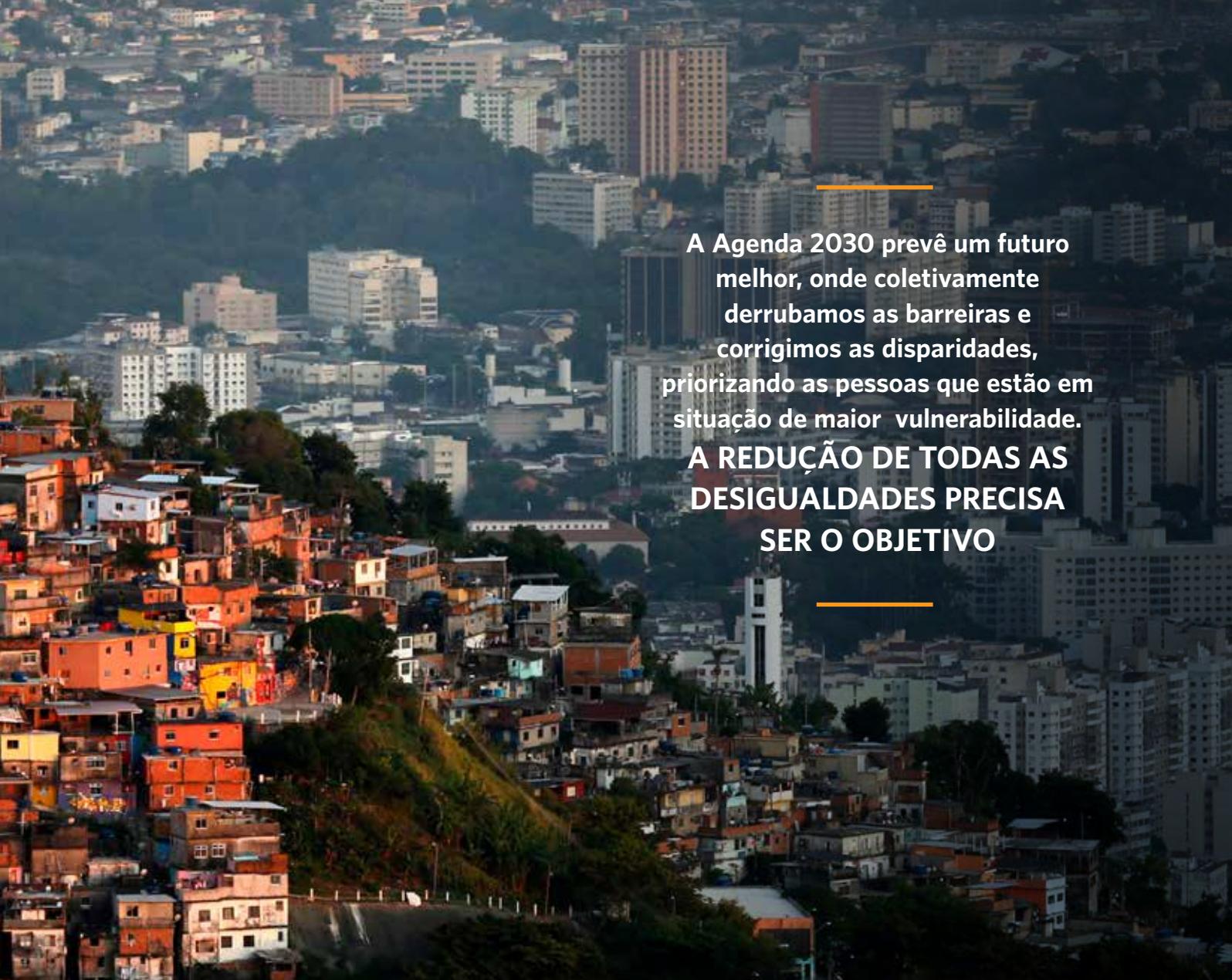
assumirem sua parcela justa. A maior provisão de serviços de assistência também pode contribuir. Segundo as Nações Unidas, um programa no Chile para facilitar o acesso a creches, com ênfase nos grupos mais marginalizados, aumentou em 16 pontos percentuais a probabilidade de as mulheres participarem da força de trabalho remunerada.

Outras questões essenciais para aumentar a igualdade salarial para as mulheres incluem eliminar a discriminação de gênero na herança e na propriedade de ativos. Uma mulher rural que não pode ter ou herdar terras, por exemplo, tem uma chance enorme de entrar ou continuar na pobreza. A maior inclusão financeira requer serviços bancários a menor custo e produtos de créditos adaptados para as pessoas pobres ou de áreas remotas. Alguns países tiveram grandes avanços com o dinheiro móvel e outros serviços financeiros digitais, aproveitando o número crescente de telefones móveis no mundo.

## **A política pública como meio de criar igualdade de condições**

Acabar com a pobreza e alcançar a inclusão são o foco da Agenda 2030, além de serem elementos-chave dos compromissos de respeito universal aos direitos humanos e dignidade. Para alcançá-los, é necessário acelerar e expandir as ações capazes de alcançar os 40% mais pobres da população – aqueles em situação de maior vulnerabilidade. É necessário aumentar a renda e investir em saúde e educação para oferecer oportunidades e resultados mais iguais para todos os membros de uma sociedade.

Considerando a quantidade de evidências de como as desigualdades tendem a piorar sem a devida atenção à eliminação das disparidades, alcançar a igualdade e inclusão em todas as áreas vitais para o bem-estar humano deve ser um objetivo central do planejamento e da formulação de políticas de desenvolvimento, assim como das ações para concretizar a Agenda 2030 em todos os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Isso pode significar, por exemplo,



A Agenda 2030 prevê um futuro melhor, onde coletivamente derrubamos as barreiras e corrigimos as disparidades, priorizando as pessoas que estão em situação de maior vulnerabilidade. **A REDUÇÃO DE TODAS AS DESIGUALDADES PRECISA SER O OBJETIVO**

© Sergio Moraes/REUTERS

um compromisso global de estender métodos contraceptivos modernos para as mulheres mais pobres, já que sua demanda não atendida é a maior nos países e em todo o mundo em desenvolvimento. Existem discrepâncias semelhantes para as mulheres pobres em termos de ter filhos em estabelecimentos de saúde, o cuidado que recebem durante a gravidez e a taxa de mortalidade de recém-nascidos.

Além das ações voltadas especificamente para alcançar e empoderar as pessoas pobres – as 40%

mais pobres –, talvez seja necessário que os governos centrais adotem medidas específicas para mudar os padrões desiguais na distribuição da riqueza e de outros recursos, assim como para combater as barreiras e os riscos sistêmicos que prendem as pessoas às desigualdades. Uma comissão de desigualdades nacionais poderia reunir pessoas de diferentes esferas do governo, da sociedade civil e empresariais para analisar as opções e se as escolhas políticas estão minimizando ou exacerbando as desigualdades.

A política trabalhista poderia definir um salário mínimo em linha com a Convenção da Organização Internacional do Trabalho para Fixação de Salário Mínimo e os objetivos de um nível máximo de desemprego. As políticas de promoção da produtividade econômica poderiam se concentrar em criar mais empregos, que pagassem mais e alcançassem as pessoas excluídas. Um estudo de sete Estados Membros da OCDE concluiu que o investimento de 2% do PIB no setor de cuidados aumentaria o emprego geral em mais de 6%, em alguns casos, e reduziria a disparidade de gênero no emprego pela metade. Em comparação, um investimento semelhante na construção geraria metade do número de empregos e pioraria a disparidade de gênero (Women's Budget Group do Reino Unido, 2016).

As políticas de redistribuição para reduzir as grandes disparidades de renda incluem tributação progressiva e passos para melhorar o funcionamento dos sistemas tributários. Adotar o prisma de inclusão significa considerar a política monetária em termos de limitações ao acesso a crédito para tomadores mais pobres, entre outras questões. A política fiscal ou orçamentária pode ser voltada a níveis mais elevados de gastos orientados aos grupos excluídos.

A proteção social universal é uma das formas mais eficientes de controlar as desigualdades. Para tanto, é necessário que todas as pessoas – quer trabalhem em empregos informais, sejam aposentadas ou prestem serviços de cuidado não remunerados – tenham acesso à garantia de renda básica, como pensões ou apoio de renda para trabalhadores pobres, que também deve cobrir benefícios de maternidade, incapacidade, filhos e outros benefícios semelhantes essenciais ao bem-estar. Um estudo com diversos países pobres e de média renda concluiu que a proteção social universal custaria apenas de 1% a 2% do PIB, ou seja, muito menos do que a receita tributária perdida pela falta de uma taxa efetiva dos ricos ou pelo combate às

ineficiências nos programas públicos existentes (Nações Unidas, 2013b).

Nos países mais pobres, a comunidade global pode fazer mais para dar apoio aos esforços nacionais para alcançar a inclusão. Ainda existe a evasão fiscal de grandes fluxos de capital, que prejudica a capacidade de pagar por serviços públicos. A Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento estima que os países em desenvolvimento percam pelo menos US\$ 100 bilhões ao ano com a evasão fiscal das empresas. Segundo a Oxfam, essa quantia é suficiente para dar educação a 124 milhões de crianças hoje fora da escola.

Os acordos comerciais poderiam balancear a participação nos mercados globais segundo os acordos multilaterais de desenvolvimento social inclusivo e de direitos humanos, inclusive o direito a trabalho decente seguro, e oferecer salários e benefícios que retirem as pessoas da linha da pobreza.

## Aproximação

Reunir um mundo que é distante não é fácil, mas é viável. Desde as comunidades mais pobres até as nações mais poderosas, promover a inclusão é possível. Não há justificativa para que 800 mulheres morram durante o parto todos os dias. Ou para que a gravidez não intencional sobrecarregue os recursos das famílias mais pobres. Ou para que as jovens vejam seu futuro se esvaír porque o casamento precoce deu um fim à sua educação.

A Agenda 2030 previu um futuro melhor. Um futuro onde juntos derrubamos as barreiras e corrigimos as disparidades, visando primeiramente aqueles em situação de maior vulnerabilidade. O objetivo deve ser reduzir todas as desigualdades. O ponto de partida pode variar, mas sempre deve se basear na noção que um avanço significativo em uma dimensão pode desencadear diversos ganhos. Nesse sentido, algumas das maiores contribuições podem advir de exercer a igualdade de gênero e os direitos reprodutivos das mulheres.

# 10 AÇÕES

## para um mundo mais igualitário

Expandir o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva é somente metade da solução. A outra metade depende de como lidamos com as outras dimensões da desigualdade que evitam que as mulheres, principalmente as pobres, concretizem seus direitos e ambições, e que vivam a vida em pé de igualdade com os homens.

**Todos nos beneficiaremos se todos e todas nos envolvermos na transformação de uma visão esperançosa em uma realidade global. Nós podemos transformar nosso mundo.**

1

**Cumprir com todos os compromissos e obrigações**

com os direitos humanos acordados nos tratados e nas convenções internacionais.

2

**Derrubar barreiras** – sejam leis discriminatórias, normas ou disparidades em serviço – que impedem que as adolescentes e as jovens tenham acesso a informações e a serviços de saúde sexual e reprodutiva.

3

**Estender a assistência médica**

pré-natal e materna essencial, que pode salvar vidas, às mulheres mais pobres.

4

**Atender a toda a demanda por planejamento reprodutivo,**

priorizando as mulheres nos domicílios incluídos nos 40% mais pobres.

5

**Oferecer um piso de proteção social universal,** com a oferta de garantia de renda básica e cobertura de serviços essenciais, inclusive benefícios e apoio relacionados à maternidade.

6

**Promover serviços,** como creche, para que as mulheres possam ingressar ou permanecer na força de trabalho remunerada.

7

**Adotar políticas progressistas** voltadas a acelerar o aumento de renda entre os 40% mais pobres, inclusive com investimentos mais intensivos em capital humano para meninas e mulheres.

8

**Eliminar os obstáculos econômicos, sociais e geográficos** ao acesso das meninas ao ensino médio/secundário e superior, assim como à sua matrícula em cursos de ciência, tecnologia, engenharia e matemática.

9

**Acelerar a transição** de empregos informais para formais, trabalho decente, visando principalmente os setores com grandes concentrações de trabalhadoras pobres, liberando o acesso das mulheres ao crédito e à titularidade de propriedades.

10

**Trabalhar para medir todas as dimensões da desigualdade**

e como elas se influenciam mutuamente, fortalecendo os vínculos entre os dados e a política pública.

# ABREVIACÕES GEOGRÁFICAS

<b>AFG</b>	Afeganistão	<b>GIN</b>	Guiné	<b>NOR</b>	Holanda
<b>AGO</b>	Angola	<b>GMB</b>	Gambia	<b>NPL</b>	Noruega
<b>ALB</b>	Albânia	<b>GNB</b>	Guiné-Bissau	<b>NRU</b>	Nepal
<b>AND</b>	Andorra	<b>GNQ</b>	Guiné Equatorial	<b>NZL</b>	Nauru
<b>ARE</b>	Emirados Árabes Unidos	<b>GRC</b>	Grécia	<b>OMN</b>	Nova Zelândia
<b>ARG</b>	Argentina	<b>GRD</b>	Grenada	<b>PAK</b>	Omã
<b>ARM</b>	Armênia	<b>GTM</b>	Guatemala	<b>PAN</b>	Paquistão
<b>ATG</b>	Antígua e Barbuda	<b>GUY</b>	Guiana	<b>PER</b>	Panamá
<b>AUS</b>	Austrália	<b>HND</b>	Honduras	<b>PHL</b>	Peru
<b>AUT</b>	Áustria	<b>HRV</b>	Croácia	<b>PLW</b>	Filipinas
<b>AZE</b>	Azerbaijão	<b>HTI</b>	Haiti	<b>PNG</b>	Palau
<b>BDI</b>	Burundi	<b>HUN</b>	Hungria	<b>POL</b>	Papua Nova Guiné
<b>BEL</b>	Bélgica	<b>IDN</b>	Indonésia	<b>PRK</b>	Polónia
<b>BEN</b>	Benin	<b>IND</b>	Índia	<b>PRT</b>	República Democrática Popular da Coreia
<b>BFA</b>	Burkina Faso	<b>IRL</b>	Irlanda	<b>PRY</b>	Portugal
<b>BGD</b>	Bangladesh	<b>IRN</b>	Irã (República Islâmica do)	<b>QAT</b>	Paraguai
<b>BGR</b>	Bulgária	<b>IRQ</b>	Iraque	<b>ROU</b>	Catar
<b>BHR</b>	Bahrein	<b>ISL</b>	Islândia	<b>RUS</b>	Romênia
<b>BHS</b>	Bahamas	<b>ISR</b>	Israel	<b>RWA</b>	Federação Russa
<b>BIH</b>	Bosnia e Herzegovina	<b>ITA</b>	Itália	<b>SAU</b>	Ruanda
<b>BLR</b>	Bielorrússia	<b>JAM</b>	Jamaica	<b>SDN</b>	Arábia Saudita
<b>BLZ</b>	Belize	<b>JOR</b>	Jordânia	<b>SEN</b>	Sudão
<b>BOL</b>	Bolívia (Estado Plurinacional da)	<b>JPN</b>	Japão	<b>SGP</b>	Senegal
<b>BRA</b>	Brasil	<b>KAZ</b>	Cazaquistão	<b>SLB</b>	Cingapura
<b>BRB</b>	Barbados	<b>KEN</b>	Quênia	<b>SLE</b>	Ilhas Salomão
<b>BRN</b>	Brunei Darussalam	<b>KGZ</b>	Quirguistão	<b>SLV</b>	Serra Leoa
<b>BTN</b>	Butão	<b>KHM</b>	Camboja	<b>SMR</b>	El Salvador
<b>BWA</b>	Botsuana	<b>KIR</b>	Kiribati	<b>SOM</b>	San Marino
<b>CAF</b>	República Centro-Africana	<b>KNA</b>	São Cristóvão e Névis	<b>SRB</b>	Somália
<b>CAN</b>	Canadá	<b>KOR</b>	República da Coreia	<b>STP</b>	Sérvia
<b>CHE</b>	Suíça	<b>KWT</b>	Kuwait	<b>SUR</b>	São Tomé e Príncipe
<b>CHL</b>	Chile	<b>LAO</b>	República Democrática Popular do Laos	<b>SVK</b>	Suriname
<b>CHN</b>	China	<b>LBR</b>	Líbano	<b>SVN</b>	Eslováquia
<b>CIV</b>	Costa do Marfim	<b>LBY</b>	Libéria	<b>SWE</b>	Eslovênia
<b>CMR</b>	Camarões	<b>LCA</b>	Líbia	<b>SWZ</b>	Suécia
<b>COD</b>	República Democrática do Congo	<b>LKA</b>	Santa Lúcia	<b>SYC</b>	Suazilândia
<b>COG</b>	Congo	<b>LSO</b>	Sri Lanka	<b>SYR</b>	Seicheles
<b>COK</b>	Ilhas Cook	<b>LTU</b>	Lesoto	<b>TCD</b>	República Árabe da Síria
<b>COL</b>	Colômbia	<b>LUX</b>	Lituânia	<b>TGO</b>	Chade
<b>COM</b>	Comoros	<b>LVA</b>	Luxemburgo	<b>THA</b>	Togo
<b>CPV</b>	Cabo Verde	<b>MAR</b>	Letônia	<b>TJK</b>	Tailândia
<b>CRI</b>	Costa Rica	<b>MCO</b>	Marrocos	<b>TKM</b>	Tajiquistão
<b>CUB</b>	Cuba	<b>MDA</b>	Mônaco	<b>TLS</b>	Turcomenistão
<b>CYP</b>	Chipre	<b>MDG</b>	República da Moldávia	<b>TON</b>	Timor-Leste
<b>CZE</b>	República Tcheca	<b>MDV</b>	Madagascar	<b>TTO</b>	Tonga
<b>DEU</b>	Alemanha	<b>MEX</b>	Maldivas	<b>TUN</b>	Trinidad e Tobago
<b>DJI</b>	Djibuti	<b>MHL</b>	México	<b>TUR</b>	Tunísia
<b>DMA</b>	Dominica	<b>MKD</b>	Ilhas Marshall	<b>TUV</b>	Turquia
<b>DNK</b>	Dinamarca	<b>MLI</b>	Antiga República Iugoslava da Macedônia	<b>TZA</b>	Tuvalu
<b>DOM</b>	República Dominicana	<b>MLT</b>	Malta	<b>UGA</b>	República Unida da Tanzânia
<b>DZA</b>	Argélia	<b>MMR</b>	Myanmar	<b>UKR</b>	Uganda
<b>ECU</b>	Equador	<b>MNE</b>	Montenegro	<b>URY</b>	Ucrânia
<b>EGY</b>	Egito	<b>MNG</b>	Mongólia	<b>USA</b>	Uruguai
<b>ERI</b>	Eritreia	<b>MOZ</b>	Moçambique	<b>UZB</b>	Estados Unidos da América
<b>ESP</b>	Espanha	<b>MRT</b>	Mauritânia	<b>VCT</b>	Uzbequistão
<b>EST</b>	Estônia	<b>MUS</b>	Maurício	<b>VEN</b>	São Vicente e Granadinas
<b>ETH</b>	Etiópia	<b>MWI</b>	Malawi	<b>VNM</b>	Venezuela (República Bolivariana da)
<b>FIN</b>	Finlândia	<b>MYS</b>	Malásia	<b>VUT</b>	Vietnã
<b>FJI</b>	Fiji	<b>NAM</b>	Namíbia	<b>WSM</b>	Vanuatu
<b>FRA</b>	França	<b>NER</b>	Niger	<b>YEM</b>	Samoa
<b>FSM</b>	Micronésia (Estados Federados)	<b>NGA</b>	Nigéria	<b>ZAF</b>	Iêmen
<b>GAB</b>	Gabão	<b>NIC</b>	Nicarágua	<b>ZMB</b>	África do Sul
<b>GBR</b>	Reino Unido	<b>NIU</b>	Niue	<b>ZWE</b>	Zâmbia
<b>GEO</b>	Geórgia	<b>NLD</b>	Niue	<b>ZWE</b>	Zimbábue
<b>GHA</b>	Gana				

# GRÁFICOS E INDICADORES: SAÚDE REPRODUTIVA

## Medindo o progresso na redução das desigualdades na saúde reprodutiva, pelo quintil de riqueza

Os seguintes equiplots mostram o progresso dos países ou territórios em quatro áreas da saúde reprodutiva e na redução das desigualdades entre os quintis de riqueza nessas áreas:

- A porcentagem de partos atendidas por profissionais qualificados
- A proporção da demanda por planejamento reprodutivo satisfeita com métodos contraceptivos modernos
- A porcentagem de mulheres grávidas que têm acesso a quatro ou mais consultas pré-natais
- A taxa de mortalidade neonatal.

Cada ponto em uma linha, que parece com um ábaco, representa um dos cinco quintis de riqueza e mostra onde está em termos de um indicador. A posição dos cinco pontos juntos mostra como cada quintil de riqueza se aproxima dos outros. Duas linhas para cada país mostram o status em dois pontos no tempo, geralmente com 10 anos de diferença.

Os equiplots para partos qualificados mostram, por exemplo, que a porcentagem de partos é atendida nos quintis de riqueza inferior, segundo,

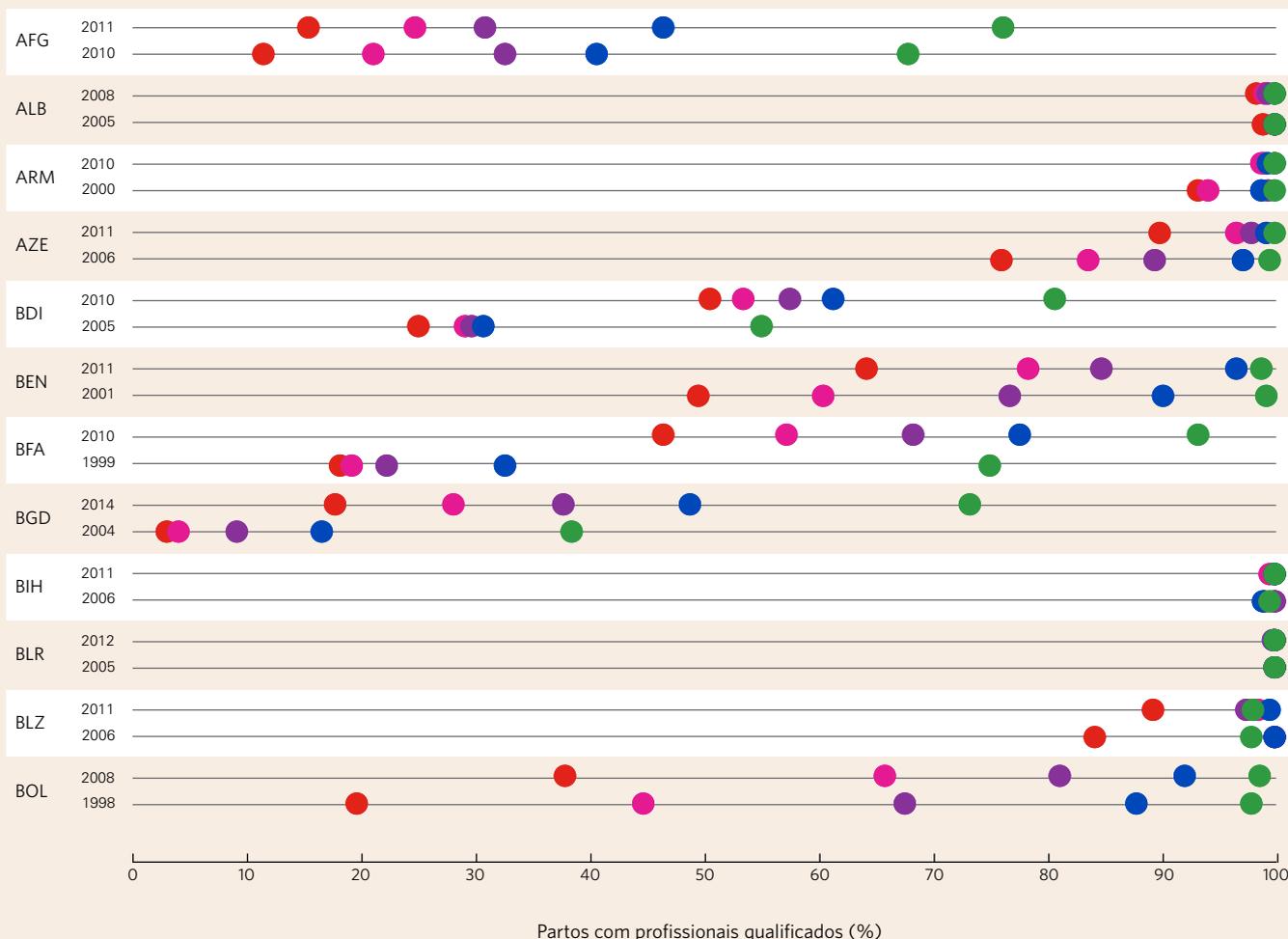
terceiro, quarto e superior em um país. Os pontos para a direita de cada linha representam um nível mais alto de frequência de partos qualificados. Os pontos para a esquerda sugerem níveis mais baixos de atendimento.

Ao comparar duas linhas para um país, uma mudança geral para a direita significa que as proporções de nascimentos atendidos por profissionais qualificados ao longo do tempo aumentaram. Pontos que estão mais próximos uns dos outros entre dois pontos no tempo sugerem que o acesso a um parto qualificado aumentou ou pelo menos mesclou até certo ponto, independentemente da renda da riqueza, e, portanto, a desigualdade foi reduzida.

A mesma visualização aplica-se à proporção da demanda por planejamento reprodutivo atendida por métodos contraceptivos modernos e por visitas pré-natais: uma mudança para a direita ao longo do tempo sugere uma porcentagem crescente de mulheres com pelo menos quatro visitas. Os pontos que se aproximam sugerem uma redução da desigualdade entre os quintis da riqueza. Com a mortalidade neonatal, uma mudança geral para a direita sugere avanços na redução de mortes neonatais.

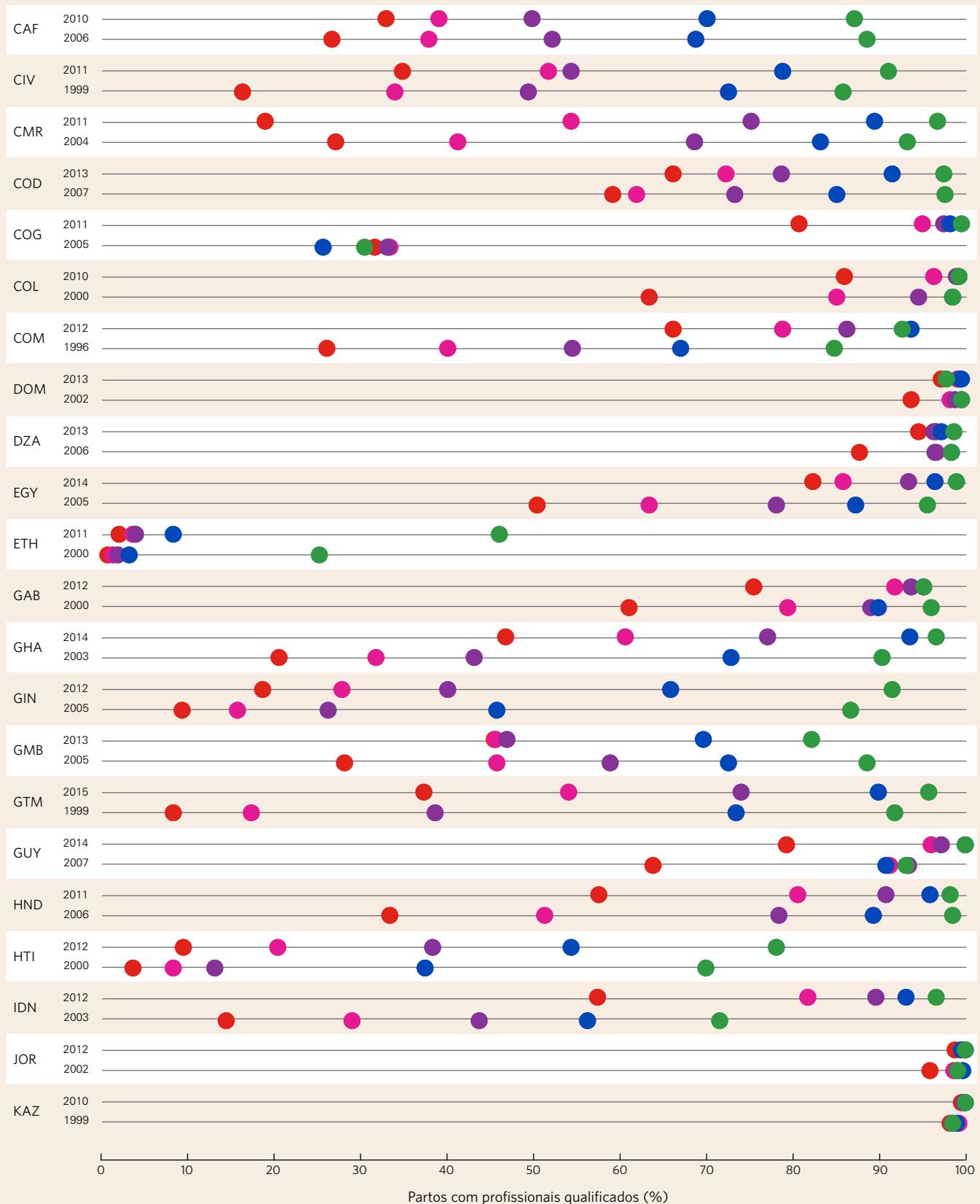
## Profissionais qualificados no parto

Quintis de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Terceiro ● Quarto ● Superior



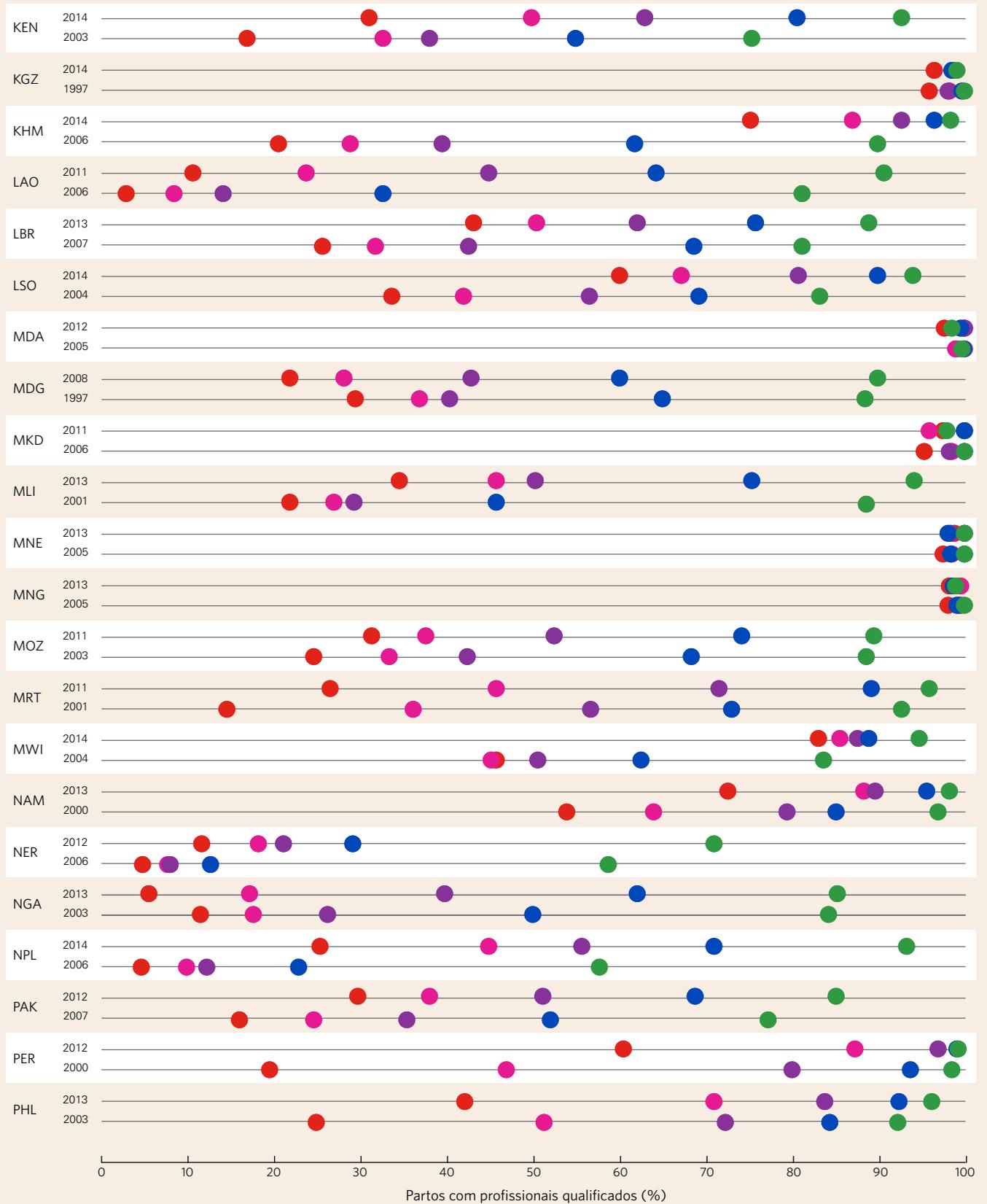
## Profissionais qualificados no parto (continuação)

Quintis de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Terceiro ● Quarto ● Superior



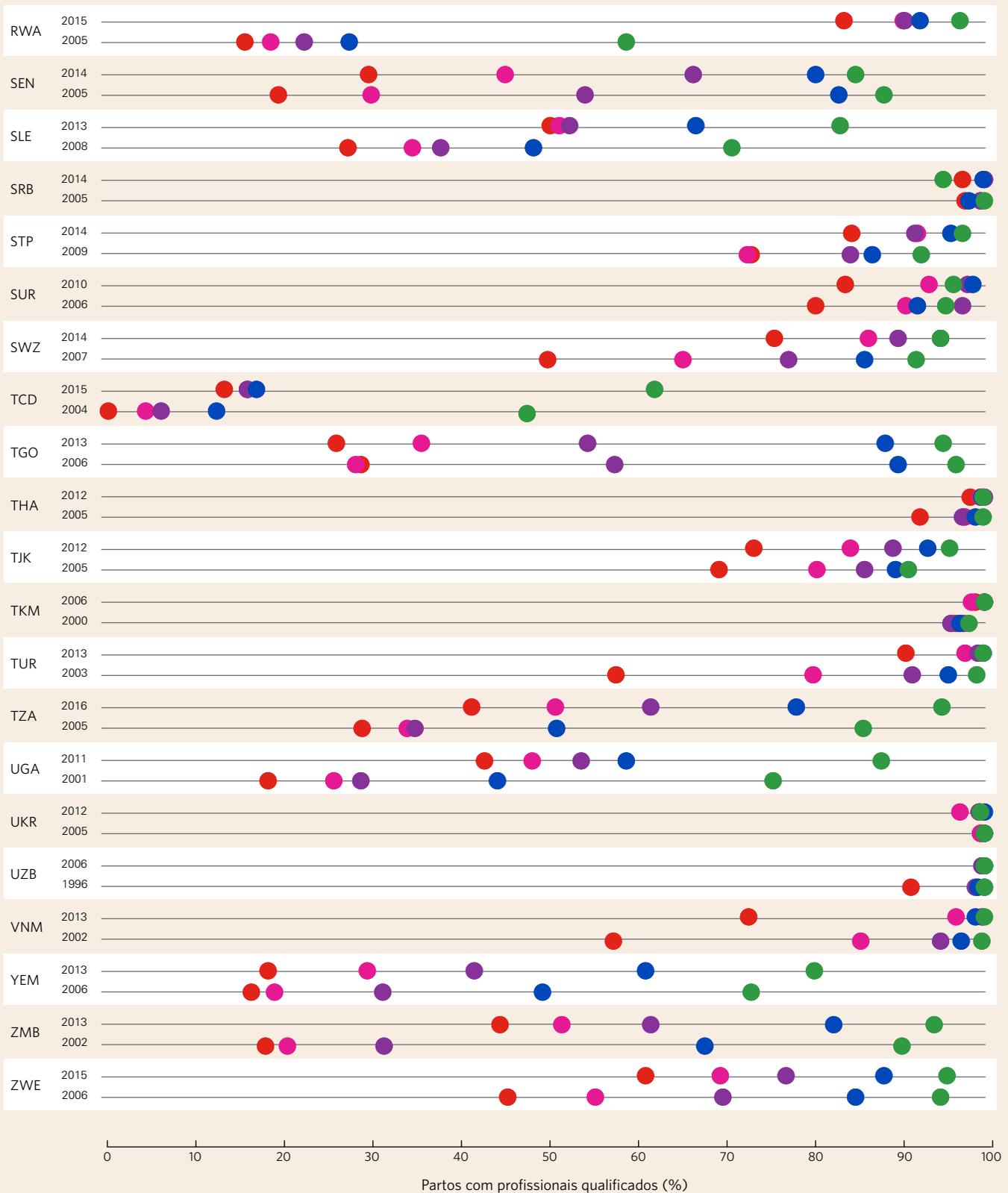
## Profissionais qualificados no parto (continuação)

Quintis de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Terceiro ● Quarto ● Superior



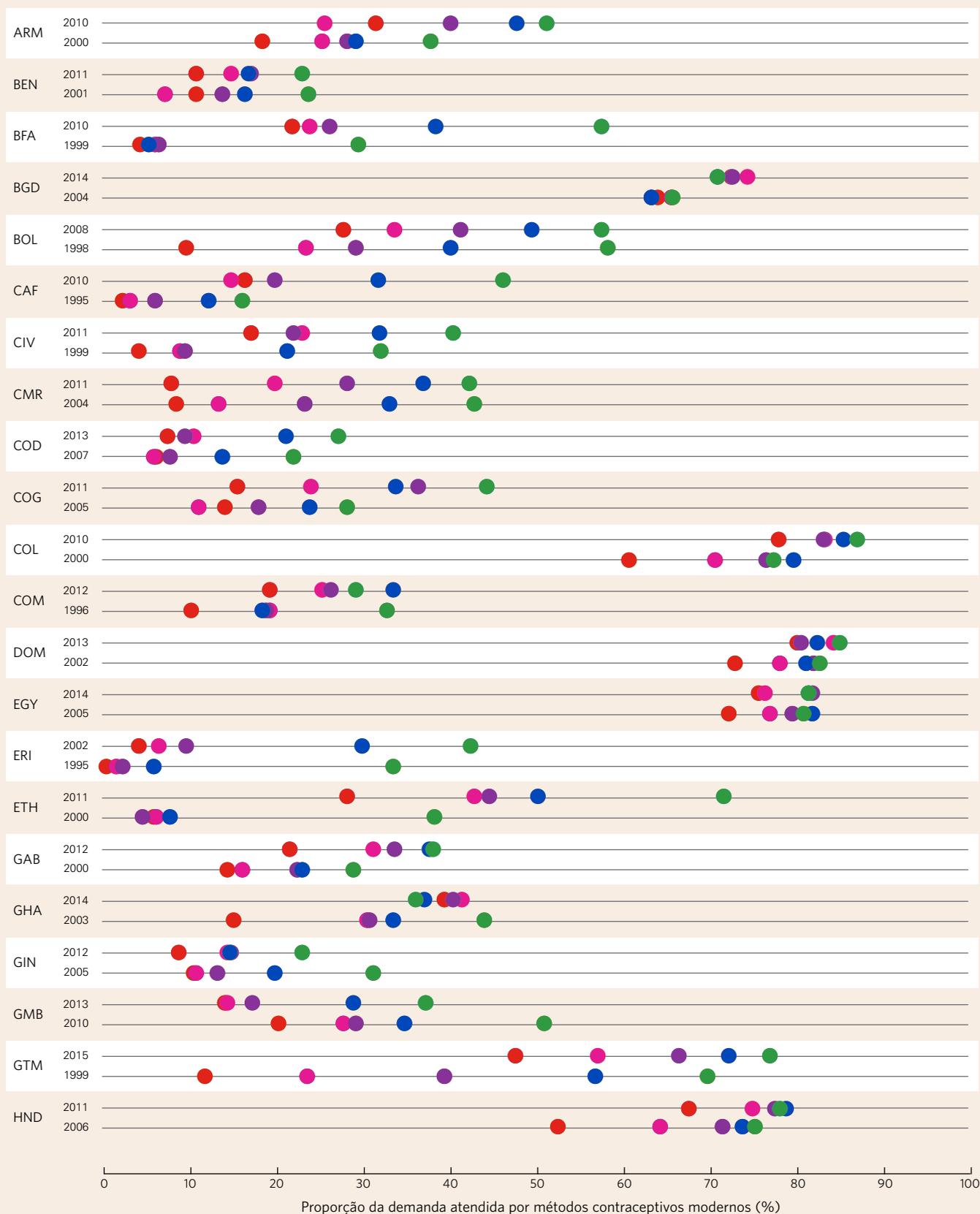
## Profissionais qualificados no parto (continuação)

Quintis de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Terceiro ● Quarto ● Superior



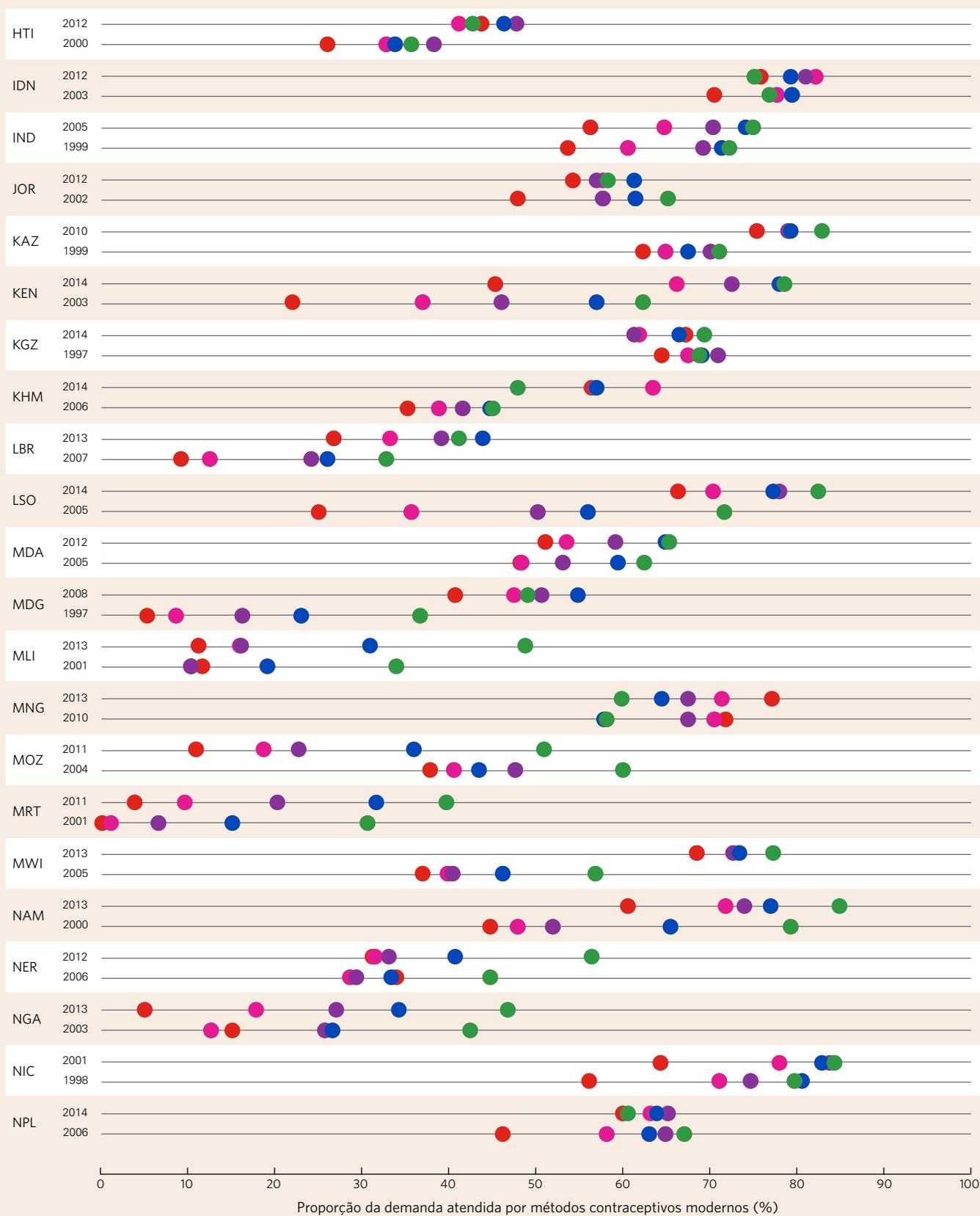
# Demanda por planejamento reprodutivo atendida com métodos contraceptivos modernos

Quintis de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Terceiro ● Quarto ● Superior

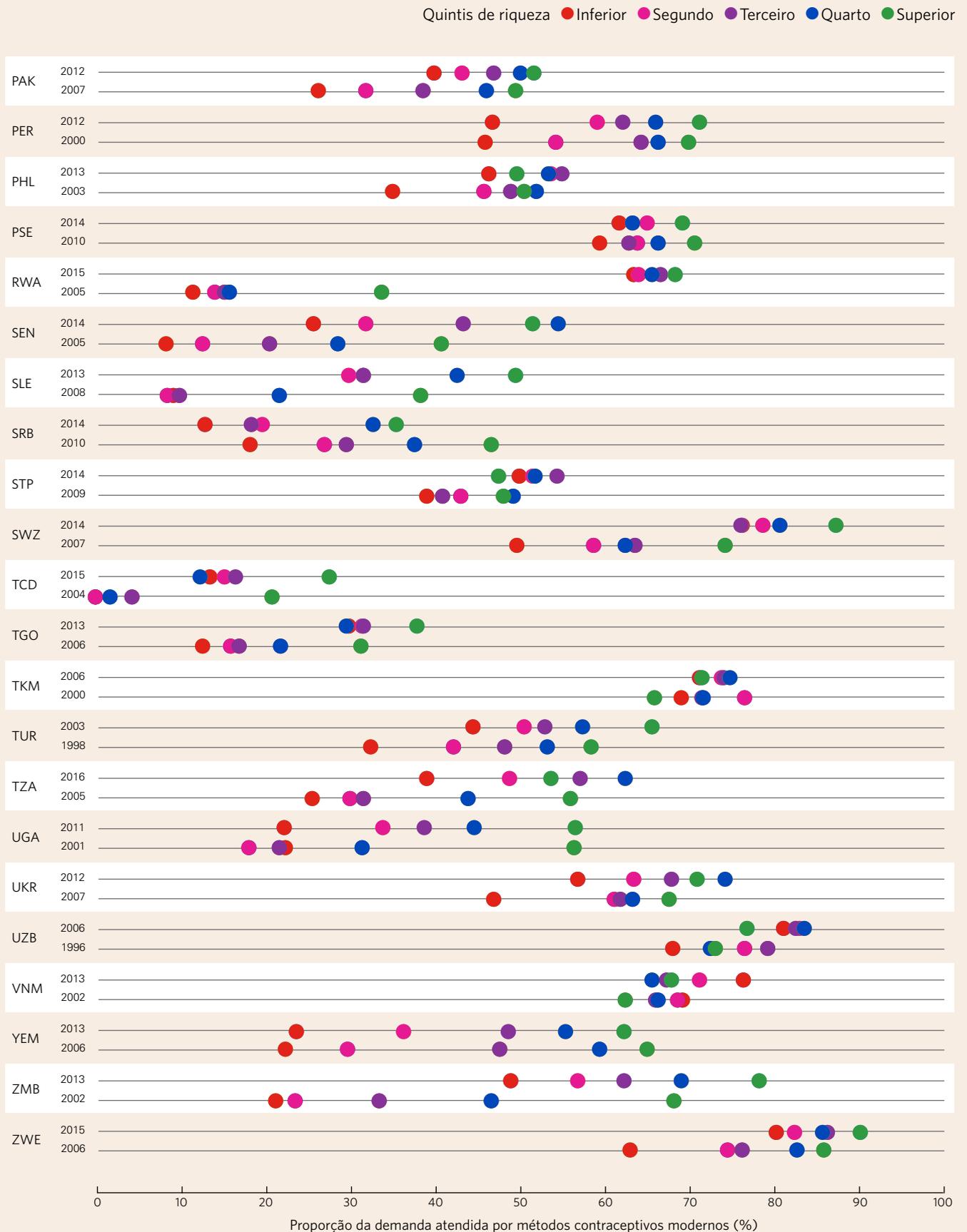


## Demanda por planejamento reprodutivo atendida com métodos contraceptivos modernos (continuação)

Quintis de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Terceiro ● Quarto ● Superior

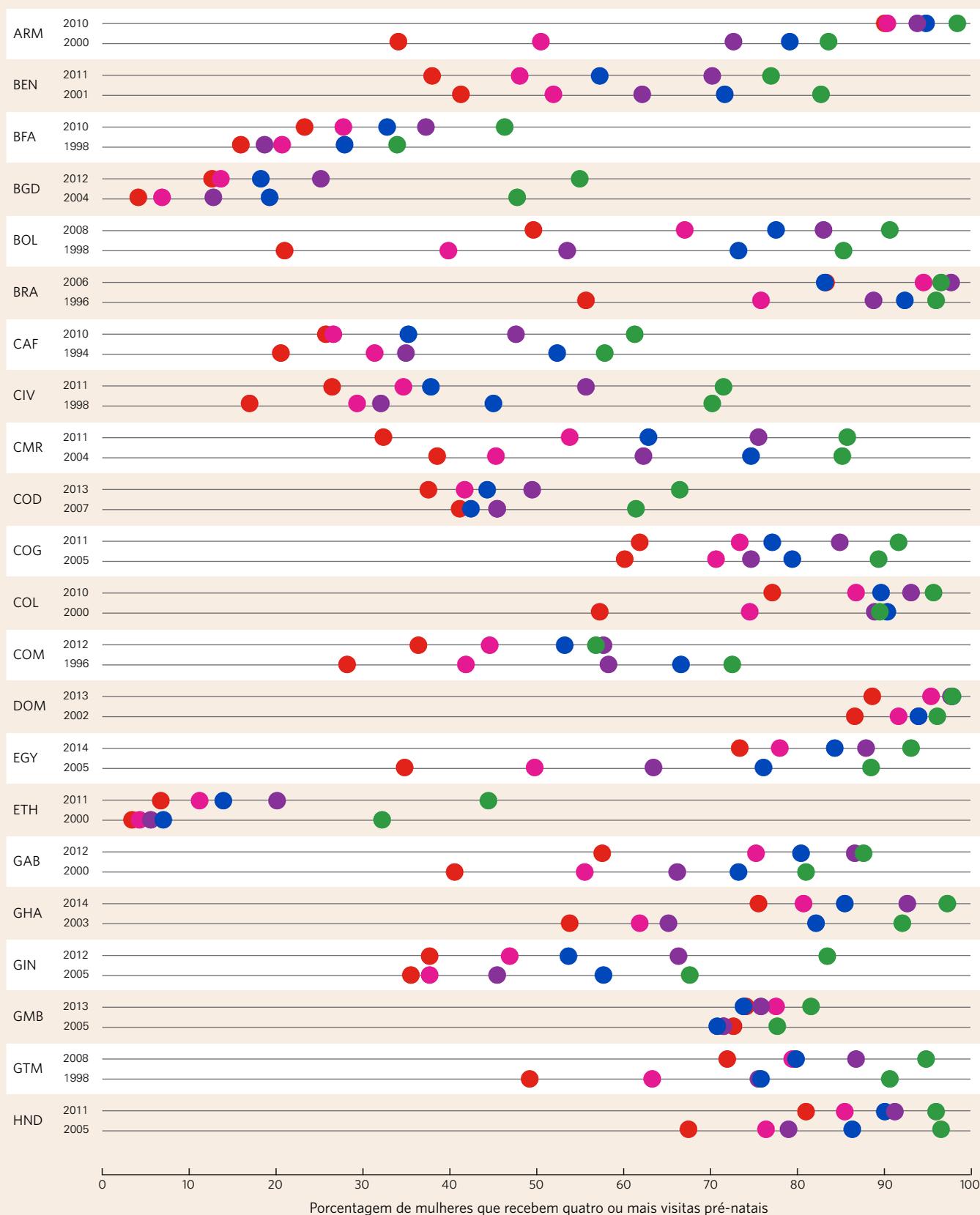


## Demanda por planejamento reprodutivo atendida com métodos contraceptivos modernos (continuação)



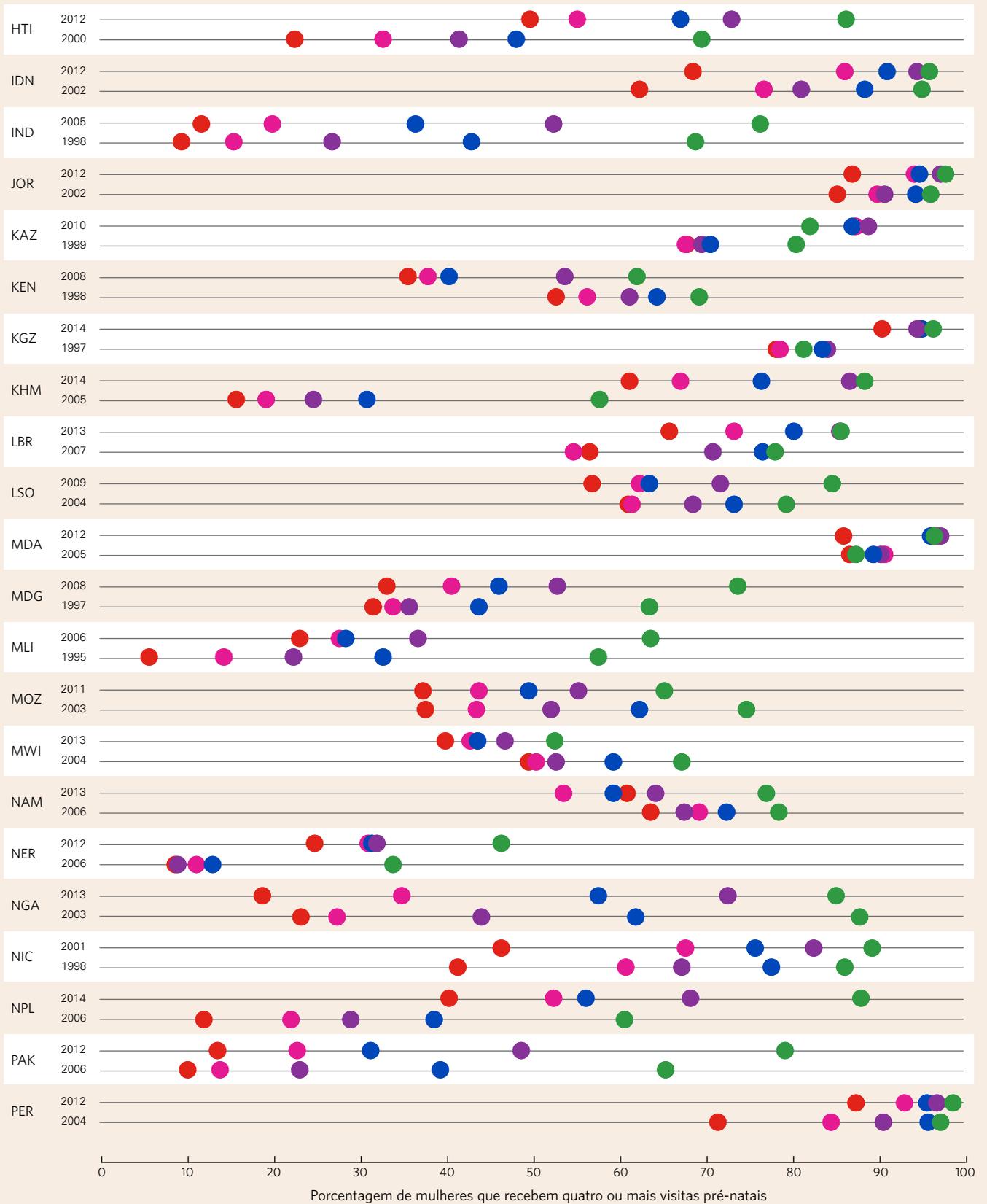
# Acesso a quatro ou mais visitas pré-natais

Quintis de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Terceiro ● Quarto ● Superior



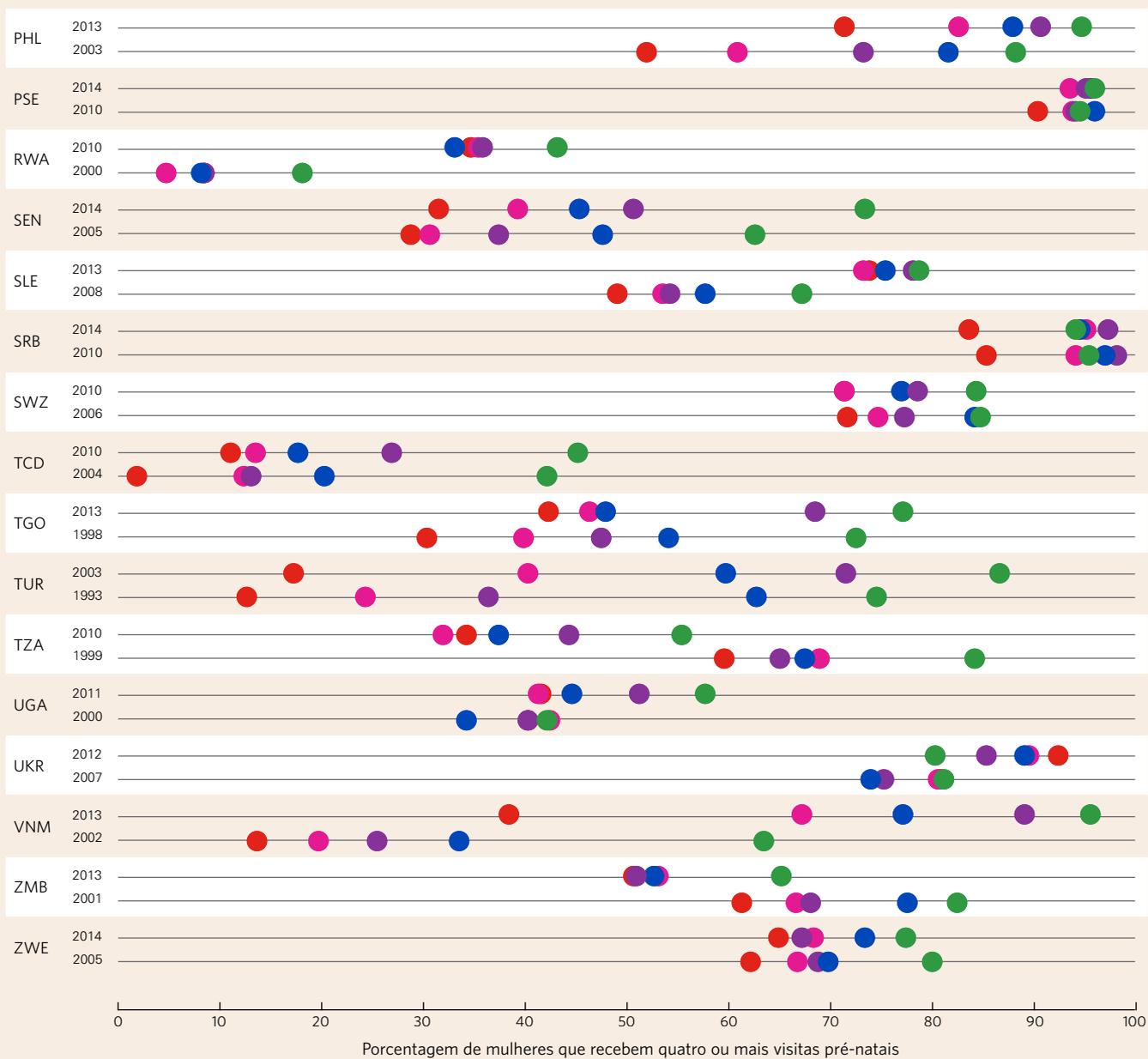
## Acesso a quatro ou mais visitas pré-natais (continuação)

Quintis de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Terceiro ● Quarto ● Superior



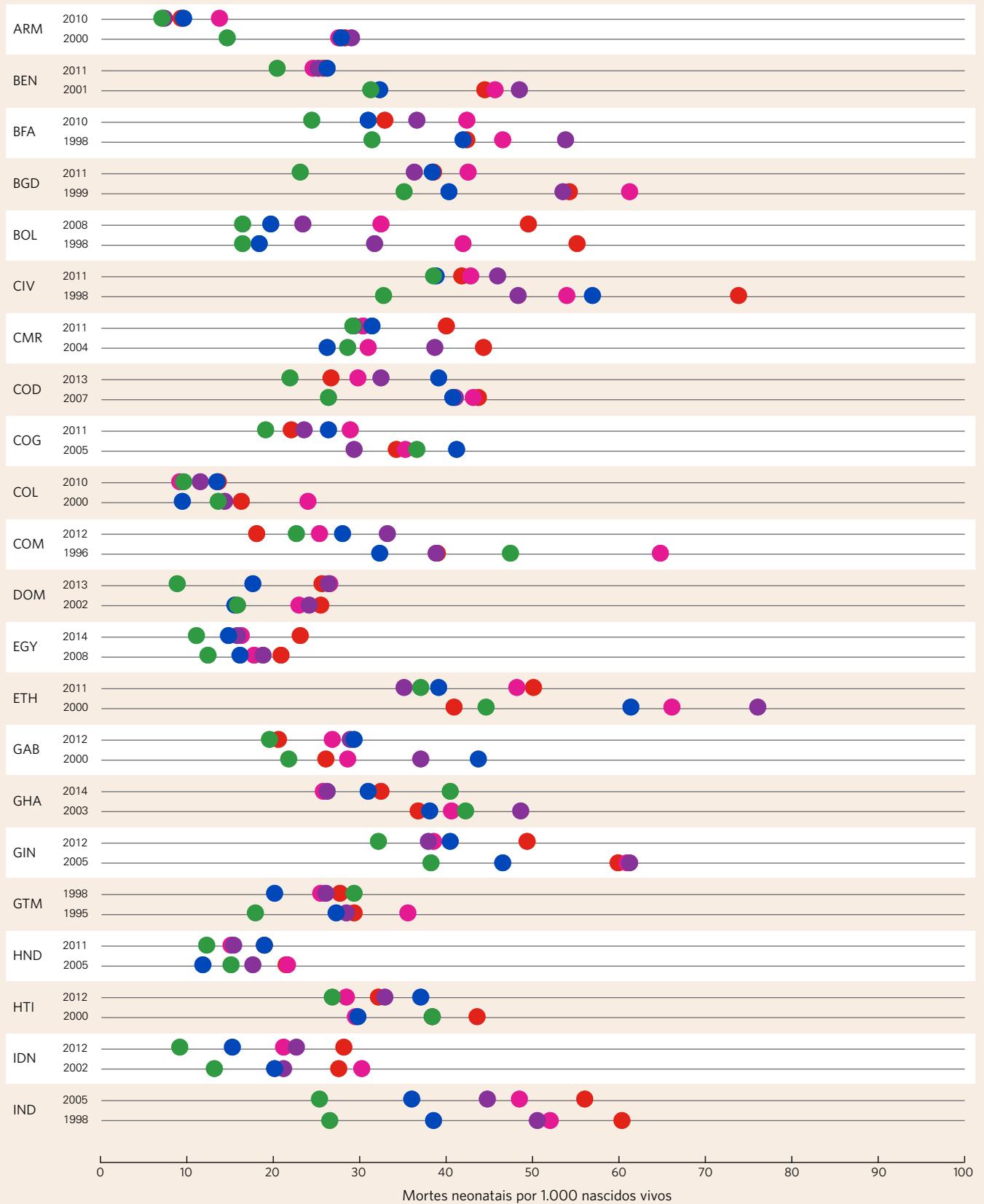
## Acesso a quatro ou mais visitas pré-natais (continuação)

Quintis de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Terceiro ● Quarto ● Superior



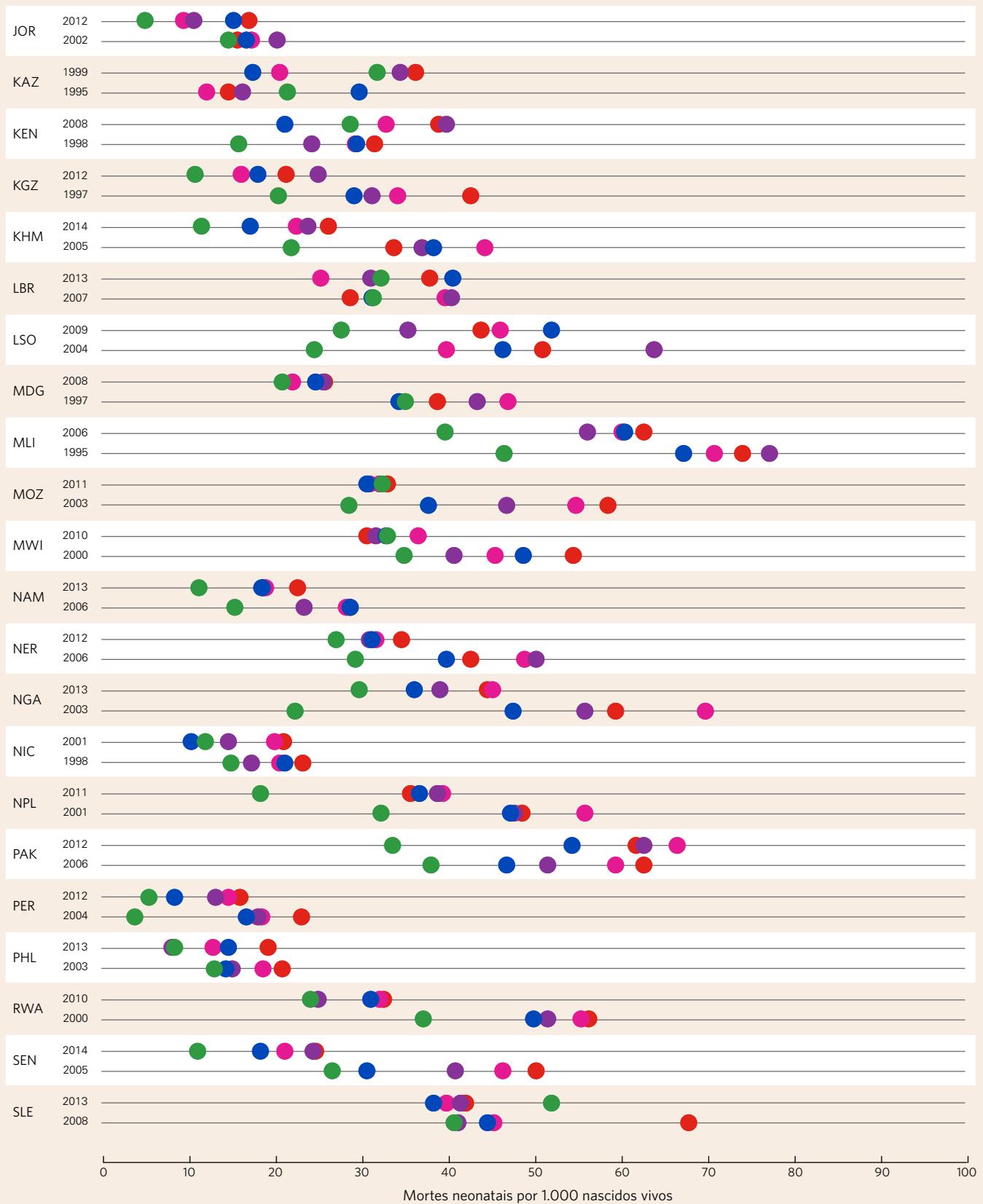
# Taxa de mortalidade neonatal

Quintis de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Terceiro ● Quarto ● Superior

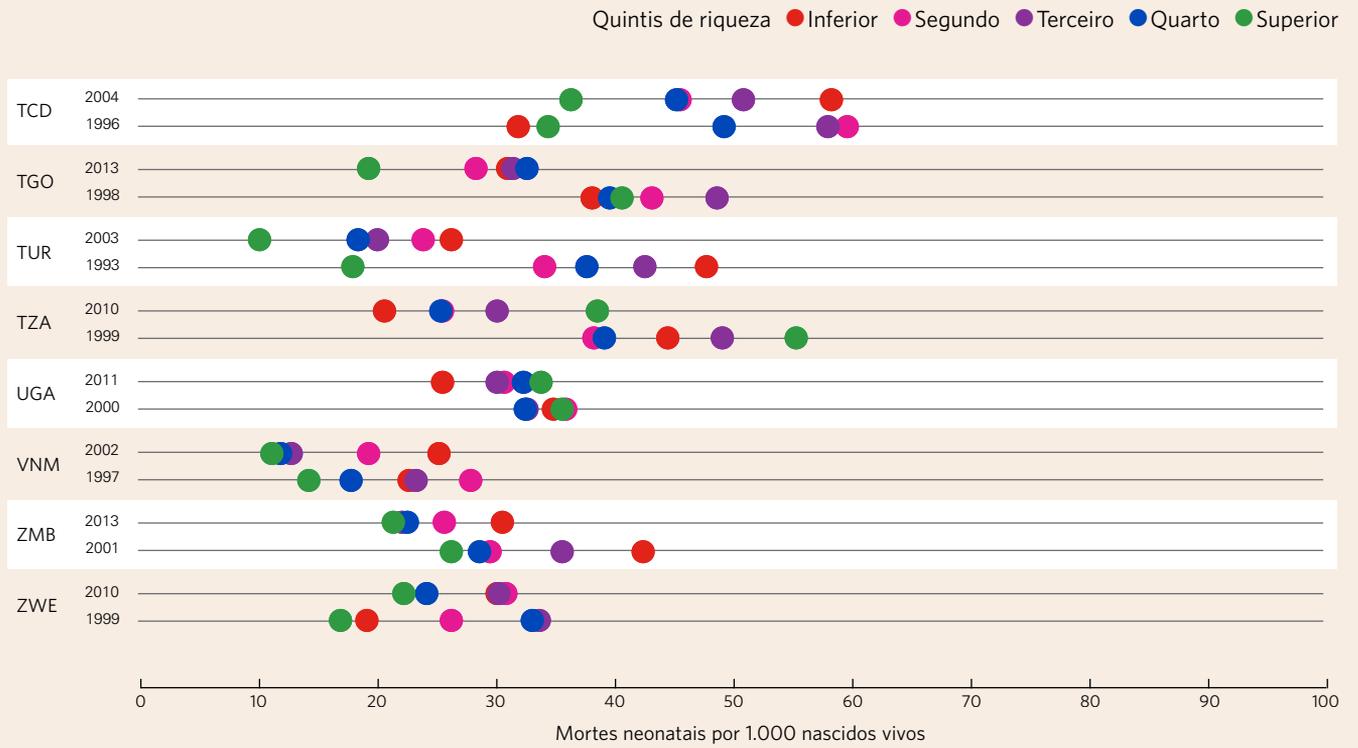


## Taxa de mortalidade neonatal (continuação)

Quintis de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Terceiro ● Quarto ● Superior



## Taxa de mortalidade neonatal (continuação)



# Monitorando os objetivos da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área

País, território ou outra área	Saúde sexual e reprodutiva									Práticas nocivas		Educação e emprego											
	Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) <sup>a</sup> 2015	Intervalo de incerteza da RMM (UI 80%)		Partos atendidos por profissionais qualificados, percentagem <sup>b</sup>	Taxa de fecundidade de adolescente por 1.000 meninas de 15 a 19 anos <sup>b</sup>		Taxa de prevalência de contraceptivo entre mulheres entre 15 e 49 anos		Proporção da demanda atendida, mulheres de 15 a 49 anos <sup>c</sup>		Casa-mento infantil, antes dos 18 anos, percentual	MGF, prevalência entre meninas, de 15 a 19 anos, percentagem	Taxa líquida ajustada de matrícula, educação primária, percentagem		Índice de paridade de gênero, educação primária	Taxa líquida de matrícula, ensino médio/secundário, percentagem		Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário	Jovens que não estão estudando nem trabalhando, em porcentagem				
		2015 Estimativas			2006-2016	2006-2015	2017 Qualquer método <sup>d</sup>	2017 Método moderno <sup>d</sup>	2017 Qualquer método <sup>d</sup>	2017 Método moderno <sup>d</sup>			2008-2016	2004-2015		1999-2015 meninos	1999-2015 meninas			2000-2015 meninos	2000-2015 meninas	2000-2015	2010-2016
		baixas	altas																				
Afganistão	396	253	620	51	78	25	23	51	46	35	–	–	–	–	62	35	0,57	–					
Albânia	29	16	46	99	20	63	22	82	28	10	–	97	95	0,99	86	85	0,98	33 <sup>m</sup>					
Argélia	140	82	244	97	12	63	57	86	77	3	–	98	96	0,98	–	–	–	21					
Angola	477	221	988	47	191	15	14	29	26	–	–	95	73	0,77	14	11	0,81	–					
Antígua e Barbuda	–	–	–	100	–	64	62	83	80	–	–	87	85	0,98	78	81	1,04	–					
Argentina	52	44	63	100	68	73	70	89	85	–	–	100	99	0,99	85	91	1,07	20 <sup>n</sup>					
Armênia	25	21	31	100	23	59	29	82	41	7	–	89	98	1,10	79	91	1,15	36 <sup>m</sup>					
Aruba	–	–	–	–	34	–	–	–	–	–	–	99	99	1,00	73	81	1,10	17					
Austrália	6	5	7	99	14	67	65	86	84	–	–	–	–	–	–	–	–	10					
Áustria	4	3	5	99	8	66	64	87	84	–	–	–	–	–	–	–	–	8					
Azerbaijão	25	17	35	100	47	56	23	80	33	11	–	96	94	0,98	89	87	0,98	10					
Bahamas	80	53	124	98	30	67	66	85	84	–	–	94	99	1,06	80	86	1,07	–					
Bahrein	15	12	19	100	14	65	45	85	59	–	–	–	–	–	–	–	–	–					
Bangladesh	176	125	280	42	113	64	57	85	75	59	–	93	97	1,04	50	55	1,09	32 <sup>o</sup>					
Barbados	27	19	37	99	50	62	59	80	77	29	–	91	92	1,02	86	92	1,06	–					
Bielorrússia	4	3	6	100	22	67	57	87	75	3	–	94	94	1,00	96	96	1,01	12					
Bélgica	7	5	10	–	7	73	72	92	90	–	–	–	–	–	–	–	–	12					
Belize	28	20	36	94	64	55	51	74	69	26	–	100	98	0,99	67	71	1,06	8					
Benin	405	279	633	77	94	19	13	38	27	26	2	100	88	0,88	50	34	0,68	20					
Butão	148	101	241	81	28	64	63	84	84	26	–	88	90	1,03	59	67	1,14	–					
Bolívia (Estado Plurinacional da)	206	140	351	85	88	63	44	78	54	22	–	95	95	1,00	75	76	1,01	–					
Bósnia e Herzegovina	11	7	17	100	11	50	19	76	30	4	–	98	99	1,01	–	–	–	28 <sup>m</sup>					
Botsuana	129	102	172	100	39	59	57	81	79	–	–	91	92	1,01	59	67	1,13	–					
Brasil	44	36	54	99	65	80	77	92	88	36	–	94	94	1,00	79	85	1,07	23					
Brunei Darussalam	23	15	30	100	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	17 <sup>o</sup>					
Bulgária	11	8	14	100	41	68	50	84	61	–	–	96	97	1,01	89	87	0,97	19					
Burkina Faso	371	257	509	66	132	24	24	48	46	52	58	70	66	0,95	23	20	0,87	–					
Burundi	712	471	1.050	60	85	38	35	59	54	20	–	95	97	1,02	25	25	0,99	–					
Camboja	161	117	213	89	57	59	44	83	61	19	–	96	94	0,98	40	37	0,92	13 <sup>o</sup>					
Camarões, República de	596	440	881	65	119	33	22	61	41	31	0,4	100	90	0,90	46	40	0,87	11					
Canadá	7	5	9	100	13	75	73	91	89	–	–	–	–	–	–	–	–	10					
Cabo Verde	42	20	95	92	–	62	60	81	78	–	–	98	98	1,00	65	74	1,14	–					
República Centro-Africana	882	508	1.500	40	229	25	19	52	40	68	18	79	62	0,79	18	9	0,52	–					
Chade	856	560	1.350	20	203	7	6	23	20	67	32	95	74	0,78	16	5	0,33	–					
Chile	22	18	26	100	52	66	65	83	82	–	–	93	93	1,00	87	90	1,04	12					
China	27	22	32	100	6	83	83	96	95	–	–	–	–	–	–	–	–	–					
China, R.A.E. de Hong Kong	–	–	–	–	3	76	73	92	88	–	–	–	–	–	–	–	–	7					
China, R.A.E. de Macau	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5 <sup>m</sup>					
Colômbia	64	56	81	99	84	78	72	90	83	23	–	92	92	1,00	76	82	1,08	21					
Comores	335	207	536	82	70	26	20	46	36	32	–	88	83	0,95	42	45	1,07	–					

# Monitorando os objetivos da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde sexual e reprodutiva									Práticas nocivas		Educação e emprego									
	Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) <sup>a</sup> 2015	Intervalo de incerteza da RMM (UI 80%)		Partos atendidos por profissionais qualificados, porcentagem <sup>b</sup> 2006-2016	Taxa de fecundidade de adolescente por 1.000 meninas de 15 a 19 anos <sup>b</sup> 2006-2015	Taxa de prevalência de contraceptivo entre mulheres entre 15 e 49 anos		Proporção da demanda atendida, mulheres de 15 a 49 anos <sup>c</sup>		Casa-mento infantil, antes dos 18 anos, percentual 2008-2016	MGF, prevalência entre meninas, de 15 a 19 anos, porcentagem 2004-2015	Taxa líquida ajustada de matrícula, educação primária, porcentagem		Índice de paridade de gênero, educação primária 1999-2015	Taxa líquida de matrícula, ensino médio/secundário, porcentagem		Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário 2000-2015	Jovens que não estão estudando nem trabalhando, em porcentagem 2010-2016			
		2015 Estimativas				2017	2017	2017	2017			2017	2017		2017	2017			2017	2017	2017
		Mais baixas	Mais altas																		
Congo, República Democrática do	693	509	1.010	80	138	23	10	46	20	37	–	36	34	0,95	–	–	–	–			
Congo, República do	442	300	638	94	111	42	24	68	39	33	–	89	97	1,09	–	–	–	–			
Costa Rica	25	20	29	99	61	80	77	93	90	21	–	96	96	1,00	76	80	1,05	21			
Costa do Marfim	645	458	909	59	129	21	16	46	36	33	31	80	71	0,89	–	–	–	–			
Croácia	8	6	11	100	12	66	47	86	61	–	–	–	–	–	–	–	–	19			
Cuba	39	33	47	99	53	74	73	90	88	26	–	93	94	1,01	88	91	1,04	–			
Curaçau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Chipre	7	4	12	100	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15			
República Tcheca	4	3	6	100	11	77	70	91	83	–	–	–	–	–	–	–	–	8			
Dinamarca	6	5	9	98	2	69	66	87	83	–	–	–	–	–	–	–	–	6			
Djibuti	229	111	482	87	21	27	26	48	46	–	90	61	54	0,89	29	21	0,72	–			
Dominica	–	–	–	100	47	–	–	–	–	–	–	96	99	1,03	76	82	1,07	–			
República Dominicana	92	77	111	98	90	71	69	87	84	37	–	86	85	0,99	61	70	1,14	21 <sup>m</sup>			
Equador	64	57	71	96	–	79	70	92	82	–	–	96	98	1,02	81	84	1,04	18			
Egito	33	26	39	92	56	61	59	84	81	17	70	99	99	1,01	81	82	1,01	27 <sup>m</sup>			
El Salvador	54	40	69	98	72	71	67	86	81	26	–	94	94	1,01	69	71	1,03	30			
Guiné Equatorial	342	207	542	68	176	17	14	35	28	30	–	58	58	1,00	24	19	0,77	–			
Eritreia	501	332	750	34	76	13	13	31	29	41	69	43	38	0,90	31	26	0,84	–			
Estônia	9	6	14	99	16	66	60	85	78	–	–	–	–	–	–	–	–	11			
Etiópia	353	247	567	28	71	41	39	63	61	41	62	89	84	0,94	18	11	0,62	1 <sup>nm</sup>			
Fiji	30	23	41	100	28	49	45	72	67	–	–	96	98	1,03	79	88	1,11	–			
Finlândia	3	2	3	100	7	74	73	90	88	–	–	–	–	–	–	–	–	11			
França	8	7	10	98	6	80	78	95	92	–	–	–	–	–	–	–	–	12			
Guiana Francesa	–	–	–	–	87	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Polinésia Francesa	–	–	–	–	40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Gabão	291	197	442	89	114	35	24	58	40	22	–	–	–	–	–	–	–	–			
Gâmbia	706	484	1.030	57	88	12	11	31	30	30	76	66	72	1,09	–	–	–	34 <sup>o</sup>			
Geórgia	36	28	47	100	41	53	38	77	55	14	–	96	94	0,98	92	92	1,00	–			
Alemanha	6	5	8	99	8	68	64	88	83	–	–	–	–	–	–	–	–	6			
Gana	319	216	458	71	65	31	26	52	45	21	2	92	92	1,01	58	57	0,98	–			
Grécia	3	2	4	–	8	69	47	88	60	–	–	–	–	–	–	–	–	17			
Granada	27	19	42	99	–	66	62	84	80	–	–	97	97	1,00	81	84	1,03	–			
Guadalupe	–	–	–	–	–	60	55	80	73	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Guam	–	–	–	–	54	54	48	77	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Guatemala	88	77	100	66	91	61	51	81	68	30	–	89	89	1,00	48	45	0,95	27			
Guiné	679	504	927	45	146	8	7	24	22	52	94	84	72	0,86	38	25	0,66	–			
Guiné-Bissau	549	273	1.090	45	106	17	16	44	42	24	42	71	68	0,95	10	6	0,56	–			
Guiana	229	184	301	86	74	42	41	60	59	30	–	86	84	0,97	82	83	1,00	–			
Haiti	359	236	601	49	66	41	37	57	51	18	–	–	–	–	–	–	–	–			
Honduras	129	99	166	83	101	73	64	87	77	34	–	95	95	1,01	46	53	1,16	42 <sup>nm</sup>			
Hungria	17	12	22	99	20	74	70	90	85	–	–	–	–	–	–	–	–	12 <sup>o</sup>			
Islândia	3	2	6	–	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5			

## Monitorando os objetivos da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde sexual e reprodutiva										Práticas nocivas		Educação e emprego								
	Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) <sup>a</sup> 2015	Intervalo de incerteza da RMM (UI 80%)		Partos atendidos por profissionais qualificados, porcentagem <sup>b</sup> 2006-2016	Taxa de fecundidade de adolescente por 1.000 meninas de 15 a 19 anos <sup>b</sup> 2006-2015	Taxa de prevalência de contraceptivo entre mulheres entre 15 e 49 anos		Proporção da demanda atendida, mulheres de 15 a 49 anos <sup>c</sup>		Casa-mento infantil, antes dos 18 anos, percentual 2008-2016	MGF, prevalência entre meninas, de 15 a 19 anos, porcentagem 2004-2015	Taxa líquida ajustada de matrícula, educação primária, porcentagem, 1999-2015		Índice de paridade de gênero, educação primária 1999-2015		Taxa líquida de matrícula, ensino médio/secundário, porcentagem, 2000-2015		Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário 2000-2015	Jovens que não estão estudando nem trabalhando, em porcentagem 2010-2016		
		2015	Estimativas			Mais baixas	altas	Qualquer método <sup>d</sup>	Método moderno <sup>e</sup>			Qualquer método <sup>d</sup>	Método moderno <sup>e</sup>	meninos	meninas	1999-2015	2000-2015			meninos	meninas
		2015	Mais altas																		
Índia	174	139	217	81	28	56	50	82	73	27	–	97	98	1,01	61	62	1,01	28 <sup>o</sup>			
Indonésia	126	93	179	87	48	62	60	84	81	14	–	93	92	0,99	75	75	0,99	25			
Irã (República Islâmica do)	25	21	31	96	38	76	63	92	77	17	–	99	100	1,01	80	81	1,01	34			
Iraque	50	35	69	91	82	56	43	81	63	24	5	98	87	0,89	49	40	0,81	–			
Irlanda	8	6	11	100	9	67	62	86	80	–	–	–	–	–	–	–	–	14			
Israel	5	4	6	–	10	71	57	89	72	–	–	–	–	–	–	–	–	16			
Itália	4	3	5	100	6	67	53	86	68	–	–	–	–	–	–	–	–	21			
Jamaica	89	70	115	99	46	71	68	87	83	8	–	93	94	1,01	64	70	1,09	–			
Japão	5	4	7	100	4	48	45	71	66	–	–	–	–	–	–	–	–	4			
Jordânia	58	44	75	100	26	62	46	84	62	8	–	88	87	0,99	83	88	1,06	–			
Cazaquistão	12	10	15	100	36	58	55	80	76	7	–	100	100	1,00	92	94	1,02	10 <sup>m</sup>			
Quênia	510	344	754	62	96	64	61	81	78	23	11	84	88	1,04	57	56	0,97	–			
Kiribati	90	51	152	98	49	28	24	51	44	20	–	–	–	–	66	73	1,11	–			
Coreia, República Popular Democrática da	82	37	190	100	1	75	71	90	85	–	–	97	97	1,00	–	–	–	–			
Coreia, República da	11	9	13	100	2	79	70	93	83	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Kuwait	4	3	6	99	7	56	49	78	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Quirguistão	76	59	96	98	42	44	41	72	68	12	–	98	98	0,99	80	80	1,00	21			
República Democrática Popular do Laos	197	136	307	40	94	56	50	77	69	35	–	96	94	0,98	52	50	0,96	5 <sup>o</sup>			
Letônia	18	13	26	98	15	67	61	85	77	–	–	–	–	–	–	–	–	11			
Líbano	15	10	22	–	–	62	46	83	61	6	–	92	86	0,94	65	65	1,00	21			
Lesoto	487	310	871	78	94	61	60	78	77	17	–	79	82	1,04	27	42	1,57	–			
Libéria	725	527	1.030	61	149	21	21	40	39	36	26 <sup>l</sup>	39	37	0,95	–	–	–	19 <sup>o</sup>			
Líbia	9	6	15	100	6	49	32	72	47	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Lituânia	10	7	14	100	14	63	54	83	70	–	–	–	–	–	–	–	–	9			
Luxemburgo	10	7	16	100	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6 <sup>o</sup>			
Madagascar	353	256	484	44	145	47	40	72	61	41	–	77	78	1,00	31	32	1,04	4			
Malawi	634	422	1.080	90	136	60	59	77	75	46	–	90	96	1,06	33	33	0,98	–			
Malásia	40	32	53	99	13	53	38	75	55	–	–	–	–	–	–	–	–	1			
Maldivas	68	45	108	96	14	44	37	65	55	4	–	97	96	0,98	45	51	1,14	56 <sup>m</sup>			
Mali	587	448	823	49	172	14	14	36	35	60	90	67	60	0,90	39	30	0,76	14			
Malta	9	6	15	100	13	81	63	94	73	–	–	–	–	–	–	–	–	10			
Martinica	–	–	–	–	20	62	57	81	75	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Mauritânia	602	399	984	65	71	17	16	35	33	34	66	73	77	1,05	24	22	0,92	–			
Maurício	53	38	77	100	29	66	39	86	51	–	–	96	98	1,02	79	80	1,01	–			
México	38	34	42	96	83	73	69	87	83	26	–	97	98	1,01	66	69	1,04	20			
Micronésia (Estados Federados da)	100	46	211	100	33	–	–	–	–	–	–	86	88	1,03	–	–	–	–			
Moldávia, República da	23	19	28	100	27	65	50	85	65	12	–	90	90	1,00	77	77	1,01	28			
Mongólia	44	35	55	99	27	59	52	81	72	5	–	96	95	0,99	85	88	1,03	1			
Montenegro	7	4	12	99	12	40	24	65	39	5	–	–	–	–	–	–	–	17			
Marrocos	121	93	142	74	32	68	61	87	78	13	–	99	99	1,00	59	53	0,90	–			

# Monitorando os objetivos da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde sexual e reprodutiva									Práticas nocivas		Educação e emprego						
	Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) <sup>a</sup> 2015	Intervalo de incerteza da RMM (UI 80%)		Partos atendidos por profissionais qualificados, porcentagem <sup>b</sup> 2006-2016	Taxa de fecundidade de adolescente por 1.000 meninas de 15 a 19 anos <sup>b</sup> 2006-2015	Taxa de prevalência de contraceptivo entre mulheres entre 15 e 49 anos		Proporção da demanda atendida, mulheres de 15 a 49 anos <sup>c</sup>		Casamento infantil, antes dos 18 anos, percentual 2008-2016	MGF, prevalência entre meninas, de 15 a 19 anos, porcentagem 2004-2015	Taxa líquida ajustada de matrícula, educação primária, porcentagem		Índice de paridade de gênero, educação primária 1999-2015	Taxa líquida de matrícula, ensino médio/secundário, porcentagem		Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário 2000-2015	Jovens que não estão estudando nem trabalhando, em porcentagem 2010-2016
		2015 Estimativas				2017 Qualquer método <sup>d</sup>	2017 Método moderno <sup>d</sup>	2017 Qualquer método <sup>d</sup>	2017 Método moderno <sup>d</sup>			1999-2015 meninos	1999-2015 meninas		2000-2015 meninos	2000-2015 meninas		
		Mais baixas	Mais altas															
Moçambique	489	360	686	54	167	21	20	43	42	48	-	90	85	0,95	18	18	1,00	10
Mianmar	178	121	284	60	22	53	52	77	76	-	-	88	87	0,99	48	49	1,02	19 <sup>o</sup>
Namíbia	265	172	423	88	82	59	58	78	78	7	-	89	92	1,03	45	57	1,27	31 <sup>o</sup>
Nepal	258	176	425	56	71	54	51	71	67	37	-	98	96	0,98	58	63	1,08	23 <sup>o</sup>
Holanda	7	5	9	-	5	71	69	90	87	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Nova Caledônia	-	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nova Zelândia	11	9	14	97	19	70	68	88	85	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Nicarágua	150	115	196	88	92	80	77	93	89	-	-	97	100	1,03	45	53	1,17	-
Niger	553	411	752	40	206	16	15	46	42	76	1	66	57	0,86	19	13	0,67	-
Nigéria	814	596	1.180	35	122	21	16	48	37	43	15	71	60	0,84	-	-	-	-
Noruega	5	4	6	99	5	78	73	93	87	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Omã	17	13	24	99	13	36	24	55	37	-	-	97	97	1,00	94	89	0,94	-
Paquistão	178	111	283	55	44	40	31	66	52	21	-	79	67	0,85	46	36	0,79	-
Palestina <sup>1</sup>	45	21	99	100	67	59	47	82	65	15	-	93	93	1,00	77	84	1,10	32
Panamá	94	77	121	94	91	60	57	79	74	26	-	97	96	0,99	75	81	1,07	33
Papua-Nova Guiné	215	98	457	53	-	37	31	60	50	-	-	90	84	0,92	-	-	-	-
Paraguai	132	107	163	96	63	75	67	91	81	17	-	89	89	1,00	67	66	1,00	13 <sup>m</sup>
Peru	68	54	80	90	65	74	54	89	65	19	-	95	96	1,01	77	79	1,03	22 <sup>m</sup>
Filipinas	114	87	175	73	57	56	41	76	56	15	-	95	99	1,04	62	74	1,19	23
Polónia	3	2	4	100	14	70	54	88	67	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Portugal	10	9	13	99	10	74	68	91	84	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Porto Rico	14	10	18	-	36	76	69	92	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Catar	13	9	19	100	13	47	41	73	64	4	-	-	-	-	-	-	-	9
Reunião	-	-	-	-	-	73	71	90	87	-	-	-	-	-	-	-	-	29
Romênia	31	22	44	99	39	68	57	88	73	-	-	92	91	0,99	86	86	1,00	18
Federação Russa	25	18	33	99	27	68	58	87	74	7	-	-	-	-	-	-	-	12
Ruanda	290	208	389	91	45	55	50	75	68	7	-	95	97	1,03	-	-	-	-
São Cristóvão e Nevis	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	80	83	1,04	81	85	1,04	-
Santa Lúcia	48	32	72	99	-	59	57	79	76	24	-	95	93	0,97	80	81	1,01	-
São Vicente e Granadinas	45	34	63	99	70	66	64	84	81	-	-	92	91	0,99	84	87	1,03	-
Samoa	51	24	115	83	39	28	27	39	38	11	-	97	98	1,02	75	84	1,12	41 <sup>o</sup>
San Marino	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Tomé e Príncipe	156	83	268	93	92	42	40	57	54	35	-	97	95	0,98	44	51	1,15	-
Arábia Saudita	12	7	20	98	7	30	26	53	46	-	-	98	95	0,97	82	79	0,95	16
Senegal	315	214	468	53	80	23	21	47	44	32	21	70	76	1,09	23	18	0,77	-
Sérvia	17	12	24	100	22	59	27	83	39	3	-	98	99	1,01	91	93	1,02	20
Seicheles	-	-	-	99	56	-	-	-	-	-	-	94	95	1,01	72	78	1,09	-
Serra Leoa	1.360	999	1.980	60	125	17	17	39	38	39	74	100	99	0,99	39	35	0,90	-
Cingapura	10	6	17	100	3	66	60	86	77	-	-	-	-	-	-	-	-	11
São Martinho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslováquia	6	4	7	99	21	72	62	89	77	-	-	-	-	-	-	-	-	14
Eslovênia	9	6	14	100	5	74	65	90	80	-	-	-	-	-	-	-	-	10

# Monitorando os objetivos da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde sexual e reprodutiva									Práticas nocivas		Educação e emprego											
	Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) <sup>a</sup> 2015	Intervalo de incerteza da RMM (UI 80%)		Partos atendidos por profissionais qualificados, porcentagem <sup>b</sup>	Taxa de fecundidade de adolescente por 1.000 meninas de 15 a 19 anos <sup>c</sup>	Taxa de prevalência de contraceptivo entre mulheres entre 15 e 49 anos		Proporção da demanda atendida, mulheres de 15 a 49 anos <sup>d</sup>		Casa-mento infantil, antes dos 18 anos, percentual	MGF, prevalência entre meninas, de 15 a 19 anos, porcentagem	Taxa líquida ajustada de matrícula, educação primária, porcentagem		Índice de paridade de gênero, educação primária	Taxa líquida de matrícula, ensino médio/secundário, porcentagem		Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário	Jovens que não estão estudando nem trabalhando, em porcentagem					
		2015	Estimativas Mais baixas			Estimativas Mais altas	2006-2016	2006-2015	2017			2017			2008-2016	2004-2015			1999-2015	2000-2015	2000-2015	2010-2016	
									Qualquer método <sup>e</sup>			Método moderno <sup>e</sup>	Qualquer método <sup>e</sup>		Método moderno <sup>e</sup>	meninos			meninas	meninos	meninas	meninos	meninas
Ilhas Salomão	114	75	175	86	62	38	33	64	57	-	-	82	79	0,97	42	42	0,99	-					
Somália	732	361	1.390	9	-	28	28	50	48	-	97	-	-	-	-	-	-	-					
África do Sul	138	124	154	94	46	66	66	85	85	-	-	83	94	1,13	59	69	1,16	31					
Sudão do Sul	789	523	1.150	19	158	7	6	18	16	52	-	47	34	0,71	-	-	-	-					
Espanha	5	4	6	-	8	68	64	85	81	-	-	-	-	-	-	-	-	16					
Sri Lanka	30	26	38	99	20	72	59	91	74	-	-	98	96	0,98	84	87	1,04	28					
Sudão	311	214	433	78	87	16	15	36	33	34	82	53	56	1,05	-	-	-	-					
Suriname	155	110	220	90	65	53	53	74	73	19	-	91	92	1,01	49	60	1,21	-					
Suazilândia	389	251	627	88	87	65	63	81	80	5	-	79	78	0,99	31	38	1,24	-					
Suécia	4	3	5	-	3	70	65	88	81	-	-	-	-	-	-	-	-	7					
Suíça	5	4	7	-	2	73	70	91	87	-	-	-	-	-	-	-	-	7					
Síria, República Árabe da	68	48	97	96	54	58	44	80	61	-	-	72	70	0,98	47	46	0,99	-					
Tadjiquistão	32	19	51	87	54	36	33	63	58	12	-	98	98	1,00	88	79	0,90	-					
Tanzânia, República Unida da	398	281	570	49	95	41	35	65	56	31	5	81	82	1,01	-	-	-	15 <sup>o</sup>					
Tailândia	20	14	32	100	60	78	77	93	91	22	-	93	92	0,99	77	82	1,06	14					
Antiga República Iugoslava da Macedônia	8	5	10	100	19	51	21	76	31	7	-	89	88	0,98	83	81	0,97	25					
Timor Leste, República Democrática do	215	150	300	29	51	31	28	55	50	19	-	96	99	1,03	48	56	1,16	-					
Togo	368	255	518	45	85	22	20	40	36	22	2	96	90	0,93	32	15	0,48	12 <sup>o</sup>					
Tonga	124	57	270	96	30	35	32	55	51	6	-	99	99	1,00	71	80	1,12	-					
Trinidad e Tobago	63	49	80	100	36	52	47	74	67	-	-	99	98	0,99	70	75	1,07	53					
Tunísia	62	42	92	74	6	66	57	88	76	2	-	99	98	0,99	-	-	-	-					
Turquia	16	12	21	97	29	74	50	92	61	15	-	94	93	0,99	88	85	0,97	24					
Turcomenistão	42	20	73	100	21	56	52	79	75	6	-	-	-	-	-	-	-	-					
Ilhas Turcos e Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
Tuvalu	-	-	-	93	42	-	-	-	-	-	-	95	98	1,03	62	78	1,26	-					
Uganda	343	247	493	57	140	37	33	55	49	40	1	92	95	1,03	24	22	0,95	6 <sup>m</sup>					
Ucrânia	24	19	32	99	27	67	55	87	71	9	-	96	98	1,02	88	89	1,01	18					
Emirados Árabes Unidos	6	3	11	-	34	50	42	73	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
Reino Unido	9	8	11	-	19	80	80	93	93	-	-	-	-	-	-	-	-	11					
Estados Unidos da América	14	12	16	99	27	74	70	91	86	-	-	-	-	-	-	-	-	17 <sup>m</sup>					
Ilhas Virgens Americanas	-	-	-	-	43	71	66	87	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
Uruguai	15	11	19	100	64	78	75	91	88	25	-	100	99	1,00	72	79	1,10	19					
Uzbequistão	36	20	65	100	30	70	66	89	85	-	-	93	91	0,97	-	-	-	-					
Vanuatu	78	36	169	89	78	-	-	-	-	21	-	98	97	0,99	51	53	1,04	-					
Venezuela (República Bolivariana da)	95	77	124	100	95	73	68	87	82	-	-	93	93	1,00	71	79	1,10	-					
Vietnã	54	41	74	94	36	77	65	92	78	11	-	-	-	-	-	-	-	11					
Saara Ocidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
Iêmen	385	274	582	45	67	40	34	61	51	32	16	92	78	0,85	50	33	0,67	-					
Zâmbia	224	162	306	63	145	53	49	74	68	31	-	88	90	1,02	-	-	-	13					
Zimbábue	443	363	563	78	110	67	67	87	86	32	-	86	87	1,02	44	44	1,01	-					

## Dados mundiais e regionais

	Saúde sexual e reprodutiva										Práticas nocivas		Educação e emprego					
	Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) <sup>a</sup> 2015	Intervalo de incerteza da RMM (UI 80%)		Partos atendidos por profissionais qualificados, porcentagem <sup>b</sup>	Taxa de fecundidade de adolescente por 1.000 meninas de 15 a 19 anos <sup>b</sup>	Taxa de prevalência de contraceptivo entre mulheres entre 15 e 49 anos		Proporção da demanda atendida, mulheres de 15 a 49 anos <sup>c</sup>		Casamento infantil, antes dos 18 anos, percentual	MGF, prevalência entre meninas, de 15 a 19 anos, porcentagem	Taxa líquida ajustada de matrícula, educação primária, porcentagem,		Índice de paridade de gênero, educação primária	Taxa líquida de matrícula, ensino médio/secundário, porcentagem		Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário	Jovens que não estão estudando nem trabalhando, em porcentagem
		2015	Estimativas Mais baixas			Estimativas Mais altas	2006-2016	2006-2015	2017 Qualquer método <sup>d</sup>			2017 Método moderno <sup>d</sup>	2017 Qualquer método <sup>d</sup>		2017 Método moderno <sup>d</sup>	2008-2016		
<b>Estados Árabes</b>	<b>162</b>	<b>138</b>	<b>212</b>	<b>79</b>	<b>52</b>	<b>53</b>	<b>47</b>	<b>77</b>	<b>68</b>	<b>19</b>	<b>55</b>	<b>86</b>	<b>83</b>	<b>0,96</b>	<b>64</b>	<b>58</b>	<b>0,92</b>	–
<b>Ásia e o Pacífico</b>	<b>127</b>	<b>114</b>	<b>151</b>	<b>82<sup>c</sup></b>	<b>28<sup>c</sup></b>	<b>67</b>	<b>63</b>	<b>87</b>	<b>82</b>	<b>26*</b>	–	<b>95*</b>	<b>95*</b>	<b>0,99*</b>	<b>65*</b>	<b>66*</b>	<b>1,02*</b>	–
<b>Leste Europeu e Ásia Central</b>	<b>25</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>98</b>	–	<b>66</b>	<b>49</b>	<b>87</b>	<b>65</b>	<b>11</b>	–	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>0,99</b>	<b>88</b>	<b>87</b>	<b>0,99</b>	<b>21</b>
<b>América Latina e o Caribe</b>	<b>68</b>	<b>64</b>	<b>77</b>	<b>94<sup>d</sup></b>	<b>64<sup>h</sup></b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>89</b>	<b>83</b>	<b>29</b>	–	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>1,00</b>	<b>74</b>	<b>78</b>	<b>1,06</b>	<b>22</b>
<b>África Oriental e Meridional</b>	<b>407</b>	<b>377</b>	<b>501</b>	<b>58</b>	<b>95</b>	<b>41</b>	<b>37</b>	<b>64</b>	<b>58</b>	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>87</b>	<b>85</b>	<b>0,98</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>0,93</b>	–
<b>África Ocidental e Central</b>	<b>679</b>	<b>599</b>	<b>849</b>	<b>46</b>	<b>115</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>47</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>24</b>	<b>77</b>	<b>68</b>	<b>0,89</b>	<b>38</b>	<b>31</b>	<b>0,83</b>	–
<b>Regiões mais desenvolvidas</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>92<sup>e</sup></b>	<b>16<sup>i</sup></b>	<b>69</b>	<b>63</b>	<b>88</b>	<b>80</b>	–	–	<b>97</b>	<b>97</b>	<b>1,00</b>	<b>91</b>	<b>93</b>	<b>1,01</b>	<b>11</b>
<b>Regiões menos desenvolvidas</b>	<b>238</b>	<b>228</b>	<b>274</b>	<b>75<sup>f</sup></b>	<b>48<sup>j</sup></b>	<b>62</b>	<b>57</b>	<b>84</b>	<b>78</b>	<b>28*</b>	–	<b>91*</b>	<b>90*</b>	<b>0,98*</b>	<b>62*</b>	<b>61*</b>	<b>0,99*</b>	–
<b>Países minimamente desenvolvidos</b>	<b>436</b>	<b>418</b>	<b>514</b>	<b>53<sup>g</sup></b>	<b>91<sup>k</sup></b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>65</b>	<b>58</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>85</b>	<b>80</b>	<b>0,95</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>0,90</b>	–
<b>Total Mundial</b>	<b>216</b>	<b>207</b>	<b>249</b>	<b>77</b>	<b>44</b>	<b>63</b>	<b>58</b>	<b>85</b>	<b>78</b>	<b>28*</b>	<b>33**</b>	<b>92*</b>	<b>90*</b>	<b>0,98*</b>	<b>65*</b>	<b>65*</b>	<b>1,00*</b>	–

## NOTAS

– Dados indisponíveis.

§ Mulheres atualmente casadas/em união estável.

a A RMM foi arredondada conforme o seguinte critério: <100, sem arredondamento; 100-999, arredondado para a próxima unidade; e >1000, arredondado para a próxima dezena.

b Inclui pesquisas realizadas entre 2006 e 2015.

c Exclui Ilhas Cook, Ilhas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu por causa da indisponibilidade de dados.

d Exclui Anguilla, Aruba, Bermuda, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Curaçau, Montserrat, São Martinho e Ilhas Turcos e Caicos por causa da indisponibilidade de dados.

e Exclui Andorra, Bélgica, Bermuda, Ilhas Faroé, Gibraltar, Grécia, Groelândia, Islândia, Liechtenstein, Holanda, Portugal, San Marino, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido por causa da indisponibilidade de dados.

f Exclui Samoa Americana, Anguilla, Aruba, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, China, R.A.E. de Hong Kong, R.A.E. de Macau, Ilhas Cook, Curaçau, Dominica, Guiana Francesa, Polinésia Francesa, Guadalupe, Guam, Israel, Martinica, Ilhas Marshall, Montserrat, Nauru, Nova Caledônia, Niue, Ilhas Marianas Setentrionais, Palau, Porto Rico, Reunião, São Martinho, Tokelau, Ilhas Turcos e Caicos, Tuvalu, Ilha Virgens Americanas, Ilhas Wallis e Futuna e Saara Ocidental por causa da indisponibilidade de dados.

g Exclui Tuvalu por causa da indisponibilidade de dados.

h Exclui Anguilla, Antígua e Barbuda, Bermuda, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Equador, Granada, Montserrat, São Martinho e São Cristóvão e Nevis por causa da indisponibilidade de dados.

i Exclui Andorra, Bermuda, Ilhas Faroé, Gibraltar, Groelândia, Liechtenstein e San Marino por causa da indisponibilidade de dados.

j Exclui Samoa Americana, Anguilla, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Ilhas Cook, Dominica, Ilhas Marshall, Montserrat, Nauru, Niue, Ilhas Marianas Setentrionais, Palau, São Cristóvão e Nevis, Tokelau, Ilhas Turcos e Caicos, Tuvalu, Ilhas Wallis e Futuna e Saara Ocidental por causa da indisponibilidade de dados.

k Exclui Tuvalu por causa da indisponibilidade de dados

l Porcentagem de meninas de 15 a 19 anos que são membros da sociedade Sande. A participação na sociedade Sande é um mandato para a mutilação genital feminina.

m Dados baseados em grupos etários que não sejam 15-24. Tais dados não estão incluídos no cálculo das médias regionais e globais.

n Dados baseados em cobertura geográfica limitada. Esses dados não estão incluídos no cálculo das médias regionais e globais

o Dados calculados usando metodologia revisada. Esses dados não estão incluídos no cálculo das médias regionais e globais.

\* Exclui a China.

\*\* A média global é baseada em países onde a mutilação genital feminina é relatada.

1 Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/19, que garantiu à Palestina o "status de Estado observador não-membro das Nações Unidas."

# Indicadores demográficos

País,  
território ou  
outra área

País, território ou outra área	População								
	População total em milhões	Taxa média anual de crescimento populacional	População de 0-14 anos (%)	População de 10 a 24 anos (%)	População de 15 a 64 (%)	População de 65+ (%)	Taxa de fecundidade total por mulher	Expectativa de vida ao nascer (em anos) 2017	
	2017	2010-2017	2017	2017	2017	2017	2017	Masculino	Feminino
Afeganistão	35,5	3,0	43	35	54	3	4,5	63	65
Albânia	2,9	-0,1	17	22	69	13	1,7	77	81
Argélia	41,3	1,9	29	23	65	6	2,7	75	78
Angola	29,8	3,5	47	32	51	2	5,6	59	65
Antígua e Barbuda	0,1	1,1	24	25	69	7	2,0	74	79
Argentina	44,3	1,0	25	24	64	11	2,3	73	80
Armênia	2,9	0,3	20	19	69	11	1,6	71	78
Aruba	0,1	0,5	18	21	69	13	1,8	73	78
Austrália <sup>1</sup>	24,5	1,4	19	19	65	16	1,8	81	85
Áustria	8,7	0,5	14	16	67	19	1,5	79	84
Azerbaijão <sup>2</sup>	9,8	1,2	23	22	71	6	2,1	69	75
Bahamas	0,4	1,3	20	22	71	9	1,8	73	79
Bahrein	1,5	2,6	20	19	78	2	2,0	76	78
Bangladesh	164,7	1,1	28	29	67	5	2,1	71	75
Barbados	0,3	0,3	19	19	66	15	1,8	74	78
Bielorrússia	9,5	0,0	17	15	68	15	1,7	68	78
Bélgica	11,4	0,6	17	17	64	19	1,8	79	84
Belize	0,4	2,2	31	31	65	4	2,5	68	74
Benin	11,2	2,8	43	32	54	3	4,9	60	63
Butão	0,8	1,5	27	28	69	5	2,0	70	71
Bolívia (Estado Plurinacional da)	11,1	1,5	32	29	62	7	2,8	67	72
Bósnia e Herzegovina	3,5	-0,9	14	18	69	17	1,4	75	80
Botsuana	2,3	1,8	31	28	65	4	2,7	65	70
Brasil	209,3	0,9	22	24	70	9	1,7	72	79
Brunei Darussalam	0,4	1,4	23	24	72	5	1,9	76	79
Bulgária	7,1	-0,6	14	14	65	21	1,6	71	78
Burkina Faso	19,2	3,0	45	33	52	2	5,3	60	61
Burundi	10,9	3,1	45	31	52	3	5,6	56	60
Camboja	16,0	1,6	31	29	64	4	2,5	67	71
Camarões, República de	24,1	2,7	43	32	54	3	4,6	57	60
Canadá	36,6	1,0	16	17	67	17	1,6	81	84
Cabo Verde	0,5	1,2	30	31	65	4	2,3	71	75
República Centro-Africana	4,7	0,7	43	34	53	4	4,8	51	55
Chade	14,9	3,2	47	34	50	2	5,8	52	54
Chile	18,1	0,9	20	22	69	11	1,8	77	82
China <sup>3</sup>	1.409,5	0,5	18	18	72	11	1,6	75	78
China, R.A.E. de Hong Kong <sup>4</sup>	7,4	0,7	11	14	72	16	1,3	81	87
China, R.A.E. de Macau <sup>5</sup>	0,6	2,1	13	14	77	10	1,3	81	87
Colômbia	49,1	0,9	23	25	69	8	1,8	71	78
Comores	0,8	2,4	40	31	57	3	4,3	62	66
Congo, República Democrática do	81,3	3,3	46	32	51	3	6,0	59	62
Congo, República do	5,3	2,6	42	30	54	3	4,6	63	67
Costa Rica	4,9	1,1	22	23	69	9	1,8	78	82
Costa do Marfim	24,3	2,5	42	33	55	3	4,8	53	56
Croácia	4,2	-0,5	15	16	66	20	1,5	75	81

País, território ou outra área	População								
	População total em milhões	Taxa média anual de crescimento populacional	População de 0-14 anos (%)	População de 10 a 24 anos (%)	População de 15 a 64 (%)	População de 65+ (%)	Taxa de fecundidade total por mulher	Expectativa de vida ao nascer (em anos) 2017	
	2017	2010-2017	2017	2017	2017	2017	2017	Masculino	Feminino
Cuba	11,5	0,2	16	17	69	15	1,7	78	82
Curaçau	0,2	1,2	19	19	65	16	2,0	75	81
Chipre <sup>6</sup>	1,2	0,8	17	20	70	13	1,3	79	83
República Tcheca	10,6	0,1	15	14	66	19	1,6	76	82
Dinamarca	5,7	0,5	16	19	64	20	1,8	79	83
Djibuti	1,0	1,7	31	30	65	4	2,8	61	64
Dominica	0,1	0,5	–	–	–	–	–	–	–
República Dominicana	10,8	1,2	29	28	64	7	2,4	71	77
Equador	16,6	1,5	28	27	64	7	2,5	74	79
Egito	97,6	2,1	33	26	61	5	3,2	69	74
El Salvador	6,4	0,5	27	29	64	8	2,1	69	78
Guiné Equatorial	1,3	4,1	37	29	60	3	4,6	57	59
Eritreia	5,1	2,1	42	32	55	4	4,1	63	68
Estônia	1,3	-0,2	16	15	64	19	1,6	73	82
Etiópia	105,0	2,6	41	34	56	4	4,1	64	68
Fiji	0,9	0,7	28	26	65	6	2,5	68	74
Finlândia <sup>7</sup>	5,5	0,4	16	17	62	21	1,8	79	84
França	65,0	0,4	18	18	62	20	2,0	80	86
Guiana Francesa	0,3	2,7	33	28	62	5	3,3	77	83
Polinésia Francesa	0,3	0,8	23	24	69	8	2,0	75	79
Gabão	2,0	3,0	36	28	60	4	3,7	65	68
Gâmbia	2,1	3,1	45	33	52	2	5,4	60	63
Geórgia <sup>8</sup>	3,9	-1,1	19	18	66	15	2,0	69	78
Alemanha	82,1	0,2	13	15	65	21	1,5	79	83
Gana	28,8	2,3	39	31	58	3	3,9	62	64
Grécia	11,2	-0,4	14	15	65	20	1,3	79	84
Granada	0,1	0,4	26	26	66	7	2,1	71	76
Guadalupe <sup>9</sup>	0,4	0,0	19	21	64	17	1,9	78	85
Guam	0,2	0,4	25	25	66	10	2,3	77	82
Guatemala	16,9	2,1	35	33	60	5	2,9	70	77
Guiné	12,7	2,3	42	32	55	3	4,8	60	61
Guiné-Bissau	1,9	2,6	41	32	56	3	4,6	56	60
Guiana	0,8	0,6	29	31	66	5	2,5	64	69
Haiti	11,0	1,3	33	31	62	5	2,9	61	66
Honduras	9,3	1,8	32	32	64	5	2,4	71	76
Hungria	9,7	-0,3	14	16	67	19	1,4	72	79
Islândia	0,3	0,6	20	20	65	14	1,9	81	84
Índia	1.339,2	1,2	28	28	66	6	2,3	67	70
Indonésia	264,0	1,2	27	26	67	5	2,3	67	72
Irã (República Islâmica do)	81,2	1,2	24	21	71	5	1,6	75	77
Iraque	38,3	3,1	40	31	56	3	4,3	68	72
Irlanda	4,8	0,4	22	18	64	14	2,0	80	84
Israel	8,3	1,6	28	23	60	12	2,9	81	84
Itália	59,4	-0,1	14	14	63	23	1,5	81	85
Jamaica	2,9	0,4	23	26	68	10	2,0	74	79

## Indicadores demográficos

País, território ou outra área	População								
	População total em milhões	Taxa média anual de crescimento populacional	População de 0-14 anos (%)	População de 10 a 24 anos (%)	População de 15 a 64 (%)	População de 65+ (%)	Taxa de fecundidade total por mulher	Expectativa de vida ao nascer (em anos) 2017	
	2017	2010-2017	2017	2017	2017	2017	2017	Masculino	Feminino
Japão	127,5	-0,1	13	14	60	27	1,5	81	87
Jordânia	9,7	4,3	36	30	61	4	3,3	73	76
Cazaquistão	18,2	1,5	28	20	65	7	2,6	65	75
Quênia	49,7	2,6	40	33	57	3	3,8	65	70
Kiribati	0,1	1,8	35	29	61	4	3,6	63	70
Coreia, República Popular Democrática da	25,5	0,5	21	23	70	9	1,9	68	75
Coreia, República da	51,0	0,4	13	17	73	14	1,3	79	85
Kuwait	4,1	4,6	21	18	77	2	2,0	74	76
Quirguistão	6,0	1,6	32	25	64	4	3,0	67	75
República Democrática Popular do Laos	6,9	1,3	33	31	63	4	2,6	65	69
Letônia	1,9	-1,2	15	15	65	20	1,6	70	79
Libano	6,1	4,8	23	26	68	9	1,7	78	82
Lesoto	2,2	1,3	35	33	60	5	3,0	52	57
Libéria	4,7	2,6	42	32	55	3	4,5	62	64
Líbia	6,4	0,5	28	26	67	4	2,2	69	75
Lituânia	2,9	-1,1	15	17	66	19	1,7	69	80
Luxemburgo	0,6	2,0	16	18	69	14	1,6	80	84
Madagascar	25,6	2,7	41	33	56	3	4,1	65	68
Malawi	18,6	2,9	44	34	53	3	4,5	61	66
Malásia <sup>10</sup>	31,6	1,7	24	27	69	6	2,0	73	78
Maldivas	0,4	2,6	23	23	72	4	2,1	77	79
Mali	18,5	3,0	48	33	50	3	6,0	58	59
Malta	0,4	0,5	14	16	66	19	1,5	79	83
Martinica	0,4	-0,4	18	18	63	19	1,9	79	85
Mauritânia	4,4	2,9	40	31	57	3	4,6	62	65
Maurício <sup>11</sup>	1,3	0,2	18	23	71	11	1,4	71	78
México	129,2	1,4	27	27	66	7	2,2	75	80
Micronésia (Estados Federados da)	0,1	0,3	33	35	62	5	3,1	68	71
Moldávia, República da <sup>12</sup>	4,1	-0,1	16	18	73	11	1,2	67	76
Mongólia	3,1	1,8	30	23	66	4	2,7	65	74
Montenegro	0,6	0,1	18	19	67	15	1,7	75	80
Marrocos	35,7	1,4	27	25	66	7	2,5	75	77
Moçambique	29,7	2,9	45	33	52	3	5,2	57	61
Mianmar	53,4	0,9	27	28	67	6	2,2	64	69
Namíbia	2,5	2,2	37	32	60	4	3,4	62	68
Nepal	29,3	1,2	31	32	63	6	2,1	69	72
Holanda	17,0	0,3	16	18	65	19	1,7	80	84
Nova Caledônia	0,3	1,4	23	23	68	10	2,2	75	80
Nova Zelândia	4,7	1,1	20	20	65	15	2,0	80	84
Nicarágua	6,2	1,1	29	29	66	5	2,2	73	79
Niger	21,5	3,8	50	32	47	3	7,2	59	61
Nigéria	190,9	2,6	44	31	53	3	5,5	53	55
Noruega <sup>13</sup>	5,3	1,2	18	19	65	17	1,8	80	84
Omã	4,6	6,0	22	20	76	2	2,6	76	80

País, território ou outra área	População								
	População total em milhões	Taxa média anual de crescimento populacional	População de 0-14 anos (%)	População de 10 a 24 anos (%)	População de 15 a 64 (%)	População de 65+ (%)	Taxa de fecundidade total por mulher	Expectativa de vida ao nascer (em anos) 2017	
	2017	2010-2017	2017	2017	2017	2017	2017	Masculino	Feminino
Paquistão	197,0	2,1	35	30	61	4	3,4	66	68
Palestina <sup>14</sup>	4,9	2,7	40	33	57	3	3,9	72	76
Panamá	4,1	1,7	27	25	65	8	2,5	75	81
Papua-Nova Guiné	8,3	2,1	36	31	60	4	3,6	63	68
Paraguai	6,8	1,3	29	29	64	6	2,5	71	75
Peru	32,2	1,3	27	26	65	7	2,4	73	78
Filipinas	104,9	1,6	32	29	63	5	2,9	66	73
Polónia	38,2	-0,1	15	16	68	17	1,3	74	82
Portugal	10,3	-0,4	14	15	65	22	1,2	78	84
Porto Rico	3,7	-0,2	18	21	67	15	1,5	76	84
Catar	2,6	5,6	14	19	85	1	1,9	78	80
Reunião	0,9	0,8	24	23	65	11	2,3	77	84
Romênia	19,7	-0,5	15	16	67	18	1,5	72	79
Federação Russa	144,0	0,1	18	15	68	14	1,8	66	77
Ruanda	12,2	2,5	40	31	57	3	3,8	65	70
São Cristóvão e Nevis	0,1	1,0	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	0,2	0,5	19	24	71	10	1,4	73	78
São Vicente e Granadinas	0,1	0,1	24	25	68	8	1,9	71	76
Samoa	0,2	0,8	37	31	58	6	3,9	72	78
San Marino	0,0	1,0	-	-	-	-	-	-	-
São Tomé e Príncipe	0,2	2,2	43	33	54	3	4,4	65	69
Arábia Saudita	32,9	2,6	25	22	72	3	2,5	73	76
Senegal	15,9	2,9	43	32	54	3	4,7	65	69
Sérvia <sup>15</sup>	8,8	-0,4	16	18	66	17	1,6	73	78
Seicheles	0,1	0,5	22	19	69	9	2,3	70	79
Serra Leoa	7,6	2,2	42	33	55	3	4,4	52	53
Cingapura	5,7	1,7	15	18	72	13	1,3	81	85
São Martinho	0,0	2,7	-	-	-	-	-	-	-
Eslováquia	5,4	0,1	15	16	70	15	1,5	73	80
Eslovênia	2,1	0,2	15	14	66	19	1,6	78	84
Ilhas Salomão	0,6	2,1	39	32	58	4	3,8	70	73
Somália	14,7	2,9	46	33	51	3	6,2	55	58
África do Sul	56,7	1,4	29	27	66	5	2,4	60	67
Sudão do Sul	12,6	3,2	42	33	55	3	4,8	56	58
Espanha <sup>16</sup>	46,4	-0,1	15	14	66	19	1,4	81	86
Sri Lanka	20,9	0,5	24	23	66	10	2,0	72	79
Sudão	40,5	2,3	41	33	56	4	4,5	63	66
Suriname	0,6	1,0	26	26	67	7	2,3	68	75
Suazilândia	1,4	1,8	37	33	60	3	3,0	55	61
Suécia	9,9	0,8	18	17	62	20	1,9	81	84
Suíça	8,5	1,1	15	16	67	18	1,5	82	85
República Árabe da Síria	18,3	-2,0	37	34	59	4	2,9	65	77
Tadjiquistão	8,9	2,2	35	29	61	3	3,3	68	74
Tanzânia, República Unida da <sup>17</sup>	57,3	3,1	45	32	52	3	5,0	65	68
Tailândia	69,0	0,4	17	20	71	11	1,5	72	79

## Indicadores demográficos

País, território ou outra área	População								
	População total em milhões	Taxa média anual de crescimento populacional	População de 0-14 anos (%)	População de 10 a 24 anos (%)	População de 15 a 64 (%)	População de 65+ (%)	Taxa de fecundidade total por mulher	Expectativa de vida ao nascer (em anos) 2017	
	2017	2010-2017	2017	2017	2017	2017	2017	Masculino	Feminino
Antiga República Iugoslava da Macedônia	2,1	0,1	17	19	70	13	1,5	74	78
Timor Leste, República Democrática do	1,3	2,2	44	34	53	4	5,4	67	71
Togo	7,8	2,6	42	32	56	3	4,4	60	61
Tonga	0,1	0,5	36	32	58	6	3,6	70	76
Trinidad e Tobago	1,4	0,4	21	20	69	10	1,7	67	74
Tunísia	11,5	1,2	24	22	68	8	2,2	74	78
Turquia	80,7	1,6	25	25	67	8	2,0	73	79
Turcomenistão	5,8	1,8	31	26	65	4	2,8	65	71
Ilhas Turcos e Caicos	0,0	1,9	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	0,0	0,9	–	–	–	–	–	–	–
Uganda	42,9	3,3	48	34	50	2	5,5	58	62
Ucrânia	44,2	-0,5	15	15	68	16	1,6	67	77
Emirados Árabes Unidos	9,4	1,8	14	15	85	1	1,7	77	79
Reino Unido	66,2	0,6	18	17	64	19	1,9	80	83
Estados Unidos da América	324,5	0,7	19	20	66	15	1,9	77	82
Ilhas Virgens Americanas	0,1	-0,2	20	20	61	19	2,2	78	82
Uruguai	3,5	0,3	21	22	64	15	2,0	74	81
Uzbequistão	31,9	1,6	28	26	68	4	2,3	69	74
Vanuatu	0,3	2,2	36	29	60	4	3,2	70	75
Venezuela (República Bolivariana da)	32,0	1,4	28	26	66	7	2,3	71	79
Vietnã	95,5	1,1	23	23	70	7	2,0	72	81
Saara Ocidental	0,6	2,0	28	26	69	3	2,4	68	72
Iémen	28,3	2,6	40	33	57	3	3,9	64	67
Zâmbia	17,1	3,0	45	34	53	2	4,9	60	65
Zimbábue	16,5	2,3	41	32	56	3	3,7	60	64

## Dados mundiais e regionais

	Population								
	População total em milhões	Taxa média anual de crescimento populacional	População de 0-14 anos (%)	População de 10 a 24 anos (%)	População de 15 a 64 (%)	População de 65+ (%)	Taxa de fecundidade total por mulher	Expectativa de vida ao nascer (em anos) 2017	
	2017	2010-2017	2017	2017	2017	2017	2017	Masculino	Feminino
<b>Estados Árabes</b>	<b>359</b>	<b>2,1</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>61</b>	<b>5</b>	<b>3,4</b>	<b>68</b>	<b>72</b>
<b>Ásia e o Pacífico</b>	<b>3.960</b>	<b>1,0</b>	<b>24<sup>a</sup></b>	<b>24<sup>a</sup></b>	<b>68<sup>a</sup></b>	<b>8<sup>a</sup></b>	<b>2,1<sup>a</sup></b>	<b>70<sup>a</sup></b>	<b>73<sup>a</sup></b>
<b>Leste Europeu e Ásia Central</b>	<b>243</b>	<b>0,9</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>67</b>	<b>10</b>	<b>2,1</b>	<b>70</b>	<b>77</b>
<b>América Latina e o Caribe</b>	<b>641</b>	<b>1,1</b>	<b>25<sup>b</sup></b>	<b>26<sup>b</sup></b>	<b>67<sup>b</sup></b>	<b>8<sup>b</sup></b>	<b>2,0<sup>b</sup></b>	<b>72<sup>b</sup></b>	<b>79<sup>b</sup></b>
<b>África Oriental e Meridional</b>	<b>581</b>	<b>2,7</b>	<b>42</b>	<b>32</b>	<b>55</b>	<b>3</b>	<b>4,5</b>	<b>61</b>	<b>65</b>
<b>África Ocidental e Central</b>	<b>424</b>	<b>2,7</b>	<b>44</b>	<b>32</b>	<b>53</b>	<b>3</b>	<b>5,2</b>	<b>56</b>	<b>58</b>
<b>Regiões mais desenvolvidas</b>	<b>1.260</b>	<b>0,3</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>65</b>	<b>18</b>	<b>1,7</b>	<b>76</b>	<b>82</b>
<b>Regiões menos desenvolvidas</b>	<b>6.290</b>	<b>1,4</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>65</b>	<b>7</b>	<b>2,6</b>	<b>68</b>	<b>72</b>
<b>Países minimamente desenvolvidos</b>	<b>1.002</b>	<b>2,4</b>	<b>40</b>	<b>32</b>	<b>57</b>	<b>4</b>	<b>4,0</b>	<b>63</b>	<b>66</b>
<b>Mundo</b>	<b>7.550</b>	<b>1,2</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>65</b>	<b>9</b>	<b>2,5</b>	<b>70</b>	<b>74</b>

## NOTAS

- Dados indisponíveis.
- § Por causa do arredondamento, as razões de dependência podem ser diferentes dos números calculados com base no percentual da população com 0 a 14 anos, com 15 a 64 anos e com 65 anos ou mais.
- a Exclui as Ilhas Cook, as Ilhas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu por indisponibilidade de dados.
- b Exclui Anguilla, Bermuda, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Dominica, Montserrat, São Cristóvão e Nevis, São Martinho e Ilhas Turcos e Caicos por causa da indisponibilidade de dados.
- 1 Inclui a Ilha Christmas, as Ilhas Cocos (Keeling) e a Ilha Norfolk.
- 2 Inclui Nagorno-Karabakh.
- 3 Para fins estatísticos, os dados para a China não incluem as Regiões Administrativas Especiais de Hong Kong e Macau, nem a Província Chinesa de Taiwan.
- 4 Em 1º de julho de 1997, Hong Kong se tornou uma Região Administrativa Especial (R.A.E.) da China.
- 5 Em 20 de dezembro de 1999, Macau se tornou uma Região Administrativa Especial (R.A.E.) da China.
- 6 Refere-se ao país todo.
- 7 Inclui as Ilhas Åland.
- 8 Inclui a Abkhazia e Ossétia do Sul.
- 9 Inclui São Bartolomeu e São Martinho (parte francesa).
- 10 Inclui Sabah e Sarawak.
- 11 Inclui Agalega, Rodrigues e São Brandão.
- 12 Inclui a Transnistria.
- 13 Inclui as Ilhas Svalbard e Jan Mayen.
- 14 Inclui Jerusalém Oriental. Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/19, que conferiu à Palestina "status de Estado observador não-membro das Nações Unidas..."
- 15 Inclui Kosovo.
- 16 Inclui as Ilhas Canárias, Ceuta e Melilla.
- 17 Inclui Zanzibar.
- 18 Inclui Crimeia.

## Notas técnicas para os indicadores Fontes de dados e definições

As tabelas estatísticas em *Situação da População Mundial 2017* incluem indicadores que acompanham o progresso em direção às metas do Quadro de Ações para o acompanhamento do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) além de 2014, e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nas áreas de saúde materna, acesso à educação, saúde sexual e reprodutiva. Além disso, essas tabelas incluem uma variedade de indicadores. As tabelas estatísticas apoiam o foco do UNFPA em progresso e em avançar em direção a um mundo em que todas as gestações sejam desejadas, todos os partos sejam seguros e que cada jovem alcance seu potencial.

Diferentes autoridades nacionais e organizações internacionais podem empregar diferentes metodologias na coleta, extrapolação ou análise de dados. Para facilitar a comparabilidade internacional dos dados, o UNFPA conta com as metodologias padrão empregadas pelas principais fontes de dados. Em alguns casos, portanto, os dados nessas tabelas diferem daqueles gerados pelas autoridades nacionais. Os dados apresentados nas tabelas não são comparáveis com os dados anteriores de a Situação da População Mundial devido a atualizações de classificações regionais, atualizações metodológicas e revisões de dados da série temporal.

As tabelas estatísticas se baseiam em pesquisas domiciliares representativas em nível nacional, como Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) e Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (*Multiple Indicator Cluster Surveys* - MICS), estimativas de organizações das Nações Unidas e estimativas interagenciais. Elas também incluem as mais recentes estimativas de população e projeções do *World Population Prospects*: A revisão de 2017 e estimativas e projeções baseadas em modelos de Indicadores de Planejamento Familiar 2017 (Departamento dos Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População). Os dados são acompanhados de definições, fontes e notas. As tabelas estatísticas em *Situação da População Mundial 2017* geralmente refletem informações disponíveis em junho de 2017.

### Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

#### Saúde maternal e neonatal

**Razão de Mortalidade Materna (RMM), mortes por 100.000 nascidos vivos e intervalo de incerteza da RMM (UI 80%), estimativas mais baixas e mais altas 2015.** Fonte: Grupo Interagencial das Nações Unidas para Estimativa da Mortalidade Materna (MMEIG). Este indicador apresenta o número de mortes de mulheres por causas relacionadas à gravidez por 100.000 nascidos vivos. As estimativas são produzidas pelo Grupo Interagencial das Nações Unidas para Estimativa da Mortalidade Materna (MMEIG), usando dados de sistemas de registro vital, pesquisas domiciliares e censo populacionais. O UNFPA, a OMS, o Banco Mundial, o UNICEF e a Divisão de População das Nações Unidas são membros do MMEIG. O MMEIG e outras agências e instituições acadêmicas revisam regularmente as estimativas e metodologias, revendo os pontos necessários, como parte do processo contínuo de melhoria dos dados sobre mortalidade materna. As estimativas não devem ser comparadas a estimativas interagenciais anteriores.

**Partos assistidos por profissional de saúde qualificado, percentual, 2006/2016.** Fonte: Banco de dados globais conjuntos sobre assistência

qualificada ao parto, 2017, Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e Organização Mundial de Saúde (OMS). Agregados regionais calculados pelo UNFPA baseados em dados do banco de dados globais conjunto. O percentual de nascimentos assistidos por profissionais de saúde qualificados (médicos, enfermeiros ou parteiras) é o percentual de partos assistidos por pessoal de saúde treinado em cuidados obstétricos que salvam vidas, inclusive a necessária supervisão, atenção e assessoria às mulheres durante a gravidez, o parto e o período pós-parto; que realizam partos por conta própria; e que cuidam dos recém-nascidos. Não inclui parteiras tradicionais, mesmo que tenham recebido treinamento.

**Taxa de fecundidade de adolescente, por 1.000 mulheres de 15 a 19 anos, 2006/2015.** Fonte: Divisão de População das Nações Unidas e UNFPA. A taxa de fecundidade de adolescentes representa o risco de ter filhos entre as adolescentes de 15 a 19 anos. Para registro civil, as taxas são sujeitas a limitações que dependem do preenchimento da certidão de nascimento, do tratamento de crianças nascidas vivas que morrem antes de serem registradas ou nas primeiras 24 horas de vida, da quantidade de informação prestada sobre a idade da mãe, além da inclusão de partos em períodos anteriores. As estimativas de população podem sofrer limitações relacionadas às declarações incorretas de idade e cobertura. No caso dos dados de pesquisa e censo, tanto o numerador quanto o denominador vêm da mesma população. As principais limitações dizem respeito às declarações incorretas de idade, omissões de nascimento, declaração incorreta da data de nascimento da criança e variabilidade da amostra, no caso de pesquisas.

#### Saúde sexual e reprodutiva

A Divisão de População das Nações Unidas produz um conjunto sistemático e abrangente de estimativas e projeções anuais, baseadas em modelo, para uma gama de indicadores de planejamento reprodutivo para um período de 60 anos. Os indicadores incluem a prevalência de métodos contraceptivos, a necessidade não atendida de planejamento reprodutivo, a demanda total por planejamento reprodutivo, e o percentual de demanda por planejamento reprodutivo atendido entre mulheres casadas ou em união estável no período de 1970 a 2030. Um modelo hierárquico bayesiano, combinado com tendências temporais específicas do país, foi usado para gerar as estimativas, projeções e avaliações de incerteza. O modelo avança o trabalho anterior e considera as diferenças por fonte de dados, população da amostra e métodos contraceptivos incluídos nas medições de prevalência. Para mais informações sobre as estimativas de planejamento reprodutivo baseadas em modelo, a metodologia e as atualizações, consulte <<http://www.un.org/en/development/desa/population>>. As estimativas se baseiam em dados específicos de país compilados em *World Contraceptive Use 2017*.

**Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos atualmente casadas/em união, qualquer método e qualquer método moderno, 2017.** Fonte: Divisão de População das Nações Unidas.

As estimativas com base em modelo empregam dados derivados de relatórios de pesquisas por amostragem. Os dados da pesquisa estimam a parcela de mulheres casadas (inclusive em união estável) que atualmente usam, respectivamente, qualquer método ou métodos contraceptivos modernos. Os métodos modernos ou clínicos e de fornecimento incluem a esterilização masculina e feminina, dispositivos intrauterinos, pílula, anticoncepcionais injetáveis, implantes hormonais, preservativos e métodos femininos de barreira.

**Proporção da demanda atendida, qualquer método e qualquer método moderno, mulheres de 15 a 49 anos casadas / em união estável, 2017.**

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Percentual da demanda total por planejamento reprodutivo entre mulheres de 15 a 49 anos, casadas ou em união, que é atendida e o percentual da demanda total por planejamento reprodutivo entre mulheres de 15 a 49 anos, casadas ou em união, que é atendida com o uso de métodos contraceptivos modernos.

Proporção da demanda atendida com qualquer método (PDA) = Taxa de prevalência de contraceptivo para qualquer método (TPC) dividida pela demanda total por planejamento reprodutivo (DT).

Proporção da demanda atendida com métodos modernos (mPDA) = Taxa de prevalência de contraceptivo para métodos modernos (mTPC) dividida pela demanda total por planejamento reprodutivo (DT).

Onde a demanda total = Taxa de prevalência de contraceptivo mais a taxa necessidade de contraceptivo (TNC) não atendida que é:

$$DT = TPC + TNC.$$

### Práticas nocivas

**Casamento infantil, antes dos 18 anos, percentual 2008/2016.** Fonte: UNFPA. Proporção de mulheres de 20 a 24 anos que casaram ou entraram em uma união antes dos 18 anos.

**Mutilação Genital Feminina (MGF), prevalência entre meninas de 15 a 19 anos, percentual, 2004/2015.** Fonte: UNFPA. Proporção de meninas de 15 a 19 anos que sofreram mutilação genital feminina.

### Educação

**Taxa líquida de matrícula ajustada para homens e mulheres, percentual, 1999/2015.** Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). A taxa de matrícula líquida no ensino primário ajustada indica o percentual de crianças do grupo oficial de idade primária matriculadas no ensino primário ou secundário/médio.

**Taxa líquida de matrícula ajustada para homens e mulheres, ensino médio/secundário, percentual, 2000/2015.** Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). A taxa de matrícula líquida no ensino médio/secundário ajustada indica o percentual de crianças do grupo oficial de idade secundária matriculadas no ensino médio/secundário.

**Índice de paridade de gênero, ensino primário, 1999/2015.** Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). O índice de paridade de gênero (IPG) se refere à proporção de mulheres em relação aos homens na taxa de matrícula líquida no ensino primário ajustada.

**Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário, 2000/2015.** Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). O índice de paridade de gênero se refere à razão de mulheres em relação aos homens na taxa de matrícula líquida no ensino médio/secundário ajustada.

**Jovens que não estão estudando nem trabalhando, em porcentagem, 2010/2016.** Fonte: Organização Internacional do Trabalho. Percentual de jovens não empregados e não envolvidos no sistema educacional ou em treinamentos. Juventude é definida como a faixa etária de 15 a 24 anos, salvo indicação contrária.

### Indicadores demográficos

**População total, em milhões, 2017.** Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA baseados em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam o tamanho estimado da população nacional no meio do ano.

**Taxa média anual de crescimento populacional, percentual, 2010/2015.** Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA baseados em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses números se referem à taxa exponencial média de crescimento da população em um determinado período, com base em uma projeção variante média.

**População de 0 a 14 anos, percentual, 2017.** Fonte: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam a proporção da população com idade entre 0 e 14 anos.

**População de 10 a 24 anos, percentual, 2017.** Fonte: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam a proporção da população com idade entre 10 e 24 anos.

**População de 15 a 64 anos, percentual, 2017.** Fonte: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam a proporção da população com idade entre 15 e 64 anos.

**População de 65 anos ou mais, percentual, 2017.** Fonte: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam a proporção da população com idade de 65 anos ou mais.

**Taxa de fecundidade total, por mulher, 2017.** Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA baseados em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam o número de crianças que poderiam ter nascido, por mulher, se ela vivesse até o final de sua idade fértil e tivesse filhos em cada idade, segundo as taxas específicas de fecundidade prevalentes em cada grupo etário.

**Expectativa de vida de homens e mulheres ao nascer (em anos), 2017.** Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA baseados em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam o número de anos que uma criança recém-nascida viveria se sujeita aos riscos de mortalidade.

## Classificação regional

As médias do UNFPA apresentadas no final das tabelas estatísticas são calculadas utilizando dados de países e áreas classificadas conforme a seguir. As classificações regionais incluem apenas os países onde o UNFPA atua

### Região dos Estados Árabes

Argélia; Djibuti; Egito; Iêmen; Iraque; Jordânia; Líbano; Líbia; Marrocos; Omã; Palestina; República Árabe da Síria; Somália; Sudão; Tunísia.

### Região da Ásia e o Pacífico

Afeganistão; Bangladesh; Butão; Camboja; China; Estados Federados da Micronésia; Fiji; Filipinas; Ilhas Cook; Ilhas Marshall; Ilhas Salomão; Índia; Indonésia; Malásia; Maldivas; Mianmar; Mongólia; Nauru; Nepal; Niue; Paquistão; Palau; Papua Nova Guiné; Kiribati; República Democrática de Tokelau; República Democrática Popular da Coreia; República Democrática Popular do Laos; República Islâmica do Irã; Samoa; Sri Lanka; Tailândia; Timor Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Vietnã.

### Região da Leste Europeu e Ásia Central

Albânia; Antiga República Iugoslava da Macedônia; Armênia; Azerbaijão; Bielorrússia; Bósnia e Herzegovina; Cazaquistão; Geórgia; Quirguistão; República da Moldávia; Sérvia; Tadjiquistão; Turquia; Turcomenistão; Ucrânia.

### Região da África Oriental e Meridional

África do Sul; Angola; Botsuana; Burundi; Comores; Eritreia; Etiópia; Lesoto; Madagascar; Malawi; Maurício; Moçambique; Namíbia; Quênia; República Democrática do Congo; República Unida da Tanzânia; Ruanda; Seicheles; Suazilândia; Sudão do Sul; Uganda; Zâmbia; Zimbábue.

### Região da América Latina e Caribe

Anguilla; Antígua e Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bermuda; Brasil; Chile; Colômbia; Costa Rica; Cuba; Curaçau; Dominica; El Salvador; Equador; Estado Plurinacional da Bolívia; Granada; Guatemala; Guiana; Haiti; Honduras; Jamaica; Ilhas Cayman; Ilhas Turcos e Caicos; Ilhas Virgens Britânicas; México; Montserrat; Nicarágua; Panamá; Paraguai; Peru; República Bolivariana da Venezuela; República Dominicana; Santa Lúcia; São Cristóvão e Nevis; São Martinho; São Vicente e Granadinas; Suriname; Trinidad e Tobago; Uruguai.

### Região da África Ocidental e Central

Benin; Burkina Faso; Cabo Verde; Chade; Gabão; Gâmbia; Gana; Guiné; Guiné-Bissau; Guiné Equatorial; Libéria; Mali; Mauritânia; Níger; Nigéria; República Centro-Africana; República da Costa do Marfim; República de Camarões; República do Congo; São Tomé e Príncipe; Senegal; Serra Leoa; Togo.

**As regiões mais desenvolvidas** compreendem a Europa, América do Norte, Austrália, Nova Zelândia e Japão.

**As menos desenvolvidas** compreendem todas as regiões da África; Ásia (exceto o Japão), América Latina e Caribe, além da Melanésia, Micronésia e Polinésia.

**Os países de menor desenvolvimento**, como definido pela Assembleia Geral das Nações Unidas em suas resoluções (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 e 68/18), incluem 47 países desde junho de 2017: 33 na África, nove na Ásia, quatro na Oceania e um na América Latina e o Caribe - Afeganistão, Angola, Bangladesh, Benin, Burkina Faso, Burundi, Butão, Camboja, República Centro-Africana, Chade, Comores, Djibuti, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Haiti, Iêmen, Ilhas Salomão, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Mianmar, Nepal, Níger, Kiribati, República Democrática do Congo, República Popular do Laos, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Timor Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, Vanuatu e Zâmbia. Esses países também estão nas regiões menos desenvolvidas.

## Referências

- Accenture. (2016). Getting to equal: how digital is helping close the gender gap at work. Disponível em [https://www.accenture.com/t00010101T000000\\_\\_w\\_/ar-es/\\_acnmedia/PDF-9/Accenture-Getting-To-Equal.pdf](https://www.accenture.com/t00010101T000000__w_/ar-es/_acnmedia/PDF-9/Accenture-Getting-To-Equal.pdf).
- Ahmed, S. Amer, Marcio Cruz, Delfin S. Go, Maryla Maliszewska, e Israel Osorio-Rodarte (2016). How significant is sub-Saharan Africa's demographic dividend for its future growth and poverty reduction? *Review of Development Economics*, maio de 2016. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/rode.12227/full>.
- Ali, Daneil Ayalew, Klaus W. Deininger, e Niels Gers Kemper (2015). Pronatal property rights over land and fertility outcomes: evidence from a natural experiment in Ethiopia. Policy Research Working Paper, No. 7419. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Antonio, Amy, e David Tuffley (2014). The gender digital divide in developing countries. *Future Internet*, vol. 6, No. 4, pp. 673-687.
- Autor, David H., Lawrence F. Katz, e Melissa S. Kearney (2006). The polarization of the US labor market. *American Economic Review Papers and Proceedings*, vol. 96, pp. 189-194.
- Azevedo, Joao Pedro, Marta Favara, Sarah E. Haddock, Luis F. Lopez-Calva, Miriam Muller, e Elizaveta Perova (2012). *Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Baird, Sarah, Craig McIntosh, e Berk Özler (2011). Cash or condition? Evidence from a cash transfer experiment. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 126, No. 4, pp. 1709-1753.
- Baird, Sarah, Francisco H.G. Ferreira, Berk Özler, e Michael Woolcock. (2013). Relative effectiveness of conditional and unconditional cash transfers for schooling outcomes in developing countries: a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, vol. 9. No. 8.
- Banco Mundial (2010). *Economic Costs of Roma Exclusion*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Disponível em [https://siteresources.worldbank.org/EXTROMA/Resources/Economic\\_Costs\\_Roma\\_Exclusion\\_Note\\_Final.pdf](https://siteresources.worldbank.org/EXTROMA/Resources/Economic_Costs_Roma_Exclusion_Note_Final.pdf).
- Banco Mundial (2012). *World Development Report 2012: Gender Equality and Development*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial (2015). *Women, Business, and the Law 2016: Getting to Equal*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial (2016). *Poverty and Shared Prosperity 2016: Taking on Inequality*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Bandiera, Oriana, Niklas Buehren, Robin Burgess, Markus Goldstein, Selim Gulesci, Imran Rasul, e Munshi Sulaiman (2015). Women's empowerment in action: evidence from a randomized control trial in Africa. Documento de Trabalho.
- Barker, Gary, Marcos Nascimento, Christine Ricardo, e Marcio Segundo (2007). The individual and the political: Promundo's evolving approaches in engaging young men in transforming masculinities. Brighton, Reino Unido: Bridge.
- Bassi, Marina, Rae Lesser Blumberg, e Mercedes Mateo Diaz (2016). Under the "Cloak of Invisibility": *Gender Bias in Teaching Practices and Learning Outcomes*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento.
- Bertrand, Marianne, Claudia Goldin, e Lawrence F. Katz (2010). Dynamics of the gender gap for young professionals in the financial and corporate sectors. *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 2, pp. 228-255.
- Bhalotra, Sonia, e Samantha B. Rawlings (2011). Intergenerational persistence in health in developing countries: the penalty of gender inequality? *Journal of Public Economics*, vol. 95, No. 3, pp. 286-299.
- Black, Robert E., Ramanan Laxminarayan, Marleen Temmerman, e Neff Walker, eds. (2016). Reproductive, maternal, newborn, and child health. In *Disease Control Priorities*, 3a edição, vol. 2. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Bloom, D. (2016). Demographic upheaval. *Finance & Development*, vol. 53, pp. 6-11.
- Bloom, David E., Michael Kuhn, e Klaus Prettner (2016). Africa's prospects for enjoying a demographic dividend. *Journal of Demographic Economics*, 20 de outubro de 2016. Disponível em <http://voxeu.org/article/africas-prospects-enjoying-demographic-dividend>.
- Brüggemann, Christian (2012). *Roma Education in Comparative Perspective. Analysis of the UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey 2011*. Documentos de Trabalho em Inclusão de Ciganos. Bratislava: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em [www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/Roma-Education-Comparative-Perspective-UNDP.pdf](http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/Roma-Education-Comparative-Perspective-UNDP.pdf).
- Chaaban, Jad, e Wendy Cunningham (2011). *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*. Washington D.C.: Banco Mundial.
- Cortés, Darwin, Juan Gallego, e Darío Maldonado (2011). On the design of education conditional cash transfer programs and non education outcomes: the case of teenage pregnancy. Documento de Trabalho.
- Dabla-Norris, Era, Kalpana Kochhar, Nujin Suphaphiphat, Frantisek Ricka, e Evidiki Tsounta (2015). Causes and consequences of income inequality: a global perspective. Nota de Discussão dos Funcionários do Fundo Monetário Internacional. SDN/15/13.
- Deininger, Klaus, Aparajita Goyal, e Hari Nagarajan (2010). Inheritance law reform and women's access to capital: evidence from India's Hindu succession act. Policy Research Working Paper, No. WPS 5338. Washington, D.C.: Banco Mundial. Recuperado de <http://documents.worldbank.org/curated/en/364061468283536849/Inheritance-law-reform-and-womens-access-to-capital-evidence-from-Indias-Hindu-succession-act>.
- Doss, Cheryl (2013). Intrahousehold bargaining and resource allocation in developing countries. Policy Research Working Paper, No. 6337. Washington, D.C.: Banco Mundial. Disponível em <http://library1.nida.ac.th/worldbank/fulltext/wps06337.pdf>.

- Drèze, Jean, e Amartya Sen (1995). *India: Economic Development and Social Opportunity*. Nova Delhi: Oxford University Press.
- ECPAT Guatemala, MenCare, Promundo, Puntos de Encuentro, e REDMAS (2015). *MenCare in the Public Health Sector in Central America: Engaging Health Providers to Reach Men for Gender Equality in Maternal, Sexual, and Reproductive Health*. Washington, D.C.: Promundo-US.
- Erulkar, Annabel S., e Eunice Muthengi (2009). Evaluation of Berhane Hewan: a program to delay child marriage in rural Ethiopia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35, No. 1, pp. 6-14.
- Ferré, Celine (2009). Age at first child: does education delay fertility timing? The case of Kenya. Documento de Trabalho de Pesquisa Política do Banco Mundial, No. 4833. Washington, D.C.: Banco Mundial. Disponível em [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1344718](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1344718).
- Finlayson, Kenneth, e Soo Downe (2013). Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLOS Medicine*, vol. 10, No. 1, and, doi:10.1371/journal.pmed.1001373.
- Fleischman, Janet, e Katherine Peck (2015). *Addressing HIV Risk in Adolescent Girls and Young Women*. Washington, D.C.: Centro para Estudos Estratégicos e Internacionais. Disponível em [http://csis-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/legacy\\_files/files/publication/150410\\_Fleischman\\_HIVA AdolescentGirls\\_Web.pdf](http://csis-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/legacy_files/files/publication/150410_Fleischman_HIVA AdolescentGirls_Web.pdf).
- Fórum Econômico Mundial (2016a). *Measuring the global gender gap*. Disponível em <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2016/measuring-the-global-gender-gap/>.
- Fórum Econômico Mundial (2016b). *Women and work in the Fourth Industrial Revolution*. Disponível em <http://reports.weforum.org/future-of-jobs-2016/women-and-work-in-the-fourth-industrial-revolution/>.
- Fundação Clinton e Fundação Bill e Melinda Gate (2015). *No Ceilings: The Full Participation Report*. Nova York: Fundação Clinton.
- Gillwald, Alison, Anne Milek, e Christof Stork (2010). *Towards Evidence-based ICT Policy and Regulation. Gender Assessment of ICT Access and Usage in Africa*. Cidade do Cabo: Research ICT Africa.
- Glassman, Amanda, e Miriam Temin (2016). *Millions Saved: New Cases of Proven Success in Global Health*. Washington, D.C.: Centro de Desenvolvimento Global
- Global Partnership for Education (2013). *Accelerating Transition of Girls to Secondary Education: A Call for Action*. Washington, D.C. Disponível em [www.ungei.org/index\\_3253.html](http://www.ungei.org/index_3253.html).
- Gonzales, Christian, Kalpana Kochlar, Monique Newiak, e Sonali Jain-Chandra (2015b). Fair play: more equal laws boost female labor force participation. Nota de Discussão dos Funcionários do Fundo Monetário Internacional. 15/2. Washington, D.C.: Fundo Monetário Internacional.
- Gonzales, Christian, Kalpana Kochlar, Monique Newiak, Sonali Jain-Chandra, e Tlek Zeinullayev (2015a). *Catalyst for Change: Empowering Women and Tackling Income Inequality*. Washington, D.C.: Fundo Monetário Internacional.
- Goos, Maarten, Alan Manning, e Anna Salomons (2009). Job polarization in Europe. *American Economic Review*, vol. 99, No. 2, pp. 58-63.
- GSMA (Groupe Speciale Mobile Association) (2015). *Bridging the Gender Gap: Mobile Access and Usage in Low- and Middle-income Countries*. Londres.
- Hallward-Driemeier, Mary, e Ousman Gajigo (2013). Strengthening economic rights and women's occupational choice : the impact of reforming Ethiopia's family law. Policy Research Working Paper, No. 6695. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Heath, Rachel, e A. Mushfiq Mobarak (2014). Manufacturing growth and the lives of Bangladeshi women. Documento de Trabalho NBR, No. 20383. Cambridge, MA: Departamento Nacional de Pesquisa Econômica.
- Hilbert, Martin (2011). Digital gender divide or technologically empowered women in developing countries? A typical case of lies, damned lies, and statistics. *Women's Studies International Forum*, vol. 34, No. 6, pp. 479-489.
- Hindin, Michelle, Amanda Kalamar, Terri-Ann Thompson, e Ushma D. Upadhyay (2016). Interventions to prevent unintended and repeat pregnancy among young people in low and middle income countries: a systematic review of the published and gray literature. *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, No. 3, pp. S8-15.
- Hodgkinson, Stacy, Lee Beers, Cathy Southammakosane, e Amy Lewin (2014). Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics*, vol. 133, No. 1, pp. 114-122, doi:10.1542/peds.2013-0927.
- Hussain, Rubina (2013). *Unintended Pregnancy and Abortion in Uganda*. Nova York: Instituto Guttmacher. Disponível em <https://www.guttmacher.org/report/unintended-pregnancy-and-abortion-uganda>.
- Ibarrarán, Pablo, Laura Ripani, Bibiana Taboada, Juan Miguel Villa, e Brígida García (2014). Life skills, employability and training for disadvantaged youth: evidence from a randomized evaluation design. *IZA Journal of Labor & Development*, vol. 3, No. 1, p. 10.
- Instituto Guttmacher (2017). *Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health*. Nova York: Instituto Guttmacher.
- Instituto Guttmacher e UNFPA (2014) *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health*. Nova York: Instituto Guttmacher.
- Intel (2012). *Women and the Web: Bridging the Internet Gap and Creating New Global Opportunities in Low and Middle-income Countries*. Santa Clara, CA.
- Iqbal, Sarah, Asif Mohammed Islam, Rita Ramalho, e Alena Sakhonchik (2016). Unequal before the law: measuring gender legal disparities across the world. Documento de Trabalho de Pesquisa Política do Banco Mundial, No. 7803. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Jensen, Robert (2012). Do labor market opportunities affect young women's work and family decisions? Experimental evidence from India. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 127, No. 2, pp. 753-792.

- Jensen, Robert, e Emily Oster (2009). The power of TV: cable television and women's status in India. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 124, No. 3, pp. 1057-1094.
- Lancet (2016). Maternal health: an executive summary for The Lancet's series. Sumário executivo. The Lancet, setembro de 2016. Disponível em [www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/maternal-health-2016/mathealth2016-exec-summm.pdf](http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/maternal-health-2016/mathealth2016-exec-summm.pdf).
- Lips, H.M. (2013). Acknowledging discrimination as a key to the gender pay gap. *Sex Roles*, vol. 68, pp. 223-230.
- Malhotra, Anju, Ann Warner, Allison McGonagle, e Susan Lee-Rife (2011). Solutions to End Child Marriage: What the Evidence Shows. Washington, D.C.: Centro Internacional de Pesquisas sobre as Mulheres. Disponível em <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Solutions-to-End-Child-Marriage.pdf>.
- Marone, Heloisa (2016). Demographic dividends, gender equality, and economic growth: the case of Cabo Verde. Documento de Trabalho do FMI. Washington D.C.: Fundo Monetário Internacional.
- Mateo Diaz, Mercedes, e Lourdes Rodriguez-Chamussy (2016). *Cashing in on Education : Women, Childcare, and Prosperity in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento.
- Nações Unidas (2013a). *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (CIPD) in Cairo*. Nova York. Disponível em [www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/Report\\_Adolescent-Fertility-since-CIPD.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/Report_Adolescent-Fertility-since-CIPD.pdf).
- Nações Unidas (2013b). *Inequality Matters: Report of the World Social Situation 2013*. Nova York.
- Nações Unidas (2014). Framework of Actions for the Follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014 (A/6926). Relatório do Secretário-Geral. Nova York. Disponível em [www.unfpa.org/publications/framework-actions-follow-programme-action-international-conference-population-and](http://www.unfpa.org/publications/framework-actions-follow-programme-action-international-conference-population-and).
- Nações Unidas (2016). *International Migration Report 2015: Highlights*. Nova York. Disponível em [www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf).
- Nollenberger, Natalia, Núria Rodríguez-Planas, e Almudena Sevilla (2016). The math gender gap: the role of culture. *American Economic Review: Papers and Proceedings*, vol. 106, No. 5, pp. 547-261.
- Nonoyama-tarumi, Yuko, Edilberto Loaiza, e Patrice L. Engle (2010). Late entry into primary school in developing societies: findings from cross-national household surveys. *International Review of Education*, vol. 56, No. 1, pp. 103-125.
- Ñopo, Hugo (2012). *New Century, Old Disparities: Gender and Ethnic Earnings Gaps in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento.
- OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico) (2007). *ICTs and Gender*. Paris.
- OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico) (2014). *Social Institutions & Gender Index: 2014 Synthesis Report*. Paris.
- OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico) (2015). *In It Together. Why Less Inequality Benefits All*. Paris.
- ODI (Overseas Development Institute) (2015). *Communications to Change Discriminatory Gender Norms Affecting Adolescent Girls*. Londres.
- OIT (Organização Internacional do Trabalho) (2014). *Maternity and Paternity at Work. Law and Practice Across the World*. Genebra.
- OIT (Organização Internacional do Trabalho) (2015). *Women in Business and Management: Gaining Momentum*. Genebra.
- OIT (Organização Internacional do Trabalho) (2016a). *Global Wage Report 2016/17: Wage Inequality in the Workplace*. Genebra.
- OIT (Organização Internacional do Trabalho) (2016b). *Women and Work: Trends 2016*. Genebra.
- OIT (Organização Internacional do Trabalho) (2016c). *Key Indicators of the Labour Market, 9th edition*. Genebra.
- OMS (Organização Mundial da Saúde) (2016). As mulheres grávida devem ter acesso ao cuidado certo no momento certo, diz a OMS, 7 de novembro. Disponível em [www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/en/).
- OMS (Organização Mundial da Saúde) (2017). Care of the preterm and/or low-birth-weight newborn. Disponível em [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/care\\_of\\_preterm/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_of_preterm/en/).
- ONU Mulheres (2015). *Progress of the World's Women 2015-2016*. Nova York.
- ONU Mulheres (2016). Facts and figures: HIV and AIDS: prevalence and new infections. Disponível em [www.unwomen.org/en/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures](http://www.unwomen.org/en/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures).
- Oxfam (2017). *An Economy for the 99%*. Documento Informativo da Oxfam. Boston.
- Parsons, Jennifer, e Jennifer McCleary-Sills (2014). Advancing women's sexual and reproductive health: lessons for World Bank Group gender impact evaluations. *enGender Impact*, No. 89997. Washington, D.C.: Grupo Banco Mundial.
- Patel, Payal H., e Bisakha Sen (2012). Teen motherhood and long-term health consequences. *Maternal and Child Health Journal*, vol. 16, No. 5, pp. 1063-1071.
- Pesquisa Mundial de Valores (n.d.) Dados recuperados em agosto de 2016 de [worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp](http://worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp).
- Prettner, Klaus, e Holger Strulik (2014). Gender equity and the escape from poverty. Documento para Discussão, No. 216. Göttingen: Center for European, Governance and Economic Development Research.
- Pulerwitz, Julie, Gary Barker, Márcio Segundo, e Marcos Nascimento (2006). Promoting gender equity among young Brazilian men as an HIV prevention strategy. *Horizons Research Summary*. Washington, D.C.: Conselho de População. Disponível em [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnadm957.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadm957.pdf).

- Roy, Sanchari (2011). Empowering women: inheritance rights and female education in India. Documento de Trabalho, Universidade de Warwick, Departamento de Economia.
- Sabot, Richard, David Ross, e Nancy Birdsall (2016). Inequality and growth reconsidered: lessons from East Asia. Disponível em <https://ideas.repec.org/p/ess/wpaper/id8848.html>.
- Sedgh, Gilda, Susheela Singh, e Rubina Hussain (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in Family Planning*, vol. 45, No. 3, pp. 301-314.
- Snow, R.C., L. Laski, e M. Mutumba (2015). Sexual and reproductive health: progress and outstanding needs. *Global Public Health*, vol. 10, No. 2, pp. 149-173.
- Sommer, Marni (2010). Where the education system and women's bodies collide: the social and health impact of girls' experiences of menstruation and schooling in Tanzania. *Journal of Adolescence*, vol. 33, No. 4, pp. 521-529, doi:10.1016/j.adolescence.2009.03.008.
- Soul City Institute for Health and Development Communication (2001). *Soul City 4: Theory and Impact (Synopsis)*. Johannesburg: Soul City Institute for Justice. Disponível em [www.soulcity.org.za/research/evaluations/series/soul-city/soul-city-series-4/theory-and-impact](http://www.soulcity.org.za/research/evaluations/series/soul-city/soul-city-series-4/theory-and-impact).
- Sperling, Gene B., e Rebecca Winthrop (2016). *What Works in Girls' Education: Evidence for the World's Best Investment*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press.
- Stern, Erin, e Althea Anderson (2015). 'One Hand Can't Clap by Itself': Engagement of Boys and Men in Kembatti Mentti Gezzimma's Intervention to Eliminate Female Genital Mutilation and Circumcision in Kembatta Zone, Ethiopia. EMERGE Case Study 3, Promundo-US, Sonke Gender Justice and Institute of Development Studies.
- Tautz, Siegrid (2011). Youth to Youth Initiative: An Assessment of Results in Ethiopia and Kenya. Heidelberg, Alemanha: Deutsche Stiftung Weltbevoelkerung. Disponível em [https://www.dsw.org/uploads/tx\\_aedswpublication/2011\\_08\\_Y2Y\\_assessment\\_report\\_final.pdf](https://www.dsw.org/uploads/tx_aedswpublication/2011_08_Y2Y_assessment_report_final.pdf).
- Tembon, Mercy, e Lucia Fort, eds. (2008). *Girls' Education in the 21st Century: Gender Inequality, Empowerment and Economic Growth*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- UK Women's Budget Group (2016). *Investing in the Care Economy: A Gender Analysis of Employment Stimulus in Seven OECD Countries*. Londres: UK Women's Budget Group.
- UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) (2015). *Aids by the Numbers 2015*. Nova York: UNAIDS. Disponível em [www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_en.pdf).
- UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciências e Cultura) (2013). *Children Still Battling to Go to School*. Nova York: Nações Unidas. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002216/221668E.pdf>.
- UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciências e Cultura) e EFA-GMR (Relatório de Monitoramento Global do programa Educação para Todos) (2013). *Girls' Education: The Facts*. Folha Informativa. Outubro de 2013.
- UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciências e Cultura) Instituto de Estatística (2016). *50th Anniversary of International Literacy Day: Literacy Rates Are on the Rise but Millions Remain Illiterate*. Folha Informativa UIS 38. Setembro de 2016.
- UNFPA (2016a). *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*. Nova York.
- UNFPA (2012). *Promises to Keep: 2012 Annual Report*. Nova York.
- UNFPA (2013a). *Situação da População Mundial 2013: Maternidade Precoce - Enfrentando o Desafio da Gravidez na Adolescência*. Nova York.
- UNFPA (2013b). *Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence*. Nova York.
- UNFPA (2014). *Situação da População Mundial 2014 O Poder de 1,8 Bilhão: Adolescentes, Jovens e a Transformação do Futuro*. Nova York.
- UNFPA (2016b). *Situação da População Mundial 2016*. Nova York.
- UNICEF (2014). Serbia Multiple Indicator Cluster Survey 2014. Disponível em [https://www.unicef.org/ceecis/MICS\\_5\\_-\\_Key\\_Findings.pdf](https://www.unicef.org/ceecis/MICS_5_-_Key_Findings.pdf).
- UNICEF (2016). Globally, four of five children of lower secondary school age are enrolled in school. Disponível em <https://data.unicef.org/topic/education/secondary-education/#>.
- UNICEF (n.d.). Barriers to girls' education, strategies and interventions. Disponível em [https://www.unicef.org/teachers/girls\\_ed/BarrierstoGE.pdf](https://www.unicef.org/teachers/girls_ed/BarrierstoGE.pdf).
- UNICEF e Instituto de Estatística da UNESCO (2015). *Fixing the Broken Promise of Education for All*. Montreal: Instituto de Estatística da UNESCO. Disponível em [https://www.unicef.org/publications/index\\_78718.html](https://www.unicef.org/publications/index_78718.html).
- Wang, Wenjuan, Soumya Alva, Shanxiao Wang, e Alfredo Fort (2011). *Levels and Trends in the Use of Maternal Health Services in Developing Countries*. Relatórios Comparativos DHS, No. 26, preparado por ICF Macro. Washington, D.C.: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional.
- Wils, Annababette (2004). Late entrants leave school earlier: evidence from Mozambique. *International Review of Education*, vol. 50, No. 1, pp. 17-37, doi:10.1023/B:REVI.0000018201.53675.4b.
- Woetzel, Jonathan, Anu Madgavkar, Kweilin Ellingrud, Eric Labaye, Sandrine Devillard, Eric Kutcher, James Manyika, Richard Dobbs, e Mekala Krishnan (2015). *The Power of Parity: Advancing Women's Equality in India*. McKinsey Global Institute. Disponível em [www.mckinsey.com/global-themes/employment-and-growth/how-advancing-womens-equality-can-add-12-trillion-to-global-growth](http://www.mckinsey.com/global-themes/employment-and-growth/how-advancing-womens-equality-can-add-12-trillion-to-global-growth).
- World Literacy Foundation (2015). *The Economic and Social Costs of Illiteracy*. Melbourne: World Literacy Foundation.





Criando um mundo em que  
todas as gestações sejam  
desejadas, todos os partos  
sejam seguros e cada jovem  
alcance seu potencial.



Fundo de População das Nações Unidas  
Casa da ONU  
SEN Quadra 802, Conjunto C, Lote 17  
Brasília (DF)  
[www.unfpa.org.br](http://www.unfpa.org.br)