

UM TRABALHO INACABADO

a busca por direitos e escolhas **PARA TODOS E TODAS**

Situação da População Mundial 2019

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

EDITOR-CHEFE

Arthur Erken, Diretor, Divisão de Comunicações e Parcerias Estratégicas

EQUIPE EDITORIAL

Editor: Richard Kollodge

Editores associados: Katie Madonia

Gerente da edição digital: Katie Madonia

Assessores da edição digital: Hanno Ranck, Katheline Ruiz

Publicação e web design: Prographics, Inc.

ASSESSOR DE PESQUISA E AUTOR

Stan Bernstein

ASSESSORES TÉCNICOS DO UNFPA

Elizabeth Benomar

Daniel Schensul

PESQUISADORA E AUTORA PRINCIPAL

Kathleen Mogelgaard

PESQUISADORES E AUTORES DOS CAPÍTULOS

Jeffrey Edmeades

Gretchen Luchsinger

William A. Ryan

Ann M. Starrs

AUTORES DE ARTIGOS

Janet Jensen

Gretchen Luchsinger

© UNFPA 2019

Esta edição em português foi elaborada pelo Escritório do UNFPA no Brasil

Coordenação editorial: Rachel Quintiliano

Revisão: Luiza Vieira e Equipe do UNFPA no Brasil

Tradução: Ana Lucinda T. Laranjinha

Diagramação do relatório em português: Diego Silva

AGRADECIMENTOS

O UNFPA agradece às seguintes mulheres por compartilhar vislumbres de suas vidas para este relatório:

Tefta Shakaj, ALBÂNIA

Mediha Besic, BÓSNIA E HERZEGOVINA

Tsitsina Xavante, BRASIL

Say Yang, CAMBOJA

Dahab Elsayed and Um Ahmed, EGITO

Alma Odette Chacón, GUATEMALA

Marta Paula Sanca, GUINÉ-BISSAU

Fanie Derismé, HAITI

Rajeshwari Mahalingam, ÍNDIA

Shara Ranasinghe, SRI LANKA

Rasamee, TAILÂNDIA

Josephine Kasya, UGANDA

Os editores são gratos a William McGreevey pela pesquisa sobre os obstáculos institucionais e financeiros à saúde sexual e reprodutiva, e a Christopher Hook, por outras formas de assistência à pesquisa. A Subdivisão de População e Desenvolvimento do UNFPA agregou dados regionais na seção de indicadores deste relatório. Os dados da fonte para os indicadores do relatório foram fornecidos pela Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura e a Organização Mundial de Saúde. Rachel Snow, Sara Reis e Marielle Sander-Lindstrom, do UNFPA, também contribuíram para a elaboração do relatório deste ano. Erin Anastasi, Emilie Filmer-Wilson, Anneka Knutsson e Leyla Sharafi revisaram e comentaram os rascunhos.

MAPAS E DESIGNAÇÕES

As designações empregadas e a apresentação do material em mapas neste relatório não implicam a expressão de qualquer opinião por parte do UNFPA sobre a situação legal de qualquer país, território, cidade ou área, bem como de suas autoridades ou, ainda, sobre a delimitação de suas fronteiras ou limites. Uma linha pontilhada representa aproximadamente a linha de controle em Jammu e Caxemira, acordado pela Índia e pelo Paquistão. O status final de Jammu e Caxemira não foi acordado pelas partes.

FOTOGRAFIA

Capa: © Steve McCurry/Magnum Photos

Linha do tempo: © Alamy Stock Photos, Getty Images, Jangbu Sherpa, Warren K. Leffler, NASA, UN/UNFPA

UNFPA

Assegurando direitos e opções para todos desde 1969



situação da população mundial 2019

UM TRABALHO INACABADO

A busca por direitos e escolhas **PARA TODOS** e **TODAS**



- 1** A luta por direitos e escolhas é contínua página 7

- 2** Seis mulheres, seis décadas, seis jornadas página 23

- 3** Direitos em risco em tempos de crescimento populacional página 37

- 4** Disponível, mas inacessível página 53

- 5** O obstáculo subjacente a todos os outros página 73

- 6** Quando os serviços entram em colapso página 87

- 7** Instituições e financiamento para garantir direitos e escolhas página 101

- 8** Realizar direitos e escolhas para todos e todas: se não agora, quando? página 117

- 9** Mais que minha mãe, menos que minha filha página 137

Ganhos notáveis têm sido obtidos em saúde e direitos sexuais e reprodutivos desde 1969, quando o UNFPA foi fundado. Todavia, apesar do progresso, centenas de milhões de mulheres ainda enfrentam barreiras econômicas, sociais, institucionais, dentre outras, que as impedem de tomar suas próprias decisões sobre quando, com que frequência e com quem engravidar.

A busca por direitos e escolhas é contínua, com novos desafios surgindo a todo instante.



Que os direitos e as escolhas se tornem uma realidade para todas as pessoas

Era o ano de 1969. A população mundial chegou a 3,6 bilhões, um aumento de cerca de 1 bilhão de habitantes em apenas 17 anos. As taxas de fecundidade em todo o mundo naquela época eram quase o dobro do que são hoje. Nos países menos desenvolvidos, a fecundidade era de cerca de seis nascimentos por mulher.

A *bomba populacional*, obra de Paul Ehrlich, lançada no ano anterior, incitou um pânico global sobre a “superpopulação”, que o autor previu que levaria à fome em massa e a um “planeta em extinção”.

Foi nesse contexto que o UNFPA foi criado para assessorar os países em desenvolvimento sobre as implicações sociais e econômicas do crescimento populacional e para oferecer apoio aos programas nacionais de população, os quais começaram a distribuir contraceptivos em uma escala sem precedentes.

Com o auxílio desses programas, verdadeiras escolhas reprodutivas tornaram-se uma realidade para cada vez mais mulheres nos países em desenvolvimento. Consequentemente, as mulheres começaram a ter menos filhos. Milhões estavam finalmente ganhando o poder de controlar sua própria fecundidade.

Apesar da crescente *disponibilidade* de contraceptivos ao longo dos anos, centenas de milhões de mulheres ainda não têm acesso a eles — e às escolhas reprodutivas que os acompanham. Sem acesso, elas não conseguem tomar decisões sobre seus próprios corpos, inclusive se ou quando engravidar.

A falta desse poder — que influencia muitas outras facetas da vida, desde a educação até a condição financeira e a segurança, deixa as mulheres incapazes de moldar seus próprios futuros.

Desde a sua criação, em 1969, o UNFPA liderou um esforço multilateral para ajudar as mulheres nos países em desenvolvimento a navegar em um cenário instável de barreiras aos seus direitos reprodutivos. Esse esforço ganhou novo ímpeto e inspiração em 1994, quando 179 países se reuniram no Cairo para a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e elaboraram um plano para o desenvolvimento sustentável baseado nos direitos, nas escolhas individuais e na conquista da saúde sexual e reprodutiva para todos. Esse plano, incorporado em um Programa de Ação, não apenas revitalizou o movimento global em prol dos direitos reprodutivos, mas também posicionou o UNFPA como o guardião do movimento.

As ações combinadas da sociedade civil, de governos, de instituições de desenvolvimento e do UNFPA, nos últimos 50 anos, abriram oportunidades e possibilidades para mulheres e meninas em todo o mundo. No entanto, ainda temos um longo caminho a percorrer antes que todas as mulheres e meninas tenham o poder e os meios para ter autonomia sobre seus próprios corpos e tomar decisões conscientes sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

Ao mesmo tempo, devemos reagir contra as forças que nos levariam a retornar a uma época em que as mulheres tinham pouca influência nas decisões reprodutivas ou, ainda, em qualquer área de suas vidas.

A luta por direitos e escolhas deve continuar até que sejam uma realidade para todos e todas.

Dr. Natalia Kanem

Subsecretária-Geral das Nações Unidas e Diretora-Executiva do UNFPA, o Fundo de População das Nações Unidas.



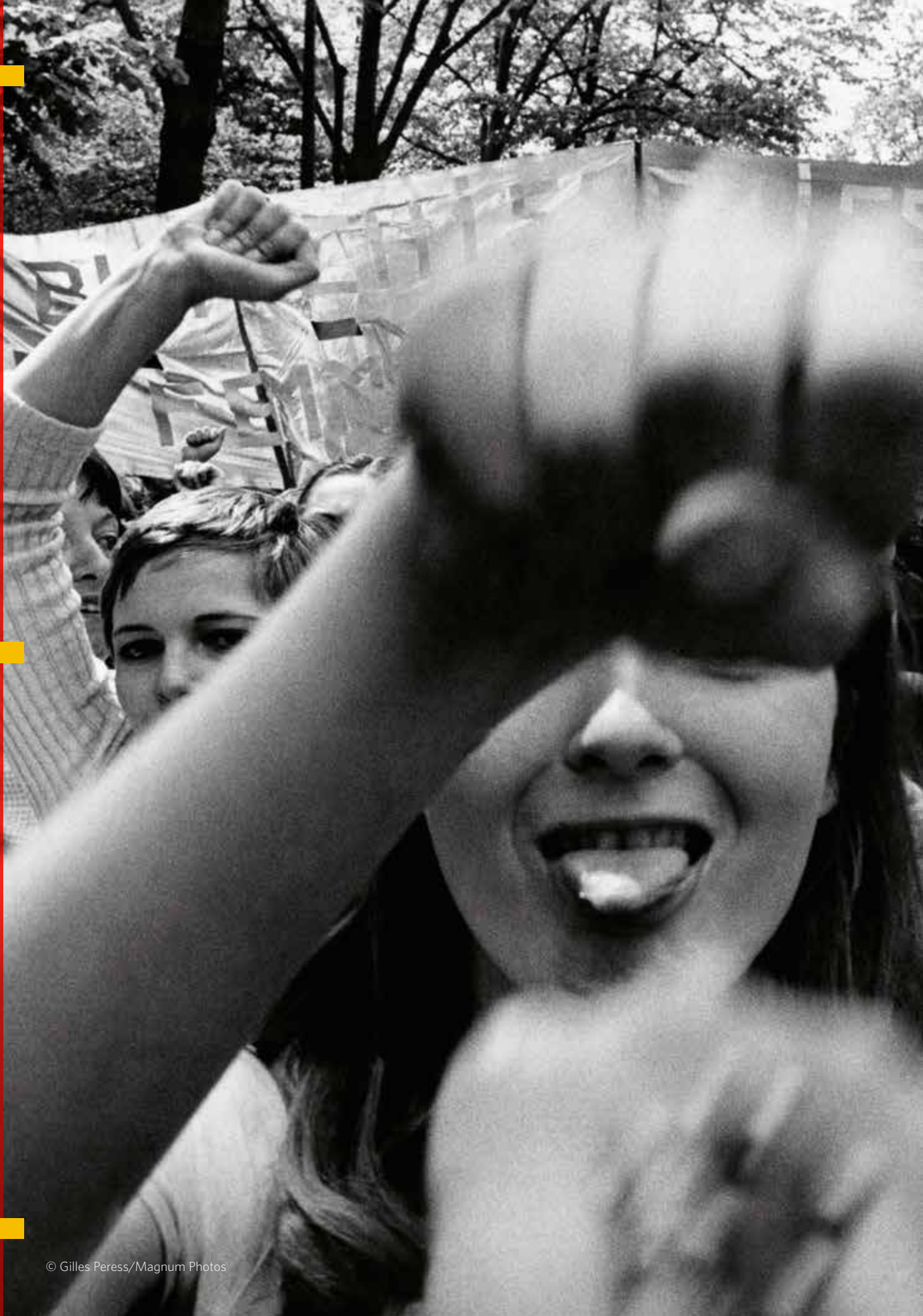
1969

1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993

1994

1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018

2019



A LUTA POR DIREITOS E ESCOLHAS É CONTÍNUA

O ano de 2019 traz dois importantes marcos no campo da saúde reprodutiva: 50 anos desde que o UNFPA iniciou suas operações e 25 anos desde a histórica Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo.

Esses dois eventos — o lançamento da primeira agência das Nações Unidas dedicada a abordar o crescimento populacional e as necessidades em saúde reprodutiva da população mundial e a declaração de um compromisso global com a saúde sexual e reprodutiva e com os direitos reprodutivos — moldaram de maneira fundamental a vida

das mulheres e as famílias, assim como as sociedades em que vivem, de várias maneiras mensuráveis e imensuráveis, profundas e triviais, permanentes e fugazes.

Ativistas, defensores, especialistas em saúde pública e muitos outros têm insistido incessantemente nas transformações que vemos ao nosso redor hoje, mas ainda há

muito a ser feito. O que o futuro reserva em termos de mudanças no crescimento populacional, no uso de contraceptivos e na saúde e nos direitos sexuais e reprodutivos determinará e será determinado pela capacidade de mulheres e meninas atingirem seu pleno potencial como membros de suas sociedades. E isso será determinado, em grande

medida, pela forma como o mundo leva adiante as conquistas e atende às deficiências da CIPD até o momento.

O mundo em 1969

Cinquenta anos atrás, em todo o mundo, a mulher tinha 4,9 filhos e 35% das mulheres casadas estavam usando algum método contraceptivo

para retardar ou evitar a gravidez. No entanto, nos países menos desenvolvidos, a mulher tinha 6,7 filhos e cerca de 2% usavam algum método de contracepção. O aborto era ilegal em grande parte do mundo e o movimento de liberação das mulheres estava lutando por igualdade de acesso à educação, oportunidades

de emprego e remuneração, direito a casamento e divórcio, assim como à propriedade de imóveis, e em várias outras frentes. Em 1969, o *Stonewall Riots*, em Nova York, marcou o início do movimento global pelos direitos dos gays; a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional estabeleceu um

1969 A 2019



RAFAEL SALAS NOMEADO DIRETOR-EXECUTIVO DO UNFPA

COMEÇAM AS ATIVIDADES DO FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

Tratado de não proliferação de armas nucleares entra em vigor



ASSEMBLEIA GERAL DESIGNA O UNFPA COMO LÍDER NOS PROGRAMAS DE POPULAÇÃO

MARCOS DA ONU

e Eventos mundiais

1969

1970

1971

As rebeliões de Stonewall em Nova York marcam o início do atual movimento pelos direitos dos gays nos Estados Unidos

O biólogo Robert Geoffrey Edwards afirma ter fertilizado oócitos humanos em uma placa de Petri pela primeira vez

O Conselho de População estabelece o Comitê Internacional para a Pesquisa em Contracepção

O DIU Dalkon Shields entra no mercado

Serra Leoa se torna uma república

Primeira mensagem enviada pela ARPANET, precursora da Internet

O Escritório de População do USAID é estabelecido

Neil Armstrong dá seus primeiros passos históricos na Lua



Escritório de População; e Gana adotou sua política de Planejamento da População para o Progresso Nacional e Prosperidade. Um ano antes, na primeira Conferência Internacional das Nações Unidas sobre Direitos Humanos, em Teerã, os delegados afirmaram, pela primeira vez em uma declaração global, o

direito básico dos pais “de determinar livremente e com responsabilidade o número de filhos e o intervalo entre eles” (Nações Unidas, 1968).

Em 1969, como resultados de intervenções de saúde pública que estavam reduzindo a mortalidade infantil e prolongando a expectativa de vida, as taxas de natalidade tinham

superado as taxas de mortalidade em grande parte do mundo em desenvolvimento. As inquietações sobre o fato de que o crescimento populacional resultante poderia prejudicar o progresso econômico e o meio ambiente contribuíram para o desejo de melhor entender e gerenciar a fecundidade humana.



Os Estados Unidos e a União Soviética se unem a 70 outras nações na assinatura do acordo para banir armas biológicas

A ponte em Istambul que cruza o Bósforo é concluída, conectando os continentes da Europa e da Ásia

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE POPULAÇÃO EM BUCARESTE



A ONU DECLARA A ABERTURA DA DÉCADA DAS MULHERES

1972

O Clube de Roma lança *Limites do Crescimento*

AS NAÇÕES UNIDAS PROCLAMAM 10 DE DEZEMBRO COMO O DIA INTERNACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS

1973

A Associação Americana de Psiquiatria remove a homossexualidade de sua lista DSM-II

O aborto é legalizado nos Estados Unidos

1974

POPULAÇÃO MUNDIAL 4 BILHÕES

A Índia conduz teste nuclear subterrâneo com sucesso

1975

Moçambique e Suriname tornam-se independentes

O cientista Andrei Sakharov, criador da bomba de hidrogênio da União Soviética, recebe o Prêmio Nobel



O estabelecimento do Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais, renomeado Fundo de População das Nações Unidas em 1987, refletia um crescente interesse em entender como a dinâmica populacional afetava o desenvolvimento social e econômico, assim como um desejo por parte das

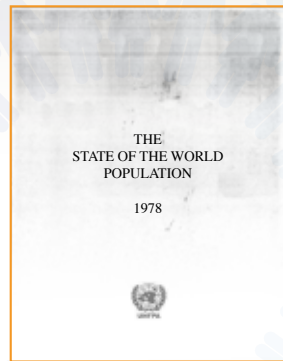
Nações Unidas de apoiar programas de ação que visavam à estabilização da população mundial.

A crescente disponibilidade de métodos contraceptivos relativamente novos e eficazes durante a década de 1960 foi transformadora para as mulheres, oferecendo-lhes, pela primeira vez, a capacidade de impedir

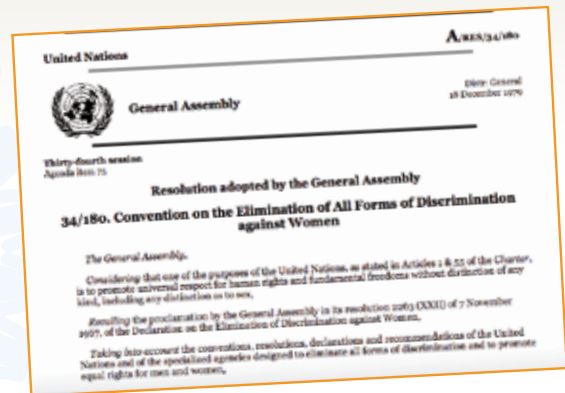
de forma confiável uma gravidez não intencional e novas opções para o controle de suas vidas reprodutivas. Porém, as implicações da contracepção e regulação da fecundidade para a saúde, o bem-estar e os aspectos econômicos e sociais da vida de cada uma das mulheres e meninas estavam apenas começando a ser entendidas.



Primeiro surto do vírus Ebola informado



O UNFPA EMITE O PRIMEIRO RELATÓRIO SOBRE A SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO MUNDIAL



A CONVENÇÃO PARA ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA MULHERES (CEDAW) É ADOTADA

1976

1977

1978

1979

O presidente egípcio Anwar Sadat faz uma visita oficial a Israel



Nasce o primeiro bebê de proveta



Primeiro Ano Internacional da Criança



Uma realização mais completa do que elas vislumbrariam ainda estava por vir.

O mundo em 1994

Vinte e cinco anos atrás, quando a CIPD foi realizada no Cairo, a taxa mundial de fecundidade média era de cerca de três nascimentos por mulher e 58,8% das mulheres

em todo o mundo estavam usando contraceptivos; nos países menos desenvolvidos, a fecundidade era de cerca de 5,6 crianças e 20,2% das mulheres casadas usavam contraceptivos. A África do Sul realizou a sua primeira eleição multiracial e elegeu Nelson Mandela como presidente; o genocídio em

Ruanda resultou na morte de mais de 800 mil homens, mulheres e crianças; as uniões civis entre parceiros do mesmo sexo foram legalizadas na Suécia; e o lançamento do America Online (AOL) marcou o início do acesso fácil à Internet.

Os anos que precederam a CIPD presenciaram uma mudança gradual



AS NAÇÕES UNIDAS ESTABELECEM O PRÊMIO DE POPULAÇÃO



Sally Ride se torna a primeira mulher no espaço a bordo do ônibus espacial Challenger

1980

A Organização Mundial da Saúde decreta a erradicação mundial da varíola



1981

Sandra Day O'Connor assume o cargo de primeira juíza da Suprema Corte americana

A população da China alcança 1 bilhão

A IBM põe seu primeiro computador pessoal no mercado, lançando sistemas operacionais da Microsoft



1982

Médicos realizam o primeiro implante de um coração artificial permanente concebido por Robert Jarvik

Pela primeira vez, o título de Homem do Ano da revista Time é concedido a um não humano, um computador

1983

É descoberto o retrovírus causador da AIDS



Fome na Etiópia

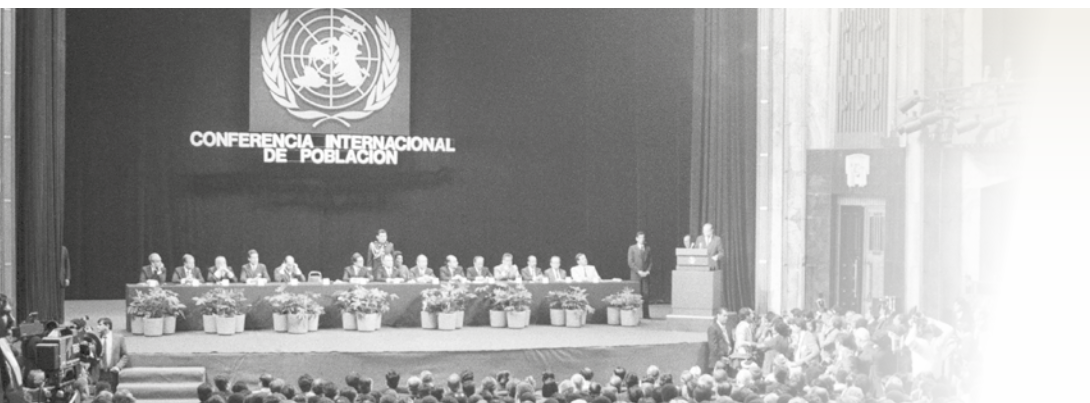


e acelerada: de um foco principal em questões populacionais e redução da fecundidade para um que tinha por base os direitos dos indivíduos e casais de prevenir ou retardar a gravidez e alcançar a saúde sexual e reprodutiva. Essa mudança foi em grande parte impulsionada por feministas e defensores da saúde e dos

direitos sexuais e reprodutivos, bem como foi, em parte, uma resposta aos abusos que resultaram de políticas do passado, voltadas ao “controle populacional”. Nas décadas de 1970 e 1980, com financiamento e incentivo de países doadores e fundações, alguns países implementaram programas que coagiam ou forçavam casais a usar

contraceptivos ou a limitar o tamanho de suas famílias, tal como forneciam incentivos monetários ou outros para convencê-los.

O Programa de Ação da CIPD, adotado por 179 países, exigiu explicitamente a eliminação de metas demográficas e de controle da fecundidade dos programas nacionais



DRA. NAFIS SADIK É NOMEADA DIRETORA-EXECUTIVA DO UNFPA

O NOME DO UNFPA MUDA PARA FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE POPULAÇÃO, CIDADE DO MÉXICO

Acordo de Schengen é celebrado por cinco Estados-membro da Comunidade Econômica Europeia

O ônibus espacial Challenger explode, matando sua tripulação de sete pessoas

1984

Primeira transferência de um embrião de uma mulher para outra, resultando em um nascimento vivo



1985

O órgão americano *Food and Drug Administration* aprova o exame de sangue para o HIV

A África do Sul retira o banimento a casamentos inter-raciais



1986

Corazon Aquino se torna a primeira mulher presidente nas Filipinas

Primeira criança nascida de uma mãe de aluguel sem relação com os pais

1987

“Black Monday” - colapso no mercado de ações em Wall Street e em todo o mundo

POPULAÇÃO MUNDIAL
5
BILHÕES

É lançada a iniciativa Maternidade Segura



de população e planejamento familiar. Embora ainda reconhecendo que a dinâmica populacional merecia ser considerada na formulação de políticas, o Programa de Ação emitiu um alerta para colocar as necessidades e os direitos das mulheres no centro das políticas de população e desenvolvimento. O que o mundo

precisava, concordavam os governos, era proporcionar às mulheres, aos casais e às famílias acesso a uma série de intervenções de saúde sexual e reprodutiva, além de realizar mudanças sociais e econômicas que capacitassem as mulheres, respeitassem seus direitos e ajudassem a mover o mundo em direção à igualdade de gênero.

Avanços e retrocessos desde 1994

O consenso da CIPD foi um ponto de virada e uma vitória transformadora para o movimento pelos direitos reprodutivos.

Ao colocar os direitos individuais e o bem-estar no centro da agenda da saúde reprodutiva, desencadeou



Primeiro Dia Mundial da AIDS, em 1º de dezembro



A República Popular Democrática da Coreia e as Repúblicas da Coreia, Estônia, Letônia, Lituânia, Ilhas Marshall e Micronesia entram para as Nações Unidas

1988

1989

1990

1991

1992

Abre-se o Muro de Berlim

A Namíbia se torna independente

Começa a destruição do Muro de Berlim

Croácia e Eslovênia declaram independência da Iugoslávia; começa a guerra dos Balcãs

Dissolve-se a União Soviética

Acordo de paz em Moçambique



uma série de mudanças: na pesquisa, explorar os fatores que influenciam escolhas e comportamentos individuais em relação ao uso ou não uso de contraceptivos e fecundidade; na comunicação, informar e educar mulheres, homens e tomadores de decisão sobre os benefícios de saúde, econômicos e sociais de reduzir a

fecundidade e prevenir gravidezes não intencionais; e na prestação de serviços, para ressaltar a importância de fornecer uma gama completa de métodos contraceptivos e assegurar oportunidades de escolha para todas as mulheres.

A CIPD também reconheceu que a saúde e o bem-estar sexual

e reprodutivo de uma mulher englobam não somente o acesso à contracepção e o seu uso, mas também muitos outros fatores: sua capacidade de prevenir e administrar as complicações do aborto inseguro; sua capacidade de evitar ou tratar infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV; e



CONFERÊNCIA MUNDIAL DA ONU SOBRE DIREITOS HUMANOS



CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, CAIRO



4ª CONFERÊNCIA MUNDIAL DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MULHERES

O diplomata de Gana, Kofi Annan, é eleito Secretário-Geral das Nações Unidas

1993

A Organização Mundial de Saúde declara a tuberculose uma emergência global

1994

Genocídio em Ruanda
Nelson Mandela assume a presidência da África do Sul

1995

Mais de 170 países concordam em prorrogar o Tratado de Não Proliferação Nuclear indefinidamente e sem condicionantes

O Acordo de Dayton é firmado em Paris para pôr fim à guerra da Bósnia

O vírus Ebola mata 244 pessoas no Zaire

1996

O governo da Bósnia declara o fim do Cerco a Saraievo

Nasce a ovelha Dolly, o primeiro mamífero a ser clonado com sucesso a partir de uma célula adulta



os cuidados que ela recebe durante a gravidez e o parto. A prevenção e o manejo da infertilidade e do câncer do trato reprodutivo também foram definidos como parte da saúde sexual e reprodutiva.

As necessidades de saúde reprodutiva dos adolescentes, reconheceu o Programa de Ação da

CIPD, foram amplamente ignoradas pelos serviços existentes. Embora o consenso da CIPD demandasse esforços especiais para atender a essas necessidades, a oposição à prestação de serviços abrangentes de educação em sexualidade e saúde reprodutiva para adolescentes e as discordâncias sobre a questão da aprovação dos países

levaram a uma linguagem complicada no documento e, em alguns casos, a políticas complicadas na área.

A CIPD coincidiu com o auge de outra crise de saúde pública e direitos: a epidemia de HIV/AIDS. À medida que a preocupação e o ativismo sobre as enormes implicações do HIV e da AIDS cresciam, alguns



▲ Cathy O'Dowd, montanhista sul-africana, se torna a primeira mulher a escalar o Monte Everest dos lados norte e sul

O divórcio se torna legal na República da Irlanda



▲ OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO SÃO ADOTADOS



▲ THORAYA AHMED OBAID É NOMEADA DIRETORA-EXECUTIVA DO UNFPA

1997

1998

1999

2000

2001

▼ O Congresso americano apresenta pedido de impeachment do presidente Bill Clinton no Senado



POPULAÇÃO MUNDIAL
6
BILHÕES

Encontro histórico entre os líderes da Coreia do Sul e da Coreia do Norte

O primeiro coração artificial auto-suficiente do mundo é implantado em Robert Tools nos Estados Unidos

Ataques de 11 de setembro no World Trade Center em Nova York



doadores aumentaram a atenção e o financiamento para lidar com a pandemia e seu impacto nas pessoas, comunidades e nações, enquanto o financiamento para outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva permanecia estagnado.

Alguns observadores temiam que a ênfase da CIPD na escolha individual

e no empoderamento das mulheres não teria repercussão junto a doadores e governos, e que, afastando-se do foco no crescimento populacional, a comunidade estivesse comprometendo sua capacidade de mobilizar recursos e engajamento político. Apesar dessas preocupações, a estrutura da CIPD foi mantida. O compromisso com

o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva foi reafirmado em 1999 na reunião de revisão quinquenal da CIPD, na qual os apoiadores conseguiram avanços em alguns elementos-chave, inclusive saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e acesso ao aborto seguro quando legal, em vista da ferrenha oposição.



▲
A Organização da Unidade Africana é desmontada e substituída pela União Africana



▲
META PARA ALCANÇAR O ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE REPRODUTIVA É APROVADA PARA SER INCLuíDA NOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

O Brasil lança seu primeiro foguete ao espaço

2002

O Euro é oficialmente introduzido nos países da zona do Euro



EARTH
SUMMIT
2002

2003

O Projeto do Genoma Humano é concluído, com 99% do genoma humano sequenciado com 99,9% de exatidão



2004

Chefes de Estado europeus assinam o **Tratado e Ato Final**, estabelecendo a primeira Constituição Européia

2005

Angela Merkel, 51, se torna a primeira mulher e mais jovem chanceler da Alemanha

Ellen Johnson Sirleaf se torna a primeira mulher Chefe de Estado eleita democraticamente na África

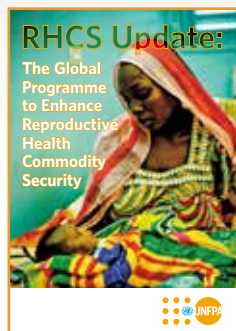


Em 2000, no entanto, quando as Nações Unidas adotaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), estabelecendo metas e objetivos globais para os próximos 15 anos, a saúde reprodutiva não estava em vista. Talvez em resposta à extensão e à polêmica das negociações na 4ª Conferência Mundial para

Mulheres em 1995 e na reunião de revisão quinzenal da CIPD em 1999, os funcionários encarregados de redigir os ODMs optaram por definir um objetivo para “melhorar a saúde materna”. Não foi antes de 2005 que a comunidade de saúde sexual e reprodutiva teve sucesso em sua empreitada para adicionar o acesso

universal à saúde sexual e reprodutiva como mais um objetivo sob a meta da saúde materna.

A omissão inicial da saúde sexual e reprodutiva dos ODMs contribuiu para a percepção de que a questão era controversa e problemática e, portanto, mais fácil de ignorar, pelo menos nas discussões e negociações globais.



A ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS VOTA PARA ESTABELECE O CONSELHO DE DIREITOS HUMANOS DA ONU

O UNFPA LANÇA O PROGRAMA GLOBAL DE INSUMOS PARA A SAÚDE REPRODUTIVA

Cirurgiões no Moorfields Eye Hospital em Londres realizam as primeiras cirurgias bem sucedidas utilizando olhos biônicos, implantando-os em dois pacientes cegos



A Bolívia declara o direito dos povos indígenas de se auto governarem

2006

2007

2008

2009

Michele Bachelet é empossada como a primeira mulher presidente do Chile

O parlamento da África do Sul aprova lei que legaliza o casamento de pessoas do mesmo sexo

A ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS ADOTA A DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DOS POVOS INDÍGENAS



A pílula do dia seguinte é aprovada pelo órgão americano *Food and Drug Administration* para uso por adolescentes de 17 anos

Apesar de ser frequentemente posto de lado pela comunidade global, o financiamento e a visibilidade para o planejamento familiar continuaram e, às vezes, surgiam com destaque, recebendo um forte impulso em julho de 2012 a partir de uma Cúpula Global de Planejamento Familiar, o que mobilizou importantes compromissos

políticos, assim como novos doadores, e revigorou a comunidade engajada no planejamento familiar.

Um novo paradigma: 2015 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Em setembro de 2015, 193

governos adotaram uma nova estrutura global para suceder os ODMs. Refletindo o alcance expandido da agenda e a crescente complexidade dos desafios a enfrentar, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável inclui 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs), com 169 metas.



DR. BABATUNDE OSOTIMEHIN É NOMEADO DIRETOR-EXECUTIVO DO UNFPA



A ASSEMBLEIA GERAL ADOTA RESOLUÇÃO SOBRE A PREVENÇÃO À MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA



A COMISSÃO SOBRE O STATUS DE MULHERES EXIGE QUE OS ESTADOS PONHAM FIM À PRÁTICA DE CASAMENTO INFANTIL, PRECOCE E FORÇADO

2010

A Organização Mundial da Saúde declara o fim da pandemia de H1N1

2011

POPULAÇÃO MUNDIAL

7

BILHÕES

Começa a guerra civil na Síria

2012

O Tufão Bopha atinge as Filipinas

2013

O nível de poluição do ar de Pequim é declarado prejudicial à saúde humana



Embora o número e a proporção de pessoas que vivem na pobreza tenham diminuído entre 2000 e 2015, a eliminação da pobreza continua sendo o principal objetivo da nova agenda global.

Mas há aspectos novos para antigos desafios, bem como novos desafios, que são explicitamente

reconhecidos e visados nos ODSs. Estes incluem mudanças climáticas e fragilidade ambiental; um número crescente de crises humanitárias e políticas de difícil solução; um consequente aumento do número de pessoas que vivem em regiões frágeis e instáveis; e uma maior ênfase na necessidade de financiamento

interno, bem como de ajuda ao desenvolvimento, para construir resiliência, ampliar a capacidade e estabelecer as bases para o progresso econômico e social sustentável.

Diferentemente dos ODMs, os ODSs reconhecem explicitamente a saúde sexual e reprodutiva como algo essencial para o desenvolvimento



▲
REVISÃO DOS 20 ANOS DO PROGRESSO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE AÇÃO DA CIPD



▲
METAS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL SÃO ADOTADAS, INCLUSIVE O ACESSO UNIVERSAL AO ATENDIMENTO E AOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA



▲
A Organização Mundial da Saúde anuncia um surto de Zika vírus

2014

A epidemia de Ebola na África Ocidental atinge pelo menos 28.616 pessoas, matando pelo menos 11.310

276 meninas e mulheres na Nigéria são capturadas e mantidas reféns



2015

Líderes mundiais se reúnem em Paris para negociações históricas sobre mudança climática



2016

igualitário e o empoderamento das mulheres, remetendo a saúde sexual e reprodutiva ao ODS 3, para a saúde, e novamente ao ODS 5, para a igualdade de gênero, que também se refere aos direitos reprodutivos. Contudo, assim como foi no caso da CIPD e dos ODMs, os ODSs não reconhecem os direitos sexuais.

Outros elementos centrais da saúde sexual e reprodutiva, inclusive a mortalidade materna e neonatal e o HIV, foram abordados nas metas do ODS 3, e a violência de gênero junto com práticas nocivas nas metas do ODS 5. Os ODSs também requerem a cobertura universal de saúde, especificamente por meio

da garantia do acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade, vacinas e medicamentos seguros, eficazes e acessíveis para todos. Em geral, os ODSs promovem uma agenda para todas as pessoas, como a CIPD continua a fazer, enfatizando a importância da igualdade e atendendo às necessidades dos mais vulneráveis.



DRA. NATALIA KANEM É NOMEADA DIRETORA-EXECUTIVA DO UNFPA



O UNFPA FAZ 50 ANOS



2017

Milhões de pessoas em 168 países se unem à Marcha das Mulheres

As Nações Unidas advertem que 20 milhões de pessoas estão em risco de extrema privação de alimentos e fome generalizada no Iêmen, na Somália, no Sudão do Sul e na Nigéria

2018

A Conferência Global sobre Assistência Médica Básica declara o papel central da saúde sexual e reprodutiva



2019

25º ANIVERSÁRIO DA CIPD



ICPD25
International Conference on Population and Development

Nos últimos 25 anos, em várias reuniões e processos de revisão relacionados à CIPD, algumas regiões do mundo exigiram o reconhecimento dos direitos sexuais. Várias definições atuais de direitos sexuais, incluindo as apresentadas no relatório de 2018 da Comissão *Guttmacher-Lancet* sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos e pela Organização Mundial de Saúde, abrangem os direitos das pessoas de expressarem sua sexualidade individual; os direitos dos adolescentes a receberem educação integral em sexualidade e serviços de saúde sexual e reprodutiva; e os direitos de mulheres e meninas de estarem livres de violência e coerção baseadas em gênero. Esses direitos foram reconhecidos e endossados por organizações da sociedade civil em todo o mundo e ratificados em vários documentos regionais negociados e assegurados pelos governos. Todavia, não há nenhum consenso sobre esses direitos entre todos os Estados Membros das Nações Unidas que tenha sido estabelecido em um documento negociado globalmente.

2019 em diante

Tomando como base a estrutura da CIPD, o 50º aniversário do UNFPA e o 25º aniversário da CIPD apresentam uma oportunidade única para a comunidade global se comprometer totalmente com a realização de uma agenda visionária para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, podendo também alcançar aqueles que foram deixados

para trás. Essa agenda deve prestar atenção à dinâmica populacional, reconhecer os diversos desafios enfrentados por diferentes países em vários estágios de desenvolvimento e fundamentar políticas e programas relacionados aos direitos humanos e à sua realização, bem como à dignidade do indivíduo.

Há um enorme ímpeto em torno dos esforços para alcançar os ODSs, incluindo um compromisso renovado com a “saúde para todos”, reconhecendo explicitamente que todo ser humano tem o direito fundamental de usufruir do mais alto padrão atingível de saúde, sem distinção. O movimento Cada Mulher Cada Criança, lançado

pelo ex-secretário-geral das Nações Unidas Ban Ki-moon em 2010 e agora liderado pelo secretário-geral António Guterres, dirige atenção e esforços combinados para os ODSs e a cobertura universal de saúde no que tange às mulheres, meninas e adolescentes, tendo a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos como uma de suas principais áreas de concentração.

A busca de direitos e escolhas para todos é contínua, com novos desafios surgindo o tempo todo. Ao longo dos anos, a natureza e o alcance desses obstáculos podem ter mudado, mas o compromisso da comunidade internacional para superá-los continua firme.



Milhões de mulheres na Índia se unem para formar um muro de 385 milhas para protestar contra a desigualdade, 2019. © Babus Panachmoodu



SEIS MULHERES, SEIS DÉCADAS, SEIS JORNADAS

Seis mulheres que tinham 10 anos de idade em 1969, quando o UNFPA foi estabelecido, e 35 na época da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento refletem sobre casamento, trabalho e família. Será que elas tinham a liberdade de escolher seus próprios caminhos e moldar seus próprios futuros?



© UNFPA/R. Anis

As escolhas eram limitadas

Dahab Elsayed, 60 anos, mora em um bairro na periferia do Cairo. Ela lembra vagamente do clima de agitação em sua cidade quando a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) ocorreu. Porém, como ela estava ocupada trabalhando e cuidando de sua família naquela época, detalhes sobre a conferência e seu impacto lhe escaparam.

Mas algumas das mudanças de atitudes em relação às mulheres e meninas que ela testemunhou

“Não havia oportunidades além do casamento, era o único futuro que eu podia prever.”

Dahab

mais tarde na vida podem ser atribuídas à CIPD, que reconheceu que a realização dos direitos de meninas e mulheres, especialmente suas escolhas sexuais e reprodutivas, é fundamental para o desenvolvimento.

Quando menina, crescendo em uma família rural pobre de 15 membros,

as escolhas de Dahab eram limitadas e até mesmo a educação estava fora de alcance. “Não havia outras oportunidades além do casamento — era o único futuro que eu podia prever”, diz ela.

Dahab lembra o dia em que uma mulher veio à sua casa e cortou seus genitais. Dahab não tinha

ideia do que estava acontecendo, mas lembra a dor, o sangue e o pó que foi aplicado para estancar o sangramento. Ela se lembra de ficar na cama por 15 dias para se curar. Mas quando cresceu e formou sua própria família, ela também fez com que os genitais da própria filha fossem cortados. “Isso [mutilação genital feminina] era obrigatório”, diz Dahab. Seus sogros insistiram nisso. As perspectivas de casamento dependiam disso. Todas as meninas eram cortadas naquela época.

Ela agora acredita que é errado ser submetida a essa prática, e sua neta foi poupada. “Agora não é mais sensato”, diz Dahab, que aprendeu, a partir de uma campanha de televisão, sobre os danos causados pela mutilação genital e o fato de que o procedimento agora é ilegal.

Dahab teve quatro filhos sucessivamente em pouco tempo logo após seu casamento. Diante da pobreza e do declínio da saúde de seu marido, o casal decidiu que eles já tinham filhos em número suficiente. Como sempre teve ocupações informais — faxineira, lavadeira, cuidadora —, ela nunca teve seguro de saúde para pagar por contracepção. Porém, os aparelhos intra-uterinos eram subsidiados no Egito, então ela começou a usar um.

Seu marido, um estofador, morreu há 20 anos. Desde então, tem sido cada vez mais difícil para ela sobreviver financeiramente. Três de seus filhos têm problemas de saúde que os impedem de trabalhar. Para ajudar a sustentá-los e a ela mesma, trabalha em dois empregos durante o dia e cuida de uma pessoa idosa à noite. Ela raramente

vai para casa. Por mais que ela gostasse de aprender a ler e escrever, se tivesse mais tempo, provavelmente o usaria para ganhar mais dinheiro. Em breve, ela receberá uma pequena pensão do governo, mas não será suficiente para sustentá-la, então ela continuará trabalhando. “As mulheres são as pessoas que trabalham e ganham o dinheiro para a família”, diz ela com naturalidade.

À medida que Dahab e outras pessoas de 60 anos compartilham vislumbres de suas vidas, seus sonhos e lutas, torna-se evidente quão profundamente as circunstâncias políticas e econômicas em que nasceram delinearam o curso de suas vidas. Embora as escolhas e opções reais fossem limitadas, a maioria das

© UNFPA/R. Anis



mulheres encontrou maneiras de navegar nelas, conquistando vidas significativas.

As vidas e experiências das mulheres revelaram-se muito diferentes daquelas que cada uma imaginou para si mesma aos 10 anos de idade. Às vezes, as aspirações eram circunscritas pelos papéis limitados que pareciam disponíveis para as mulheres na época. Outras vezes, elas eram frustradas por um revés social. Algumas vidas tiveram reviravoltas inesperadas e foram bem sucedidas de maneiras que elas não poderiam imaginar nos seus dez anos de idade.

Através de jornadas diferentes, surgem histórias em comum, muitas delas diretamente relacionadas ao mandato e ao trabalho do UNFPA.

Enfrentando um mundo de horizontes limitados

Rajeshwari Mahalingam lembra-se de ter aproveitado a escola no estado indiano de Tamil Nadu, onde era conhecida por seus lindos cabelos longos e cacheados e por sua participação em apresentações de dança. Mas ninguém nunca perguntou sobre seus sonhos ou o



que ela gostaria de fazer no futuro. Quando ela pensava sobre isso, seus possíveis papéis pareciam limitados: dona de casa, assistente de saúde, professora.

Ela entrou em um casamento arranjado aos 25 anos. Foi obrigada a esperar até que todos os sete irmãos mais velhos se casassem

e seus pais pudessem encontrar um par apropriado, um que não exigisse um dote exorbitante.

Depois de dar à luz a dois filhos por cesariana, disseram-lhe que os partos futuros também teriam de ser cesáreas, e o custo seria maior do que o que sua família poderia pagar, então ela decidiu fazer uma ligadura



© UNFPA/Stormy Clicks

“Eu gostava da maternidade mais do que de qualquer outra coisa.”

Rajeshwari

de trompas. Ela já tinha sido obrigada a vender algumas de suas jóias de ouro para pagar o parto de seu segundo bebê, uma menina.

A maioria de suas amigas naquela época estavam tendo famílias menores. Elas foram influenciadas por campanhas de planejamento familiar, diz Rajeshwari, lembrando o *slogan* popular: “Uma família planejada é uma família feliz”.

Ela dedicou a maior parte de sua vida a cuidar de sua família, embora aceitasse e cuidasse de outras crianças para ganhar dinheiro extra, quando os tempos eram difíceis. Ela investiu a maior parte de sua energia e seus sonhos em seus dois filhos, que agora têm nível universitário e são bem

sucedidos. “Eu contava a eles histórias e lia livros com ênfase no servir e em seres humanos honestos. Eu ansiava por vê-los crescer e alcançar mais”, diz ela.

“Eu gostava da maternidade mais do que qualquer outra coisa. Uma mulher é a luz da casa”, diz Rajeshwari. “Uma mulher contribui para a família, dessa forma, para a comunidade, o país e o mundo.”

Ao longo de sua vida, Rajeshwari testemunhou grandes mudanças nas expectativas e possibilidades para as mulheres jovens. Antes de se casar, ela tinha medo de fazer muitas coisas fora de casa — seus pais não aprovavam. Mas sua irmã, apenas cinco anos mais jovem, desfrutou de um maior senso de liberdade

© UNFPA/Stormy Clicks



pessoal, o que permitiu que ela se tornasse uma ativista social, conseguisse concluir um mestrado e trabalhasse profissionalmente em questões femininas.

Da privação à ação política

Aos 10 anos, em Uganda, Josephine Kasya admirava seus professores: “Eles eram os mais inteligentes — e eu disse que me tornaria professora. Também meu pai era professor e eu gostava tanto dele. Eu disse: ‘Eu quero ser como meu pai’ ”.

Mas quando Josephine tinha 12 anos, Idi Amin tomou o poder em seu país e anos de instabilidade, privação e violência se seguiram. Seu sonho de se tornar professora nunca se concretizou.

Depois de uma guerra civil que terminou em 1986, grande parte de sua comunidade havia sido destruída ou perdida, então ela e seu novo marido, um assistente social, mudaram-se para a cidade natal dele numa área remota em uma parte verdejante do sul do país. Embora menos afetada pela guerra, sua nova comunidade não tinha a infraestrutura social a que estava acostumada. “A vida ficou muito diferente e difícil”, diz ela

sobre esse período no início de seu casamento, durante o qual ela criou seis filhos. Buscava água em uma fonte a um quilômetro e meio de distância e cuidava de suas vacas. “Consegui vender leite para ter um pouco de dinheiro para comprar coisas em casa.”

Mas ela não se arrepende dessas dificuldades iniciais, ela diz, que isso a motivou a agir. “É a partir desse cenário rural que eu comecei a convencer as mulheres a se unirem e juntarem seus recursos.” Lá também ela aprendeu como fazer parcerias



© UNFPA/M. Mugisha

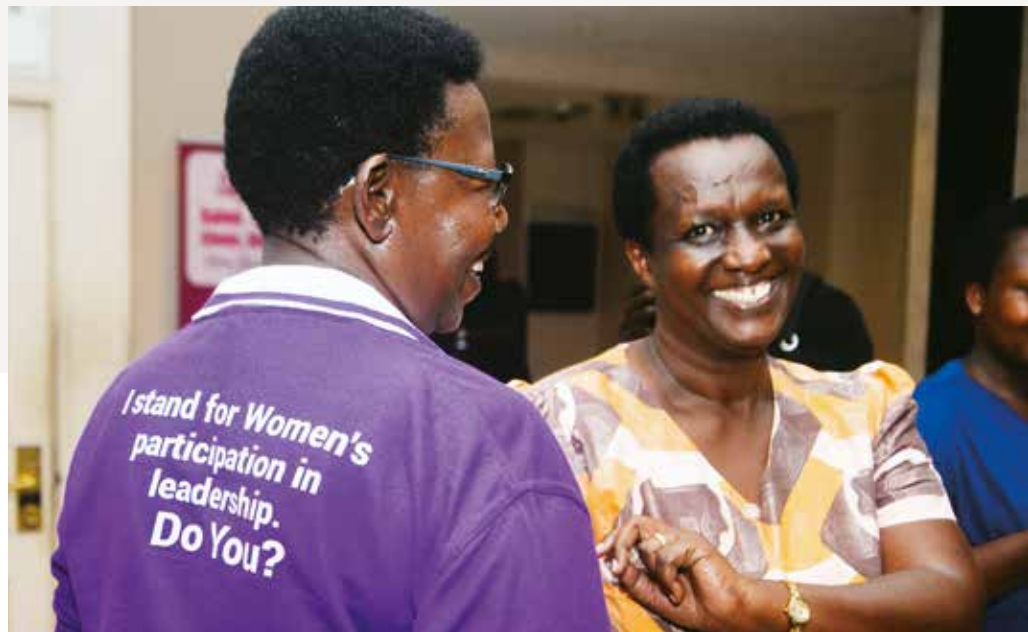
com outras organizações para obter resultados.

Suas habilidades de liderança foram notadas e ela foi eleita para liderar, primeiro em um nível mais local e, mais tarde, em 2001, como presidente de um distrito composto por 250 mil pessoas.

“Eu desmistifiquei a ideia de que a posição era inteiramente para homens e abri o caminho para outras mulheres assumirem posições semelhantes em outros distritos”.

Josephine

© UNFPA/M. Mugisha



Ao longo de sua carreira política, ela tem defendido o desenvolvimento da comunidade, a educação para meninas e a igualdade de gênero, concentrando-se em ser uma voz para as mulheres rurais. Ela se tornou a primeira mulher Presidente de Distrito em Uganda. “Eu desmistifiquei a ideia de que a posição era inteiramente para homens e abri o caminho para outras mulheres assumirem posições semelhantes em outros distritos”, diz ela com orgulho, acrescentando que, em seu distrito, várias outras mulheres assumiram posições de tomada de decisão.

Quando a guerra subverte escolhas

Say Yang sonhava em ir a uma boa escola e estudar muito para realizar seu desejo de se tornar professora. Mas seu sonho evaporou quando ela tinha 16 anos: soldados apareceram em sua comunidade atirando no ar e gritando. Ela foi separada de sua família e forçada a fazer um trabalho árduo. “A guerra destruiu tudo”, diz ela. “Até meus sonhos. De fato, eu nem ousava ter um sonho. Durante a guerra, as pessoas não têm sequer a opção de escolher. Elas fazem tudo o que podem para sobreviver.”



© UNFPA/M. Kasztelan

“Durante uma guerra, as pessoas não têm sequer a opção de escolher. Elas fazem tudo o que podem para sobreviver.”

Yang

No Camboja, quando as liberdades pessoais foram restringidas pelo Khmer Vermelho, Yang foi forçada a se casar com alguém cujo nome ela nem conhecia em uma grande cerimônia coletiva. À medida que seus

nomes eram chamados, cada casal dava um passo à frente. Eles se deram as mãos e prometeram viver como marido e mulher. Inicialmente, por vários meses, ela e o marido eram tão tímidos que raramente ousavam



© UNFPA/M. Kasztelan

olhar-se diretamente ou mesmo falar um com o outro.

Quando o governo do Khmer Vermelho terminou, Yang e seu marido viajaram de volta para sua cidade natal para morar com a mãe dela. Entre 1981 e 1988, ela teve cinco filhos, sendo que um morreu ainda criança e outro aos 13 anos. Depois de saber, por intermédio de uma vizinha, que o hospital na próxima cidade faria uma ligadura de trompas, ela fez a árdua e

um tanto perigosa jornada para se beneficiar disso.

Um dia, no Camboja, Yang recebeu a boa notícia de que estava convidada a se matricular em um curso para a formação de professores. “No entanto, eu simplesmente não consegui. Eu tinha um filho para cuidar e trabalho doméstico para dar conta todos os dias. Eu deixei meu marido ir no meu lugar. Nós tínhamos que achar um equilíbrio entre família e sociedade.”

Defendendo os direitos das mulheres

Até seus 14 anos de idade, Alma Odette Chacón levava uma vida relativamente tranquila e feliz como a mais velha de seis filhos de uma família na Cidade da Guatemala. Seus pais valorizavam a educação e enviavam as crianças para uma escola jesuíta. Quando pensava no futuro, Alma imaginava ser uma professora como sua mãe ou uma contadora como seu pai. O que ela sabia com certeza era que ela queria ajudar os outros.

Sua vida mudou abruptamente na noite em que sua mãe foi ao hospital para dar à luz seu sétimo filho. Ela nunca voltou. Apesar de todos os partos anteriores da mãe terem sido normais, dessa vez algo deu errado.

O mundo de Alma veio abaixo. “Foi muito difícil”, diz ela. “De repente você não tem mais a peça-chave da família, com cada pessoa seguindo seu próprio caminho.” Antes da morte de sua mãe, Alma sempre estivera entre os melhores alunos de sua classe, mas agora não conseguia manter suas boas notas. Seu pai ficava ausente a

maior parte do tempo e, por fim, sua madrasta a expulsou de casa.

Um ano após a morte da mãe de Alma, um terremoto de magnitude 7,5 matou ou feriu 100 mil pessoas e desalojou mais de 1 milhão perto da Cidade da Guatemala. Sensível ao sofrimento dos que foram

desalojados, Alma viu-se ajudando os sobreviventes.

Logo depois, com o patrocínio de sua escola, ela foi passar um mês ensinando em uma comunidade indígena Quiché. Essas duas experiências, lidando com pessoas em situação de vulnerabilidade e

sofredoras — principalmente mulheres indígenas —, foram fundamentais para seu compromisso com a justiça social por toda a sua vida, diz ela.

Aos 20 anos, temendo ser presa por seu envolvimento na política, ela trocou a Guatemala pelo México, onde buscou treinamento em comunicação. Lá, ela viu um modo de vida mais livre e foi exposta a ideias feministas. Para se sustentar, trabalhou em vários empregos: faxineira, assistente de produção e secretária de um centro de direitos humanos, entre outras coisas.

© UNFPA/Rizzo Producciones



“As mulheres agora sabem claramente que têm direitos e devem poder decidir o que acontece com seus corpos”.

Alma

Em meados da década de 1990, Alma viajou pela América Central e ajudou a organizar uma reunião regional sobre os direitos das mulheres. Esse trabalho estimulou seu engajamento no movimento de mulheres e sua compreensão da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos como uma alavanca central para um desenvolvimento mais amplo.

Ela está morando na Guatemala novamente e trabalha há várias décadas com a Terra Viva, uma organização sem fins lucrativos que trata dessas questões. Através dessa lente, ela vê grandes mudanças nas atitudes das mulheres, especialmente nas comunidades indígenas: “As mulheres agora sabem claramente que têm direitos e devem poder decidir o que acontece com seus corpos”.

Uma vida inteira ajudando os outros

Tefta Shakaj sempre quis estudar na universidade para se tornar médica, mas isso não era uma opção para ela na Albânia, quando era adolescente. “Éramos obrigadas a fazer o que nos diziam”, diz ela. Depois de completar o ensino médio, no entanto, ela teve uma oportunidade que mudou a direção de sua vida: um programa de estudo de um ano para se tornar uma enfermeira obstetra.

Após o treinamento, Tefta foi designada para uma aldeia remota sem instalações médicas, pessoal e suprimentos. A vida lá era dura em muitos níveis. Mas ela adorava cuidar de recém-nascidos e mães e trabalhou com paixão – ajudando no parto de bebês, prestando cuidados



© UNFPA/G. Banaj

pré-natais, cuidando de crianças pequenas em uma enfermaria pediátrica. “Eu ajudei muito porque muitos partos aconteciam em casa — não havia muitos centros de atendimento. Estou feliz por ter ajudado tantas mulheres.”

No início dos anos 90, após a queda do regime comunista da Albânia, ela viveu o caos e a escassez de tudo. Ela se casou e teve dois filhos, mas teria mais se não houvesse tanta incerteza econômica na época. Então, além disso, o marido adoeceu e precisaram de dinheiro para pagar por serviços

© UNFPA/Rizzo Producciones





“Estou feliz por ter ajudado tantas mulheres”

Tefta

médicos. Sem nenhum acesso a contraceptivos, ela engravidou e, como muitas mulheres daquela época na Europa Oriental, ela fez um aborto.

Houve um lado positivo na turbulência do início dos anos 1990, diz ela: isso estimulou um êxodo de albaneses para a Itália e a Grécia, expondo as pessoas a novas ideias e maneiras de fazer as coisas. Dos que saíram da Albânia, “começamos a ver outro mundo e outras perspectivas”, diz ela. “Antes disso, só ouvíamos dizer que tudo fora da Albânia era ruim.”

A vida está melhorando na Albânia, diz Tefta, e ela acredita que suas próprias filhas e netos terão mais opções e oportunidades do que ela. Os contraceptivos são agora

amplamente disponíveis e gratuitos. E sua filha mais nova escolheu se tornar policial — um sinal de que velhas noções de igualdade de gênero estão mudando.

© UNFPA/G. Banaj





© UNFPA/R. Anis



© UNFPA/M. Kasztelan

As vidas que elas viveram

Todas as seis mulheres são notáveis quanto ao impacto que tiveram sobre os outros, seja em suas próprias famílias ou em uma esfera mais ampla. E quando suas vidas são observadas ao longo de seis décadas, também fica claro até que ponto as mulheres, várias delas poderosas agentes de mudança

em suas próprias famílias ou comunidades, também foram muito afetadas por forças sociais, políticas e econômicas mais amplas. Concessões foram feitas; aspirações, frustradas.

Dahab continua sua labuta em três empregos, mas ela diz que aceitou sua vida e se sente contente. O amor precoce de Rajeshwari

pela dança se transformou em seu treinamento em uma forma rigorosa de yoga. Seus sonhos não vividos voltados à educação estão sendo realizados por meio de seus filhos.

Embora Yang diga que seus sonhos morreram com a violência que sofreu durante a guerra, seus parentes próximos são fundamentais para sua vida. Além de cuidar de

© UNFPA/Stormy Clicks





© UNFPA/G. Banaj

seus quatro netos e, de tempos em tempos, de sua mãe idosa, ela iniciou recentemente um negócio familiar de lavanderia.

Alma continua a encontrar significado e propósito em seu trabalho sobre o empoderamento das mulheres, sem planos de se aposentar em breve. “Há mais por vir”, diz ela. Tefta, que está lutando contra

um câncer, está determinada a ver a neta crescer e permanecer engajada na vida. “Eu não vou deixar o tumor tirar o melhor de mim”, diz ela. “Eu vou continuar a ajudar enquanto tiver energia.”

E Josephine, em Uganda, pretende concorrer a mais um mandato — seu quinto — antes de se aposentar do cargo público.

Mas ela não está planejando parar de fazer o que ama. “Com o passar dos anos, não sou tão forte quanto costumava ser. Mas sou muito apaixonada por panificação e estou planejando treinar um grupo de mulheres para que elas possam assar e vender pão”.

© UNFPA/M. Mugisha

© UNFPA/Rizzo Producciones





DIREITOS EM RISCO EM TEMPOS DE CRESCIMENTO POPULACIONAL

Foi uma era de avanços tecnológicos extraordinários. Neil A. Armstrong e Edwin Aldrin Jr. fizeram a primeira caminhada na Lua em 1969. Também naquele ano, pela primeira vez, os médicos substituíram o coração de um homem à beira da morte por outro mecânico. E um óvulo humano foi fertilizado em um tubo de ensaio (Edwards *et al.*, 1969).

E em 1969, avanços anteriores na tecnologia médica, juntamente com sistemas de saúde pública mais fortes, melhor nutrição e saneamento e um compromisso global para acabar com o flagelo da mortalidade infantil começaram a valer a pena. Em todo o mundo, as taxas de mortalidade infantil despencaram de 215 mortes por mil nascidos vivos em 1950 a menos de 160 por mil apenas 19 anos mais tarde (Nações Unidas, 2017).

Outros avanços médicos estavam ajudando as pessoas a viver mais tempo. Em todo o mundo, a

expectativa de vida em 1969 era de cerca de 55 anos, mais do que os 47 anos em 1950.

Melhores taxas de sobrevivência infantil e vidas mais longas transformaram a condição humana. Além disso, quando combinados com uma taxa de fecundidade média global de cerca de cinco nascimentos por mulher, elas também mudaram a trajetória da população mundial.

A população mundial em 1969 crescia em torno de 2% ao ano. Nesse ritmo, ela dobraria em apenas

35 anos. Nunca antes a população havia crescido tão rapidamente.

Da comemoração à preocupação

A comemoração global dos sucessos da saúde pública logo deu lugar a temores de um futuro distópico no qual muitas pessoas competiriam por recursos cada vez mais escassos. O que esse crescimento significaria para desafios globais como a fome? O que significaria para áreas que foram dilaceradas por conflitos? Como poderiam os esforços para fazer

crescer as economias e tirar as pessoas da pobreza acompanhar os números humanos que estavam se expandindo tão drasticamente? E o que poderia ser feito sobre isso?

Para alguns, o crescimento populacional não era visto como um reflexo do progresso humano, mas como uma ameaça à humanidade, um problema que exigia uma solução urgente.

O medo das consequências do rápido crescimento populacional dominava as preocupações da comunidade de segurança já nos anos 50. Nos Estados Unidos, o presidente Dwight D. Eisenhower designou o general aposentado William H. Draper para liderar uma comissão com o intuito de elaborar estratégias coerentes de assistência ao desenvolvimento. A comissão de Draper destacou o que via como principais preocupações relacionadas ao crescimento populacional em várias partes do mundo em desenvolvimento, ligadas principalmente à produção de alimentos. “Problemas relacionados ao crescimento da população mundial estarão entre os mais sérios a serem enfrentados pela geração dos jovens de hoje”, diz o relatório da comissão de 1959. “A menos que a relação entre as tendências atuais de crescimento populacional e a produção de alimentos seja revertida, a já difícil tarefa do desenvolvimento econômico se tornará uma impossibilidade prática” (Draper *et al.*, 1959).

Para enfrentar esse desafio, a comissão recomendou que os Estados Unidos e outras economias avançadas fornecessem informações e assistência

Em todo o mundo, as taxas de mortalidade infantil despencaram de **215** mortes por mil nascidos vivos em 1950 para **menos de 160 por mil** apenas 19 anos mais tarde



“Problemas relacionados ao crescimento da população mundial estarão entre os mais sérios a serem enfrentados pela geração dos jovens de hoje”.

Comissão Draper

técnica aos países em desenvolvimento, a pedido destes, “na formulação de seus planos para lidar com o problema do rápido crescimento populacional”. Também recomendou que os Estados Unidos “aumentem sua assistência a programas locais relacionados ao bem-estar materno-infantil”.

Vários anos depois, Paul Ehrlich opinou em *The Population Bomb* que, “Seja qual for o problema em que você esteja interessado, você não vai resolvê-lo, a menos que você também resolva o problema da população. Seja qual for a sua causa, é uma causa perdida se não houver controle populacional” (Ehrlich, 1968).



© Mark Tuschman

Ehrlich foi entrevistado várias vezes por Johnny Carson, apresentador do popular programa televisivo norte-americano *The Tonight Show*. O livro tornou-se um best-seller e, logo, a noção de “superpopulação” e as perguntas sobre o que – se alguma coisa – deveria ser feito a respeito estavam sendo debatidas em salas de estar, auditórios e nos corredores do governo em todo o mundo.

Um estudo de 1972, encomendado por um grupo de pesquisa internacional, o Clube de Roma, e realizado por pesquisadores do Instituto de Tecnologia de Massachusetts, aumentou ainda mais as preocupações

sobre o que o rápido crescimento populacional poderia significar para a sociedade. Em seu estudo, *The Limits to Growth* [Os Limites do Crescimento], os pesquisadores elaboraram cenários futuros baseados em diferentes hipóteses relacionadas a crescimento populacional, produção de alimentos, industrialização, poluição e consumo de recursos naturais não renováveis (Meadows *et al.*, 1972). O modelo “*standard run*”, que se baseava na continuação das tendências históricas de 1900 a 1970, levava a “extrapolação e colapso”, decorrentes do esgotamento dos recursos, da crise da base industrial (e, com ela, dos sistemas agrícolas,

que se tornaram dependentes de insumos industriais) e do crescimento da população, que é eventualmente revertido devido ao aumento das taxas de mortalidade por falta de alimentos e serviços de saúde. Outros cenários baseados em suposições ajustadas sobre uma ou mais variáveis, também levavam a uma eventual extrapolação e a um colapso. Apenas um cenário, no qual as taxas de crescimento da população e do capital industrial se estabilizam e os avanços tecnológicos sustentaram o controle da poluição e a produção eficiente de alimentos, alcançou um estado de equilíbrio que resultava em um “mundo estabilizado”.

“Se as atuais tendências de crescimento da população mundial, industrialização, poluição, produção de alimentos e esgotamento de recursos continuarem inalteradas”, concluíram os pesquisadores, “os limites para o crescimento neste planeta serão atingidos em algum momento nos próximos 100 anos. O resultado mais provável será um declínio súbito e incontável na capacidade populacional e industrial.” Os métodos e resultados do estudo foram amplamente discutidos e debatidos, gerando mais interesse em examinar as interações

entre o crescimento populacional e outros sistemas humanos e naturais (Nørgård *et al.*, 2010).

Da preocupação ao controle

Temendo que o rápido crescimento populacional pudesse reverter os ganhos de desenvolvimento, gerar fome, ou algo pior, organizações internacionais e não governamentais e os governos de cada país começaram a agir.

Em muitos lugares, essa ação se dava na forma de exame das tendências populacionais e busca por

entender melhor suas implicações para outros objetivos sociais. Em outros lugares, a ação se deu por meio de lançamento de programas de planejamento familiar. Em alguns lugares, a ação resultou em medidas para encorajar, ou até forçar, casais e indivíduos a terem menos filhos ou nenhum, às vezes infringindo direitos e escolhas ao longo do caminho.

Ao longo das décadas de 1970 e 1980, muitos países adotaram políticas de planejamento familiar ou de população. Frequentemente, tais políticas continham objetivos ou metas vinculadas a resultados

Mural de planejamento familiar: “Segundo filho após três anos”, Índia, 1988. © Raghu Rai/Magnum Photos



demográficos — uma data-alvo para alcançar a estabilização da população, por exemplo, ou metas relacionadas à redução nas taxas de fecundidade ou ao aumento na proporção da população que utiliza algum método moderno de contracepção.

Os objetivos demográficos, entretanto, algumas vezes tiveram prioridade sobre os direitos e as escolhas individuais. Programas de planejamento familiar que eram voluntários, quando os indivíduos tinham o poder de tomar suas próprias decisões sobre contracepção, eram vistos por alguns como inadequados para reduzir a fecundidade. “As condições que fazem com que os nascimentos sejam desejados ou indesejados estão fora do controle do planejamento familiar, portanto, além do controle de qualquer nação que se apoie apenas no planejamento familiar como política populacional”, escreveu o sociólogo americano Kingsley Davis em um artigo influente em 1967 (Davis, 1967). Ele argumentava que, se a política populacional fosse destinada a controlar o crescimento da população em benefício da sociedade, então seriam necessárias novas orientações na política populacional — além de simplesmente fornecer planejamento familiar.

Entre as recomendações de Davis: o adiamento do casamento, bem como intervenções para promover a limitação de nascimentos dentro do casamento. Tais intervenções tinham o potencial de corroer a proteção e a promoção dos direitos individuais. Por exemplo, incentivos financeiros — como pagamentos em dinheiro, alimentos



Serviço gratuito de assistência infantil oferecido pelo programa de planejamento familiar. Índia, 1972. ©Foto das Nações Unidas/ILO

ou utensílios domésticos — eram incorporados em algumas políticas populacionais como uma estratégia, a fim de persuadir os casais a adotar métodos específicos de planejamento familiar ou limitar a gravidez (Heil *et al.*, 2012); e algumas políticas populacionais que também ofereciam preferências de moradia e empréstimos a famílias com menos filhos (Ross e Isaacs, 1988).

As metas para redução da fecundidade e desaceleração do crescimento populacional, em vários casos, interferiram nos direitos e

nas escolhas individuais, conforme delineado no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD). A política de planejamento familiar da China, por exemplo, geralmente limitava os casais a apenas um filho. Esta política foi aplicada enquanto vigorou, de 1979 até 2015, por meio de uma série de penalidades, contracepção, aborto e esterilização obrigatórias (Wang *et al.*, 2016).

As preocupações demográficas impulsionaram muitas das inovações nas tecnologias contraceptivas nas



vários casos, a políticas e programas que limitaram ou até mesmo atropelaram direitos e escolhas, as mudanças demográficas do século XX também inspiraram novas ondas de estudos e discursos globais sobre as maneiras pelas quais a dinâmica populacional influencia e é influenciada por tendências socioeconômicas e sobre como se deu a intersecção entre essas tendências e uma agenda emergente de direitos humanos.

Novas instituições surgiram para investigar as implicações do crescimento populacional e de potenciais políticas e respostas programáticas. Em 1952, John D. Rockefeller III convocou uma reunião, sob os auspícios da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, para investigar questões relacionadas às tendências demográficas e suas consequências. Pouco tempo depois, ele estabeleceu o Conselho de População para continuar esse trabalho. Desde seus primórdios, o Conselho de População se engajou em atividades relacionadas à construção da compreensão das tendências populacionais e sua relação com os objetivos sociais: um de seus primeiros programas fornecia apoio aos estudantes de pós-graduação para treinamento avançado em demografia.

O trabalho inicial do Conselho de População não era puramente demográfico; todavia, isso também refletia o entendimento de que as tendências demográficas tinham vidas individuais em sua base. Os programas do Conselho de População

Uma jovem examina o 'loop' em um centro de planejamento familiar. África Oriental, 1973. ©Foto das Nações Unidas / FAO

décadas de 1950 e 1960, levando a métodos modernos, inclusive os contraceptivos orais e injetáveis e os dispositivos intrauterinos. Porém, em alguns casos, as políticas populacionais motivadas por questões demográficas resultaram em abordagens que limitavam a qualidade do atendimento e colocavam em risco a saúde e os direitos dos indivíduos.

O primeiro teste de contraceptivos orais em grande escala, por exemplo, ocorreu em 1956 entre 200 mulheres que viviam em um projeto de habitação em Porto Rico. As mulheres receberam pouca informação sobre segurança e potenciais efeitos colaterais, uma vez que pouco se sabia

sobre isso na época (Liao e Dollin, 2012). Com o tempo, outras questões foram levantadas sobre as práticas de agências, empresas privadas e governos responsáveis pelo desenvolvimento e avaliação de tecnologias anticoncepcionais – inclusive sobre a falta de consentimento informado, aconselhamento adequado e acompanhamento médico (Nações Unidas, 2014).

Expandir a compreensão das tendências, ampliando as opções para os indivíduos

Embora os temores do crescimento populacional tenham levado, em

Crescimento populacional e crescimento econômico

Depois de uma fundamentação inicial em debates ideológicos, as evidências — e não o poder e o apoio político — seriam levadas em consideração na questão sobre como os crescimentos econômico e populacional estavam relacionados. Um artigo importante de Coale e Hoover (1958) demonstrou que, nos países em que o crescimento populacional era muito alto, o crescimento econômico estava defasado. Essa correlação não demonstrou causalidade, mas, mesmo assim, foi usada por alguns para reforçar os temores do impacto negativo das altas taxas de crescimento populacional sobre as economias.

No entanto, estudos posteriores desbancaram essa noção. Por exemplo, em 1984, pouco antes da Conferência Internacional de População na Cidade do México, um estudo encomendado pela Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos concluiu que o crescimento populacional era um fator neutro no crescimento econômico. Esta conclusão veio de uma comparação das taxas de crescimento na população com taxas de crescimento na economia (não nos níveis dos dois). Parecia não haver correlação (*National Research Council*, 1986). Essa conclusão incerta e outras pesquisas reforçaram a resistência aos esforços de planejamento familiar na conferência de 1984 e posteriormente.

Desde o final da década de 1990, tem havido um reconhecimento crescente de que as mudanças e os níveis totais da população não fornecem uma explicação da relação entre fatores. O que é relevante é a mudança na estrutura etária das populações, uma vez que os nascimentos são em menor número, ocorrem mais tarde e são mais seguros (Bloom *et al.*, 2000 e 2007; Bloom e Canning, 2004), juntamente com os atributos e as oportunidades da população, especificamente em torno da educação (Lutz *et al.*, 2008), da saúde e do emprego (Joshi e Schultz, 2007). À medida que a fecundidade diminui, a proporção da população em idade ativa

aumenta em relação à proporção da população que é muito idosa e muito jovem. Se esse período coincidir com um amplo e significativo investimento em capital humano concentrado desde a juventude até a idade adulta, juntamente com oportunidades no mercado de trabalho, o resultado será um impulso no crescimento econômico e na prosperidade da população. Esse efeito, chamado de “dividendo demográfico” ou “bônus demográfico”, não dura indefinidamente. À medida que a mortalidade continua a cair, inclusive em idades mais avançadas, os dependentes mais velhos se tornam uma proporção crescente da população e a oportunidade de dividendo pode ser atenuada.

Esse efeito, chamado de “dividendo demográfico” ou “bônus demográfico”, não dura indefinidamente.

Com os crescentes estudos sobre o dividendo demográfico, a dinâmica populacional voltou a ganhar seu lugar nas discussões de política econômica. Este ressurgimento não foi isento de advertências e mal-entendidos adicionais. O fenômeno está associado a uma população maior de jovens e adultos em relação a crianças e idosos e não a um aumento bruto na população em idade ativa — portanto, é necessário um declínio na fecundidade para reduzir o tamanho das coortes seguintes. Questões de gênero também precisam ser incluídas. As populações em idade ativa aumentam quando as mulheres podem entrar produtivamente na força de trabalho (o mesmo se aplica às populações em situação de vulnerabilidade e excluídas). Além disso, o envelhecimento nem sempre está associado a uma janela de oportunidade perdida. As pessoas nascem sem recursos, mas entram na “dependência” da velhice com recursos acumulados, a menos que tenham sido perenemente pobres. Pressupõe-se, muitas vezes equivocadamente, que a janela de oportunidade dissipa-se rapidamente quando a dependência atinge o seu mínimo, embora ela ainda seja mais favorável do que o ponto de partida inicial nos anos adicionais. Esse fato reforça a necessidade de investimentos em suporte ao longo do tempo, inicialmente facilitando e mantendo o dividendo.

em pesquisa social e biomédica procuravam esclarecer o contexto em que os indivíduos tomavam decisões sobre suas vidas reprodutivas e investigar tecnologias contraceptivas que poderiam ajudar a expandir as opções dos sujeitos relacionadas ao sexo e à maternidade. Essas questões eram uma preocupação central para aqueles que trabalhavam para ampliar o leque das opções e escolhas das mulheres dentro do que era conhecido na época como o movimento de “controle de natalidade”; de fato, a Federação Internacional de Planejamento Familiar foi criada no mesmo ano, sob a presidência conjunta da pioneira em controle de natalidade Margaret Sanger, dos Estados Unidos, e de Lady Rama Rau, da Índia (Claeys, 2010).

O relatório da Comissão Draper de 1959 influenciou o posterior estabelecimento do Escritório de População na Agência dos Estados

Unidos para o Desenvolvimento Internacional em 1969, e outros países desenvolvidos começaram a estabelecer programas populacionais como parte de suas estratégias de ajuda externa. A principal característica desses programas era a prestação de informações e serviços de planejamento familiar. Os Estados Unidos e a Suécia logo se tornaram os principais doadores bilaterais para programas de planejamento familiar em todo o mundo em desenvolvimento (Robinson e Ross, 2007).

As inquietações sobre o rápido crescimento populacional também chegaram à Assembleia Geral das Nações Unidas, que em 1966 aprovou a resolução 2211 (XXI), intitulada *Crescimento populacional e desenvolvimento econômico*. Essa resolução convocou as Nações Unidas a “assistirem, quando solicitado, ao desenvolvimento e ao fortalecimento adicional de instalações nacionais e regionais de treinamento, pesquisa, informação e serviços de assessoria no campo da população, tendo em mente as diferentes características do problema populacional em cada país e região e as necessidades daí decorrentes” (Singh, 2002). No ano seguinte, o Secretário-Geral U Thant estabeleceu um fundo fiduciário [*“trust fund”*], com um amplo mandato, para apoiar o desenvolvimento da política populacional em países do mundo todo e, em 1969, esse fundo fiduciário tornou-se o UNFPA, tendo Rafael Salas como seu primeiro diretor-executivo.

O UNFPA, juntamente com outras instituições similares na época, ajudou a lançar uma investigação

mais profunda sobre as causas e consequências das tendências populacionais. Em parceria com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, o UNFPA lançou a *World Fertility Survey* [Pesquisa sobre a Fecundidade Mundial], para coletar e sintetizar dados populacionais robustos. Essa pesquisa, pela primeira vez, ajudou a esclarecer questões importantes relacionadas à vida das mulheres — incluindo suas preferências, escolhas e necessidades relacionadas à fecundidade e à maternidade.

O Conselho de População, a Federação Internacional de Planejamento Familiar, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e outras entidades foram membros fundadores de um novo movimento populacional, que trouxe nova energia, vontade política e recursos para a exploração de questões populacionais, resultando na expansão dos programas de planejamento familiar nos países em desenvolvimento, o que ajudou a capacitar os indivíduos a fazer escolhas sobre suas vidas reprodutivas. Contudo, havia uma crescente tensão dentro do movimento, que questionava se o crescimento populacional, em sua raiz, era um problema e, se fosse, se os programas de planejamento familiar eram uma solução adequada ou suficiente.

Essa tensão veio à tona na Conferência Mundial de População, em Bucareste, em 1974. Naquela época, os países desenvolvidos já vinham apoiando os esforços de planejamento familiar nos países



Margaret Sanger

© Pictorial Press Ltd/Alamy Stock Photo

CAMPEÃO DA MUDANÇA

Rafael Salas

Carinhosamente conhecido como “Sr. População”, Rafael Salas supervisionou o nascimento do UNFPA como seu primeiro diretor-executivo em 1969. Sob sua liderança, o UNFPA, de pequeno órgão tornou-se o maior fornecedor multilateral de assistência a populações do mundo. Ao longo de sua trajetória, surgiu um consenso global em torno dos vínculos intrínsecos entre população e desenvolvimento e os direitos sexuais, reprodutivos e de saúde das pessoas, culminando no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.

“Os pais têm o direito humano básico de determinar de maneira livre e responsável o número de filhos e o espaçamento entre eles”, disse ele aos participantes da Conferência Internacional de Direitos Humanos de 1968. Foi uma declaração singular para a época, especialmente sendo Salas o vice-presidente da Conferência.

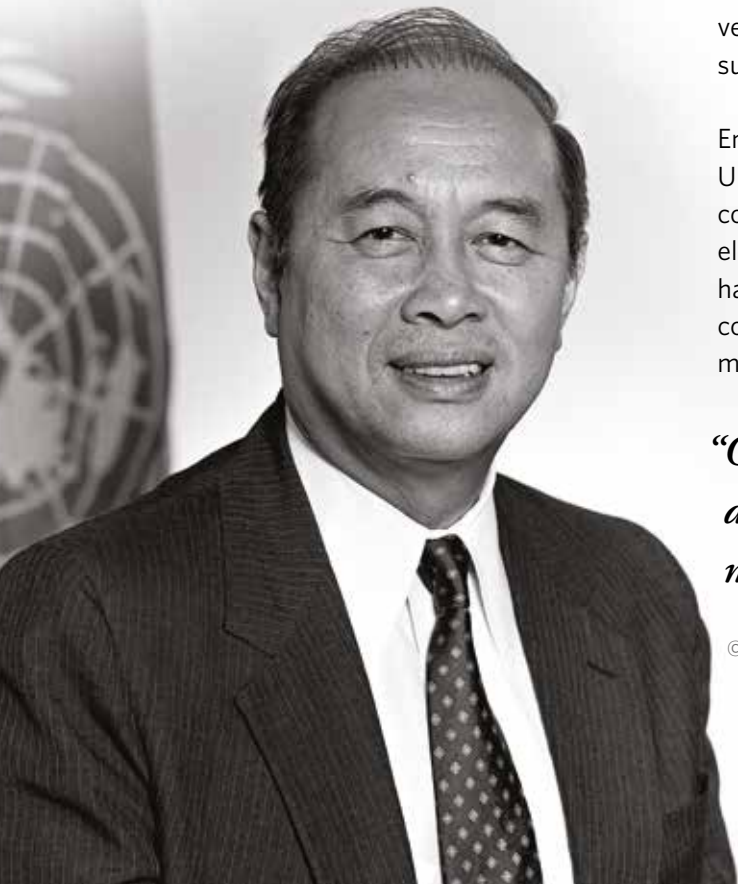
Salas ficou muito conhecido por reunir pessoas que, se não fosse por ele, teriam provavelmente permanecido separadas, ajudando-as a ultrapassar posições ideológicas estanques e chegar a um consenso em relação a preocupações comuns. O foco estava sempre em promover o bem maior. Ele liderou a Conferência Internacional de População de 1984 na Cidade do México e foi pioneiro no trabalho das Nações Unidas com parlamentares e líderes religiosos. Persuadiu indivíduos em todos os níveis do governo a inserir as conexões entre população e pobreza nos planos de desenvolvimento nacional.

Um homem de muitos talentos, Salas foi, em diferentes momentos, professor e poeta, diretor-executivo do Conselho Econômico Nacional em sua terra natal, Filipinas, e diretor do *The Manila Chronicle*. Como coordenador nacional do Programa Nacional de Suficiência de Arroz e Milho das Filipinas, deu um impulso a uma “revolução verde” que, pela primeira vez, tornou as Filipinas auto-suficientes na produção de arroz.

Em 1987, quando seu mandato como diretor-executivo do UNFPA foi interrompido por sua morte prematura, amigos e colegas de todos os cantos do mundo foram dizer adeus. Ao elogiar suas muitas conquistas, todos concordaram que haviam perdido um grande homem, que sempre se comportara como um humilde funcionário público. Seria lembrado como muito amado por sua humanidade e anos de serviço.

“Os pais têm o direito humano básico de determinar de maneira livre e responsável o número de filhos e o espaçamento entre eles.”

© UN Photo/Milton Grant



em desenvolvimento e auxiliando os governos no estabelecimento de políticas populacionais.

No entanto, nem todos os países em desenvolvimento acolheram esse apoio; alguns, de fato, não viam o crescimento populacional como um desafio em seus países e estavam frustrados com o fato de que o mundo desenvolvido estava, por sua maneira de pensar, indevidamente distraído com a questão. Para aqueles cujos pontos de vista eram influenciados pela teoria marxista do valor-trabalho, uma

população maior significava mais trabalhadores e, portanto, geração de mais riqueza — e tentativas de diminuir esse crescimento foram recebidas com suspeita e resistência. Outros acreditavam que mais trabalhadores melhorariam as condições apenas se o mercado gerasse empregos suficientes. Como as taxas de crescimento populacional frequentemente excediam as taxas de crescimento econômico, a diferença levaria a subempregos ou desemprego, com turbulência social como resultado.

“É devido à superpopulação a existência de desemprego e pobreza em muitos países do mundo hoje? Não, absolutamente não. É principalmente devido à agressão, ao saque e à exploração por parte dos imperialistas, particularmente as superpotências”, disse Huang Shu-tse, chefe da delegação chinesa em Bucareste (Potts *et al.*, 2018). Karan Singh, o ministro indiano da Saúde e do Planejamento Familiar, argumentou que as condições sociais e econômicas mais amplas eram as principais responsáveis pela

CAMPEÃ DA MUDANÇA

Judith Bruce

Como uma adolescente observadora, Judith Bruce percebeu que, a menos que fosse firmemente desafiado, o processo convencional de “tornar-se mulher” significava não apenas mudanças corporais, mas também uma perda de liberdades. As escolhas das jovens mulheres sobre sexualidade e fecundidade eram restringidas não apenas pelo atendimento médico insensível, mas também pela falta de uma “voz” e renda independentes.

Embora sua geração tenha recebido de bom grado os contraceptivos modernos, Bruce questionava a forte dependência das correções técnicas. Com 20 e poucos anos, ela participou de uma ação coletiva para apoiar o direito de escolha de uma mulher e estudou como a adolescência das meninas moldava sua capacidade de levar uma vida digna à sua escolha.

Seu caminho intelectual seguiu sua experiência vivida, pois, quase simultaneamente, publicou sobre o poder de barganha social e econômica das

mulheres nos lares e no atendimento centrado no cliente. Sua estrutura de “qualidade do atendimento” sustentava uma mudança global nos programas de planejamento familiar desde o destaque a metas numéricas, como a métrica de sucesso, até a promoção do uso sustentável e seguro dos contraceptivos, respondendo às prioridades de meninas e mulheres. Essa estrutura continha seis elementos: assegurar que as clientes pudessem escolher entre uma gama de diferentes métodos contraceptivos adequados às suas necessidades; trocar informações com as clientes para garantir escolhas conscientes; competência técnica dos provedores; relações interpessoais respeitadas e solidárias; mecanismos de acompanhamento e continuidade para enfrentar as taxas de descontinuação; e uma constelação apropriada de serviços para garantir que as clientes recebam a gama de infraestrutura de que precisam para atender tanto às necessidades de saúde quanto a seu ambiente social mais amplo.

Essa estrutura forneceu a base do Projeto de Qualidade patrocinado pelo Conselho de Planejamento Familiar da China, que exigiu a reorientação do programa nacional de planejamento familiar e foi o precursor

alta fecundidade e, portanto, uma maior ajuda ao desenvolvimento, e não a assistência ao planejamento familiar, deveria ser a prioridade. “Desenvolvimento”, disse ele, “é o melhor contraceptivo” (Potts, 1992).

Essas conversas contribuíram para um senso geral de ambivalência sobre a eficácia dos programas de planejamento familiar nascentes e a relação entre o crescimento populacional e o crescimento econômico de forma mais ampla. De fato, inúmeras vezes questionaram quais são os fatores que contribuem

para o declínio da fecundidade e aceleram a transição demográfica nos países em desenvolvimento.

Em 1974, em Bucareste, John D. Rockefeller III expressou “desapontamento com os resultados da abordagem de planejamento familiar” e recomendou uma reavaliação que ultrapassaria a simples provisão de planejamento familiar. “Na minha opinião, se quisermos fazer verdadeiros progressos no desenvolvimento econômico e social, se quisermos progredir na consecução dos objetivos quanto à população, as mulheres

deverão ter mais liberdade de escolha na determinação de seus papéis na sociedade” (Rockefeller, 1978).

Retrocesso em políticas populacionais estritamente definidas

À medida que as políticas nacionais de população continuavam a se expandir ao longo dos anos 80, o medo e a desconfiança daqueles que promoviam os objetivos demográficos continuavam a se avolumar. Um crescente movimento internacional de saúde da mulher começou a defender

institucional da descontinuação da chamada política do filho único. Bruce arquitetou o reconhecimento, por parte da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento de 1994, de que os serviços de saúde reprodutiva centrados no cliente e as estratégias de empoderamento feminino eram objetivos iguais, não concorrentes.

Hoje, ela adverte sobre a necessidade de se utilizar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para direcionar investimentos para as áreas mais problemáticas, onde casamento infantil, coerção sexual, demandas não atendidas, escassez de recursos e pobreza intergeracional se sobrepõem. “As meninas que correm o maior risco de ter os piores resultados são mais propensas a se tornar mães solteiras e o único arrimo de família”, diz ela. Essas meninas, então, tornam-se ainda mais vulneráveis, porque suas responsabilidades domésticas as impedem de aproveitar oportunidades de aprendizado, emprego e participação em suas comunidades. Enquanto isso, suas contrapartes masculinas podem se beneficiar de novas economias fomentadas pela tecnologia.

“Sem investimentos vigorosos em meninas de 10 a 14 anos, os países não podem contar com a obtenção de um dividendo demográfico”, afirma ela.

Não fazer esses investimentos, diz, significa pobreza planejada. E ela prevê “crescentes pressões sobre as jovens mulheres para negociar a sexualidade e a fecundidade para sobreviver diante de crescentes emergências climáticas, conflitos, deslocamentos, escassez e estresse”.

Bruce apela para que haja uma reversão dessa pobreza planejada e da saúde reprodutiva deficiente que a acompanha, por meio da implementação de planos específicos para a idade, o gênero e o local daquelas que provavelmente ficarão para trás. O ponto de partida para a mudança: as 50 milhões de meninas de 10 anos de idade nos países mais pobres de hoje.

© Nadia Todres



programas que assegurassem não apenas o acesso ao planejamento familiar, mas uma abordagem mais holística da saúde reprodutiva das mulheres, incluindo atenção às questões de sexualidade e relações de gênero.

Embora diversificada em muitos aspectos, uma mensagem fundamental unia o movimento de saúde das mulheres: a concepção, a implementação e a avaliação de programas de saúde da mulher deveriam ser moldadas por uma preocupação com saúde e direitos reprodutivos, e não por objetivos demográficos. Os grupos de mulheres de todo o mundo pediam cada vez mais políticas e programas que tratassem as mulheres como sujeitos, com suas próprias necessidades e direitos, e não apenas como objetos para alcançar objetivos sociais mais amplos.

Um número crescente de vozes começou a exigir novas pesquisas e dados sobre as necessidades e preferências das mulheres relacionadas à fecundidade e ao planejamento familiar, e muitos argumentaram que essas necessidades e preferências, em vez de metas demográficas, deveriam servir como principal guia para políticas populacionais e programas de planejamento familiar. De fato, pesquisas influentes realizadas por Sinding *et al.* (1994) mostraram que, na maioria dos países analisados, a demanda existente por planejamento familiar excedia as metas nacionais de taxas de prevalência contraceptiva estabelecidas pelos governos; portanto, argumentaram, as políticas populacionais com metas demográficas deveriam ser substituídas por objetivos

expressos em termos dos desejos declarados das pessoas atendidas.

A montagem de uma grande tenda: a preparação para a CIPD

Os objetivos individuais e coletivos podem ser conciliados dentro da ampla estrutura da política populacional: essa mensagem se tornou o grito de guerra global nos preparativos para a CIPD, a ser realizada no Cairo em 1994.

Como uma instituição organizadora central, juntamente com a Divisão de População das Nações Unidas, o UNFPA procurou construir pontes dentro de um movimento que se tornava cada vez mais dividido. As instituições buscaram basear-se nos fundamentos iniciais do movimento populacional global, reconhecendo que a compreensão das tendências populacionais é crucial para alcançar resultados duradouros de desenvolvimento, ao mesmo tempo em que adotam um entendimento do papel central da vida das mulheres, promovendo seus direitos e escolhas como sendo um princípio básico da política populacional.

Sob a liderança da diretora-executiva do UNFPA, Dra. Nafis Sadik, o Secretariado da CIPD orientou um processo que resultou em um Programa de Ação movido por consenso, que transformou radicalmente opiniões sobre como as políticas populacionais deveriam ser desenvolvidas e implementadas no futuro.

O caminho para o Cairo foi longo e deliberado. A primeira reunião preparatória foi realizada

em 1991, quando, pela primeira vez, o “desenvolvimento” se tornou parte do título de uma conferência internacional sobre população, e um projeto de programa de ação foi analisado, debatido e aceito pelos Estados nas reuniões posteriores do “comitê preparatório”.

Em conjunto com as reuniões preparatórias, o Secretariado da CIPD organizou reuniões de grupos de especialistas para abordar questões espinhosas, como crescimento populacional, migração, planejamento familiar e saúde e população e meio ambiente. Organizou cinco reuniões regionais para garantir ampla contribuição geográfica e aceitação e, com alta relevância, organizou várias reuniões formais e informais de organizações não governamentais, permitindo a participação diversificada e robusta de um amplo espectro de áreas de interesse.

As inúmeras consultas, várias reuniões, a defesa estratégica e o envolvimento das partes interessadas deram resultado. No Programa de Ação definitivo, os governos concordaram, pela primeira vez, que as políticas populacionais deveriam incluir uma ampla gama de considerações de desenvolvimento social. Eles chegaram a um consenso de que o planejamento familiar deve ser tratado no contexto de atendimento abrangente de saúde reprodutiva, incorporando esforços para garantir uma gravidez saudável e segura, prevenir infecções sexualmente transmissíveis e abordar questões relacionadas à saúde reprodutiva e sexual, inclusive violência de

CAMPEÃ DA MUDANÇA

Nafis Sadik

Nascida em 1929, Nafis Sadik cresceu em um momento tumultuado da história que, em 1947, viu o nascimento de seu país, Paquistão. Não era um momento particularmente favorável para ser menina. Mas Sadik tinha a intuição de que poderia mudar o mundo para melhor. E isso ela fez estimulando as pessoas a unirem-se em torno de um entendimento totalmente novo de população e desenvolvimento em 1994.

Desafiou as convenções desde muito cedo. Formou-se em medicina, especializando-se em obstetrícia, tratou mulheres e homens pobres da zona rural e ajudou a moldar a primeira política nacional de população para o Paquistão.

Ao ingressar no UNFPA e galgar suas fileiras até tornar-se sua segunda diretora-executiva em 1987, estabeleceu o marco de ter sido a primeira mulher a liderar um dos principais programas das Nações Unidas com financiamento voluntário. Tornou-se rapidamente uma entusiasta da ideia de oferecer ferramentas às mulheres – desde informações até métodos contraceptivos –, para que elas pudessem administrar suas vidas reprodutivas. Viajando pelo mundo, ouviu as histórias de mulheres e transformou-as em uma estratégia pelo direito das mulheres de serem saudáveis e viverem livres de violência.

No início dos anos 90, o secretário-geral das Nações Unidas escolheu Sadik para liderar os preparativos para a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que veio a ser o maior encontro de governos sobre o assunto da história e revolucionou a abordagem dada à saúde e aos direitos sexuais

e reprodutivos. Sob a influência persuasiva de Sadik, grupos da sociedade civil assumiram papéis proeminentes em todas as fases do processo, estabelecendo uma nova norma para o engajamento de ativistas nas conversações políticas internacionais.

Quando a conferência começou, diante dos delegados, Sadik disse com sua típica franqueza: “Qualquer forma de coerção nas políticas e nos programas populacionais é inaceitável. Mulheres e homens têm o direito de escolher o tamanho e o espaçamento de suas famílias e o direito às informações e aos meios para fazê-lo.”

“As pessoas estão no centro do processo, como agentes e beneficiários”, declarou ela. “Temos o poder de aliviar suas cargas, remover obstáculos em seus caminhos e permitir que realizem plenamente seus potenciais como seres humanos”.

*“As pessoas
estão no centro
do processo,
como agentes e
beneficiários.”*

© ZUMA Press, Inc./Alamy Stock Photo





© Mark Tuschman

gênero e outras práticas nocivas. O empoderamento das mulheres e a igualdade de gênero foram destacados como elementos fundamentais da política de população e desenvolvimento.

Subjacente a essa ênfase, havia um entendimento compartilhado de que o aumento da saúde e dos direitos individuais contribuiria para reduzir a fecundidade e diminuir o ritmo do crescimento populacional. Ao colocar as causas e os efeitos do rápido crescimento populacional no contexto do desenvolvimento humano e do progresso social, os governos e a sociedade civil de múltiplos pontos de vista político, cultural e acadêmico,

poderiam se unir em apoio às recomendações (Ashford, 2001).

Ao contrário dos documentos resultantes de conferências internacionais anteriores sobre população, o Programa de Ação continha uma abertura e uma sensibilidade no tratamento de questões relacionadas à sexualidade, à reprodução e às relações de gênero. Ele enfatizava as ligações cruciais entre os direitos e a saúde sexual e reprodutiva com quase todos os outros aspectos da população e do desenvolvimento: urbanização, migração, envelhecimento, mudança das estruturas familiares e direitos dos jovens. Como comparação, nem o

Plano de Ação Mundial de População resultante da conferência de 1974 em Bucareste nem as recomendações da conferência da Cidade do México de 1984 incluíam os termos “sexual” ou “sexualidade” (Nações Unidas, 1995).

Levar adiante as lições

Os resultados do consenso alcançado na CIPD foram profundos e duradouros. Acabaram-se as metas demográficas do passado, estabelecidas de cima para baixo; as noções atuais de “política populacional” refletem o amplo consenso de que a educação, o empoderamento e a igualdade das mulheres são primordiais. A importância de se fornecer

planejamento familiar no contexto de atenção integral à saúde sexual e reprodutiva é totalmente aceita.

Dito isso, muitos continuam a chamar a atenção para as maneiras pelas quais as tendências demográficas podem trazer obstáculos para a obtenção de resultados de desenvolvimento. Por exemplo, as taxas de crescimento populacional continuam altas em muitas áreas que estão mergulhadas em pobreza e conflito, ou que são vulneráveis às mudanças climáticas e aos desastres naturais. No outro extremo do espectro, a persistente baixa fecundidade e

o envelhecimento da população trouxeram preocupações sobre a saúde econômica e a capacidade da sociedade de fornecer redes de segurança social adequadas.

Inegavelmente, a dinâmica populacional molda e é moldada por condições sociais. As relações são complexas, multivariadas e multidirecionais. As lições do passado mostraram que os esforços patrocinados pelo Estado, de cima para baixo, para projetar ou alterar as tendências demográficas são iniciativas inúteis: são instrumentos muito rudimentares para alcançar os resultados pretendidos, colocam

limitações indevidas na escolha individual e correm o risco de flagrante violação dos direitos humanos.

Contudo, é necessária uma maior compreensão das tendências demográficas e de sua relação com os objetivos de desenvolvimento. A comunidade internacional tem a responsabilidade de coletar e comunicar dados que esclareçam essas relações, enquanto continua a destacar a primazia dos direitos e das escolhas em todos os aspectos da vida, mas particularmente no acesso a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva.

DESTAQUES DO CAPÍTULO

- As Nações Unidas estabeleceram o UNFPA em 1969, em uma época de rápido crescimento populacional, para ajudar os países a analisar as tendências demográficas e sua relação com o desenvolvimento econômico e social.
- Nos anos 1970, governos, organizações não governamentais e instituições de desenvolvimento forneciam uma quantidade crescente de contraceptivos confiáveis e modernos, com o intuito de capacitar as mulheres para administrar a sua própria fecundidade.
- Alcançar metas demográficas era o principal objetivo de alguns programas iniciais de planejamento familiar, algumas vezes comprometendo a qualidade dos serviços de saúde reprodutiva.
- Em 1994, quando ocorreu a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), surgiu um consenso global de que as mulheres têm o direito de tomar suas próprias decisões sobre se, quando e com que frequência engravidar. O Programa de Ação da CIPD mostrou que os direitos reprodutivos e o desenvolvimento sustentável se reforçam mutuamente.
- A conquista de direitos e escolhas para todos dependerá de uma parceria contínua entre a sociedade civil, os governos, a comunidade acadêmica e as instituições internacionais.
- O sucesso dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas depende, em parte, da possibilidade de acesso universal à saúde sexual e reprodutiva.



DISPONÍVEL, MAS INACESSÍVEL

O crescimento dos programas nacionais de população e seu financiamento de proveniência de doadores aumentaram exponencialmente a disponibilidade de contraceptivos nos países em desenvolvimento nos anos 70 e posteriormente.

A Federação Internacional de Planejamento Familiar (*International Planned Parenthood Federation*) também dava voz a mulheres em todo o mundo que exigiam informações e serviços que lhes permitisse exercer controle sobre sua fecundidade. Um dos principais objetivos da Federação era expandir as opções de como prevenir a gravidez. Na década de 1950, os métodos contraceptivos mais comuns eram amplamente controlados pelos homens: o preservativo masculino, o coito interrompido e a abstinência periódica. Margaret Sanger, uma das fundadoras da *Planned Parenthood*, estava particularmente interessada

em desenvolver uma pílula, tão fácil de tomar como a aspirina, que permitiria às mulheres evitar a gravidez. Em 1953, ela apresentou a filantropa feminista americana Katharine Dexter McCormick ao Dr. Gregory Pincus. McCormick forneceu financiamento para a pesquisa de Pincus sobre um contraceptivo hormonal oral e, em 1960, a “pílula” estava no mercado.

Em 1970, o Conselho de População estabeleceu o Comitê Internacional para Pesquisa em Contracepção para expandir ainda mais a disponibilidade de opções contraceptivas, incluindo as de ação prolongada, como implantes e injetáveis.

Em 1976, mais de 100 governos estavam fornecendo informações e serviços contraceptivo diretamente através de clínicas do governo ou de organizações não governamentais. O número de países que disponibilizavam a contracepção moderna cresceu para quase 140 em 1986 e para 160 em 1996 (Nações Unidas, 2013). Até 2015, apenas 6% dos governos não dava apoio ao planejamento familiar: no entanto, esses governos permitiram que o setor privado fornecesse serviços de planejamento familiar sem lhes dar apoio material ou financeiro (ONU, 2017a).

Como o apoio do governo para o planejamento familiar e o número

de métodos cresceram, o mesmo aconteceu com o número de pessoas que utilizavam contracepção. Em todo o mundo, a proporção de mulheres casadas ou em algum tipo de união que relataram o uso de um contraceptivo quase dobrou entre 1970 e 2015, de 36% para 64% (Nações Unidas, 2015).

Ao longo do último meio século, os governos e a comunidade de doadores internacionais expandiram a capacidade de múltiplos métodos para as pessoas em todos os lugares, levando a um amplo mix de métodos que é evidente hoje em dia.

Mais do que planejamento familiar

À medida que os esforços para expandir os programas de planejamento familiar se espalharam pelo mundo, os problemas das mulheres estavam se movendo para o centro do palco. Em 1975, por exemplo, as Nações Unidas declararam a abertura da Década das Mulheres, em várias conferências internacionais e encontros regionais permitiram que mulheres em todo o mundo se reunissem, compartilhassem informações e demandassem mudanças. Cada vez mais mulheres demandavam possuir capacidade de agir sobre suas vidas reprodutivas, algo que, segundo elas, se estendia para além da simples disponibilidade de planejamento familiar. Por exemplo, em resposta a novas evidências preocupantes de centenas de milhares de mulheres que morrem durante a gravidez ou o parto todos os anos, o movimento

de saúde das mulheres impulsionou o lançamento da Iniciativa Global da Maternidade Segura em 1987. A Iniciativa objetivou reduzir a mortalidade materna em 50% até o ano 2000 por meio do fortalecimento do cuidado de saúde comunitário e do desenvolvimento de sistemas de alarme e transporte, a fim de permitir que as mulheres grávidas em risco acessassem os serviços de saúde materna que salvam vidas.

Enquanto isso, as organizações da sociedade civil pediam a substituição de programas de planejamento familiar com foco limitado, que priorizavam a distribuição de contraceptivos, por atendimento de saúde reprodutiva mais amplo. Elas argumentavam que a disponibilidade de planejamento familiar era apenas uma parte do quadro – que, para garantir direitos e escolhas na vida das pessoas, todas precisavam e mereciam acessar um conjunto abrangente de informações e serviços relacionados à sexualidade e à saúde reprodutiva.

Tão perto, tão longe

Em 1994, o Programa de Ação resultante da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento não só reconheceu que o planejamento familiar e os direitos reprodutivos e de saúde sexual e reprodutiva estavam interligados, mas também pediu aos Estados que fornecessem acesso a: cuidados pré-natais; parto seguro e cuidados pós-natais; tratamento de infertilidade; aborto seguro quando permitido por lei, e gestão das consequências

do aborto inseguro; tratamento de infecções do trato reprodutivo e de infecções sexualmente transmissíveis; e informação, educação e aconselhamento sobre sexualidade, saúde reprodutiva e paternidade responsável.

O Programa de Ação também afirmou que o encaminhamento para esses serviços e para câncer de mama e câncer do sistema reprodutivo deve estar sempre disponível e que o desencorajamento de práticas nocivas, como a mutilação genital feminina, deve ser um componente integral da atenção primária à saúde (Nações Unidas, 2014a).

O termo “acesso” enfatizava o argumento de que os serviços de saúde reprodutiva *disponíveis* eram insuficientes para permitir que todos desfrutassem de seus direitos reprodutivos. Os direitos são universais, o que significa que todos os têm. Porém, uma mulher que, por exemplo, não consegue se valer de serviços de planejamento familiar, mesmo quando estão disponíveis, não tem o direito de planejar sua família. Barreiras — sociais, econômicas e outras — ao acesso teriam, portanto, que ser removidas para que os direitos fossem efetivados.

Uma das definições mais simples e básicas de “acesso” é a proximidade geográfica dos pontos de entrega de serviços. Grandes distâncias podem dificultar o acesso a serviços, seja porque as opções de transporte a preços acessíveis são limitadas ou porque os custos de oportunidade para as mulheres pobres que saem de



© Patrick Zachmann/Magnum Photos

suas casas ou meios de subsistência são muito altos. Mas a distância é apenas parte do desafio. Às vezes, os serviços estão disponíveis literalmente ali na esquina, mas eles ainda são inacessíveis.

Uma clínica de planejamento familiar nas proximidades, por exemplo, pode ofertar atendimento, mas um prestador de serviços preconceituoso pode se recusar a entregar contraceptivos a uma jovem ou a uma mulher solteira. Essa mesma clínica também pode vir a oferecer apenas um ou dois métodos modernos de contracepção,

mas não o método da preferência de algumas mulheres. Suprimentos de contraceptivos podem não ser confiáveis. Pode haver leis que bloqueiem o acesso a serviços por determinados grupos, ou os maridos podem proibir suas esposas de usar qualquer forma de contracepção.

Com o tempo, pesquisadores e profissionais ajudaram a articular conceitos de acesso que são multidimensionais, reconhecendo que ele é afetado por fatores nos níveis do indivíduo, da comunidade, do prestador de serviço e dos pontos de oferta. Os conceitos

ampliados de acesso reconhecem as muitas barreiras à capacidade de os indivíduos se valerem de informações e serviços que levem à saúde, ao bem-estar e à efetivação de direitos e escolhas em suas vidas sexuais e reprodutivas.

Superando barreiras ao acesso

No último meio século, grandes progressos foram feitos para ampliar o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva e informações para pessoas em todos os lugares. Mas esse progresso tem sido desigual e as desigualdades

persistem, tanto dentro como entre os países – não apenas pelas preocupações tradicionais em torno do planejamento familiar e da saúde materna, mas por informações e serviços capazes de possibilitar a realização de toda a gama de direitos à saúde sexual e reprodutiva.

Múltiplas forças sociais, institucionais, políticas, geográficas e econômicas estão em jogo. As desigualdades em saúde sexual e reprodutiva são profundamente afetadas pela desigualdade de renda, pela qualidade e alcance dos sistemas de saúde, das leis e das políticas, pelas normas sociais e culturais e pela exposição das pessoas à educação sexual.

Desigualdade de renda

Hoje, na maioria dos países em desenvolvimento, o acesso à assistência médica de saúde sexual e reprodutiva é geralmente mais baixo

entre os 20% dos lares mais pobres e o mais alto entre os 20% mais ricos (UNFPA, 2017). A relação entre pobreza e falta de acesso é complexa: enquanto os custos financeiros dos serviços e dos insumos de saúde podem ser uma barreira ao acesso em alguns casos, a renda está ligada a inúmeras forças sociais, institucionais, políticas, geográficas e econômicas que também podem afetar o acesso de uma pessoa.

As mulheres dos lares mais pobres podem ter pouco ou nenhum acesso ao atendimento de saúde sexual e reprodutiva, levando-as a gravidezes não intencionais, maior risco de doença ou morte por gravidez ou parto, assim como à necessidade de dar à luz sozinha, sem a assistência de um médico, uma enfermeira ou parteira.

Para essas mulheres, uma saúde sexual e reprodutiva precária pode

bloquear oportunidades, limitar seu potencial e consolidar sua posição no último degrau da escada econômica. Os indicadores ilustram as grandes diferenças entre os quintis de riqueza relativamente a muitos serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva (UNFPA, 2017). Por exemplo, na maioria dos países em desenvolvimento, a proporção da demanda por planejamento familiar que é atendida por meio de contraceptivos modernos, o acesso a cuidados pré-natais adequados e a probabilidade de dar à luz com assistência são dramaticamente menores entre os pobres do que entre os mais ricos. (Figuras 4.1, 4.2, 4.3).

Nos últimos 50 anos, grandes avanços foram feitos para alcançar novas populações com informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva. A Figura 4.4 mostra que, em muitos países, houve

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures



FIGURA 4.1

Proporção da demanda por planejamento familiar com contracepção moderna, por nível de desenvolvimento, local de residência e quintil de riqueza, último ano disponível

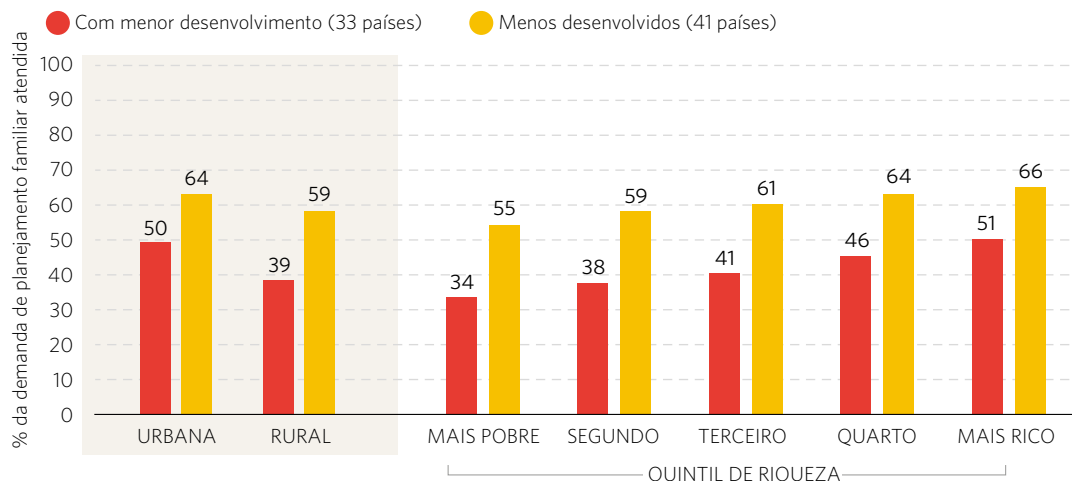


FIGURA 4.2

Proporção de mulheres com quatro ou mais consultas pré-natais, por nível de desenvolvimento e quintil de riqueza, último ano disponível

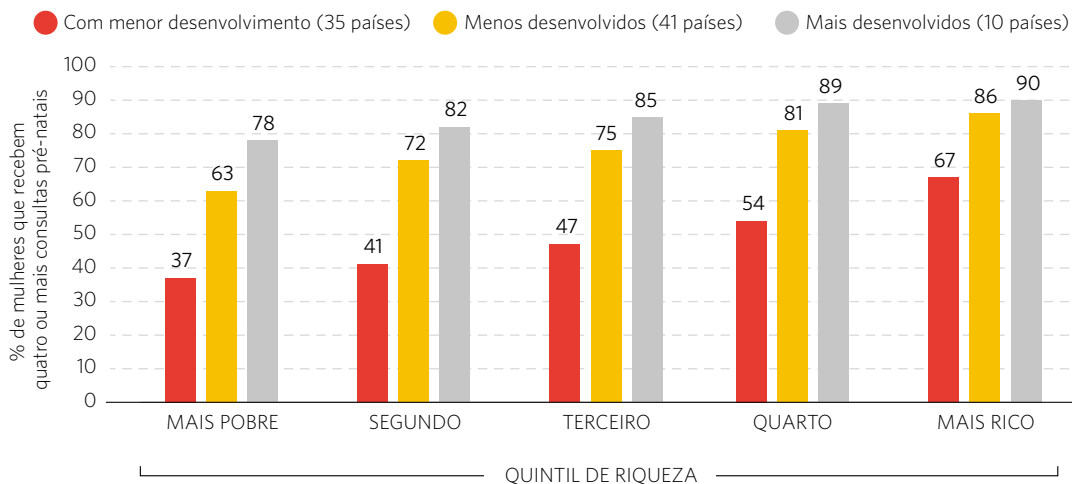
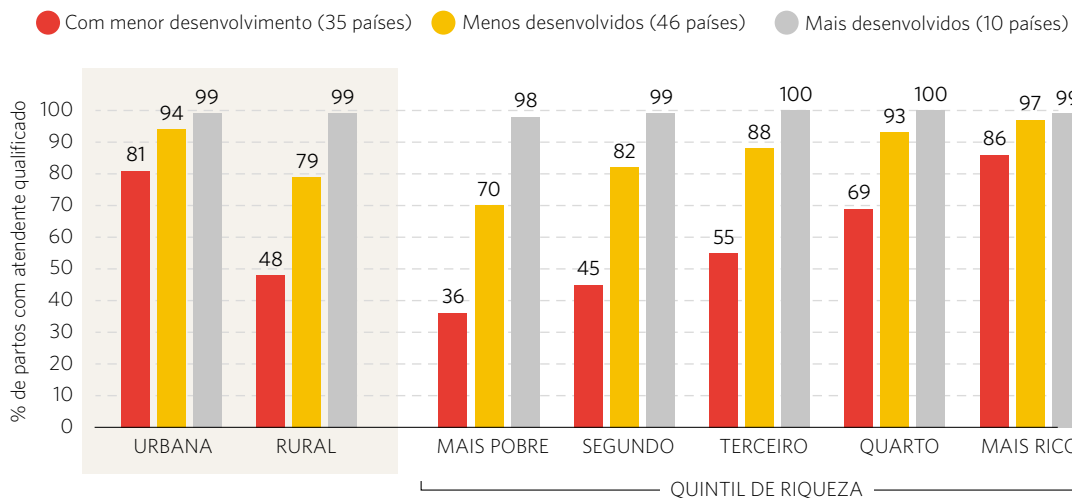


FIGURA 4.3

Proporção de nascimentos com atendentes qualificados, por nível de desenvolvimento, local de residência e quintil de riqueza, último ano disponível

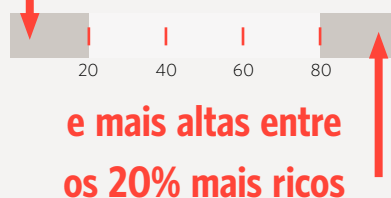


progresso notável na expansão do acesso a serviços, diminuindo drasticamente a mortalidade materna: globalmente, a razão de mortalidade materna sofreu um declínio de quase 44%, tendo havido progresso em todas as regiões (Alkema *et al.*, 2016).

Contudo, em muitos outros lugares, as populações mais pobres ainda não puderam ter igual acesso a esse progresso. A grande maioria das mortes maternas, por exemplo, ocorre em locais de poucos recursos; por sua vez, as mulheres pobres, com acesso limitado a cuidados pré-natais, assistência especializada ao parto e cuidados obstétricos de emergência, têm maior probabilidade de sofrer impactos debilitantes à saúde e lesões relacionadas à gravidez, como fístula obstétrica. É necessário um maior esforço para divulgar informações e proporcionar serviços destinados a priorizar as populações pobres ou de lugares mais remotos

Os exemplos de tais esforços nos dão esperança. Em Bangladesh, Butão, Camboja e Tailândia, por exemplo, as taxas de prevalência de contraceptivos são mais altas entre os 20% mais pobres da população do que entre os 20% mais ricos. Nesses e em vários outros países, esforços conjuntos para expandir a cobertura do planejamento familiar para grupos nos lugares mais remotos levaram ao acesso quase universal à contracepção moderna e a taxas quase equitativas de prevalência contraceptiva entre famílias ricas e pobres (UNFPA, 2017).

As taxas de prevalência de contraceptivos são geralmente mais baixas entre os 20% mais pobres da população



e mais altas entre os 20% mais ricos

UNFPA, 2017

Modelos inovadores de prestação de serviços ajudaram a expandir o acesso a serviços pelas populações mais pobres. Os sistemas de distribuição baseados na comunidade, iniciados na década de 1970, por exemplo, ajudaram a ampliar o acesso aos agrupamentos pobres e rurais por meio de membros treinados da comunidade. Embora tradicionalmente esses esforços estivessem focados na expansão do acesso a contraceptivos, tais como pílulas e preservativos, esforços foram feitos para expandir o mix de serviços, a fim de incluir contracepção de emergência, kits de parto e misoprostol para a prevenção da hemorragia pós-parto (Bongaarts *et al.*, 2012).

Mais recentemente, estratégias de financiamento do lado da demanda, como vales, foram introduzidas como uma maneira de dar mais capacidade de tomada de decisão

a clientes pobres. Nesse modelo, os clientes podem comprar vales para produtos específicos de saúde reprodutiva por um preço subsidiado. Os vales podem ser trocados por serviços – que incluem tipos diversos, como informações sobre planejamento familiar de longa duração, informações e atendimentos para um parto seguro e tratamento de agravos relacionados à violência de gênero — em pontos de venda qualificados (Bongaarts *et al.*, 2012). As transferências condicionais de renda (bolsas) também foram introduzidas como uma estratégia para incentivar ações e comportamentos que contribuem para bons resultados de saúde, tais como realizar consultas de pré-natal, manter as meninas na escola ou retardar o casamento (Bongaarts *et al.*, 2012).

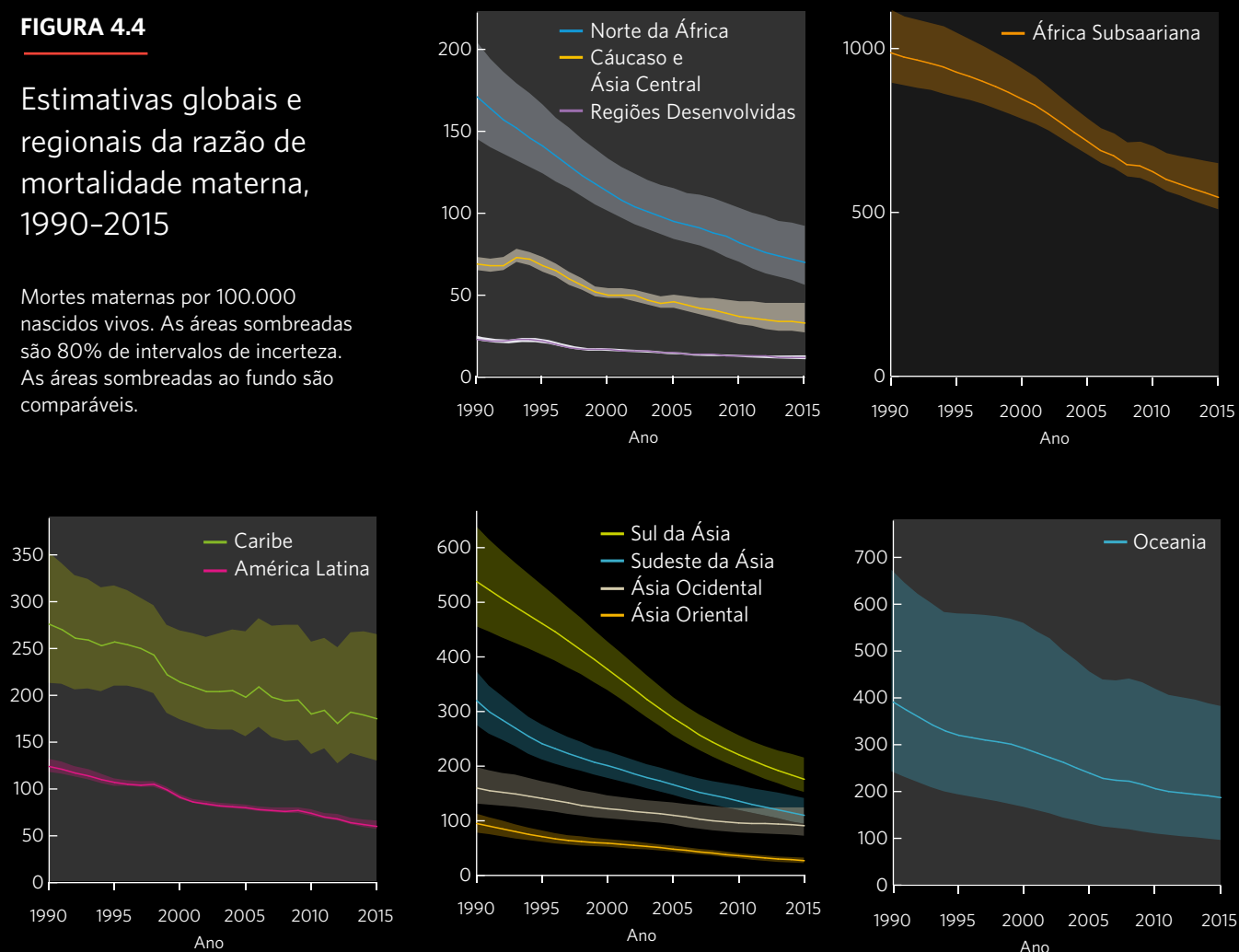
Instalações, provedores e insumos insuficientes

Uma mulher que busca informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva pode não encontrar nenhuma dessas ofertas em sua comunidade. Se ela tiver os meios para cobrir o custo do transporte para uma clínica em uma comunidade vizinha, ela pode chegar lá apenas para descobrir que o local não tem o equipamento ou os insumos adequados para os atendimentos de que necessita. Pode não haver ou haver um número insuficiente de prestadores de serviços de saúde para atender todos que apareceram naquele dia. Se houver provedores suficientes, eles

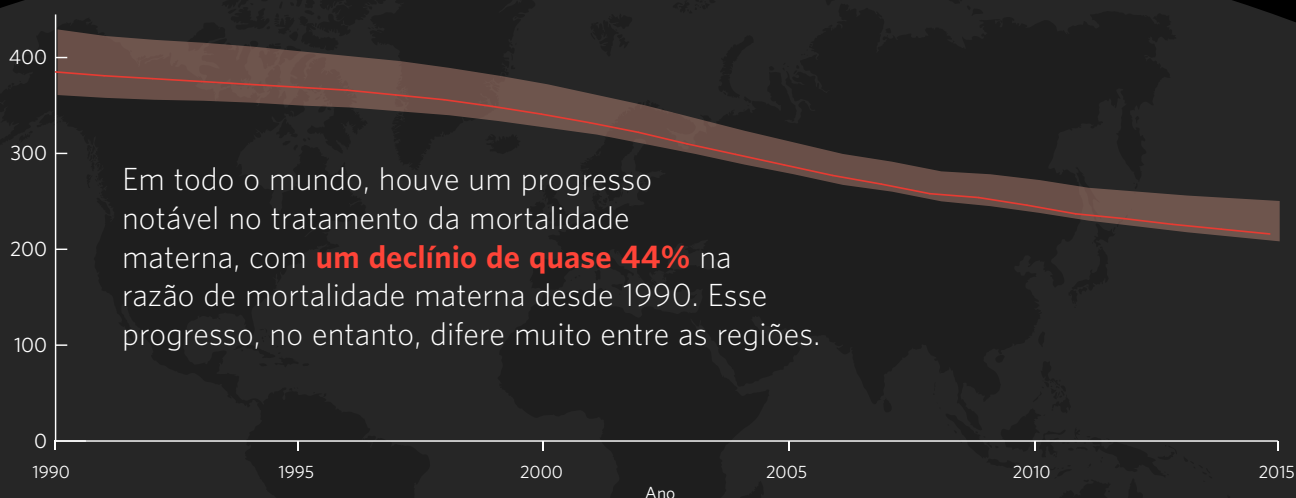
FIGURA 4.4

Estimativas globais e regionais da razão de mortalidade materna, 1990-2015

Mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. As áreas sombreadas são 80% de intervalos de incerteza. As áreas sombreadas ao fundo são comparáveis.



Mundial



Fonte: Alkema et al., 2016

A importância da qualidade

A qualidade é uma dimensão fundamental do acesso aos serviços. O trabalho seminal de Judith Bruce na definição de uma estrutura para a qualidade do cuidado destacou seis elementos que merecem atenção, na perspectiva de uma usuária do serviço de planejamento familiar: escolha de métodos; informação dada às clientes; competência técnica; relações interpessoais; mecanismos de acompanhamento e continuidade; e gama apropriada de serviços (Bruce, 1990).

Reconhecendo que muitas mulheres não estavam se beneficiando de ações para melhorar a saúde reprodutiva, instituições internacionais e nove países lançaram a Rede para Melhorar a Qualidade da Assistência à Saúde Materna, Neonatal e Infantil, ou a “Rede de Qualidade de Assistência”, em 2017. Membros da rede acordaram uma perspectiva de que toda mulher grávida e todo recém-nascido deve receber cuidados de alta qualidade durante a gravidez, o parto e o período pós-natal, uma perspectiva que é sustentada pelos valores centrais de qualidade, equidade e dignidade (OMS, 2018).

O elemento de qualidade em todas as dimensões da saúde sexual e reprodutiva é apoiado pela ampla estrutura de assistência à saúde conhecida como AAAQ, a sigla em inglês para *disponibilidade, acesso, aceitabilidade e qualidade*, que foi apresentada como um componente-chave dos direitos em saúde pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (UNCESCR, 2000).

Em 1992, a Federação Internacional de Planejamento Familiar elaborou uma “declaração de direitos” para os usuários dos serviços de planejamento familiar que descrevia o que as pessoas que buscam planejamento familiar deveriam ser capazes de exigir se estivessem recebendo atendimento de alta qualidade dos provedores. Tais atendimentos incluem direitos à informação, ao acesso a serviços e escolhas, bem como direito a segurança, privacidade, confidencialidade, dignidade, conforto, continuidade e expressão de opinião.

Enquanto as responsabilidades pela qualidade do cuidado são, em princípio, distribuídas por todo o programa de planejamento familiar, aqueles que são considerados os maiores responsáveis por garantir esses direitos são

os indivíduos que estão em contato direto com os/as usuários: os provedores. Portanto, as estratégias para a qualidade do cuidado também devem reconhecer que os prestadores de serviços têm suas próprias necessidades e deveriam receber treinamento, suprimentos, orientação, apoio, respeito, incentivo, *feedback* e autoexpressão (Huezo e Diaz, 1993).

A relação entre os direitos dos/das clientes e as necessidades dos prestadores é fundamental para qualquer esforço de remoção dos obstáculos à qualidade do cuidado. Intervenções promissoras incluem aquelas que facilitam uma melhor interação entre usuários dos serviços e prestadores através de meios como treinamento de provedores em comunicação interpessoal. As melhorias resultantes nessas dimensões da qualidade do cuidado são possíveis sem a necessidade de grandes investimentos em pessoal, equipamentos ou insumos (RamaRao e Mohanam, 2003).

Limitações na qualidade do cuidado podem ter implicações significativas para a saúde materna. Enquanto mais e mais mulheres estão dando à luz nas unidades de saúde em vez de em casa, a falta de pessoal adequado, treinamento, infraestrutura e produtos básicos pode resultar em atenção de má qualidade, conhecida como “muito pouco, muito tarde” ou TLTL, na sigla em inglês. O inverso também apresenta desafios: em algumas regiões, o rápido aumento no uso de instalações para o parto tem sido acompanhado por uma excessiva medicalização do nascimento, resultando, por exemplo, em cesarianas usadas em excesso ou desnecessárias, ou cesarianas fornecidas em locais inseguros ou em condições de baixa qualidade, resultando em lesões para a mãe e o bebê. Esse fenômeno, conhecido como “excessivo e cedo demais” ou TMTS, na sigla em inglês, pode ter o efeito de compensação dos ganhos em saúde materna e perinatal. Tanto para o TLTL quanto para o TMTS, uma melhor capacitação dos profissionais da atenção obstétrica, com foco no cuidado respeitoso e comprometido com as melhores práticas podem ajudar a fortalecer os resultados maternos e perinatais, evitar danos e reduzir os custos e desigualdades em assistência à saúde (Miller *et al.*, 2016).

“Muito pouco, muito tarde” ou “excessivo e cedo demais”

podem não ter o treinamento para oferecer informações ou serviços apropriados, assim como talvez não possam oferecer privacidade ou outras medidas que permitissem que ela se sentisse segura e respeitada.

Pesquisas, dados informais e relatórios da sociedade civil confirmam há muito tempo as deficiências dos serviços. Uma revisão recente sobre unidades de saúde em 10 países africanos, por exemplo, encontrou baixos níveis gerais de prontidão ao avaliar a disponibilidade de insumos e serviços essenciais, inclusive de diretrizes de planejamento familiar e de pessoal

treinado nesse quesito, de aparelho de pressão arterial, de contraceptivos orais combinados, de contraceptivos injetáveis e de preservativos masculinos (Ali *et al.*, 2018).

Tentativas mais sistemáticas de quantificar e monitorar a pronta disponibilidade permanecem em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde, em parceria com outras organizações, divulga regularmente notas de orientação sobre os padrões de boas práticas para uma variedade de intervenções de saúde reprodutiva.

Uma avaliação de 24 países, em 2017, indicou que os serviços

de planejamento familiar ficam sem estoque de alguns métodos contraceptivos em cerca de três quartos do tempo. Uma média de 78% das instalações de nível primário que ofereciam três ou mais métodos de contracepção os tinham em estoque no dia da avaliação; 79% das unidades secundárias e terciárias (hospitais regionais e maiores) que ofereciam cinco ou mais métodos dispunham deles em estoque (FP2020, 2018). Essas médias, no entanto, mascaram grandes variações dentro dos países e entre eles.

A garantia dos insumos de saúde reprodutiva é alcançada quando





© UNFPA/M. Bradley

todos os indivíduos podem ter a sua disposição serviços acessíveis e de qualidade, inclusive ao método contraceptivo de sua escolha, sempre que precisarem deles. Rumo a esse objetivo, uma parceria entre a Fundação Bill & Melinda Gates e o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido está acelerando a entrega de produtos de saúde reprodutiva aos países, para evitar faltas de estoque (UNFPA, 2018).

Em muitos lugares, o número de pessoal capacitado é simplesmente insuficiente para garantir o acesso adequado a toda uma gama de informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva. A Aliança Global da Força de Trabalho da Saúde mencionou a necessidade de aumentar o número de trabalhadores de saúde, especialmente pessoal qualificado na assistência ao parto, nos países em

desenvolvimento (Campbell *et al.*, 2013). Em todas as categorias, havia uma escassez global estimada de 7,2 milhões de profissionais de saúde no início desta década.

A necessidade de profissionais treinados que possam prestar serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva é particularmente aguda. Uma análise recente de 73 países de renda baixa e média descobriu que, embora mais de 92% das mortes maternas e neonatais e natimortos no mundo ocorram nesses países, eles abrigam apenas 42% dos médicos, obstetras e enfermeiros do mundo. (UNFPA, 2014).

As estimativas de despesas com pessoal necessário para atingir os níveis de cobertura universal para os principais cuidados de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil sugerem que serão necessários aumentos substanciais. Para atingir níveis que atendam a todas as

demandas não atendidas de saúde reprodutiva, materna e neonatal em todo o mundo, por exemplo, um aumento estimado de 37% no financiamento de pessoal para fornecer contraceptivos seria necessário; a saúde materna e neonatal, por sua vez, exigiria aumentos de cerca de 20% acima dos níveis atuais (Instituto Guttmacher, 2017).

Essas médias globais escondem disparidades regionais significativas. Nos países menos desenvolvidos, por exemplo, os gastos com pessoal para suprir apenas a demanda não atendida de contraceptivos precisariam ser 96% mais altos, já para cobertura completa de serviços maternos e neonatais, 84% mais altos. A recompensa por tal investimento seria grande: as estimativas sugerem que, com pessoal completo e com equipamentos e sistemas em boas condições, a mortalidade materna e o recurso ao aborto seriam reduzidos em até três quartos (Instituto Guttmacher, 2017).

A preparação dos profissionais para oferecer cuidados adequados tem sido muito apreciada em relação ao planejamento familiar. Aconselhamento insuficiente (aquele que não aborda questões sobre o uso adequado; para oferecer alertas sobre contraindicações, efeitos colaterais e acompanhamento adequado, inclusive a troca de método; ou para ajudar a abordar o contexto de uso, inclusive preocupações de parceiros) pode ser um obstáculo para o acesso, a adoção e a continuidade no uso de contraceptivos.

Os resultados de estudos das razões de haver demandas não atendidas de planejamento familiar sugerem que a oferta de uma variedade de métodos, informações e aconselhamentos para ajudar as mulheres a selecionar e usar corretamente um método apropriado pode ser crucial na superação de obstáculos ao uso de contraceptivos. As razões mais comumente relatadas para o não uso incluem sexo pouco frequente e preocupações sobre efeitos colaterais ou riscos para a saúde (Sedgh e Hussain, 2014).

O uso descontínuo de contracepção é uma dimensão frequentemente mal abordada da demanda não atendida. Uma análise recente de 32 países indica que, em média, mais de um quinto dos casos de utilização de métodos de curta duração (preservativos e pílulas)

apresentam uso interrompido em 12 meses, apesar de o/a usuário/a ainda querer evitar a gravidez (FP2020, 2018). As taxas de uso descontínuo no prazo de um ano são mais baixas para os métodos de longa duração: 12% com dispositivos intrauterinos e 8% com implantes.

Barreiras legais

Mesmo em lugares onde há pessoal bem capacitado, instalações bem abastecidas e equipadas, os indivíduos às vezes enfrentam barreiras legais que limitam seu acesso a informações e serviços. Em algumas localidades, as leis exigem autorização de terceiros para que mulheres ou adolescentes possam ter acesso aos serviços de saúde. Em outros lugares, leis que criminalizam relações entre pessoas do mesmo sexo, trabalho sexual e uso de drogas podem forçar as pessoas a se

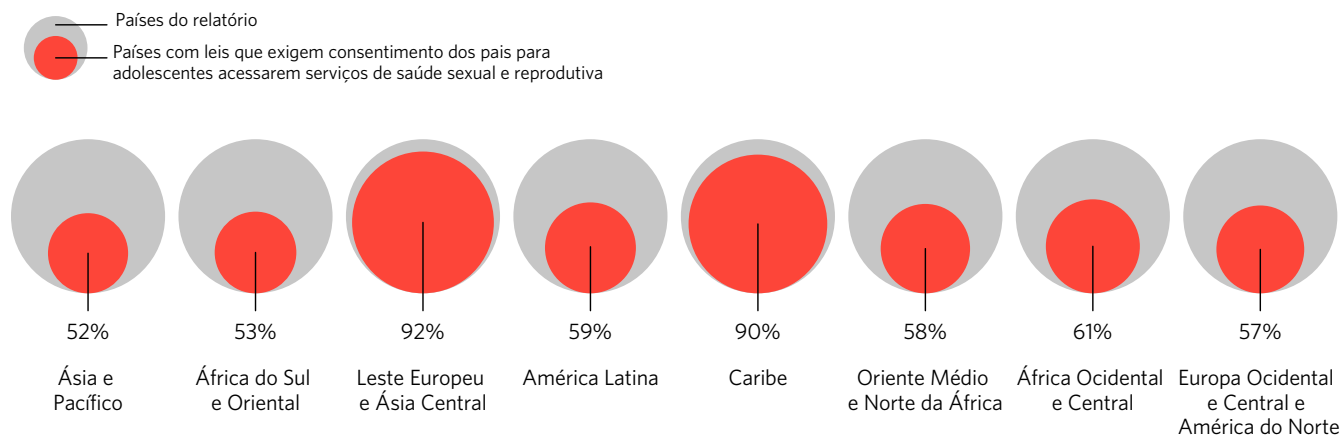
esconderem e assim impedir que elas busquem ou recebam as informações e a serviços de que precisam.

Embora se destinem a proteger menores, as leis sobre idade de consentimento para obter serviços médicos podem desencorajar adolescentes a buscarem acessar os serviços de que necessitam relacionados à sua saúde sexual e reprodutiva. Isso pode ser particularmente prejudicial para meninas adolescentes, que sofrem as graves consequências sociais e físicas de uma gravidez não intencional.

Em 2017, 68 dos 108 países que enviaram dados ao Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) indicaram a exigência de consentimento dos pais para que um/a filho/a menor de 18 anos possa acessar serviços de saúde sexual e reprodutiva (Figura 4.5; UNAIDS, 2018).

FIGURA 4.5 Desencorajar adolescentes a acessar serviços

Países com leis de idade de consentimento para acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, 2018



Fonte: UNAIDS, 2018



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

Muitas outras precisam de cuidados pós-aborto, mas são incapazes de acessá-los (Singh *et al.*, 2018).

Normas, atitudes e práticas

Em todas as sociedades do mundo, as expectativas ditam que a atividade sexual e a reprodução devem ocorrer apenas entre grupos com certas características, as quais geralmente incluem indivíduos que são heterossexuais, casados, monogâmicos, saudáveis, não muito jovens e não muito velhos. Em muitos lugares, as práticas de procriação devem aderir não aos interesses do indivíduo, mas às normas vigentes nas famílias e comunidades.

Tais expectativas podem resultar de atitudes e práticas antigas, ou crenças religiosas prevalentes. Quando as atividades sexuais e reprodutivas de uma pessoa ficam fora dessas expectativas, é provável que seja mais difícil para ela ter acesso a informações e serviços para atender às suas necessidades.

Adolescentes enfrentam desafios específicos. Apesar da ampla evidência de que muitos adolescentes não casados são sexualmente ativos (Starrs *et al.*, 2018), as normas sociais podem limitar ou proibir completamente discussões sobre saúde sexual e reprodutiva ou sexualidade. Além das barreiras legais, os desafios podem vir na forma de uma insuficiente educação em sexualidade nas escolas, ou nas atitudes e crenças dos profissionais sobre a adequação do cuidado no contexto da idade ou do estado civil.

Em alguns contextos, os profissionais de saúde são legalmente obrigados a denunciar atividade sexual de menores de idade ou outras atividades ilegais entre os adolescentes (Delany-Morelwe *et al.*, 2015).

A legislação que proíbe o ato sexual entre adultos do mesmo sexo pode interferir nos esforços para fornecer acesso a serviços para prevenir ou tratar infecções sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV. A partir de 2017, mais de 40 países que enviaram relatórios ao UNAIDS declararam ter leis que criminalizam especificamente a relação sexual entre pessoas do mesmo sexo. Entre eles, dois aplicam a pena de morte, e alguns outros podem encarcerar pessoas para toda a vida (UNAIDS, 2018). Como consequência, muitas pessoas temem a busca de serviços importantes, como o teste de HIV.

As leis relativas ao acesso ao aborto seguem um *continuum*, desde a proibição total até nenhuma restrição. A partir de 2017, 42% das mulheres

em idade reprodutiva vivem nos 125 países onde o acesso ao aborto seguro é altamente restrito. De todos os abortos em todo o mundo, apenas 55% são seguros e contam com um método recomendado são administrados por um profissional capacitado (Singh *et al.*, 2018).

As evidências sugerem que a frequência do aborto não é significativamente impactada por restrições legais: as taxas de aborto em países com as leis de aborto mais restritivas são aproximadamente as mesmas que as taxas de aborto em países com as leis de aborto menos restritivas. No entanto, quanto mais restritivo for o contexto legal, maior a proporção de abortos inseguros — variando de menos de 1% nos países menos restritivos a 31% nos países mais restritivos (Singh *et al.*, 2018).

Nas regiões em desenvolvimento combinadas, exceto na Ásia Oriental, cerca de 6,9 milhões de mulheres são tratadas anualmente por complicações relacionadas ao aborto.

CAMPEÃO DA MUDANÇA

Mechai Viravaidya

Mechai Viravaidya estimulou uma revolução sem limites na Tailândia, com base na crença de que todos deveriam saber como planejar suas famílias e proteger sua saúde.

Gênio da comunicação, Mechai, a partir da década de 1960, começou a influenciar pessoas em escolas e postos de gasolina, escritórios e aldeias, em concursos de criação de porcos até visitas de vendedoras Avon e cerimônias realizadas por monges budistas com mensagens sobre o uso de preservativos. Foi tudo parte de um esforço para tornar a contracepção uma parte aceita e não embaraçosa da vida cotidiana.

“Diga a palavra ‘preservativo’. Faça com que se torne disponível. Fale sobre isso”, diz Mechai. “Na verdade, o que estamos ensinando é (...) o direito de você escolher o número de filhos que deseja.”

Embora os preservativos oferecessem um ponto de entrada tátil e, às vezes, bem-humorado em termos de ensino, o objetivo de Mechai sempre foi que houvesse uma ampla variedade de contraceptivos que pudessem ser encontrados tão facilmente quanto “vegetais em aldeias”. Em poucas décadas, a Tailândia tinha percorrido um longo caminho em direção a esses objetivos, tendo o tamanho da família média tailandesa despencado de 7 para 1,6 crianças.

No início dos anos 1990, quando se previu que a prevalência do HIV aumentaria muito, Mechai persuadiu o governo a aumentar em 50 vezes o orçamento para a prevenção à doença e recrutar pessoas de todas as partes do serviço público, empresas e comunidades para falar sobre proteção e uso de preservativos. Posteriormente, a Tailândia conseguiu debelar cerca de 3 milhões de infecções por HIV, tendo Viravaidya ficado conhecido como o “Rei do Preservativo”. Hoje, “mechai” é gíria para preservativos.

Viravaidya ainda lidera a maior organização não governamental tailandesa, a Associação de Desenvolvimento Populacional e Comunitário, que, desde 1973, defende o desenvolvimento e a saúde da população da zona rural. Suas atividades incluem

***“Diga a palavra
‘preservativo’.
Deixe disponível.
Fale sobre isso.”***

as escolas Mechai Pattana, que adotam princípios de igualdade e justiça para levar educação de alta qualidade — inclusive educação integral em sexualidade — para comunidades que, sem isso, estariam marginalizadas. A igualdade de gênero é essencial para o currículo.” As mulheres são muitíssimo importantes no processo de desenvolvimento”, diz Mechai, acrescentando, com um inesquecível floreio entusiasmado: “Quando você tem dois ótimos braços, por que usar apenas um?”



CAMPEÃ DA MUDANÇA

Lebogang Motsumi

e meninas a permanecerem na escola, manterem-se saudáveis e fazerem escolhas positivas.

Uma de suas postagens típicas no Facebook: “Bom dia, meu nome é Lebogang Brenda Motsumi, também conhecida como Rainha Africana (*African Queen*). Eu NÃO sou o HIV, estou VIVENDO com HIV. Não sou o vírus, o vírus vive em mim. O HIV não me define, eu é que defino o HIV”.

Faz quase uma década que Motsumi descobriu que era soropositiva. Tinha apenas 17 anos quando foi infectada pelo namorado, um conhecido cantor que veio a falecer mais tarde. Motsumi não fez o exame até que um outro parceiro insistisse para que o fizesse. Alguns dias após saber que o exame dera positivo, ela tentou o suicídio. Um mês depois, descobriu que estava grávida e começou a tomar medicação para proteger a criança.

Começou também uma notável jornada nas mídias sociais, como palestrante inspiradora e como ativista portadora de HIV e *coach*, dirigindo-se principalmente aos jovens. “Minha infecção pelo HIV me ajudou a encontrar meu objetivo de vida. Percebi que posso transformar meu problema em uma mensagem e usar minha dor para empoderar outras pessoas”.

A União Africana honrou-a com o título de heroína da juventude. Ela é membro dos conselhos consultivos de jovens da União e do UNFPA. Ela também convoca pessoas, como embaixadora do Zazi, a participar de uma campanha que incentiva as mulheres e meninas sul-africanas a “conhecer sua força”.

“Vamos encontrar a cura para o HIV”, declara Motsumi. “Enquanto tentamos encontrar uma cura, a educação e o empoderamento das pessoas que vivem com o HIV são a nossa cura. E prevenção para aqueles que são HIV-negativos”.

***“O HIV não me define,
eu é que defino o HIV.”***



Minorias étnicas, indígenas, profissionais do sexo, pessoas com deficiência, mulheres e meninas mais pobres e a comunidade lésbica, gay, bissexual, transgênero e intersexual (LGBTI) enfrentam marginalização e estigma que podem resultar em barreiras significativas à saúde sexual e reprodutiva e à realização de direitos e escolhas. As meninas e mulheres jovens com deficiência, por exemplo, são frequentemente impedidas de tomar decisões sobre sua saúde sexual e reprodutiva, aumentando o risco de violência sexual, gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis. Elas podem não ser vistas como alguém que necessita de informações sobre sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos e, portanto,

acabam tendo pouco conhecimento sobre eles, levando a resultados que limitam ainda mais suas escolhas e exacerbam a marginalização. Em um estudo na Etiópia, por exemplo, apenas 35% de jovens com deficiência usaram contraceptivos durante o primeiro encontro sexual e 63% tiveram uma gravidez não planejada (UNFPA, 2018a).

A estigmatização pode impedir que os indivíduos procurem os serviços de que precisam e aos quais têm direito. As mulheres solteiras, por exemplo, podem hesitar em procurar atendimento de saúde sexual e reprodutiva, particularmente serviços como contracepção e aborto seguro. Os níveis de necessidade de planejamento familiar moderno não

atendida são muito mais altos entre mulheres solteiras e sexualmente ativas do que entre mulheres casadas, devido a esse estigma (Singh *et al.*, 2018).

O estigma não afeta apenas as escolhas e decisões de indivíduos que precisam de informações e serviços, mas também pode afetar as ações dos profissionais que prestam serviços. Em lugares onde o aborto é amplamente legal, por exemplo, o estigma persistente sobre o procedimento pode afetar a disposição dos profissionais para aconselhar ou oferecer o procedimento. Um estudo recente descobriu que alguns profissionais tinham atitudes negativas em relação ao aborto na maioria dos países do Sudeste Asiático e da África Subsaariana, por exemplo, e

Acesso a serviços para jovens com deficiência

A *Women Enabled International* ajudou a desenvolver diretrizes para governos, profissionais e outras partes interessadas para atender às necessidades de saúde sexual e reprodutiva de jovens com deficiência. As diretrizes incluem ações para assegurar disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e serviços de qualidade, bem como serviços para prevenir ou abordar o impacto da violência de gênero:

- Estabelecer protocolos sensíveis a deficiências e determinar orientações para visitas de acompanhamento com profissionais de saúde, manejo dos efeitos colaterais de medicamentos ou tratamentos e diretrizes de referência para mais assistência, quando necessário.
- Criar materiais informativos acessíveis, adaptados a jovens com diferentes tipos de deficiência e adequados a diferentes idades, que abordem os tipos de contraceptivos e de serviços de saúde sexual e reprodutiva disponíveis e considerem a possibilidade de subsidiar esses serviços para jovens de baixa renda com deficiências.
- Desenvolver campanhas de conscientização e materiais educativos sobre sexualidade uso de contraceptivos e disponibilidade de serviços para cuidadores e familiares de jovens com deficiência.
- Garantir que as informações sobre contraceptivos, os insumos e os serviços estejam disponíveis para jovens, mulheres e homens com deficiência. Homens e meninos também devem receber informações para ajudá-los a compreender os direitos das jovens e adolescentes de usar contraceptivos.

Saúde sexual e reprodutiva e o advento da assistência universal à saúde

A saúde sexual e reprodutiva, em geral, e o planejamento familiar, em particular, foram marginalizados por décadas em arenas globais que abordavam questões de atenção primária à saúde.

Em 1978, por exemplo, representantes do governo convergiram no Cazaquistão para a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. O evento foi concluído com a Declaração de Alma-Ata, que identificou a atenção primária à saúde como a chave para a obtenção de saúde para todos em todo o mundo. Mas alguns governos disseram que as metas delineadas na declaração eram muito amplas e, portanto, inatingíveis.

Um ano depois, em uma reunião de especialistas em saúde e políticas, surgiu um consenso sobre a necessidade de se concentrar em intervenções de saúde simples, mas de alto impacto, que poderiam salvar vidas em países em desenvolvimento. Essas intervenções, chamadas de GOBI, a sigla em inglês para o monitoramento do *crescimento* de crianças, reidratação *oral*, *amamentação* e *imunizações*, mais uma vez falharam em abordar questões fundamentais de saúde sexual e reprodutiva como parte da atenção primária à saúde. Mas a comunidade global de saúde acabou reconhecendo a importância de outras intervenções essenciais na atenção primária e concordou que o planejamento familiar deveria ser uma prioridade (assim como educação feminina e suplementação alimentar).

A inclusão do planejamento familiar na agenda global de saúde primária antecipou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), que incluíram o objetivo de reduzir a mortalidade materna no mundo em 75% entre 2000 e 2015. Em 2005, com cinco anos de esforços voltados para o alcance dos ODMs, as Nações Unidas concordaram em adicionar uma meta para alcançar o acesso universal à saúde reprodutiva.

As metas de saúde foram distribuídas em quatro dos oito ODMs. Porém, a partir de 2015, com a nova Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs), todas as metas relacionadas à saúde, incluindo aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, foram incluídas em um só

Objetivo. Ter todas as metas relacionadas à saúde em um único lugar reforçou a noção de um *continuum* da atenção, que inclui sexo e reprodução – da prevenção da gravidez à gravidez, parto, infância, atenção pós-parto e infantil — e fatores importantes de fornecimento de água e saneamento.



Segundo o Objetivo 3 — garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades até 2030 — a Meta 3.7 visa ao acesso universal a serviços e assistência de saúde sexual e reprodutiva, inclusive a planejamento familiar, informação e educação e a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.

A Figura 4.6, que mostra a cobertura dos cuidados de saúde em todo o *continuum* da atenção nos países mais pobres do mundo com as maiores necessidades, revela um progresso desigual em algumas áreas da saúde sexual e reprodutiva. A cobertura, embora ainda abaixo do ideal, é mais alta em torno do parto e para vacinações agendáveis (UNICEF e OMS, 2017). Os períodos anteriores à gravidez e após um parto recente, os momentos cruciais para decidir sobre as futuras intenções de engravidar, continuam sem atendimento adequado.

Em outubro de 2018, 40 anos após a Declaração de Alma-Ata, os delegados que participaram da última Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde finalmente reconheceram a importância da saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde. De acordo com a declaração, o atendimento primário à saúde “fornecerá uma gama abrangente de serviços e atendimento, inclusive, entre outros(...), serviços que promovam, mantenham e melhorem a saúde materna, neonatal, infantil e adolescente, a saúde mental e a saúde sexual e reprodutiva.”

A meta do ODS de cobertura universal de saúde inclui o planejamento familiar como um indicador central junto com o atendimento pré-natal e o parto, bem como o rastreamento do câncer de colo do útero. Nos últimos anos, a saúde sexual e reprodutiva tem sido consistentemente incluída em indicadores de formulação de políticas globais de saúde.

FIGURA 4.6 Principais lacunas na cobertura

Mediana da cobertura nacional de intervenções em todo o continuum de assistência entre países, com dados disponíveis de 2012, da iniciativa 'Countdown to 2030' [Contagem Regressiva para 2030], que acompanha o progresso nos 81 países que respondem por mais de 90% das mortes de crianças com menos de cinco anos de idade e 95% de mortes maternas no mundo.



a. Refere-se à prevenção e ao planejamento da gravidez e inclui o período de tempo anterior à primeira gravidez e os intervalos entre as gestações, bem como a tomada de decisão sobre a possibilidade de ter uma gravidez.

b. Os indicadores de alimentação infantil servem como um substituto para a cobertura do programa para o qual as mensurações não estão disponíveis.

Nota: Inclui apenas intervenções de relevância para todos os países do Countdown. Indicadores relacionados à malária monitorados pela Countdown não estão exibidos.

Fonte: Taxas de imunização, Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); população que utiliza serviços básicos de água potável e serviços de saneamento, Programa Conjunto de Monitoramento da OMS e da UNICEF para o Abastecimento de Água e Saneamento; tratamento anti-retroviral de mulheres grávidas com HIV, base de dados global do UNICEF, julho de 2017, com base nas estimativas de 2017 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS; todos os outros indicadores, base de dados global do UNICEF, julho de 2017, com base em Pesquisas Demográficas e de Saúde, Pesquisas de "Clusters" com Indicadores Múltiplos e outras pesquisas nacionais.



© UNFPA

os profissionais também relataram ser estigmatizados por suas famílias, comunidades, colegas e formuladores de políticas por ofertar abortos (Rehnström Loi *et al.*, 2015).

Insuficiente educação em sexualidade

A falta de conhecimento dos indivíduos pode ser uma barreira ao acesso aos serviços. Percepções equivocadas ou falta de compreensão sobre a sexualidade, o corpo humano e o seu desenvolvimento, gênero e direitos, e dinâmicas de poder nos relacionamentos podem

ser um obstáculo no caminho dos direitos e das escolhas das pessoas.

A educação integral em sexualidade é um processo baseado no currículo de ensino e aprendizagem sobre os aspectos cognitivos, emocionais, físicos e sociais da sexualidade. Destina-se a munir crianças e jovens com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que irão capacitá-los a: cuidar da sua saúde, seu bem-estar e sua dignidade; vir a desenvolver relações sociais e sexuais respeitadas; avaliar como suas escolhas afetam o seu próprio bem-estar e o dos outros; e compreender e garantir a proteção

de seus direitos durante toda a vida (UNESCO, 2018).

O início de uma educação integral em sexualidade adequada à idade na escola primária oferece inúmeros benefícios, incluindo ajudar as crianças a identificar e denunciar comportamentos inadequados, como abuso infantil, e apoiar o desenvolvimento de atitudes saudáveis sobre o próprio corpo e sobre relacionamentos. Educação integral em sexualidade também deve estar disponível para aqueles que não estão matriculados na escola.

Há evidências que confirmam que a educação em sexualidade não acelera a atividade sexual, mas tem um impacto positivo em comportamentos sexuais mais seguros e pode retardar o início da atividade sexual. Um estudo da UNESCO para o desenvolvimento de orientação técnica sobre educação integral em sexualidade descobriu que programas baseados em currículo contribuem para o adiamento do início da relação sexual, a diminuição da frequência de relações sexuais, diminuição do número de parceiros sexuais, redução de riscos e aumento do uso de preservativos e outras formas de contracepção (UNESCO,

2018). Como em todos os currículos, a educação integral em sexualidade deve ser ministrada de acordo com as leis e políticas nacionais (UNFPA, 2016a).

Cerca de 80% dos 48 países abrangidos por um estudo recente têm políticas ou estratégias que apoiam a educação integral em sexualidade (UNESCO, 2015).

Rumo ao acesso para todos

Garantir o acesso a informações e serviços é uma prioridade para a comunidade internacional. Com o tempo, formuladores de políticas, profissionais e ativistas ajudaram

a responder às importantes questões de “acesso a quê?”, “acesso para quem?” e “o que o acesso realmente significa na prática?”

Hoje, há um consenso em torno do objetivo de que todos, em todos os lugares, devem ter acesso a informações e serviços de alta qualidade para todas as suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva ao longo de suas vidas. Embora seja notável o progresso em direção a esse objetivo, sua plena realização permanece difícil para muitos devido à falta de conscientização, aos recursos escassos, à vontade política insuficiente ou à desigualdade de gênero subjacente.

DESTAQUES DO CAPÍTULO

- Para garantir direitos e escolhas na vida das pessoas, todas as pessoas precisam e merecem acessar um conjunto abrangente de informações e serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva.
- Enquanto os primeiros programas se concentravam em expandir a *disponibilidade* de contraceptivos para mulheres em todo o mundo, com o tempo, o conceito de acesso evoluiu. Defensores, profissionais e formuladores de políticas ajudaram a responder questões importantes de “acesso a quê?”, “acesso para quem?” e “o que o acesso realmente significa na prática?” À medida que nossa compreensão das barreiras ao acesso cresce e novos desafios emergem, surge uma necessidade contínua de trazer à luz essas questões.
- Conceitos de acesso aprimorados reconhecem as muitas barreiras à capacidade de os indivíduos se valerem de informações e serviços que possibilitem saúde, bem-estar e a efetivação de direitos e escolhas em suas vidas sexuais e reprodutivas.
- Embora tenha havido progresso significativo na ampliação do acesso a serviços e informações que permitem a realização de toda a gama de direitos à saúde sexual e reprodutiva, esse progresso tem sido desigual e as desigualdades persistem. As desigualdades em saúde sexual e reprodutiva são profundamente afetadas pela desigualdade de renda, pela qualidade e pela cobertura dos sistemas de saúde, por leis e políticas, normas sociais e culturais, e pela exposição das pessoas à educação em sexualidade.



O OBSTÁCULO SUBJACENTE A TODOS OS OUTROS

A revolução sexual, em grande parte estimulada pelo advento de métodos contraceptivos confiáveis e seguros, estava bem adiantada nos países mais ricos nos anos 60, enquanto, na mesma época, os países em desenvolvimento passavam por mudanças econômicas e sociais dramáticas que transformaram fundamentalmente suas sociedades.

Entre elas, estavam mudanças nas atitudes em relação ao que homens e mulheres podiam e deveriam estar fazendo em suas vidas.

Ao mesmo tempo, Ela Bhatt, Sonia Montaño, Gloria Steinem e outras feministas ao redor do mundo procuravam sensibilizar a sociedade sobre desigualdade de gênero e sua conexão com a sexualidade, a desigualdade na família, os direitos reprodutivos e a violência sexual. Essa visão mais abrangente de desigualdade de gênero continua, até hoje, a desempenhar um papel central nas

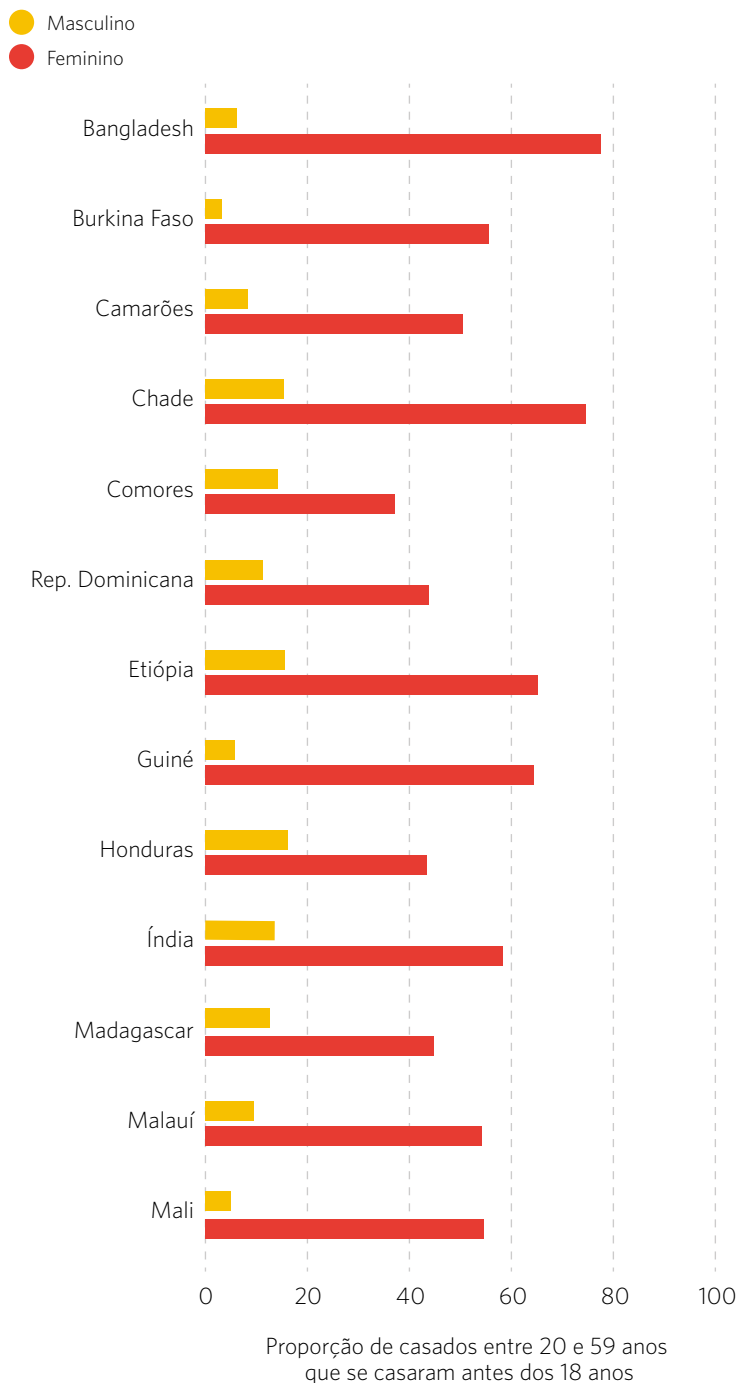
discussões em torno dos direitos reprodutivos.

De todos os obstáculos para a conquista e o exercício dos direitos humanos, inclusive os direitos reprodutivos, poucos provaram ser tão difíceis de superar quanto aqueles cuja base é o gênero. O gênero consiste em uma rede de expectativas e normas dentro de uma sociedade que, em conjunto, definem comportamentos, características e papéis masculinos e femininos apropriados, que são aprendidos, internalizados e reforçados pelas interações sociais com os outros,

exercendo profunda influência sobre todos os domínios da vida.

Embora a expressão de gênero varie de acordo com os contextos, em praticamente todas as sociedades, definiu-se o gênero de maneiras que subordinam as mulheres (e aquelas pessoas que a ele não se amoldam) aos homens, imbuindo definições de masculinidade e feminilidade com diferentes níveis de poder e autoridade social. O resultado dessas diferenças, na maioria das sociedades, é o desempoderamento sistemático de mulheres e grupos que não se amoldam ao gênero, cuja autonomia

FIGURA 5.1 O fardo desproporcional do casamento infantil sobre meninas



Fonte: MacQuarrie e Edmeades, 2015.

e capacidade para tomar decisões livremente, por si mesmas, são limitadas em quase todos os aspectos da vida. Normas de gênero exercem uma influência particularmente grande em questões reprodutivas.

O gênero influencia e é influenciado pelos direitos reprodutivos

A desigualdade de gênero limita a capacidade das mulheres de tomar livremente decisões fundamentais sobre quando e com quem fazer sexo, sobre o uso de métodos contraceptivos ou cuidados com a saúde e sobre se e quando procurar emprego ou buscar o ensino superior. Normas e expectativas de desigualdade de gênero ampliam os efeitos negativos de outros empecilhos a direitos e escolhas. Um exemplo é o casamento infantil, que é esmagadoramente mais comum para meninas do que para meninos (Figura 5.1). Quando uma menina é casada, tem menos probabilidade de frequentar a escola, concluir seus estudos, ou andar livremente fora de casa sozinha; tem maior probabilidade de sujeitar-se à violência com base no gênero; e tem menos probabilidade de aprender sobre seu corpo e seus direitos. A mobilidade, a escolaridade e o conhecimento limitados das meninas, por sua vez, reforçam e perpetuam a desigualdade de gênero.

Ganhando o poder de escolher

Em geral, as mulheres têm hoje mais controle sobre suas vidas reprodutivas do que em qualquer outra época

da história da humanidade, com profundas implicações para os indivíduos e as sociedades. Para as mulheres em particular, ser capaz de escolher quantas crianças ter e quando tê-las, abriu as portas para vidas não dominadas por gravidezes e criação de filhos, ajudando a reduzir a desigualdade de gênero.

À medida que os níveis de escolhas reprodutivas expandiram-se ao longo do tempo por todo o mundo, as mulheres na maior parte dos países começaram a ter menos filhos. Essa tendência por menos filhos trouxe muitos benefícios, principalmente para as mulheres, inclusive melhor saúde para si e para os filhos, maior nível educacional, maior participação no emprego remunerado e melhorias na forma como as próprias mulheres e meninas são vistas e valorizadas pela sociedade e dentro de suas famílias (Stoebenau *et al.*, 2013). Em muitos contextos, isso fez parte de um círculo virtuoso de empoderamento, em que o maior acesso a formas confiáveis de controle da fecundidade permitiu a expansão de direitos em outras áreas, o que contribuiu para sua capacidade de exercer plenamente seus direitos reprodutivos.

O direito de mulheres e homens escolherem livremente o número de filhos, o momento de tê-los e o espaçamento entre eles agora é quase universalmente reconhecido. Em última análise, quase todas as 4,3 bilhões de pessoas em idade reprodutiva em todo o mundo sofreram, em algum momento de

suas vidas, algum tipo de acesso inadequado aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (Starrs *et al.*, 2018). E esse acesso é fortemente dependente das normas de gênero vigentes.

Poder, voz e escolha

Em todas as sociedades, a reprodução é imbuída de um profundo significado social e cultural, desempenhando um papel crítico ao marcar as transições entre as fases da vida e para a construção de *status* social e identidade. Consequentemente, os comportamentos associados à reprodução, inclusive a maneira

como as famílias são formadas e o comportamento sexual, são regulados por normas, particularmente aquelas relacionadas ao gênero. Tais normas de gênero moldam e reforçam os sistemas social, legal e econômico.

As sociedades patriarcais são, muitas vezes, caracterizadas por fortes e duplos padrões sexuais (Heise *et al.*, no prelo), nos quais a masculinidade é definida de formas que recompensam a proeza sexual e as mulheres são recompensadas pela pureza e castidade. Essas normas e atitudes desiguais quanto a gênero são frequentemente usadas para racionalizar o controle sobre a sexualidade e a reprodução das



Uma cineasta da ONU, editora e futura mãe, confere seu filme na sede da ONU. O símbolo para o Ano Internacional da Mulher pode ser visto em segundo plano e no alto-falante à direita. New York, 1974. © UN Photo/M. Faust

mulheres. As preocupações em manter a pureza sexual das mulheres sustentam uma série de práticas nocivas, como o casamento infantil e a mutilação genital feminina, e são usadas pelos homens como justificativa para a violência com base no gênero.

As práticas nocivas que resultam de normas de gênero desiguais podem impedir ainda mais o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva e limitar os direitos e as escolhas da mulher em todas as áreas de sua vida.

Violência com base no gênero: A violência contra mulheres e meninas é uma violação dos direitos humanos e uma preocupação de saúde pública em todos os países. Uma em cada três mulheres em todo o mundo sofrerá violência física ou sexual em algum momento de sua vida (García-Moreno *et al.*, 2013). A existência e até mesmo a ameaça de violência cria um ambiente em que as mulheres são subjugadas pelos homens no tocante à saúde sexual e reprodutiva e correm maior risco de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez não intencional.

Casamento infantil: estima-se que 800 milhões de mulheres vivas hoje casaram-se quando eram crianças. O casamento infantil nega às meninas capacidade de agir e autonomia em sua casa e em decisões sexuais e reprodutivas, reduz sua chance de adquirir escolaridade, compromete seu futuro e as impede de realizar todo seu potencial na vida. Meninas casadas têm menos probabilidade

de receber cuidados médicos adequados durante a gravidez do que mulheres adultas, e essa falta de cuidados, aliada ao fato de muitas meninas casadas ainda não estarem fisicamente prontas para o parto, apresenta riscos para mães e bebês. A falta de autonomia que as meninas-noivas têm em termos de tomar decisões reprodutivas, combinada com as restrições à mobilidade que essas meninas enfrentam, restringe sua capacidade de fazer livremente escolhas reprodutivas e sua propensão a agir nessas escolhas consultando profissionais de saúde.

Pressão por fecundidade e preferência por meninos: Como a reprodução é vista como uma parte fundamental dos ideais sociais de masculinidade e feminilidade, homens e mulheres podem enfrentar uma pressão considerável para provar sua fecundidade no início dos relacionamentos conjugais. Um padrão semelhante é também visto em contextos em que há uma forte preferência por meninos, o que em si já é um reflexo de visões profundamente arraigadas e injustas do valor intrínseco de homens e mulheres. Nesses contextos, as mulheres enfrentam extrema pressão para gerar meninos, podendo ser vítimas de violência, abandono ou estigma por dar à luz meninas em vez de meninos. Nessas circunstâncias, as mulheres têm pouco poder, voz ou escolha e, portanto, pouca autonomia.

Desigualdade de gênero na lei e na prática: As leis e políticas geralmente refletem valores sociais mais amplos

em torno de gênero, podendo interferir nas decisões autônomas sobre questões de saúde sexual e reprodutiva. Por exemplo, um prestador de serviços pode ser proibido de distribuir métodos contraceptivos a meninas adolescentes ou mulheres solteiras, ou a criminalização de relações entre pessoas do mesmo sexo pode levar membros da comunidade lésbica, gay, bissexual, transgênero e intersexual (LGBTI) a evitar procurar serviços de saúde sexual e reprodutiva.

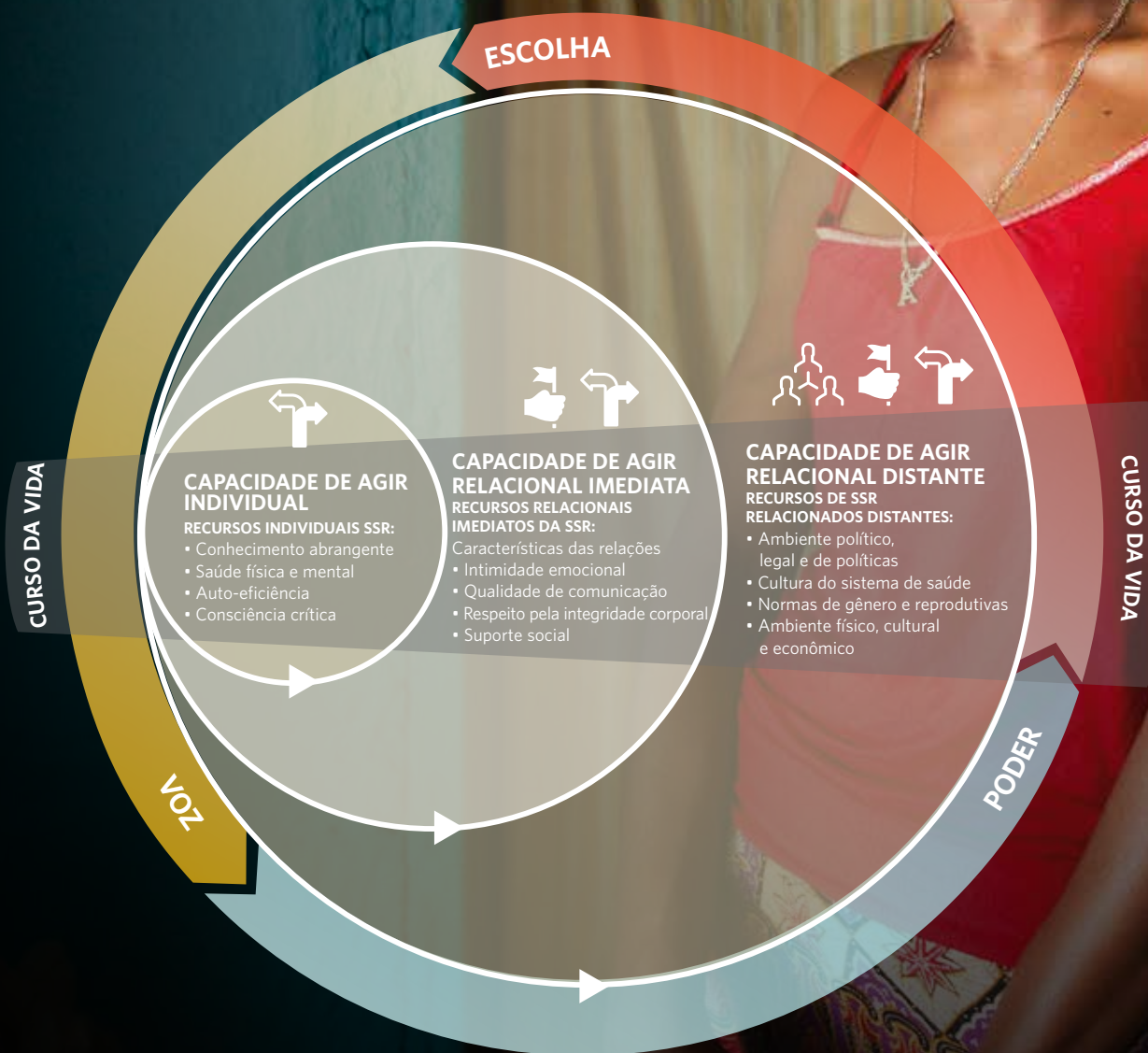
Inerentes à relação

As decisões sexuais e reprodutivas e o papel que o gênero desempenha nessas escolhas estão inerentemente relacionados, porque envolvem interações com outras pessoas, particularmente parceiros sexuais ou românticos, mas também com membros da família estendida, membros da comunidade ou instituições, como clínicas e hospitais. A capacidade de agir de forma independente é vivenciada por indivíduos dentro desses relacionamentos (Figura 5.2).

Em particular, três aspectos de relacionamentos dependentes de gênero são importantes nas decisões sobre sexualidade e sobre reprodução: o poder do indivíduo; a voz, ou o grau em que os indivíduos são capazes de articular e defender suas necessidades e desejos; e até que ponto os indivíduos têm escolhas reais. Poder, voz e escolha moldam, juntos, o grau de capacidade de agir que um indivíduo tem dentro de um relacionamento, seja interpessoal ou com uma instituição ou sociedade. Por exemplo, uma mulher pode ter

FIGURA 5.2

Atuação depende das relações com indivíduos, comunidades e instituições



Fonte: Edmeades et al., 2018.



© Michele Crowe

A evolução do gênero no planejamento familiar

A urgência com a qual os formuladores de políticas e doadores encaravam a questão do crescimento populacional no final dos anos 1960 indicava que muitos programas de planejamento familiar visavam, principalmente, a reduzir a fecundidade, em vez de permitir que as mulheres conhecessem seu direito de tomar decisões sobre o momento de engravidar e o espaçamento entre uma gravidez e outra.

Os programas nas décadas de 1960 e 1970, portanto, concentraram-se principalmente no fornecimento de contraceptivos às mulheres, com pouca atenção às necessidades ou aos desejos de mulheres e homens que iriam usá-los de fato ou aos contextos sociais e de gênero nos quais as decisões reprodutivas ocorriam.

Alguns desses programas iniciais eram, na melhor das hipóteses, cegos para o gênero e, na pior, parcialmente responsáveis pela perpetuação das desigualdades de gênero, em nome da obtenção de um maior uso da contracepção e menor fecundidade. O foco nas mulheres, e particularmente nas mulheres casadas, como os principais objetivos dos programas de planejamento familiar serviu para reforçar as normas de gênero existentes, que pressupunham que os papéis principais das mulheres era serem esposas e mães.

Os programas geralmente refletiam as sociedades patriarcais nas quais eles atuavam, com pouca atenção à dinâmica de gênero em torno da tomada de decisão reprodutiva ou

uma capacidade de agir considerável em seu relacionamento imediato com o marido, mas tem muito menos em seu relacionamento com seu profissional de saúde ou mesmo com sua sogra.

A capacidade de agir também é determinada em diferentes níveis dentro de cada relacionamento. Por exemplo, no nível individual, a capacidade de agir é influenciada por fatores como o conhecimento sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos, que podem capacitar uma pessoa a se defender mais efetivamente e fazer escolhas informadas. Em outro nível, a capacidade depende de fatores como o grau em que um parceiro respeita a integridade corporal do outro ou o grau de liberdade para expressar opiniões sobre contracepção. Em um nível mais distante, que se refere aos relacionamentos com instituições como os sistemas de saúde ou até mesmo a economia, a capacidade de agir depende da capacidade de

resposta às necessidades individuais. Em todos esses relacionamentos, as normas de gênero são fundamentais. Elas podem construir — ou comprometer — a capacidade de agir em todos os aspectos da vida, mas especialmente na tomada de decisões sobre saúde sexual e reprodutiva.

Esforços para expandir o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva e empoderar indivíduos para exercer seus direitos dessa ordem podem ser beneficiados por uma abordagem que não apenas antecipa o que as mulheres precisam, mas que também leva em conta o fato de que as decisões de saúde sexual e reprodutiva são influenciadas por gênero e a forma como isso ocorre, inclusive com os sistemas de saúde. A compreensão sobre essas dinâmicas pode ajudar os provedores de serviços a responder melhor às necessidades exclusivas de cada cliente.

CAMPEÃ DA MUDANÇA

Gita Sen

Durante 35 anos, a economista indiana Gita Sen fez pressão para que o pensamento feminista desempenhasse seu papel legítimo no centro dos compromissos nacionais e internacionais a respeito de saúde e direitos reprodutivos e sexuais. Como líder da rede feminista Alternativas de Desenvolvimento com Mulheres para uma Nova Era, conhecida como DAWN, Sen uniu-se a acadêmicos e defensores da igualdade de gênero na implantação de ferramentas de pesquisa e ativismo para pressionar por justiça de gênero.

“Temos que fazer o desenvolvimento trabalhar em prol de mulheres e meninas”, diz Sen. “E lutar pelos direitos humanos das mulheres de todas as formas possíveis”.

Sen foi proeminente na mobilização da onda global da sociedade civil que mudou para sempre a compreensão sobre população e desenvolvimento na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994. Antes disso, as conferências sobre população envolviam principalmente homens que deliberavam sobre metas populacionais. Palavras como “sexo” e “reprodução” raramente eram ouvidas. Já na CIPD, eles conheceram o que Sen chama de “força irresistível do movimento de mulheres”. Com a participação de milhares de ativistas do sul e do norte do planeta, a saúde e os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres tornaram-se a ordem do dia.

“Vinte e cinco anos depois, o mundo está um lugar muito mais difícil para os direitos humanos. A reação contra as mulheres e o feminismo tem sido enorme”, reflete Sen. “Mas o fato de a pauta da CIPD ainda estar em andamento nos mostra o poder do que alcançamos.”

Sen há muito sustenta que a verdadeira mudança para as mulheres só virá quando elas se mobilizarem para derrubar as estruturas de poder existentes e mudar os modelos de desenvolvimento. Entre outras questões, isso significa reorientar as economias para que elas não dependam mais do trabalho assistencial não remunerado das mulheres ou da segregação delas nos piores e mais mal remunerados empregos. O objetivo deve ir muito além de conseguir uma fatia do mesmo tamanho de uma torta “envenenada”.

Sobre seu compromisso da vida toda com a igualdade de gênero, ela pondera: “Eu acho que viver a vida como uma mulher me impulsiona. Já era ciente da desigualdade de gênero, mesmo quando menina, quando muito se tratava de controlar o que as meninas poderiam ser e fazer. O mesmo não se aplicava aos meninos. Mais tarde, quando pude ver como as estruturas de poder e desigualdade funcionam em sociedades e economias inteiras – bem, daí não tinha como voltar atrás.”

“Temos que fazer o desenvolvimento trabalhar em prol das mulheres e meninas, e lutar pelos direitos humanos das mulheres de todas as formas possíveis.”





© UN Photo/Milton Grant

do bem-estar geral das mulheres. Enquanto isso, pouca programação foi direcionada aos homens, além de esforços para aumentar o uso de preservativos.

Na época da Conferência Mundial sobre População, em 1974, governos, feministas e outros grupos haviam começado a expressar frustração com os objetivos demográficos que haviam impulsionado grande parte do movimento internacional de planejamento familiar até aquele ponto. A crescente evidência de violações dos direitos reprodutivos e humanos, a falta de contribuição dos mais diretamente afetados pelos programas de planejamento familiar, bem como a falta de reconhecimento de questões mais amplas de desenvolvimento

social e econômico em alguns programas de planejamento familiar contribuíram para que, nos países em desenvolvimento, houvesse um significativo ceticismo a respeito das intenções do movimento internacional de planejamento familiar. Esse ceticismo resultou em um esforço conjunto desses países para adotar uma abordagem mais abrangente ao desenvolvimento, que incluísse medidas para capacitar as mulheres a tomar suas próprias decisões sobre o número, o momento e o espaçamento dos nascimentos.

Esse impulso ganhou força nos anos que se seguiram. A Década das Mulheres das Nações Unidas (1976-1985), por exemplo, coincidiu amplamente com três conferências mundiais das Nações

Unidas sobre mulheres (em 1975, 1980 e 1985), com o estabelecimento do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) e com a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW). As redes formadas ao longo do caminho forneceram uma base para uma forte aliança feminista, que influenciou a direção do movimento de planejamento familiar pelas duas décadas subsequentes.

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, o movimento pelos direitos reprodutivos deu um grande salto à frente. A agenda foi liderada por defensores das escolhas individuais e pela consideração integral do gênero no exercício dos direitos reprodutivos.

Gênero e vulnerabilidade: adolescentes, minorias sexuais e pessoas com deficiência

O efeito das normas de gênero é mais diretamente sentido pelos grupos para os quais o controle sobre a sexualidade e o comportamento reprodutivo é visto como particularmente importante ou aqueles cujo comportamento não está de acordo com as expectativas sociais predominantes. O efeito sobre a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos pode ser profundo, com consequências reais para sua saúde.

Adolescentes

A adolescência é um momento da vida em que as forças da socialização de gênero, quando meninos e meninas aprendem a se comportar de maneiras que são aceitáveis para a sociedade, são particularmente fortes (John *et al.*, 2017). No entanto, também é um momento em que os indivíduos têm níveis particularmente baixos de poder, voz e escolha em suas vidas, trazendo desafios únicos ao seu acesso aos serviços (Patton *et al.*, 2016). Isso é especialmente verdadeiro para as meninas.

Os adolescentes têm necessidades especiais de saúde sexual e reprodutiva. Eles podem não ter conhecimento sobre questões de saúde e como acessar a assistência à saúde, restringindo sua capacidade de prevenir a gravidez e as infecções sexualmente transmissíveis. Proibições sociais contra a atividade sexual entre adolescentes, particularmente para aqueles que são solteiros, aumentam os custos sociais e o estigma associado à busca de serviços, assim como aumentam os temores sobre a perda de confidencialidade ao acessar serviços e impõem restrições legais ao livre acesso aos serviços. Por fim, muitas adolescentes são casadas quando crianças, uma violação fundamental de seus direitos. Essas meninas, até mais do que adolescentes como um grupo, foram negligenciadas durante grande parte da história do movimento de planejamento familiar, apesar de seus óbvios níveis de necessidade e relevância para os objetivos mais amplos do movimento.

Pessoas com deficiência

As mulheres e os jovens com deficiência enfrentam múltiplas formas de discriminação, inclusive discriminação baseada no gênero. Os dados desagregados por deficiência, sexo e idade continuam escassos, mas são indispensáveis para compreender a situação das pessoas com deficiência e fornecer subsídios a políticas. Evidências de todo o mundo sobre a violência sexual e de gênero e sobre a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e jovens com deficiência revelam que seus direitos correm sérios riscos. Os jovens com deficiência menores de 18 anos têm quase quatro vezes mais probabilidade de serem vítimas de abuso do que os seus pares sem deficiência, sendo que os jovens com deficiência intelectual, especialmente as meninas, correm maior risco. Meninas e mulheres jovens com deficiências têm maior probabilidade de sofrer violência do que seus colegas do sexo masculino com deficiências ou meninas e mulheres jovens sem deficiência.

As mulheres e os jovens com deficiência enfrentam múltiplas formas de discriminação, inclusive discriminação baseada no gênero.

Minorias sexuais

Indivíduos LGBTI enfrentam barreiras adicionais à informação e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Na maioria das sociedades, onde as normas sexuais ditam comportamento heterossexual com ênfase na reprodução, esses indivíduos enfrentam estigma e discriminação generalizados, muitas vezes veem suas práticas sexuais serem criminalizadas e enfrentam altos níveis de violência sexual (Starrs *et al.*, 2018). Como resultado, os membros das comunidades LGBTI por vezes relutam em divulgar sua orientação sexual ou suas atividades sexuais para os profissionais de saúde, inibindo, assim, suas chances de receber atendimento de qualidade, que reflita suas necessidades. Essa população continua a ser marginalizada dentro do movimento de planejamento familiar, refletindo tanto o preconceito direto quanto a percepção de que a reprodução e os assuntos reprodutivos não são pertinentes para eles.

Em 2010, a Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento da Mulher (ONU Mulheres) foi criada para ajudar a realizar o objetivo global de alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres. Em 2012, o Banco Mundial concentrou seu Relatório sobre Desenvolvimento Mundial, publicado anualmente, na desigualdade de gênero, declarando que o gênero está no centro do desenvolvimento e que a igualdade de gênero tem um valor intrínseco ao invés de ser apenas uma ferramenta para alcançar crescimento econômico ou outros objetivos (Banco Mundial, 2012). E em 2015, as Nações Unidas endossaram a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que incluem uma meta de “acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos” e expandem consideravelmente o número de indicadores relacionados ao gênero usados para monitorar o progresso. O Objetivo 5 visa, em termos gerais, a alcançar a igualdade de gênero e empoderar mulheres e meninas. Ele exige, entre outras coisas, a integração das recomendações do Programa de Ação da CIPD em planos, políticas e programas nacionais.



Desafiando o status quo: caminhando para programas de gênero transformadores

Programas de saúde sexual e reprodutiva que levam em conta como o gênero influencia a atuação no contexto dos relacionamentos podem estar mais bem equipados para ajudar mulheres e homens a exercer seus direitos reprodutivos (Edmeades *et al.*, 2018).

Um tremendo progresso tem sido feito na defesa dos direitos reprodutivos desde 1969. Alcançar o sucesso futuro, entretanto, requer desafiar diretamente as interligações entre gênero e reprodução e as normas sociais patriarcais que as reforçam. Os programas de planejamento familiar, por exemplo, têm o poder de se tornar agentes de transformação de gênero, construindo a compreensão em torno do gênero de forma a promover maior igualdade e permitir maior liberdade nas escolhas sexuais e reprodutivas. Várias abordagens promissoras foram desenvolvidas e apontam o caminho para alcançar essas metas.

Alcançar a igualdade plena deve envolver o engajamento direto com os homens como parceiros completos e equivalentes, de forma a permitir que eles sejam não apenas dedicados a sua própria saúde, mas também que apoiem a autonomia das mulheres (Hook *et al.*, 2018).

As iniciativas que adotaram essa abordagem incluem o programa Mobilizing Men [Mobilizando

os homens], que apresentou uma redução na violência contra as mulheres na Índia, no Quênia e em Uganda (Greig e Jerker, 2012).

Outro exemplo é o MenCare, um programa desenvolvido por Promundo e Sonke Gender Justice. Destina-se a desafiar as normas tradicionais em torno do cuidar, incentivando e capacitando os homens a assumir papéis que não são tradicionalmente considerados masculinos, com o objetivo de alcançar um maior bem-estar geral, igualdade de gênero e saúde. Na mesma linha, a *Ecole des maris*, ou escola de maridos, no Níger, obteve considerável sucesso ao incentivar os maridos a se engajarem em questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, tanto para si como para suas esposas.

Embora envolver os homens no processo de transformação de gênero seja essencial para os objetivos de longo prazo de melhorar os direitos reprodutivos, é igualmente importante continuar capacitando mulheres e meninas para alcançar seu pleno potencial. Das mudanças a esse respeito observadas nas duas últimas décadas, talvez nenhuma tenha tanto impacto sobre as normas de gênero a longo prazo quanto o aumento acentuado de meninas que frequentam e permanecem na escola. A experiência e o conteúdo da escola podem ser uma vivência transformadora para as meninas em particular, aumentando sua compreensão de seu lugar na sociedade e como isso é moldado; fornecendo-lhes as habilidades e as informações para ter voz em seus

CAMPEÃ DA MUDANÇA

Lise-Marie Dejean

“Cresci em uma atmosfera onde as vidas das mulheres eram sempre deixadas de lado”, lembra Lise-Marie Dejean. “As mulheres eram constantemente lembradas pelos homens de que seus corpos não lhes pertenciam e tendiam a acreditar nisso.”

Com a voz reanimada, ela continua: “Tivemos que desconstruir os mitos e as mentalidades. Tivemos que ajudar as mulheres a cuidar da saúde e de seus corpos”.

Amplamente reconhecida no Haiti como defensora dos direitos das mulheres, Dejean, 75, nasceu pouco depois da fundação, em 1934, da primeira organização feminista do país que lutou pelos direitos das mulheres à educação e à participação política, inclusive pelo direito de votar. Dejean lembra-se de ir às reuniões de mulheres com a mãe. Mas foi somente após tornar-se médica e começar a olhar os índices extremamente altos de mortalidade materna no Haiti que compreendeu plenamente a magnitude da discriminação de gênero e da falta de direitos reprodutivos.

Dejean decidiu levar suas habilidades médicas para algumas das regiões mais pobres e remotas do Haiti, atendendo pacientes individualmente e treinando parteiras para ampliar os serviços médicos disponíveis. Mais tarde, como presidente de uma importante organização de mulheres haitianas – *Solidarite Fanm Ayisyèn* ou SOFA -, ajudou a abrir clínicas para mulheres em favelas urbanas superpopuladas. Uma plataforma ininterrupta de *advocacy* tem sido um constante estímulo para retirar as penalidades criminais por aborto. O aborto ilegal e inseguro, aponta Dejean, é responsável por cerca de um terço da taxa de mortalidade materna. “Essa é uma luta pela vida das mulheres”, enfatiza.

Para as mulheres haitianas, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 foi um divisor de águas. Um dos principais resultados foi a criação do primeiro ministério nacional de assuntos da mulher, liderado por Dejean. Ela teve que superar ameaças de morte e manifestações populares para fazê-lo funcionar e, mesmo agora, é necessária uma vigilância constante diante de propostas recorrentes para extingui-lo.

Dejean é destemida. “As mulheres estão começando a representarem-se como pessoas com direitos”, diz ela. “É um belo ganho. Quando uma pessoa está psicologicamente pronta para se defender como ser humano, isso é uma grande vitória. Ela não se perderá. Não permitirá que ninguém passe por cima dela.”

“É um belo ganho. Quando uma pessoa está psicologicamente pronta para se defender como ser humano, isso é uma grande vitória. Ela não se perderá, não permitirá que ninguém passe por cima dela.”



CAMPEÃ DA MUDANÇA

Sivananthi Thanenthiran

reprodutivos tinham sido vencidas na década de 1960. Bastante foco fora direcionado para as mulheres e seus corpos. Ela optou por participar de ações produtivas, como a Iniciativa de Candidaturas Femininas na Malásia, sua terra natal. A iniciativa apoiava candidatos políticos que tinham como plataforma os direitos das mulheres.

Em 2016, quando trabalhava em um livro sobre saúde reprodutiva na Ásia, começou a olhar para os números e a falar com as pessoas, o que a deixou indignada.

Para mim, foi realmente chocante ver que essas batalhas ainda estavam muito vivas e presentes. Eu precisava fazer algo a respeito.”

Thanenthiran juntou-se às ativistas do Centro de Pesquisa e Recursos da Ásia-Pacífico para Mulheres (ARROW), posteriormente tornando-se diretora-executiva da organização. Atuando em 17 países, a ARROW defende a realização plena das mulheres em termos de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, para que possam ser cidadãos iguais em todos os aspectos da vida.

Quando era uma ativista feminista mais jovem, Sivananthi Thanenthiran costumava pensar que as batalhas pelos direitos

“Você só consegue aquilo pelo que você luta. Precisamos colocar nossas perspectivas à frente e avançar, sem medo.”

Tanto nas mídias sociais como nos salões de conversações políticas internacionais, Thanenthiran tornou-se uma voz proeminente ao rastrear sistematicamente as lacunas nos direitos sexuais e reprodutivos, além de estabelecer vínculos com questões que agravam as deficiências, como pobreza e mudanças climáticas. Em um mundo fragmentado e profundamente desigual, ela incentiva as pessoas e os formuladores de políticas a reagirem contra o que ela chama de “barganha” de direitos sociais em meio à luta por recursos econômicos, entre outros cada vez mais escassos.

Thanenthiran orgulha-se de jovens feministas que agora se preparam para vestir o manto do movimento, inclusive na ARROW. Elas herdaram um mundo onde a igualdade de gênero é mais amplamente reconhecida do que nunca.

Mas a batalha está longe de terminar, adverte. Muito depende da ousadia das mulheres, mas permanecendo unidas. “Você só consegue aquilo pelo que você luta. Precisamos colocar nossas perspectivas à frente e avançar, sem medo.”



relacionamentos com os outros e negociar a favor de seus próprios interesses; assim como para protegê-las de práticas nocivas, tais como o casamento infantil. Outros programas, como o *Abriendo Oportunidades* na Guatemala, implementado pelo Conselho de População, também encontraram êxito em ajudar as meninas a atravessar com sucesso a transição para a vida adulta, literalmente abrindo oportunidades que podem determinar o restante de suas vidas.

A educação abrangente em sexualidade também está ajudando a transformar as normas de gênero por meio de currículos adequados à idade, que fornecem informações

sobre sexualidade e reprodução, mas que também se concentram em gênero e poder nos relacionamentos. A UNESCO e o UNFPA apoiam a educação integral em sexualidade nas escolas e por meio de organizações comunitárias em dezenas de países em desenvolvimento (Haberland, 2015). Incentivar meninos e meninas a discutir abertamente questões sobre sexualidade resultará em mais parcerias comunicativas em que ambos os parceiros se sintam à vontade para compartilhar seus desejos e preferências de maneira mutuamente respeitosa, melhorando tanto as relações de mulheres quanto de homens e os resultados reprodutivos.

Atingir o objetivo mais amplo de empoderamento para todos exigirá que a comunidade de saúde sexual e reprodutiva faça um compromisso renovado para construir uma compreensão mais profunda do papel do gênero e de como os papéis e as expectativas ligadas ao gênero determinam as interações sociais em questões de saúde sexual e reprodutiva. Somente abordando essas causas profundas, o campo [de estudos] poderá finalmente alegar ter efetivamente libertado a humanidade do que Goldberg (2009) descreve como as “tirantias entrelaçadas da cultura e da biologia”, um esforço que continua sendo um dos mais ambiciosos empreendidos na história humana.

DESTAQUES DO CAPÍTULO

- De todos os obstáculos para a conquista e o exercício dos direitos humanos, inclusive os direitos reprodutivos, poucos provaram ser tão difíceis de superar quanto aqueles baseados em gênero.
- O gênero, a rede de expectativas e as normas dentro de uma sociedade que, em conjunto, definem comportamentos, características e papéis masculinos e femininos apropriados são aprendidos, internalizados e reforçados pelas interações sociais, exercendo profunda influência sobre todos os domínios da vida.
- A desigualdade de gênero limita a capacidade das mulheres de tomar livremente decisões fundamentais sobre quando e com quem fazer sexo, sobre o uso de contracepção ou assistência à saúde e sobre se e quando procurar emprego ou se deve buscar o ensino superior.
- Normas de gênero restringem os direitos reprodutivos dos homens ao criarem fortes pressões sociais para provar a fertilidade, envolver-se em comportamentos de risco e ter muitos filhos.
- Normas e expectativas desiguais com base no gênero ampliam os efeitos negativos de outros empecilhos aos direitos e escolhas.
- As decisões sexuais e reprodutivas e o papel que o gênero desempenha em torná-las inerentemente relacionais, no sentido de que envolvem interações com outras pessoas, particularmente parceiros sexuais ou românticos, mas também familiares, membros da comunidade ou instituições, como clínicas e hospitais.
- Os direitos reprodutivos não podem ser plenamente realizados na ausência de maior igualdade de gênero.
- Programas de saúde sexual e reprodutiva que levam em conta como o gênero influencia a atuação no contexto das relações que buscam promover maior igualdade estão mais bem equipados para ajudar homens e mulheres a exercer seus direitos reprodutivos.



QUANDO OS SERVIÇOS ENTRAM EM COLAPSO

Desde meados da década de 1990, governos, organizações humanitárias e instituições internacionais prestam cada vez mais serviços a mulheres e meninas adolescentes cujas escolhas foram limitadas por guerras e desastres naturais.

No século XXI, à medida que os conflitos de longa duração proliferaram e os desastres relacionados ao clima se intensificaram, o consenso internacional sobre essa prioridade se aprofundou. Os Estados aprovaram compromissos sucessivos para abordar as questões de saúde reprodutiva e violência de gênero em ambientes de crise, e os socorristas aprimoraram seus conhecimentos sobre práticas que salvam vidas.

Um mundo de problemas

O mundo hoje enfrenta níveis de necessidade humanitária sem precedentes. Em todo o mundo, cerca de 136 milhões de pessoas precisaram de ajuda humanitária

em 2018; 91 milhões receberam ajuda em 2017 (OCHA, 2018).

Os números de refugiados, migrantes e deslocados internos têm aumentado constantemente nos últimos anos. Entre os fatores que impulsionam o aumento, destacam-se conflitos de longa duração que resultam e exacerbam a fragilidade dos países; tempestades mortais relacionadas à mudança climática; e eventos imprevisíveis, como terremotos.

O colapso na segurança, a perda de abrigo e a interrupção dos serviços de água, alimentos, saneamento e saúde, todos esses fatores se combinam para criar dificuldades duradouras para as pessoas afetadas por crises. Muitos são obrigados a se deslocar e passam por sofrimento adicional durante a jornada.

Outros definham em assentamentos de refugiados, às vezes por décadas.

Todos os dias, mais de 500 mulheres e meninas em países com situações de emergência morrem durante a gravidez e o parto, devido à ausência de atendentes qualificados ou procedimentos obstétricos de emergência, bem como devido a abortos inseguros (UNFPA, 2018b).

A insegurança e o deslocamento aumentam as vulnerabilidades ao estupro, à exploração e à infecção pelo HIV, inclusive entre mulheres, adolescentes meninas e meninos, pessoas com deficiência e indivíduos que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros ou intersexuais.

As causas e a gravidade do deslocamento variam consideravelmente



entre os países e dentro deles, mas são invariavelmente os menos favorecidos que sofrem mais e por mais tempo. “Pobreza e desigualdade, instabilidade política e fragilidade do Estado, falta de água e insegurança alimentar, mudança climática e degradação ambiental, desenvolvimento insustentável e mau planejamento urbano se combinam de diferentes maneiras em diferentes países para aumentar a exposição e vulnerabilidade das pessoas”, segundo o Centro de Monitoramento do Deslocamento Interno. Especificamente, essa entidade afirma que “baixos níveis de desenvolvimento humano se correlacionam fortemente com o risco de deslocamento causado por desastres” (IDMC, 2018).

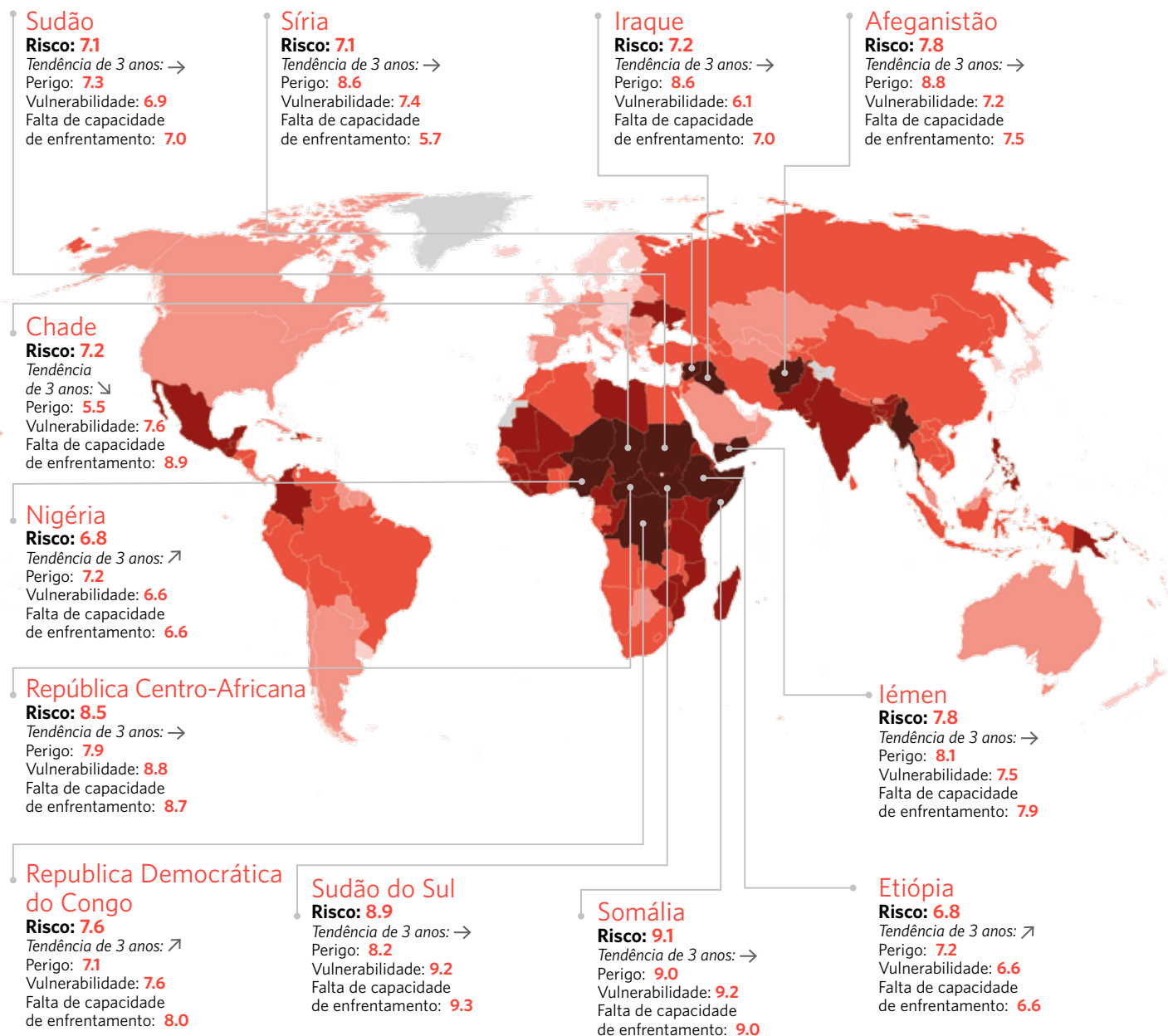
Dados consolidados por agências das Nações Unidas, pela Comissão Europeia e por governos e organizações não governamentais mostram que o risco de crises humanitárias e desastres que podem sobrecarregar as capacidades de resposta nacional é alto em pelo menos 12 países (Figura 6.1; IASC e Comissão Europeia, 2019).

Crises prolongadas: o novo normal

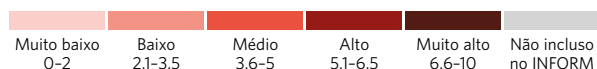
As guerras sempre impactaram as populações civis e frequentemente produziram deslocamentos em massa. Em 1969, ano de criação do UNFPA, a guerra de Biafra estava precipitando uma fome maciça e uma crise humanitária. Em 1994, o ano da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), o conflito na ex-Iugoslávia e a guerra civil em Ruanda envolveram ataques maciços contra civis.

FIGURA 6.1 Crises humanitárias e desastres podem sobrecarregar a capacidade de resposta dos países

O Índice Global de Risco INFORM 2019 é composto por três dimensões — riscos e exposição, vulnerabilidade e falta de capacidade de enfrentamento. Este mapa mostra detalhes para os 12 países com o maior risco global. A legenda é baseada no banco de dados do *Global Risk Index* do INFORM 2019.



ÍNDICE DE RISCO INFORM



↗ Risco crescente → Estável ↘ Risco decrescente

Hoje, “crises prolongadas são o novo normal”, de acordo com a *Global Humanitarian Overview* 2018 do Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA, 2018). O deslocamento de longo prazo devido a conflitos de difícil controle tem impulsionado o aumento sem precedentes de deslocados internos, refugiados e migrantes nos últimos anos, criando necessidades cada vez maiores de assistência e um crescente desafio para os atores humanitários.

Em oito anos, a guerra civil na República Árabe Síria deslocou mais da metade da população do país.

No final de 2017, havia 2,6 milhões de refugiados do Afeganistão, 2,4 milhões do Sudão do Sul e quase 1 milhão da Somália (ACNUR, 2018).

A maior crise humanitária do mundo hoje é no Iêmen, onde a guerra fez a economia, os serviços sociais e os meios de subsistência entrarem em colapso. Quatro em cada cinco pessoas, 22 milhões, estão passando necessidades, muitas à beira da fome (OCHA, 2018).

Em todo o mundo, quase 12 milhões de pessoas foram recentemente deslocadas por conflitos armados, terrorismo e violência comunitária ou política em 2017, em comparação com 6,9 milhões no ano anterior; 18 milhões foram desenraizados por desastres relacionados ao clima (IDMC, 2018). No início de 2018, havia 40,3 milhões de pessoas deslocadas internamente por conflitos e 22,5 milhões de refugiados — os números mais altos já vistos (IOM, 2017).

O conflito foi um elemento importante em 19 das 21 situações em que as Nações Unidas coordenaram os planos de resposta humanitária em 2018. A maioria dessas crises durou cinco anos ou mais; três (na República Democrática do Congo, na Somália e no Sudão) persistiram por mais de 18 anos (OCHA, 2018). O número de pessoas deslocadas à força aumentou mais de 50% na última década.

Em 2017, a violência étnica forçou 655.500 pessoas da etnia Rohingya a fugir de Mianmar para Bangladesh. No mesmo ano, 2,9 milhões de sírios, 2,2 milhões de congoleses e 1,4 milhões de iraquianos foram recentemente deslocados por conflitos (IDMC, 2018).

Os efeitos de conflitos internos ou externos prolongados podem



persistir muito tempo depois do fim das hostilidades. Em 2017, a maior população desabrigada do mundo — 7,7 milhões de pessoas — vivia na Colômbia, apesar da conquista de um acordo de paz em 2016.

Um conflito extenso frequentemente resulta em colapsos de autoridade e na economia, necessitando de uma assistência humanitária em larga escala. As ameaças à segurança dos trabalhadores humanitários aumentam os desafios. As pessoas afetadas em lugares inseguros de refúgio continuam vulneráveis a novos surtos de violência e deslocamento, e cada ciclo os torna menos resilientes (IDMC, 2018).

Aqueles que fogem da violência têm maior probabilidade de permanecer em seus próprios países do que cruzar fronteiras. Muitos deslocados de

longo prazo se estabelecem entre as comunidades anfitriãs, muitas vezes em áreas urbanas, pressionando os serviços e complicando os esforços de assistência.

Desastres relacionados ao clima

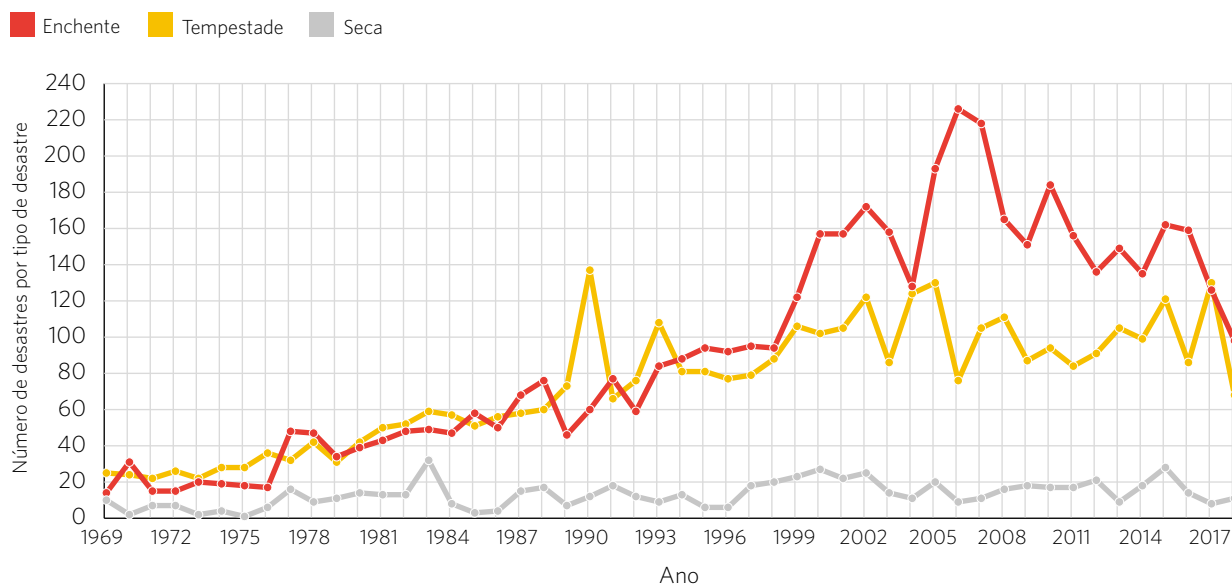
Mais pessoas são deslocadas por inundações, tempestades, secas e incêndios florestais do que por conflitos, embora muitas dessas evacuações sejam de curto prazo. Desde 2008, os novos deslocamentos relacionados ao clima em todo o mundo têm uma média de 25 milhões por ano; sendo os tufões e os furacões uma das principais causas (Figura 6.2). Pequenos países e Estados insulares, em particular, enfrentam riscos crescentes de

devastação econômica e social devido a desastres (IOM, 2017).

Espera-se que a pobreza e as dificuldades aumentem em algumas áreas, à medida que o aquecimento global aumenta, contribuindo, assim, para um maior deslocamento. Os povos indígenas e as comunidades locais dependentes de meios de subsistência agrícolas ou costeiros, particularmente nas regiões menos desenvolvidas, são especialmente vulneráveis.

Acredita-se também que a mudança climática seja um fator de risco em casos de surtos de doenças infecciosas, como Ebola e Zika, através da disseminação de vetores e competição entre humanos e animais pelo habitat e pelos recursos cada vez mais escassos (Deese e Klain, 2017). Epidemias na África

FIGURA 6.2 Desastres por tipo, 1969–2017



Fonte: EM-DAT: Base de Dados de Eventos de Emergência — Université catholique de Louvain (UCL) — CRED, D. Guha-Sapir — www.emdat.be, Bruxelas, Bélgica.

Ocidental e mais recentemente na República Democrática do Congo tiveram impactos devastadores em comunidades já fragilizadas por conflitos.

Milhões em movimento

Deslocamentos alimentados por conflitos e pelo desespero contribuíram para um aumento dramático da migração interna e internacional nos últimos anos. Embora os refugiados e os deslocados internos representem uma porcentagem relativamente pequena de todos os migrantes, eles geralmente se encontram em situações altamente vulneráveis e, na maioria das vezes, precisam de assistência e proteção (IOM, 2017).

Migrantes deslocados por conflitos no Oriente Médio e na África têm sofrido especial dificuldade. Milhares morreram tentando atravessar o Mediterrâneo. O fechamento de rotas de trânsito na Europa e o recurso a contrabandistas expuseram muitos migrantes a riscos de exploração ou tráfico de seres humanos (OIM, 2017).

Mulheres e adolescentes em risco

Toda crise humanitária — seja por conflito ou desastre natural — resulta no colapso dos sistemas, aumentando as múltiplas necessidades de proteção e serviços. Especialmente na pressa inicial em fornecer comida e abrigo, aqueles que prestam socorro por vezes ignoram as maneiras específicas como uma crise pode aumentar

a vulnerabilidade das mulheres e meninas e ameaçar suas vidas.

Vivenciar um desastre natural ou fugir da violência pode ser extremamente angustiante para mulheres grávidas e mães de crianças pequenas. Trauma e desnutrição são perigosos durante a gravidez, fazendo com que, durante as emergências, muitas mulheres sofram abortos ou deem à luz prematuramente. A falta de condições básicas para um parto com higiene aumenta o risco de uma infecção fatal para mãe e a criança (UNFPA, 2004). Complicações do parto na ausência de atendentes qualificados ou cuidados obstétricos de emergência muitas vezes levam à morte ou a ferimentos graves, como fistula obstétrica.

No assentamento de refugiados mais densamente povoado do mundo, no Cox's Bazar em Bangladesh, apenas uma em cada cinco mães Rohingya dá à luz em um centro de saúde, embora haja instalações com dezenas de parteiras treinadas. Algumas mulheres teriam sido impedidas por seus maridos de sair de suas casas improvisadas; outras que foram estupradas dizem que temem o estigma e a discriminação da comunidade mais ampla (UNFPA Bangladesh, 2018).

A interrupção do planejamento familiar é também uma ameaça à vida. Mulheres sexualmente ativas sem acesso a contraceptivos, devido à falta de serviços ou restrições legais, correm o risco de gravidez não intencional e infecções sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV. Muitas que engravidam recorrem ao aborto inseguro, uma das principais

causas de morte e lesão materna. Serviços de aborto seguro são muitas vezes mínimos ou inexistentes em situações de crise, mesmo quando permitido por lei, e os cuidados pós-aborto que salvam vidas muitas vezes não estão disponíveis.

As condições de deslocamento e a desintegração das famílias tornam as mulheres e meninas suscetíveis a estupros e agressões. Meninas adolescentes, deficientes e minorias étnicas e sexuais podem estar especialmente em risco. Pesquisas recentes indicam que pelo menos um em cada cinco refugiadas ou mulheres deslocadas em ambientes humanitários complexos sofreram violência sexual, embora muitas vezes esta não seja relatada (Vu *et al.*, 2014). Sobreviventes sofrem traumas psicológicos e físicos, assim como gravidezes não intencionais e infecções transmitidas sexualmente, incluindo o HIV.

As pessoas com deficiência são particularmente vulneráveis à violência sexual e podem ter mais dificuldade em conseguir ajuda após um ataque. Homens e meninos também correm risco, e as normas que desestimulam mulheres e meninas a denunciar agressões podem ser ainda mais dissuasivas no caso deles (IFRC, 2018).

O medo de agressão sexual ou exploração e abuso restringem a mobilidade de muitas mulheres refugiadas e deslocadas. Algumas famílias em circunstâncias extremas recorrem ao casamento infantil, na esperança de que casar suas filhas as proteja da violência.

CAMPEÃ DA MUDANÇA

Nadine Alhraki

Recém-casada aos 21 anos de idade, Nadine Alhraki estudava geografia em uma universidade em Damasco, na Síria, há seis anos. A partir de então, tornou-se uma refugiada. Quando na Síria instalou-se a guerra e o caos,

ela e o marido uniram-se a 5 milhões de pessoas e fugiram de seu país. Do outro lado da fronteira, na Jordânia, encontraram segurança no extenso Campo de Refugiados de Za'atari.

Três dias depois de sua chegada, apesar da agitação pessoal, Alhraki começou a trabalhar como voluntária na Questscope, organização humanitária que atende jovens. Uma oficina treinou-a para ensinar e orientar jovens e adolescentes sobre saúde reprodutiva. "Essas são questões importantes para todas as pessoas, refugiadas ou não", diz Alhraki. "Em nossa própria comunidade, sabemos que existem lacunas de informações corretas e de serviços que os jovens precisariam receber."

Em um centro da juventude de Questscope, Alhraki conduz sessões educativas para jovens do sexo masculino e feminino com idade entre 18 e 24 anos, abordando questões como maternidade segura e, para menores de 18 anos, questões como os estágios da puberdade. Manter uma atmosfera amigável faz parte do incentivo às discussões interativas em torno de questões práticas, como o que fazer quando ocorre a primeira menstruação. É nessas aulas que geralmente os residentes mais jovens do acampamento recebem pela primeira vez alguma informação sobre saúde reprodutiva.

"Quando as pessoas percebem que tiveram informações erradas, ouvem as informações corretas e percebem como isso pode afetar suas vidas, uma enorme mudança acontece", diz Alhraki.

As sessões capacitam os jovens a desafiar estereótipos, inclusive aqueles relacionados a gênero, e a pensar e agir de acordo com suas próprias ideias. Em uma atividade que Alhraki lembra bem, os

"Quando as pessoas percebem que tiveram informações erradas, ouvem as informações corretas e percebem como isso pode afetar suas vidas, uma enorme mudança acontece."

jovens distribuem carregadores de bebês (cangurus) para mães e pais, junto a mensagens sobre como os maridos podem ajudar suas esposas a cuidar dos filhos.

Agora grávida de seu primeiro filho, Alhraki está determinada a continuar ajudando os jovens residentes de Za'atari. Mas seu maior sonho é que seu próprio bebê não tenha que crescer como refugiado. E que ele ou ela possa desfrutar de acesso total a serviços de saúde e educação de qualidade e ter plena consciência a respeito de saúde reprodutiva.

Por último, ela ri. "Claro, vou ensinar para meu filho tudo o que sei, agora que sou especialista!".



Desenvolver uma resposta baseada em direitos e escolhas

Na resposta humanitária a emergências em todo o mundo, as necessidades e vulnerabilidades das mulheres nem sempre receberam o mesmo nível de atenção que a necessidade de comida e abrigo.

Foi somente na década de 1990 que os atores humanitários adotaram um foco mais consistente nos direitos e nas necessidades das mulheres e meninas afetadas pela crise (Chynoweth, 2015). A primeira edição do *Manual para Emergências*, emitida pelo Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) em 1982, estipulou que a assistência primária à saúde para as comunidades deslocadas deveria incluir “assistência materno-infantil, inclusive planejamento familiar”. Contudo, na prática, os serviços contraceptivos não estavam normalmente incluídos no atendimento à saúde dos refugiados (Wulf, 1994).

Em 1991, o ACNUR emitiu as Diretrizes para a Proteção de Mulheres Refugiadas, que incluíam questões de proteção dentro das normas internacionais estabelecidas, inclusive a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. Além de “proteção contra o retorno forçado aos seus países de origem; segurança contra ataques armados e outras formas de violência; proteção contra a detenção injustificada e indevidamente prolongada; um *status* legal que conceda direitos sociais

e econômicos adequados; e acesso a itens básicos, como alimentos, abrigo, roupas e assistência médica”, destacava, “mulheres e meninas refugiadas têm necessidades especiais de proteção que refletem seu gênero: elas precisam, por exemplo, de proteção contra manipulação, abuso sexual e físico e exploração, assim como proteção contra a discriminação sexual na entrega de produtos e serviços” (ACNUR, 1991).

A Comissão de Mulheres para Mulheres e Crianças Refugiadas, em 1994, publicou o relatório intitulado *Mulheres Refugiadas e Assistência à Saúde Reprodutiva: Reavaliando Prioridades*. Esse importante documento identificou lacunas relevantes no atendimento às mulheres, inclusive no que se refere a educação sexual, planejamento familiar, educação e prevenção do HIV, suprimentos para mulheres menstruadas e serviços para ajudar os sobreviventes de abuso sexual, estupro e prostituição forçada (Wulf, 1994).

A CIPD transformadora de 1994 elevou o reconhecimento global da capacidade de ação das mulheres em relação ao sexo e à reprodução. Em suas recomendações sobre a realização de saúde e direitos reprodutivos, o Programa de Ação da CIPD incluiu deslocados, refugiados e migrantes afetados por degradação ambiental, desastres naturais e conflitos internos e instou os Estados a abordar as causas profundas, “especialmente aquelas relacionadas à pobreza.” Exigiu proteção às pessoas que, “devido à natureza forçada de seu movimento, muitas vezes se encontram em

situações particularmente vulneráveis, especialmente mulheres, que podem ser estupradas e agredidas em situações de conflito armado”. Instou os governos a “garantir que as pessoas deslocadas internamente recebam (...) serviços básicos de saúde, incluindo serviços de saúde reprodutiva e planejamento familiar” e forneçam aos refugiados “serviços de saúde, inclusive planejamento familiar” (Nações Unidas, 2014a).

Em 1999, um estudo de cinco anos do progresso na implementação do Programa de Ação estendeu-se sobre a necessidade de abordar questões de proteção e assegurar a saúde sexual e reprodutiva de refugiados e pessoas deslocadas (Nações Unidas, 1999).

Estabelecer padrões para assistência à saúde reprodutiva

Em 1995, cerca de 40 agências intergovernamentais e governamentais e organizações não governamentais envolvidas no trabalho de ajuda humanitária formaram o Grupo de Trabalho Interagencial sobre Saúde Reprodutiva em Situações de Refugiados, agora denominado Grupo de Trabalho Interagencial sobre Crises. A coalizão, liderada pelo UNFPA e pelo ACNUR, desenvolveu diretrizes para intervenções em diferentes fases das crises; na maternidade segura; na violência sexual e baseada em gênero; em infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV; e em planejamento familiar.



Embora os refugiados e os deslocados internos representem uma porcentagem relativamente pequena de todos os migrantes, eles geralmente se encontram em **situações altamente vulneráveis** e, na maioria das vezes, precisam de assistência e proteção.

© UNFPA/N. Batev

Esses foram incrementados em *Saúde Reprodutiva em Situações de Emergência: Um Manual Interagencial de Campo* (ACNUR, 1999).

A pedra angular do manual era o princípio: “A assistência à saúde reprodutiva deve estar disponível em todas as situações e basear-se nas necessidades e demandas expressas dos refugiados, particularmente das mulheres, com pleno respeito pelos vários valores religiosos e éticos e pelas origens culturais dos refugiados, e, ao mesmo tempo, estar em conformidade com os direitos humanos internacionais universalmente reconhecidos.”

Ao longo dos anos, o Grupo de Trabalho Interagencial sobre Crises tem sido fundamental para pressionar a inclusão de questões de saúde sexual e reprodutiva em todas as respostas a

crises e para fornecer padrões técnicos para a prestação de serviços e subsídios para os formuladores de políticas. A coalizão cresceu e agora inclui 20 agências membros do comitê diretor e possui uma rede de mais de 2.000 membros de 450 agências.

Serviços essenciais em crise

Em seu manual de campo, o grupo de trabalho delineou um influente “pacote inicial mínimo de serviços” com as atividades mais essenciais para a prevenção de mortalidade e morbidade. Tais atividades aplicam-se em todas as emergências, devendo ser implementadas por pessoal treinado logo no início de qualquer crise.

Os objetivos são: identificar uma agência líder para coordenar atividades de saúde reprodutiva e

apoiar parceiros; prevenir a violência sexual e prestar cuidados médicos e psicossociais aos sobreviventes; reduzir a transmissão do HIV, por meio da transfusão de sangue segura e preservativos gratuitos; prevenir mortes maternas e neonatais, por meio de serviços de emergência, encaminhamentos em tempo integral e kits de parto higienizados; prevenir gravidezes não intencionais, com uma variedade de métodos contraceptivos e informações; e transição para serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva o mais rápido possível.

A ação de *advocacy* por parte dos parceiros do grupo de trabalho levou à ampla adoção do pacote de serviços. Está agora incluído nos Padrões de Esfera, princípios largamente adotados para socorristas humanitários; nos critérios de salva-

vidas do Fundo Central de Resposta a Emergências das Nações Unidas para priorizar a ação antecipada em desastres; e em orientação de saúde do Comitê Permanente Interagencial, que coordena o trabalho de assistência por agências das Nações Unidas e organizações não governamentais (IASC, 2009).

A revisão de 2018 do manual de campo agora identifica a prevenção de gravidez não intencional — fornecendo métodos contraceptivos de ação longa e curta, informação e aconselhamento — como um objetivo distinto, que salva vidas, ao invés de um elemento da saúde materna. O controle da fecundidade também é reconhecido por permitir que mulheres e meninas se envolvam em educação, proteção, habilidades para a vida e meios de subsistência. O atendimento seguro ao aborto, quando legal, é incluído como uma prioridade separada. O manual também fornece mais orientações sobre a transição da emergência para serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva, acrescenta um capítulo de logística e dá maior ênfase à violência baseada no gênero.

É importante ressaltar que o manual de 2018 enfatiza que o fornecimento de serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva para populações afetadas pela crise é um fator imperativo de direitos humanos alinhado com as obrigações de direitos internacionais e orientação de numerosos órgãos políticos.

A Cúpula Humanitária Mundial das Nações Unidas em Istambul, em 2016, adotou a Agenda para

a Humanidade. Como parte de seus principais compromissos para alcançar a igualdade de gênero, ela exigiu “acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos” e uma “abordagem global coordenada para prevenir e responder à violência de gênero em contextos de crise”. Os Estados firmaram vários compromissos para implementar e financiar atividades de saúde sexual e reprodutiva.

Respondendo à violência sexual

Paralelamente à crescente ênfase em garantir a saúde sexual e reprodutiva das mulheres em situações de emergência, os atores humanitários têm se concentrado cada vez mais na violência sexual e em suas consequências, particularmente durante os conflitos. O uso terrível e generalizado do estupro como arma de guerra na década de 1990 na ex-Iugoslávia, em Ruanda, Serra Leoa e Libéria, e na República Democrática do Congo depois de 1998, instou a comunidade internacional a responder.

A Declaração de Pequim de 1995 e a Plataforma de Ação adotada na Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres exigiram medidas para abordar a “estreita ligação entre violações massivas de direitos humanos, especialmente na forma de genocídio, limpeza étnica, estupro sistemático de mulheres em situações de guerra e fluxos de refugiados e outros deslocamentos, e o fato de que mulheres refugiadas, deslocadas e retornadas podem estar sujeitas

a abusos específicos de direitos humanos” (Nações Unidas, 1995a).

O Estatuto de Roma, de 1998, que estabelece o Tribunal Penal Internacional, definiu o estupro e a violência sexual cometidos em ataques sistemáticos contra populações civis como crimes contra a humanidade e crimes de guerra (ICC, 1998).

Em 2000, o Conselho de Segurança das Nações Unidas adotou a resolução 1325 pedindo uma maior participação das mulheres na prevenção de conflitos e na promoção da paz e segurança. A resolução pede que “todas as partes envolvidas em conflitos armados tomem medidas especiais para proteger mulheres e meninas da violência de gênero, particularmente estupros e outras formas de abuso sexual”.

A resolução 1820 do Conselho de Segurança, adotada em 2008, declarou que “mulheres e meninas são particularmente visadas pelo uso da violência sexual, inclusive como uma tática de guerra para humilhar, dominar, instilar medo, dispersar e/ou realocar forçosamente membros civis de uma comunidade ou de um grupo étnico.” A resolução considerou a violência sexual uma ameaça à segurança e um impedimento para restaurar a paz, e disse que os esforços de reconstrução e recuperação pós-conflito precisam prestar atenção especial aos efeitos da violência sexual. O Conselho desenvolveu essas questões em resoluções subsequentes.

No mesmo período, as organizações envolvidas no trabalho de assistência humanitária têm priorizado cada vez mais a prevenção

da violência sexual e a resposta às necessidades dos sobreviventes, um objetivo central do pacote mínimo de serviços iniciais. O manual de campo revisado do Grupo de Trabalho Interagencial define violência de gênero como estupro, exploração e abuso sexual, prostituição forçada, tráfico, casamento precoce forçado, mutilação genital feminina, assassinato por honra, violência doméstica e por parceiro íntimo, danos baseados em orientação sexual ou identidade de gênero e abuso de idosos. Ele também oferece orientações sobre o estabelecimento de espaços seguros para os sobreviventes dentro das unidades de saúde, fornecendo atendimento clínico apropriado e encaminhando os sobreviventes para os serviços psicossociais e jurídicos.

Pactos globais sobre migrantes e refugiados

A Assembleia Geral das Nações Unidas sediou a Cúpula sobre Refugiados e Migrantes, a primeira desse tipo, em 2016. O objetivo era desenvolver um modelo para um sistema mais responsável e previsível de resposta à migração.

Em sua Declaração de Nova York, a Assembleia afirmou que a promessa da Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável de “não deixar ninguém para trás” inclui refugiados, deslocados internos e migrantes. Os Estados-Membros comprometeram-se a “garantir uma recepção centrada nas pessoas, humana, digna, sensível ao gênero e imediata para todas as pessoas que chegam aos nossos países” e a proteger

os seus direitos humanos e aumentar a diplomacia, visando à prevenção de crises. Eles se comprometeram a “dar protagonismo a uma perspectiva de gênero” nas políticas de migração, a “combater a violência baseada no gênero” e a “fornecer acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva” às pessoas afetadas por crises (Nações Unidas, 2016).

A cúpula deu início às negociações para o desenvolvimento de dois acordos mais amplos: o Pacto Global sobre Refugiados, que a Assembleia Geral aprovou em sua sessão de 2018; e o Pacto Global para uma Migração Segura, Ordenada e Regular, adotado em uma conferência intergovernamental em Marrakech, no Marrocos, em dezembro de 2018. Ambos os acordos têm compromissos

© SOPA Images/Getty Images





© UNFPA Myanmar/B. Manser

de combater a violência baseada no gênero. Nenhum documento, no entanto, menciona explicitamente a assistência à saúde sexual e reprodutiva (Nações Unidas, 2018 e 2018a).

A resposta do UNFPA em emergências

Em linha com seu mandato estabelecido no Programa de Ação da CIPD, o UNFPA concentra-se na saúde sexual e reprodutiva e nos direitos das mulheres e meninas, mesmo em crises e emergências.

O UNFPA tem defendido a inclusão de intervenções de saúde reprodutiva como um componente vital da assistência internacional em todas as crises e tem sido fundamental no desenvolvimento de padrões que sustentam o trabalho de responder às necessidades de saúde reprodutiva e à violência de gênero em uma ampla gama de contextos. Ajudou os países em recuperação a integrar a saúde reprodutiva ao reconstruírem seus sistemas de saúde. E está ajudando os países a se prepararem para enfrentar crises futuras.

Antes que as crises se instalem, e durante emergências prolongadas, o UNFPA, em parceria com governos e organizações da sociedade civil locais, ajuda a construir capacidades nos sistemas de saúde, estocando insumos essenciais, fortalecendo a gestão da cadeia de suprimentos e instruindo equipes nacionais a respeito de armazenamento, transporte e uso dos suprimentos de saúde reprodutiva.

Quando um terremoto atingiu o Nepal em 2015, os socorristas puderam enviar rapidamente suprimentos médicos previamente posicionados em locais estratégicos. Os armazéns em Fiji e na Austrália estão prontos para atender às ilhas do Pacífico vulneráveis a desastres (UNFPA, 2018c). No Sudão do Sul, onde poucas instalações de saúde são funcionais, cinco centros de suprimentos estocam kits pós-estupro e suprimentos de saúde reprodutiva (UNFPA, 2018c).

Em todo o mundo, o UNFPA é o principal fornecedor de suprimentos e equipamentos relacionados à saúde reprodutiva, embalados e

prontos para distribuição em diferentes situações e níveis de serviço. Os kits de planejamento familiar, por exemplo, contêm preservativos, contraceptivos orais e injetáveis e dispositivos intra-uterinos. Os kits de saúde materna e neonatal incluem equipamentos e suprimentos médicos essenciais para a assistência ao parto clínico e os cuidados obstétricos de emergência básicos e abrangentes. Outros kits contêm suprimentos para tratar infecções sexualmente transmissíveis, administrar abortos naturais e realizar transfusões de sangue.

O UNFPA dá prioridade, em situações de crise, ao atendimento das necessidades de saúde sexual e reprodutiva de proteção das adolescentes. O UNFPA e o *Save the Children* publicaram, em 2009, um kit de ferramentas para responder às necessidades dos adolescentes através do pacote mínimo de serviços iniciais (UNFPA, 2009).

Em suas intervenções humanitárias, o UNFPA configura espaços dedicados para meninas, oferecendo competências para a vida, informações sobre saúde e encaminhamento a serviços. Sempre que necessário, também oferece suporte a clínicas móveis e equipes externas que fornecem serviços e suprimentos de saúde, inclusive contraceptivos. Adolescentes são consultados e participam da resposta, distribuindo 'kits de dignidade', coletando dados, e comunicando-se com os pares (UNFPA, 2016).

O UNFPA também coordena a prevenção da violência de gênero, a mitigação de riscos e a resposta em muitos contextos humanitários.

Ele capacita os profissionais de saúde a fornecer, com sensibilidade e confidencialidade, serviços de qualidade que salvam vidas, incluindo tratamento pós-estupro, e distribui suprimentos clínicos — inclusive para contracepção de emergência e profilaxia pós-exposição ao HIV — para os centros de saúde e as clínicas móveis.

Construindo resiliência

Garantir a saúde sexual e reprodutiva e os direitos e a segurança de mulheres e meninas durante crises é agora uma prioridade global bem estabelecida. Mas o verdadeiro sucesso nesse esforço está vinculado ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030. As sociedades precisam ser mais resilientes para

prevenir, confrontar e recuperar-se da violência e dos desastres. Isso exige mais recursos, soluções mais inteligentes e melhor colaboração internacional para lidar com múltiplos fatores subjacentes ao crescimento exponencial das necessidades humanitárias. Desigualdade crescente, conflitos prolongados, mudanças climáticas e desenvolvimentos demográficos (crescimento populacional, migração, urbanização e envelhecimento), tudo isso torna mais difícil superar os crescentes desafios.

E, muito além das demandas de resposta à crise, são necessários vastos investimentos e maior comprometimento para um desenvolvimento sustentável, a construção da paz, o enfrentamento das mudanças climáticas e a redução do risco de desastres.

Como observou um painel de especialistas do Secretário Geral das Nações Unidas de 2016 sobre financiamento humanitário: “A melhor maneira de lidar com as crescentes necessidades humanitárias é abordar suas causas profundas... Porque o desenvolvimento é o melhor construtor de resiliência de todos... os escassos recursos mundiais para assistência oficial ao desenvolvimento (ODA) devem ser usados onde forem mais relevantes — em situações de fragilidade” (Nações Unidas, 2016a).

Embora os refugiados e os deslocados internamente representem uma porcentagem relativamente pequena de todos os migrantes, eles geralmente se encontram em situações altamente vulneráveis e, na maioria das vezes, precisam de assistência e proteção.

DESTAQUES DO CAPÍTULO

- Toda crise humanitária — seja devido a conflito ou desastre natural - resulta no colapso de sistemas, aumentando múltiplas necessidades de proteção e serviços. Especialmente na pressa inicial de fornecer comida e abrigo, aqueles que prestam socorro tendem a ignorar as formas específicas pelas quais uma crise pode aumentar a vulnerabilidade de mulheres e meninas e ameaçar suas vidas.
- Vivenciar um desastre natural ou fugir da violência pode ser extremamente angustiante para mulheres grávidas e mães de crianças pequenas. Trauma e desnutrição são perigosos durante a gravidez e, durante as emergências, muitas mulheres sofrem abortos ou dão à luz prematuramente.
- Todos os dias, mais de 500 mulheres e meninas em países com situações de emergência morrem durante a gravidez e o parto devido à ausência de atendentes qualificados ou procedimentos obstétricos de emergência e a abortos inseguros.
- Desde meados da década de 1990, governos, organizações de ajuda humanitária e instituições internacionais distribuem cada vez mais serviços para mulheres e adolescentes cujas escolhas foram limitadas por guerras e desastres naturais.
- A transformadora Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, elevou o reconhecimento global da capacidade de ação das mulheres em relação ao sexo e à reprodução. Em suas recomendações sobre a realização de saúde e direitos reprodutivos, o Programa de Ação da conferência incluiu pessoas deslocadas, refugiados e migrantes afetados pela degradação ambiental, por desastres naturais e conflitos internos.

RIGHTS

meaning that a person needs



INSTITUIÇÕES E FINANCIAMENTO PARA GARANTIR DIREITOS E ESCOLHAS

Em 1969, poucos países tinham políticas populacionais ou instituições para implementá-las (Nizamuddin, 2002). Mas à medida que a atenção global às questões populacionais se enraizou, mais e mais países procuraram entender melhor e abordar as interações entre a dinâmica populacional e o desenvolvimento.

Em 1976, 40 países tinham políticas para reduzir a fecundidade; em 1986, esse número havia crescido para 54 e, em 1996, para 82 (Nações Unidas, 2015a).

Alguns países colocam seus ministérios da saúde no comando de programas estritamente concentrados na distribuição de contraceptivos. Outros estabeleceram conselhos independentes de planejamento familiar ou comissões de população para rapidamente traduzir o financiamento dos doadores em serviços. E em muitos outros países, os governos colaboraram

com organizações da sociedade civil para distribuir contraceptivos, particularmente para populações carentes.

Com o tempo, as instituições tiveram que se adaptar para poder atender às necessidades crescentes de uma gama mais ampla de serviços de saúde sexual e reprodutiva e para permitir que as mulheres exercessem seus direitos nesse sentido.

Restrições iniciais

Alguns programas de planejamento familiar abrigados nos ministérios da saúde prestavam serviços

principalmente por meio de clínicas e hospitais urbanos. A infraestrutura fraca às vezes dificultava a extensão dos serviços para áreas remotas. E mesmo em áreas urbanas, instalações com poucos recursos e falta de pessoal treinado significavam que grande parte da população de um determinado país tinha acesso limitado ou nenhum acesso a serviços contraceptivos de qualidade.

Além disso, como os doadores ocidentais cobriam muitos dos custos de distribuição de contracepção naquele momento, os serviços frequentemente refletiam



as preferências dos doadores e, no processo, às vezes não respondiam às necessidades das mulheres. Alguns doadores comprometeram-se a construir mais clínicas, enquanto outros preferiram financiar esquemas de distribuição que funcionavam fora da infraestrutura dos ministérios da saúde, e outros ainda financiavam principalmente projetos de pesquisa e demonstração (Robinson e Ross, 2007).

A coordenação era um desafio especial nos primeiros programas populacionais. Diferentes instituições nacionais eram responsáveis por diferentes aspectos da implementação de políticas populacionais: os ministérios da saúde lidavam com a prestação de serviços clínicos; os escritórios centrais de estatística eram responsáveis pelos censos e pesquisas; ministérios da educação lidavam com currículos escolares e de instituições de treinamento; ministérios da informação eram responsáveis pelas campanhas de educação pública; e ministérios de planejamento ou da fazenda alocavam os recursos financeiros. Em alguns lugares, as unidades de planejamento populacional ou as comissões nacionais de população ajudavam a coordenar as múltiplas facetas da política populacional, mas muitas vezes a capacidade de liderar tais esforços era baixa. A administração difusa de programas complicou a prestação dos serviços e informações de que as mulheres precisavam para exercer seus direitos reprodutivos.

Outra limitação nos primeiros dias dos programas de planejamento

familiar era a escassez de dados para orientar a formulação desses programas ou monitorar o impacto das iniciativas. Na década de 1970, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional ajudou a criar várias agências centrais de estatísticas e, desde então, o escopo e a qualidade dos dados epidemiológicos e comportamentais sobre saúde sexual e reprodutiva dos países em desenvolvimento melhoraram consideravelmente.

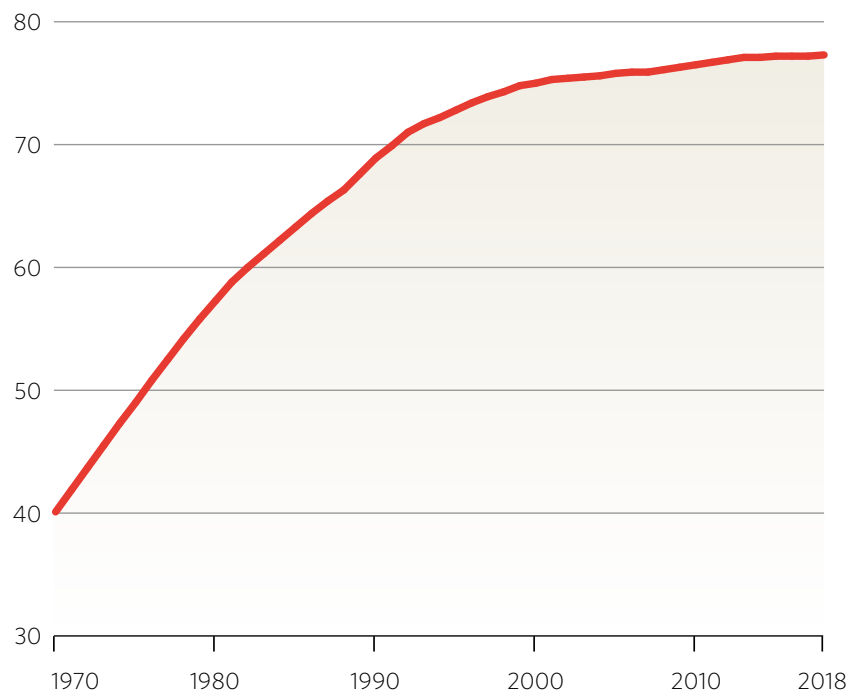
No entanto, permanecem lacunas na coleta e na análise de dados sobre alguns eventos, resultados e morbidades, como aborto, violência interpessoal, infecções sexualmente transmissíveis, fístula obstétrica, incontinência, dor durante o ato sexual e disfunção sexual.

Progresso gradual

O alcance dos programas de planejamento familiar expandiu-se lentamente nos anos 70 e depois mais rapidamente nas décadas seguintes. Nas regiões em desenvolvimento em 1970, por exemplo, cerca de 40% da demanda por planejamento familiar foi atendida com um método moderno (Figura 7.1). Essa porcentagem subiu para 57% em 1980, 69% em 1990, 75% em 2000 e é de cerca de 77% hoje (Nações Unidas, 2018b).

Esse progresso reflete uma expansão gradual no “nível de esforço” que os governos colocam em seus programas de planejamento familiar. Em 1972, os pesquisadores elaboraram medidas de esforço do programa e, desde então, aplicaram-

FIGURA 7.1 Demanda por planejamento familiar atendida por métodos modernos de contracepção: porcentagem de mulheres casadas ou em algum tipo de união, 1970 a 2018



nas periodicamente na maioria dos países em desenvolvimento. O Índice de Esforço do Programa de Planejamento Familiar é baseado em um questionário que relaciona 30 medidas de nível de esforço em quatro categorias: políticas, serviços, avaliação e acesso ao método. A pontuação do índice de esforço é obtida das respostas do questionário dadas por observadores independentes e informados e é avaliada separadamente dos resultados, tais como o uso de contraceptivos ou a alteração na fecundidade.

Quando esse índice foi avaliado pela primeira vez em 23 programas nacionais em 1972, os países estavam

Em 1976,
40 países tinham
políticas para reduzir a
fecundidade; em 1986,
esse número tinha
aumentado para 54, e
em 1996, para 82.



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

distribuídos de maneira bastante uniforme em um *continuum* de baixo a alto esforço. Em 1989, no entanto, as pontuações de esforço de muitos países haviam aumentado bastante, com os países de baixo esforço começando a se assemelhar aos das categorias de esforço médio e alto (Robinson e Ross, 2007). Esse progresso no esforço de planejamento familiar é apenas uma parte do quadro e, gradualmente, as políticas populacionais começaram a abranger mais do que o planejamento familiar.

Políticas populacionais: indo além da redução da fecundidade

O consenso inovador alcançado na Conferência Internacional

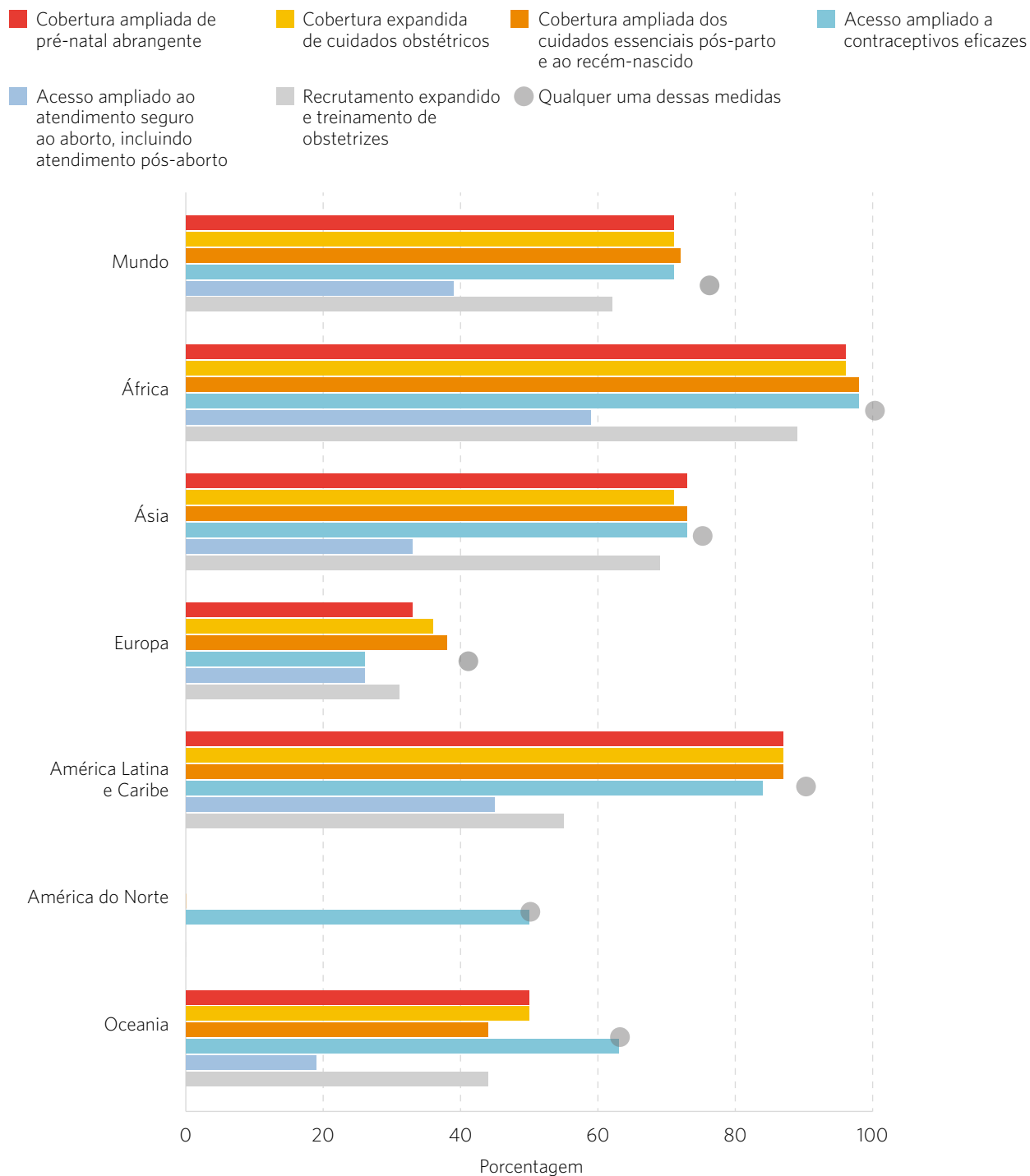
sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, ajudou a gerar impulso para a criação e renovação de instituições. Com o passar do tempo, mais políticas e estratégias nacionais para a população ampliaram seu foco estreito no planejamento familiar para fins de redução da fecundidade, a fim de abranger a nova agenda global de saúde sexual e reprodutiva e o empoderamento das mulheres.

Por exemplo, a partir de 2015, 76% dos governos haviam adotado uma ou mais medidas nos cinco anos anteriores, a fim de reduzir o número de mortes maternas ou neonatais, e mais de 70% dos governos tinham ampliado a cobertura dos cuidados essenciais pós-parto e aos recém-nascidos, da assistência pré-natal abrangente, ou

dos cuidados obstétricos (Nações Unidas, 2017a). Além disso, 62% dos governos em todo o mundo haviam adotado uma política de expansão do recrutamento e treinamento de auxiliares de parto qualificados e 39% expandiram o acesso ao atendimento seguro ao aborto, inclusive ao pós-aborto (Figura 7.2).

Em uma pesquisa global sobre o progresso na implementação das recomendações do Programa de Ação da CIPD, os governos forneceram informações sobre o estabelecimento de várias instituições “para abordar questões relacionadas à interação entre população e desenvolvimento”. Os resultados sugerem que, comparados com outros temas da CIPD, como educação e migração, houve um

FIGURA 7.2 Percentagem de governos que adotaram medidas nos últimos cinco anos para abordar a mortalidade neonatal ou materna, por região, 2015



Fonte: Nações Unidas, 2017a.
 Nota: baseado em 190 países com dados disponíveis.

crescimento relativo maior nas instituições governamentais para a abordagem de igualdade de gênero, adolescentes e jovens, e população e desenvolvimento sustentável desde os anos 90 (Nações Unidas, 2014).

Essas novas instituições são mais eficazes na promoção de direitos e escolhas quando adotam plenamente as necessidades e perspectivas de clientes em potencial. O Programa de Ação enfatizou a necessidade de envolver os diretamente afetados, particularmente as pessoas que foram historicamente excluídas por discriminação, coerção ou violência, no desenvolvimento de leis, políticas e práticas. Tal envolvimento serve para capacitar indivíduos, especialmente mulheres e meninas, a exercer mais plenamente seus direitos.

O crescente valor das parcerias

Ao longo dos anos 1970 e 1980, as parcerias no âmbito de população e desenvolvimento expandiram-se, diversificaram-se e contribuíram para a maior parte do sucesso na promoção dos objetivos relativos a essa área. (Weerakoon, 2002).

O Programa de Ação reconheceu essa evolução, observando que não era mais tão incomum que governos e organizações multilaterais trabalhassem em conjunto com organizações não governamentais nacionais e internacionais e do setor privado (Nações Unidas, 2014A).

As metas ambiciosas e expansivas do Programa de Ação são em grande parte um resultado da

mobilização da sociedade civil e, não surpreendentemente, desde 1994, uma ampla gama de organizações da sociedade civil e outras partes interessadas não governamentais se mobilizaram mais para moldar estruturas globais, regionais e nacionais de política e prestação de contas sobre saúde sexual e reprodutiva (Nações Unidas, 2014). Essa tendência ocorreu no contexto de maior difusão de autoridade e liderança nas estruturas de governança e de um reconhecimento correspondente do valor que vem com a participação e a parceria entre os governos nacionais e locais, a sociedade civil e os atores não estatais.

Ao longo dos anos 1980 e no início dos anos 1990, uma onda de iniciativas de descentralização do governo ofereceu oportunidades para a sociedade civil participar no planejamento local, na tomada de decisão, no monitoramento e na avaliação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. No entanto, a descentralização também trouxe desafios relacionados à falta de clareza sobre como as diferentes instituições se relacionavam entre si e com as autoridades distritais de saúde, bem como problemas relacionados a fluxos de mercadorias e aquisição e desembolso de equipamentos e suprimentos (Maceira, 2005).

Com essa evolução, a participação dos prováveis beneficiários do Programa de Ação foi aprimorada nos últimos 20 anos, uma vez que amplas redes da sociedade civil e organizações não governamentais foram formalmente reconhecidas e integradas

no planejamento e na implementação (Nações Unidas, 2014).

A Coalizão de Suprimentos para Saúde Reprodutiva, por exemplo, reúne organizações da sociedade civil ao lado de organizações multilaterais e bilaterais, fundações privadas, governos e representantes do setor privado, com o objetivo de garantir que todas as pessoas em países de renda baixa e média possam acessar e usar contraceptivos de alta qualidade e outros insumos de saúde reprodutiva. A iniciativa Planejamento Familiar 2020 tem engajado a sociedade civil na definição de estratégias para alcançar seu objetivo de prover para mais 120 milhões de mulheres e meninas nos países mais pobres do mundo o acesso a informações, contraceptivos e serviços de planejamento familiar voluntário até 2020.

Da mesma forma, o setor privado assumiu um papel maior no planejamento e na implementação de programas. O Programa de Ação reconheceu o papel relevante que o setor privado, com fins lucrativos, poderia desempenhar e instou governos e organizações não governamentais a intensificar sua cooperação com o setor privado em programas de população e desenvolvimento, particularmente em áreas como produção e distribuição de produtos contraceptivos de alta qualidade e na prestação de serviços com informação e educação adequadas (Nações Unidas, 2014a). Uma pesquisa de campo mundial descobriu, em 1998, que o setor privado em muitos países

CAMPEÃ DA MUDANÇA

Michelle Bachelet

igualdade de gênero e os direitos sexuais e reprodutivos, supervisionando mudanças transformadoras na legislação chilena para mulheres e meninas.

Ela é médica, sobrevivente de tortura política, ministra da Defesa e uma das mulheres mais notáveis do mundo. Duas vezes eleita presidente do Chile, Michelle Bachelet sempre defendeu a

Bachelet tornou-se, em 2006, a primeira presidente mulher do Chile, cumprindo rapidamente uma promessa de campanha de ter um gabinete composto por igual número de ministros homens e mulheres. Teve por base as relações de longa data com o movimento de mulheres chilenas para trazer feministas para o governo, as quais se uniram a ela para impulsionar reformas em questões centrais de direitos reprodutivos.

Conseguiu ampliar as proteções para as sobreviventes de violência doméstica, por fim à discriminação no ambiente de trabalho, tornar o sistema de aposentadoria mais justo para as mulheres e melhorar o atendimento de crianças de mães de baixa renda. Quando uma coalizão conservadora impediu seu plano de expandir o acesso aos métodos contraceptivos de emergência, Bachelet apelou a um público solidário e o projeto de lei foi acelerado e aprovado. Em 2017, no final de seu segundo mandato como presidente, impulsionou outra mudança marcante quando o Congresso chileno retirou a proibição geral ao aborto, que durava 28 anos.

“Eu estava determinada a realizar o tipo de reformas sociais, econômicas e políticas que acreditava serem necessárias para melhorar a vida das pessoas”, diz Bachelet. “Tivemos a coragem de colocar o Chile em ação e, com isso, vimos o Chile mudar”.

Em 2018, Bachelet tornou-se a Alta Comissária das Nações Unidas para os Direitos Humanos, prometendo aproveitar sua vida inteira de experiências para promover direitos humanos para todos.

“Aqueles que defendem os direitos humanos e as vítimas admiram a Alta Comissária e esperam que estejamos lá para defendê-los e apoiá-los”, diz Bachelet. “E farei tudo que estiver ao meu alcance para garantir que isso seja feito.”

Isso ainda mais para mulheres e meninas. “Construir um mundo mais equilibrado e justo, que garanta os direitos das mulheres e das meninas, é mais do que um desafio”, diz Bachelet, que também foi a primeira diretora-executiva da ONU Mulheres. “É uma necessidade e uma obrigação”.

“Eu estava determinada a realizar o tipo de reformas sociais, econômicas e políticas que acreditava serem necessárias para melhorar a vida das pessoas”.





© UNFPA/Sanne De Wilde/NOOR

havia começado a assumir um papel mais ativo na operação de clínicas e no lançamento de programas de marketing social (Weerakoon, 2002).

Com a crescente diversidade de parcerias e atores, o Programa de Ação convidou os governos receptores a fortalecer os mecanismos nacionais de coordenação para garantir uma cooperação eficiente e efetiva em população e desenvolvimento. O Programa de Ação observou a necessidade de esclarecimento das responsabilidades atribuídas aos parceiros de desenvolvimento, com base na consideração de vantagens comparativas e prioridades nacionais de desenvolvimento, e solicitou à comunidade internacional ajuda para os governos receptores na realização

desses esforços de coordenação (Nações Unidas, 2014a). Embora mantendo suas prioridades nacionais, os países doadores têm apoiado uma maior colaboração e harmonização dentro das Nações Unidas e nos processos nacionais, como parte da reforma das Nações Unidas e por meio de novas iniciativas de rede.

Desafios ao estimar e rastrear financiamentos

Estimar as necessidades de financiamento e rastrear os fluxos financeiros para os serviços de saúde sexual e reprodutiva é um aspecto essencial da promoção efetiva dos direitos e escolhas das pessoas necessitadas. Esses esforços fornecem informações e transparência

que permitem que os doadores coordenem esforços, planejadores identifiquem prioridades e lacunas e defensores exijam que doadores e governos prestem contas de seus compromissos.

Entretanto, estimar e acompanhar finanças tem sido um exercício desafiador desde os primeiros dias das políticas populacionais. Nos anos 60 e 70, o financiamento para a saúde sexual e reprodutiva foi enquadrado em várias categorias orçamentárias. O financiamento para a saúde materno-infantil e o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, por exemplo, foi categorizado em fundos de saúde mais amplos,

CAMPEÃ DA MUDANÇA

Enkhjargal Davaasuren

severas que muitas mulheres relutavam em denunciar até mesmo crimes graves. Em 1990, ocorreu uma revolução democrática, mas, na sua esteira, o sistema judicial deixou de reconhecer a violência doméstica e o estupro conjugal como ofensas criminais.

Para Enkhjargal Davaasuren, isso nunca foi aceitável. Quando menina, sua mãe, ativista sindical, realizava várias sessões em casa, onde as mulheres se organizavam para reivindicar seus direitos no trabalho, mas também ajudavam-se umas às outras a dar um fim ao abuso. Davaasuren escolheu a faculdade de direito como outra maneira de defender os direitos das mulheres.

Como jovem advogada, fundou o Centro Nacional Contra a Violência e deu início a uma campanha para aprovar uma nova lei criminalizando a violência doméstica. Por duas décadas, ela e sua equipe de insistentes ativistas pediram persistentemente aos políticos que tomassem medidas. Demorou até 2016, mas sua dedicação valeu a pena quando o parlamento mongol criminalizou a violência doméstica pela primeira vez na história do país, depois que se tornou uma democracia. Uma nova lei garante que as mulheres mongóis, das quais uma em cada três irão sofrer alguma forma de violência doméstica em suas vidas, possam buscar segurança e proteção.

Davaasuren enfrentou ameaças de morte e críticas por estar “importando ideias do exterior” em sua busca por mudanças. Jamais recuou. O Centro Nacional patrocina uma equipe de advogados para fornecer assistência jurídica gratuita a sobreviventes de abuso e abrigos estabelecidos em todo o país, onde mulheres e meninas podem buscar refúgio e assistência. A conscientização espalhou-se, com mais mulheres procurando ajuda e um senso palpável de indignação pública que agitou-se através da cobertura da mídia, com grande visibilidade sobre casos de abuso.

“Nós nunca vamos descansar em nossos esforços de *advocacy*”, afirma Davaasuren. “Em uma sociedade patriarcal dominada por homens, como a Mongólia, as mulheres não percebem quão fortes elas podem ser.”

Ela aconselha: “Seja forte. Mas o mais importante é ser coletivamente forte. As mulheres devem trabalhar juntas para alcançar as mudanças sociais. Os desafios são sistêmicos, as soluções, coletivas”.

Em toda a Mongólia, as pessoas costumavam evitar mencionar a violência que irrompia em suas casas. Na era comunista, as penas eram tão

“Em uma sociedade patriarcal dominada por homens, como a Mongólia, as mulheres não percebem quão fortes elas podem ser.”





enquanto o financiamento de “população” estava fortemente concentrado no financiamento de serviços contraceptivos, com alguns dedicados à coleta e análise de dados de pesquisa demográfica. Em vários estudos, os gastos com saúde e população eram frequentemente agrupados como financiamento do “setor de saúde”, e dados históricos sobre financiamento para intervenções específicas não são facilmente averiguáveis.

Os esforços de rastreamento a partir da década de 1970 lançaram luz sobre as tendências e, particularmente, sobre as maneiras pelas quais a comunidade doadora aumentou o apoio às atividades de saúde e população. Desembolsos de agências multilaterais e bilaterais para o setor de saúde totalizaram quase US\$ 900 milhões (em dólares de 1990) em 1972; esse valor aumentou para US\$ 2,7 bilhões em 1980 e para US\$ 3,9 bilhões em 1990. A partir disso, a assistência para

“atividades populacionais” aumentou lentamente durante as décadas de 1970 e 1980. A assistência total da população cresceu até atingir US\$ 936 milhões em 1990, quase 20% do total da assistência externa para o setor da saúde. Doadores bilaterais foram responsáveis por 60% dessa assistência populacional, agências das Nações Unidas por 22%, os bancos de desenvolvimento por 13% e fontes privadas por 5% (Michaud e Murray, 1994).



© Brian Sokol/Panos Pictures

Em 1994, os sistemas para estimar e rastrear o financiamento de serviços de saúde sexual e reprodutiva haviam se tornado muito mais sofisticados. O próprio Programa de Ação incluiu os custos estimados para a implementação de recomendações essenciais nas áreas de planejamento familiar; saúde reprodutiva; tratamento e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV; e pesquisa básica. A comunidade internacional

concordou então com um “pacote custeado”, estimando que US\$17 bilhões seriam necessários em 2000, US\$18,5 bilhões em 2005, US\$20,5 bilhões em 2010 e US\$21,7 bilhões em 2015. Os governos concordaram que dois terços da quantia necessária seriam mobilizados pelos próprios países em desenvolvimento e um terço viria da comunidade internacional.

Necessidades crescentes, custos crescentes

Várias organizações e programas começaram a rastrear os custos e a assistência dos doadores para a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil. Por exemplo, a iniciativa Planejamento Familiar 2020 rastreia o financiamento do planejamento familiar globalmente; a Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil acompanha compromissos financeiros para a Estratégia Global para a Saúde da Mulher e da Criança; e o Instituto Guttmacher relata as lacunas de financiamento e gastos para um conjunto de serviços de saúde reprodutiva.

Esses mecanismos de estimativa e rastreamento revelam progressos e persistentes desafios no cenário de financiamento desde 1994. O número de doadores tem aumentado constantemente, e os esforços dos doadores têm sido cada vez mais determinados pelo envolvimento crescente da sociedade civil e do setor privado (Nações Unidas, 2014).

Contudo, globalmente, os recursos para atender às necessidades de saúde sexual e reprodutiva permanecem insuficientes e as tendências relativas a doadores estão seguindo na direção errada. Os gastos da assistência ao desenvolvimento oficial dos países desenvolvidos com os em desenvolvimento destinados à saúde sexual e reprodutiva aumentaram rapidamente após a CIPD em 1994 e atingiram o pico em 2011, com pouco mais de US\$5 por mulher em idade reprodutiva no mundo em desenvolvimento. Em 2016, no entanto, esse número caiu 60 centavos por mulher, chegando a US\$4,40. Quando todas as fontes de financiamento no exterior foram consideradas, incluindo assistência oficial ao desenvolvimento e subsídios privados, a assistência para saúde sexual e reprodutiva chegou a US\$6,22 por mulher em idade reprodutiva em 2016. Embora significativos, mesmo esses números mais altos permanecem baixos quando comparados às necessidades.

O papel central das finanças domésticas

Embora seja difícil de mensurar, está claro que os recursos financeiros de países em desenvolvimento como um todo, incluindo o financiamento de governos, organizações não governamentais nacionais e despesas privadas, representam a maioria dos financiamentos que apoiam as atividades de população (UNFPA, 2014a).

Muitos governos de países em desenvolvimento fizeram algum progresso no alinhamento de objetivos e orçamentos domésticos com os objetivos do Programa de Ação. Porém, as crises financeiras contínuas em países em desenvolvimento e países em transição podem afetar as habilidades de manter a iniciativa. Além disso, a oposição a programas populacionais por motivos religiosos e culturais tem sido um obstáculo à mobilização de recursos em alguns lugares (Cohen e Abrams, 2002).

Muitos países, especialmente os menos desenvolvidos, não são capazes de gerar os recursos necessários para atender plenamente às necessidades de saúde sexual e reprodutiva de seus cidadãos. A maioria dos países em desenvolvimento depende da assistência de doadores para financiar e manter programas populacionais (UNFPA, 2014a). Isso desafia a capacidade dos países em desenvolvimento de planejar e prever em orçamento ao longo de prazos sustentáveis, uma vez que os fundos dos doadores podem variar de ano para ano, submetendo a estabilidade dos programas nacionais de saúde sexual e reprodutiva ao risco de cortes repentinos.

Além disso, os consumidores particulares nos países em desenvolvimento assumem um pesado fardo de custos de saúde sexual e reprodutiva através de despesas que pagam diretamente. Isso tem implicações importantes no que diz respeito ao acesso a serviços essenciais para as populações mais pobres e

em situação de vulnerabilidade. Em lugares onde os homens controlam a renda discricionária de uma família, por exemplo, as mulheres por vezes enfrentam desafios adicionais no pagamento de suas próprias necessidades de saúde sexual e reprodutiva (Starrs *et al.*, 2018). O ônus das despesas pagas diretamente também pode criar desafios para iniciativas destinadas a reduzir a pobreza e a desigualdade de renda no mundo em desenvolvimento (Nações Unidas, 2014).

Abordagens inovadoras de financiamento estão apoiando e incentivando os governos de países em desenvolvimento a priorizar e sustentar investimentos em áreas com poucos recursos, como saúde e nutrição. O Mecanismo de Financiamento Global, por exemplo, foi lançado em 2015 e incentiva os governos a aumentar os gastos domésticos em consonância com as dimensões de saúde e nutrição dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs). Da mesma forma, a Fundação Bill & Melinda Gates apoia os governos que se comprometeram com a meta do Planejamento Familiar 2020 de reduzir a demanda não atendida de planejamento familiar e estão desenvolvendo e implementando planos específicos para expandir o acesso a essa medida.

Atenção crescente à eficácia da ajuda

O lançamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), em 2000, deu início a

uma era de maior atenção à eficácia da ajuda, motivada em parte pelas frustrações dos governos dos países em desenvolvimento em relação a problemas de parcerias desiguais de assistência e à perda de sua capacidade de planejar, coordenar e conduzir efetivamente, bem como de liderar o processo de desenvolvimento em seus próprios países.

Na Declaração de Abuja sobre HIV/AIDS, Tuberculose e Outras Doenças Infecciosas Relacionadas, de 2001, os Estados Membros da União Africana comprometeram-se a aumentar as despesas com a saúde para pelo menos 15% do orçamento nacional, e apelaram aos países doadores para que aumentassem o apoio. Os resultados dos Fóruns de Alto Nível sobre Eficácia da Ajuda (Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda de 2005, a Agenda de Ação de Accra de 2008 e a Parceria de Busan para uma Cooperação Eficaz de Desenvolvimento de 2011) reforçaram os compromissos de prestar ajuda de forma mais eficaz, com ênfase em incremento de capacidades e apropriação e execução nacionais (Nações Unidas, 2014).

Essa crescente atenção à eficácia da ajuda tem se refletido no desenvolvimento de estruturas para a coordenação de doadores, no maior reconhecimento da liderança do país na responsabilidade mútua nessas colaborações (Nações Unidas, 2014). Um estudo conjunto da Organização Mundial da Saúde e do UNFPA sobre as implicações das mudanças no ambiente de ajuda para a saúde sexual e reprodutiva encontrou

CAMPEÃO DA MUDANÇA

Chea Chantum

políticas nacionais progressistas sobre população, envelhecimento e uma série de outras questões.

Presidindo a diretoria de população e desenvolvimento do Ministério do Planejamento do Camboja, Chea Chantum tem sido muito útil nos esforços de seu país para colocar os compromissos da CIPD no centro das

Sob sua vigilância, o Camboja ampliou significativamente o investimento em planejamento familiar. Um país que há apenas algumas décadas estava envolvido em conflitos pode agora mostrar acentuados declínios nas taxas de fecundidade, comparáveis aos de países muito mais adiantados, bem como melhoria da saúde materna.

“Nós enfatizamos o direito de ter filhos, mas ao mesmo tempo encorajamos os casais a pensar sobre seu próprio bem-estar e no de sua família”, diz ele. “Muito pode ser feito por meio da educação e da conscientização.”

O Camboja está no processo de introduzir educação integral em sexualidade como parte do currículo nacional do 5º ao 12º ano, baseado no persistente chamado de Chea de respeitar os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens. Ele também ajudou a impulsionar a criação de um fundo nacional de saúde que oferece assistência médica gratuita a cidadãos pobres em todo o país.

Funcionário público há quase 30 anos, começou sua carreira como policial antes de se formar em desenvolvimento rural e gestão pública. Foi durante o tempo em que vivia em áreas rurais que ele começou a ver as conexões inextricáveis entre população e desenvolvimento.

“A princípio, não entendi a importância da população”, lembra ele. “Agora sei que a população é o principal para o desenvolvimento. Isso me motiva a fazer tudo o que posso para entender do que as pessoas precisam para melhorar seu bem-estar”.

“Não é suficiente apenas fornecer alguns serviços”, ele enfatiza. “Temos que incluir todas as pessoas em nosso desenvolvimento. Se não temos pessoas, não temos nada. Somente pessoas podem fazer nosso país continuar avançando”.

“Temos enfatizado o direito de ter filhos, mas ao mesmo tempo encorajamos os casais a pensar sobre seu próprio bem-estar e no de sua família”.



um foco crescente em abordagens setoriais e estratégias de redução da pobreza, bem como na elaboração de estratégias para alcançar os ODMs. O estudo também descobriu que o financiamento seguro e previsível para a saúde sexual e reprodutiva permanecia um desafio (OMS e UNFPA, 2011).

Promover a cobertura universal de saúde

Com o advento dos ODSs em 2015, maior atenção tem se concentrado na obtenção da cobertura universal de saúde, que está no centro do ODS 3.

O conceito de cobertura universal de saúde incorpora vários princípios, inclusive a prestação de serviços de alta qualidade para melhorar a saúde e a igualdade de condições no acesso aos serviços de saúde, sem o risco de dificuldades financeiras.

Conforme incorporado no tema dos ODSs, “não deixar ninguém para trás”, o conceito de cobertura universal de saúde também incentiva a “realização progressiva”, a ideia de que deve ser dada prioridade desde o início às reformas dos sistemas de saúde que lidam com desigualdades, beneficiando os indivíduos menos

favorecidos em um grau igual ou maior do que aqueles que são mais favorecidos, e que cada país pode progredir, independentemente do seu ponto de partida (Starrs *et al.*, 2018).

A cobertura universal de saúde prevê um pacote de serviços de saúde que seja expandido sucessivamente e um aumento da parcela dos custos que são cobertos por meio de um conjunto de financiamentos ou planos de seguro, de forma que as despesas pagas diretamente sejam reduzidas. O conceito também enfatiza os muitos elos intersetoriais entre

© Mark Tuschman



os ODSs, reconhecendo que as perspectivas para atingir as metas de saúde serão aprimoradas com o progresso na abordagem dos múltiplos determinantes sociais e ambientais da saúde (Stenberg *et al.*, 2017). Os resultados de saúde sexual e reprodutiva foram aprimorados por meio de vários esquemas inovadores de financiamento, como programas de cupons, transferências monetárias condicionais, programas de seguro social e monitoramento baseado em desempenho (USAID, 2014). Tais intervenções inovadoras podem ser

efetivamente adaptadas para outros contextos (Starrs *et al.*, 2018).

Em apoio a esses objetivos, instituições multilaterais se uniram para lançar um sistema coletivo, a fim de acelerar o progresso em direção aos ODSs. O Plano de Ação Global para Vidas Saudáveis e Bem-Estar para Todos visa a acelerar o impacto nos países e, ao mesmo tempo, reforçar a tomada de decisão, promovendo respostas equitativas baseadas em direitos e que não deixam ninguém para trás, melhorando o aprendizado entre países e instituições. Coordenada

pela Organização Mundial da Saúde, a iniciativa une o trabalho de 11 instituições multilaterais voltadas para a saúde. O grupo vai finalizar o plano de ação a ser entregue em setembro de 2019 na Assembleia Geral das Nações Unidas (OMS, 2018a).

Juntas, essas iniciativas estão preparando o terreno para instituições melhor equipadas e com financiamento sustentável, com vistas a ampliar o acesso à informação e a serviços de alta qualidade que possam permitir às mulheres exercer seus direitos reprodutivos.

DESTAQUES DO CAPÍTULO

- Com o tempo, as políticas e os programas de governos e outros provedores de serviços de saúde sexual e reprodutiva evoluíram em resposta à crescente compreensão da saúde sexual e reprodutiva. As instituições precisam se adaptar continuamente para poder atender às crescentes necessidades de uma gama mais ampla de serviços de saúde sexual e reprodutiva e levar os direitos e as escolhas a todas as pessoas em todos os lugares.
- A participação dos governos nacionais e locais, da sociedade civil e do setor privado ajudou a determinar os objetivos ambiciosos da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs); as parcerias entre esses atores têm sido essenciais para o progresso em direção a esses objetivos e serão fundamentais para sua realização.
- Estimar as necessidades de financiamento e acompanhar os fluxos financeiros para os serviços de saúde sexual e reprodutiva é um aspecto crucial para a promoção dos direitos e das escolhas das pessoas necessitadas. Globalmente, os recursos para tratar da saúde sexual e reprodutiva permanecem insuficientes e as tendências relativas a doadores estão seguindo na direção errada. Muitos governos de países em desenvolvimento fizeram progressos no alinhamento de objetivos e orçamentos domésticos com os objetivos do Programa de Ação da CIPD, mas as crises financeiras em curso afetam as capacidades de manter esse impulso.
- A obtenção da cobertura universal de saúde está no centro do ODS 3. Essa cobertura inclui a prestação de serviços de alta qualidade para melhorar a saúde e a igualdade no acesso aos serviços de saúde, sem o risco de dificuldades financeiras. O advento de iniciativas para promover a cobertura universal de saúde oferece oportunidades para incentivar instituições melhor equipadas e financiadas de forma sustentável, a fim de ampliar o acesso à informação e a serviços de alta qualidade que possibilitem direitos e escolhas para todos.



REALIZAR DIREITOS E ESCOLHAS PARA TODOS E TODAS: **SE NÃO AGORA, QUANDO?**

Uma mulher que hoje tem 60 anos nasceu quando escolhas e direitos sexuais e reprodutivos eram mais restritos. Para muitas, era difícil obter contracepção e relativamente fácil morrer no parto. Porém, quando ela atingiu os 10 anos, a mudança havia começado, produzindo ganhos sólidos.

Algumas mudanças a beneficiaram, mas muitas outras se acumularam para a próxima geração, as mulheres que tinham 10 anos quando a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) foi realizada. No entanto, mesmo para elas, o progresso hoje é incompleto. Agora, com 35 anos, elas têm mais direitos e mais opções, mas nem tudo o que lhes foi prometido.

Podemos fazer mais e melhor por uma garota de 10 anos hoje? Se a história serve de guia, a resposta é sim, se colocarmos as pessoas em primeiro lugar e não deixarmos ninguém para trás.

Muitos avanços notáveis na expansão da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos têm sido promovidos pelos governos, pela sociedade civil e por organizações internacionais nos últimos 50 anos. Em 1994, a CIPD ofereceu um compromisso global visionário com relação a esses direitos e escolhas e um consenso sem precedentes sobre os laços essenciais entre o empoderamento e o desenvolvimento das mulheres. Vinte e cinco anos depois, a visão da CIPD continua sendo um ponto alto da aspiração humana, refletida agora na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Olhando para o futuro, no entanto, alguns problemas antigos permanecem. E novos surgiram. Como medida da tarefa a ser realizada, o UNFPA e seus muitos parceiros emitiram um chamamento para se chegar a três zeros até 2030: não deve haver demanda não atendida de contracepção, mortes maternas evitáveis e nenhuma violência ou prática nociva contra mulheres e meninas.

Uma menina de 10 anos hoje merece um mundo onde todos desfrutem de todos os seus direitos e possam viver a vida que escolherem.



© UNFPA/R. Anis

formas de políticas populacionais que visam a incentivar as pessoas a ter filhos, enquanto em outros lugares, os temores sobre o crescimento populacional ressurgiram. Outras mudanças demográficas, como a migração, em muitos casos refletindo desigualdades e crises profundas, fomentaram a intolerância. A pobreza continua profunda e persistente mesmo em muitos países que, no geral, estão em melhor situação. O conservadorismo e o fundamentalismo podem bloquear o progresso e reverter o que foi alcançado.

Colocar as pessoas em primeiro lugar

Para todos os países, aproveitar ao máximo os ganhos existentes, superar os obstáculos e abraçar um futuro melhor, inclusive o previsto na Agenda 2030, começa com a atuação nos compromissos da CIPD. Estes incluem colocar as pessoas em primeiro lugar, mantendo sua saúde e seus direitos sexuais e reprodutivos, bem como o direito ao desenvolvimento para as gerações atuais e futuras.

Os ordenamentos jurídicos nacionais podem fazer compromissos explícitos com esses direitos e descartar disposições discriminatórias remanescentes, tais como barreiras ao acesso a serviços e contracepção para jovens, solteiros, migrantes, pessoas de orientação sexual e identidade de gênero diversas, entre outras. Esses compromissos podem então ser traduzidos em prática por meio de políticas bem elaboradas de população e desenvolvimento que priorizem

Uma visão transformadora: do passado, rumo ao futuro

No final da década de 1960, o crescimento populacional era temido, concebido como uma bomba-relógio para ser desarmada urgentemente por meio de programas de planejamento familiar agressivos, às vezes coercitivos. Na época da CIPD, havia um consenso de que as pessoas têm o direito de controlar seus corpos e suas vidas sexuais e reprodutivas. Quando percebem esse direito, muitas vezes fazem escolhas que as beneficiam e apoiam um bem-estar social, econômico e ambiental

mais amplo. Hoje, a Agenda 2030 reconhece que o desenvolvimento sustentável depende de serviços de saúde de qualidade universal, inclusive o atendimento de saúde sexual e reprodutiva, bem como a conquista da igualdade de gênero e a realização dos direitos reprodutivos.

Todavia, os ganhos são frágeis em um mundo muitas vezes instável e conturbado. Algumas pessoas estão avançando, mas muitas ficam muito para trás. Epidemias, conflitos e mudanças climáticas minam avanços e impedem direitos e escolhas. O encolhimento da população em alguns países abriu as portas para novas

alcançar as pessoas que têm menos escolhas e enfrentam os maiores déficits na realização de seus direitos.

Reconhecendo as interações complexas entre o desenvolvimento sustentável e a dinâmica populacional, as questões de população também devem permear os planos de desenvolvimento e investimentos mais amplos e ser parte da abordagem do desenvolvimento de maneira integrada agora incorporada na Agenda 2030. Esses esforços devem refletir toda a gama de fatores que influenciam a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, além de educação, trabalho, moradia e segurança alimentar.

Os países preocupados com o encolhimento das populações podem agir para garantir que os serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva estejam prontamente disponíveis para todos. Eles também podem precisar fazer mais para promover o alcance de políticas favoráveis à família para ajudar as pessoas a exercer seus direitos de constituir ou expandir uma família, como licença parental remunerada para homens e mulheres, incentivos fiscais para famílias, acordos de trabalho flexíveis e moradia a preços acessíveis. Os países com maior participação de pessoas que estão ingressando na força de trabalho podem aumentar a produtividade e gerar mais dividendos demográficos potenciais ao garantir que os jovens tenham acesso a serviços essenciais de saúde e educação de qualidade e abrangentes, assim como oportunidades de trabalho decente.

Nas políticas nacionais de saúde, a saúde sexual e reprodutiva deveria passar de um papel muitas vezes periférico para um papel central, à altura de seu impacto na saúde geral e no bem-estar e da importância que os indivíduos e os casais lhe dão. Isso poderia incluir uma orientação voltada para a recente definição de assistência primária à saúde dada pela Declaração de Astana, como sendo a integração de serviços preventivos, curativos, sexuais e reprodutivos e de saúde mental (OMS e UNICEF, 2018). Os processos

de monitoramento nacionais sobre direitos sexuais e reprodutivos poderiam avaliar se leis, políticas, orçamentos, serviços, campanhas de conscientização e outras atividades estão alinhadas com esses direitos.

Direitos e escolhas em todo o ciclo de vida

Mudanças significativas nos padrões populacionais nos últimos anos, particularmente em diferentes faixas etárias, levaram a uma maior apreciação do valor de se adotar

© UNFPA/Live Images



uma abordagem de ciclo de vida no planejamento e na formulação de políticas. Os serviços públicos e outras intervenções devem alcançar as pessoas no início da vida e continuar disponíveis a cada estágio subsequente, aprimorando-se gradualmente até a velhice.

Isso ajuda os países a efetivar direitos para as pessoas em todos os estágios da vida e maximizar os investimentos de alto impacto. Crianças e jovens terão a saúde e a educação necessárias para se tornarem adultos capazes. Os adultos terão o trabalho decente e o apoio ao planejamento familiar necessários para contribuir de maneira produtiva para a economia, cuidar de seus dependentes e se preparar para a velhice. As pessoas mais velhas podem aproveitar os

recursos acumulados, sustentar sua qualidade de vida e continuar contribuindo para suas famílias e comunidades. Uma abordagem de ciclo de vida pode ajudar a reduzir as desigualdades relacionadas à idade e orientar as escolhas sobre o consumo de recursos para equilibrar as necessidades das gerações atuais e futuras.

Sistemas de proteção social com uma rede mínima de segurança de benefícios devem estar disponíveis para as pessoas em todas as fases da vida, garantindo que elas possam manter um nível de dignidade, escolha e bem-estar de acordo com seus direitos. As políticas de emprego precisam acompanhar as rápidas mudanças nos mercados de trabalho que reduzem a estabilidade e a qualidade do emprego, por

exemplo, por meio de um conjunto contínuo de benefícios essenciais de saúde e segurança social e de compromissos com a aprendizagem ao longo da vida.

Uma agenda inacabada: acesso a serviços de qualidade

Por mais de 50 anos, a compreensão da natureza dos serviços de saúde sexual e reprodutiva tem evoluído constantemente. Um enfoque quase exclusivo sobre a contracepção se ampliou até chegar ao apelo da CIPD por acesso universal a uma gama completa de serviços relacionados à atenção à saúde sexual e reprodutiva. A cobertura universal de saúde é agora uma grande ênfase do ODS 3 na saúde e no bem-estar para todos.

© Chien-Chi Chang/Magnum Photos



Um pacote universal de serviços

As maiores demandas não atendidas de serviços de saúde sexual e reprodutiva estão entre os grupos marginalizados, destacando-se os grupos étnicos minoritários; jovens; pessoas solteiras; lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTI); pessoas com deficiência; e os pobres rurais e urbanos. Entre as mulheres mais pobres, não apenas a necessidade de contracepção é mais pronunciada, mas também as taxas de mortalidade materna são marcadamente mais altas.

Assistência de baixa qualidade, insuficientes instalações e materiais, leis discriminatórias e tratamento desdenhoso por parte dos provedores de serviços estão entre as barreiras que ainda impedem as mulheres e meninas de ter acesso aos serviços. Alcançar e realizar plenamente os direitos de grupos há muito excluídos pode ser difícil e dispendioso, mas deve ser uma prioridade central para se concluir a agenda da CIPD e alcançar a Agenda 2030. Os serviços não precisam apenas atingir fisicamente esses grupos, mas também devem ser adaptados às necessidades que eles expressam, confidenciais e livres de julgamento ou coerção.

Todos os sistemas de saúde devem definir e fornecer um pacote essencial de serviços de saúde sexual e reprodutiva de alta qualidade, integrados e universalmente disponíveis, nos níveis primário e de referência. A CIPD define estes últimos de forma a abranger planejamento

familiar; serviços relacionados a gravidez, infecções sexualmente transmissíveis, infertilidade e aborto seguro quando for legal; e encaminhamentos para casos de câncer do sistema reprodutivo. Em geral, serviços integrados fazem mais para responder a múltiplas necessidades, como quando o aconselhamento contraceptivo é prestado antes e depois do nascimento.

Programas fracos de saúde materna e infantil precisam melhorar, apoiados por programas correlatos em nutrição, segurança alimentar e empoderamento das mulheres. Por meio de um Fundo Temático de Saúde Materna, por exemplo, o UNFPA ajuda países com cargas particularmente altas de mortalidade materna por meio de intervenções comprovadas, como treinamento para parteiras e inclusão de atenção integral à saúde sexual e reprodutiva em instalações de emergência obstétrica e neonatal.

Há também a necessidade de esforços mais concentrados para acabar com os tabus e a desinformação em torno da menstruação e fortalecer as instalações e os serviços para a gestão da higiene menstrual, dadas as consequências que vão desde a educação interrompida até problemas de saúde não tratados.

Muitos países podem fazer muito mais para defender direitos e escolhas para todos, removendo barreiras a serviços e informações para pessoas com orientações sexuais e de gênero diversas. O desmantelamento destas barreiras poderia começar com o treinamento a sensibilização dos profissionais de

saúde, para evitar a discriminação e atender a todas as necessidades.

Conexões para acabar com a violência

As principais lacunas permanecem na prevenção e na resposta à violência baseada no gênero, uma violação generalizada de direitos no mundo todo. Os sistemas de abrigo, apesar dos esforços dedicados das organizações de mulheres, ainda são marginais ou inexistentes em muitos lugares. Modelos de serviços integrados podem ser introduzidos ou ampliados para ajudar as mulheres a acessar prontamente a combinação de saúde, assistência judicial, psicossocial, de emprego e outras formas de apoio necessárias para encontrar segurança e recomeçar suas vidas. As experiências bem-sucedidas no treinamento de unidades policiais e autoridades judiciais para responder às circunstâncias especiais em torno da violência baseada no gênero poderiam ser mais amplamente compartilhadas e replicadas.

Interligações mais fortes poderiam ser forjadas entre os serviços de saúde reprodutiva, como iniciativas para prevenir e proteger contra a violência de gênero e programas de empoderamento econômico para mulheres. Essas conexões podem ser básicas, como no nível dos sistemas de triagem e encaminhamento, de modo que as mulheres que procuram serviços de planejamento familiar, por exemplo, sejam questionadas sobre outras necessidades e riscos e encaminhadas conforme seja apropriado, a fim de obterem recursos adicionais.



© Thomas Imo/Photothek/Getty Images

A responsabilidade começa com os usuários do serviço

Uma das principais razões para os déficits na qualidade do serviço, além dos baixos níveis de recursos, está relacionada à falta de responsabilidade e capacidade de resposta aos usuários do serviço. Sistemas mais fortes de gestão da informação em saúde, bem como esforços para registrar e analisar sistematicamente todas as mortes maternas e para identificar déficits no atendimento, capacitariam os países a monitorar o andamento e confirmar que os serviços estão chegando primeiro até aqueles que estão mais atrás. Uma tendência positiva tem sido a adoção de padrões mínimos e procedimentos de reclamação. Onde a assistência à saúde está sendo

privatizada, as leis devem refletir esses padrões e exigir que os provedores privados respeitem a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos de todas e todos.

Envolver grupos de mulheres e outros representantes de usuários em políticas e decisões sobre serviços também pode ir muito longe na melhoria da qualidade do atendimento. Entre os sistemas que poderiam ser mais desenvolvidos estão aqueles que enviam uma simples pesquisa de opinião para celulares, solicitando daqueles que usam o serviço que avaliem diretamente a qualidade do atendimento. Os resultados podem ser usados para avaliar o desempenho dos prestadores do atendimento. Esse tipo de abordagem pode melhorar os serviços e incentivar seu uso.

Incluir adolescentes

Adolescentes, como grupo, têm constantemente sido afetados pela falta de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, apesar dos compromissos da CIPD em entregá-los. Normas legais e normas consagradas ainda são obstáculos. Novas questões emergiram da Internet, que oferece uma enxurrada de informações, corretas ou não, além de riscos como o *cyberbullying* e o tráfico sexual.

Adolescentes têm o direito de receber educação e capacitação para fazer escolhas e se protegerem. Esse direito pode ser apoiado por medidas como a educação integral em sexualidade e adequada à idade, integrada nos currículos escolares e que atinja todos os alunos, além de ser capaz de alcançar meninas e meninos

que não frequentam a escola. Esses programas devem fornecer informações, mas, para alcançar resultados mais significativos, devem também melhorar a autoestima, construir a compreensão dos direitos humanos e normas positivas de gênero e desenvolver habilidades de tomada de decisão e comunicação (Starrs *et al.*, 2018).

Enfrentar os desafios de fertilidade

Cerca de 180 milhões de casais em todo o mundo são potencialmente afetados pela infertilidade, com consequências que por vezes incluem sofrimento psicológico, violência entre parceiros íntimos e estigma social (Starrs *et al.*, 2018). Entre os importantes fatores determinantes da infertilidade destacam-se as mudanças no trabalho e na família que têm levado um número crescente de mulheres a adiar a gravidez até idades mais avançadas, quando há probabilidade de enfrentarem desafios de fertilidade. Problemas de saúde e falta de acesso à assistência durante as primeiras gravidezes também podem resultar na incapacidade de ter mais filhos.

Para aqueles com recursos, a tecnologia de reprodução assistida, por exemplo, a fertilização *in vitro*, está disponível. Dado o caráter universal dos direitos reprodutivos e o princípio da assistência universal à saúde, no entanto, tais opções precisam ser desvinculadas da capacidade de pagamento. A expansão do acesso requer a adoção de diretrizes éticas e normas médicas adequadas, reduzindo

custos proibitivos e ampliando as capacidades de obter tecnologia entre países em diversos estágios de desenvolvimento. Mais poderia também ser feito para aumentar a conscientização sobre a prevenção e com lidar com a infertilidade e, em alguns países, reformar as leis sobre tratamento da infertilidade, adoção e gestação por sub-rogação, de acordo com os direitos sexuais e reprodutivos.

Uma carga crescente de câncer do aparelho reprodutivo

Em todos os países, as cargas de câncer estão se expandindo, com um salto particularmente pronunciado nos países de renda baixa e média, à medida que as pessoas vivem mais. Outros riscos estão relacionados a níveis mais baixos de atividade física dos empregos modernos. Câncer de próstata, mama, cervical e outras formas de câncer do aparelho reprodutivo constituem uma parcela significativa da carga de câncer (*American Cancer Society*, 2016). A triagem de rotina deve ser expandida como parte integrante do atendimento médico primário, inclusive por meio de técnicas estabelecidas e da exploração de novas, tais como testes genéticos, cujos custos estão começando a diminuir. Em consonância com uma abordagem baseada em direitos, parte da aceleração do acesso pode incluir a revisão dos processos de propriedade intelectual e um aumento na velocidade com que a tecnologia que atende a um bem público passa do desenvolvimento

para o uso amplamente difundido.

Uma ferramenta demonstrada para fins de prevenção é a vacina contra o papilomavírus humano ou HPV, que causa a maioria dos casos de câncer do colo do útero. Agora, a vacina é administrada rotineiramente em meninas entre 9 e 13 anos de idade em 55 países. Outros países devem considerar a possibilidade de adotá-la, particularmente com um novo cronograma de dosagem que tenha custo reduzido.

Levar em conta o envelhecimento

A CIPD apontou para o fato de que as questões distintas de saúde reprodutiva e sexual de mulheres e homens idosos são muitas vezes abordadas de maneira inadequada. Com o crescente número de pessoas idosas em mais e mais países, os sistemas de saúde precisarão levar em conta questões sobre funcionamento sexual, riscos relacionados ao HIV e infecções sexualmente transmissíveis e de câncer do aparelho reprodutivo, que aumentam com a idade.

Mais atenção para a saúde mental

Apesar da estipulação na CIPD de que “todos têm o direito de usufruir do mais alto padrão atingível de saúde física e mental”, esta última continua sendo vista como um ‘primo pobre’ da primeira em termos de atenção e recursos. No entanto, os problemas de saúde mental podem ter um impacto significativo nos direitos e nas escolhas.

As depressões pré e pós-parto continuam sendo problemas comuns

em todo o mundo, por exemplo. Gravidezes não intencionais estão ligadas a episódios depressivos de longo prazo. A continuação da demanda não atendida de planejamento familiar, efeitos colaterais do uso de anticoncepcionais e desequilíbrios de poder nos relacionamentos, incluindo respostas violentas a gravidezes não intencionais, estão entre os fatores que representam riscos à saúde mental para mulheres e meninas. O suicídio é hoje uma das principais causas de morte de mulheres adolescentes.

No mínimo, os serviços de saúde reprodutiva devem ter provedores treinados nessas questões, assim como processos de triagem e encaminhamento para detectar e responder a elas (OMS, 2009). Esses esforços devem atuar com respeito aos direitos humanos e à dignidade e promover a redução do estigma acentuado que frequentemente gira em torno da saúde mental.

Fundamentos: empoderamento e igualdade

A CIPD chamou a atenção histórica para o direito fundamental das mulheres de fazer escolhas sobre seus corpos. Trata-se de um direito que sustenta muitos outros — aprender, trabalhar, circular livremente em espaços públicos e privados, aproveitar o tempo livre. Desde 1994, em todas as partes do mundo, mulheres e meninas têm ingressado na escola e na força de trabalho. Em suma, elas estão mais saudáveis e melhor preparadas para planejar suas famílias.

Ainda assim, as mulheres ganham menos, fazem mais do que a sua

parcela de trabalho de assistência não remunerada e ainda não alcançaram a paridade na maioria dos cargos de tomada de decisão, desde conselhos corporativos até parlamentos. A violência de gênero ainda fica impune; tradições nocivas resultam na mutilação e no casamento de meninas.

Normas de gênero desafiadoras

Normas discriminatórias de gênero permanecem entre os mais significativos obstáculos ao progresso de mulheres e meninas, aparecendo em todas as áreas da vida. Elas determinam um *status* de segunda classe, impedindo direitos e limitando escolhas. Informações e serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva de alta qualidade devem ser proporcionados a todas as mulheres. Mas o real acesso e uso, muitas vezes, dependem, também, da disposição de um marido deixar sua esposa sair de casa, das mensagens enviadas pelos meios de comunicação de massa, dos padrões comunitários em torno do sexo e da fecundidade e das palavras de figuras religiosas ou outras autoridades. Empoderamento é frequentemente usado como um termo geral para indicar que as mulheres têm o direito de escolher, mas na realidade existem muitos fatores relacionados aos recursos próprios da mulher, seu *status* em sua família e o ambiente social, econômico e político mais amplo, que reduzem as opções que ela poderia escolher.

Os serviços de saúde sexual e reprodutiva devem se tornar mais eficazes a fim de responder às

realidades dos papéis e das normas de gênero. Muitos continuam sendo provedores hierarquizados. Um modo de engajamento respeitoso, fundamentado em comunicação de mão dupla e livre de julgamento, ajudaria os indivíduos a pensar e definir suas metas de saúde sexual e reprodutiva e a entender como podem alcançá-las. Os provedores de serviços devem ser treinados para evitar normas e comportamentos discriminatórios de gênero, muitos dos quais ainda são inquestionáveis. Eles poderiam aprender a perguntar sobre as barreiras discriminatórias e a oferecer ajuda nesse aspecto, diretamente ou por meio de encaminhamentos, uma vez que tais barreiras podem surgir quando uma mulher deixa uma instituição de saúde.

Campanhas mais amplas de conscientização social e mudança de comportamento podem apoiar transformações em direção a normas mais positivas e amplamente aceitas. Ainda são necessárias medidas para acabar com os estereótipos de gênero nas escolas, incluindo aqueles que acompanham meninas e meninos em algumas formas de estudo em detrimento de outras. O trabalho com a mídia deve ter como objetivo reduzir esses estereótipos, muitas vezes excessivos, e elevar a visibilidade ainda limitada das vozes e perspectivas das mulheres. Experiências bem sucedidas no trabalho com líderes religiosos, que podem ter uma profunda influência nas comunidades e nos lares, devem ser melhor compreendidas e reproduzidas.

Acabar com todas as práticas nocivas

Algumas das normas de gênero mais insidiosas resultam em práticas nocivas,

CAMPEÃ DA MUDANÇA

Lilianne Ploumen

parlamentar e, na ocasião, ministra holandesa de Comércio Exterior e Cooperação para o Desenvolvimento convocou as mulheres de todo o mundo a enviar sua própria mensagem: ninguém decide sobre o corpo das mulheres, exceto as próprias mulheres.

Nasceu o movimento Ela Decide (*She Decides*). Primeiro, houve uma hashtag e, em seguida, uma conferência de comprometimento que arrecadou 200 milhões de dólares norte-americanos de governos, fundações e filantropos. Foi criada uma plataforma de *crowdfunding*. Mais de 50 mil pessoas assinaram um manifesto comprometendo-se a garantir que “ela decide”, enquanto ministros franceses e sul-africanos estão entre os 40 proeminentes defensores dedicados a promover a iniciativa.

“Organizações e indivíduos corajosos, incansáveis e brilhantes estão, há décadas, trabalhando com questões relacionadas à autonomia corporal de meninas e mulheres e cuidados abrangentes de saúde. E de repente, o resto do mundo estava prestando atenção”, diz Ploumen. “[Estamos] abraçando uma nova energia e uma nova linguagem que vem trazendo mais e mais pessoas, de todas as esferas da vida, a bordo para abraçar a ideia do Ela Decide.”

Ao todo, Ploumen estima que pelo menos US\$ 600 milhões por ano terão que ser arrecadados para compensar as perdas impostas pela chamada regra da mordça, uma decisão de política dos Estados Unidos de cortar o financiamento para organizações que, com seus próprios fundos, forneçam aconselhamento ou encaminhamento ao aborto, ou que defendam a descriminalização do aborto ou a expansão dos serviços de aborto, mesmo quando legal.

Ex-funcionária comunitária em Roterdã, Ploumen liderou o *Mama Cash*, fundo para o avanço dos direitos das mulheres, e gerenciou os programas internacionais na Cordaid, importante provedor de ajuda humanitária e desenvolvimento. Ela viu, em primeira mão, a mistura de normas, valores, leis, códigos e hábitos que impedem as mulheres de serem quem elas podem ser - no mundo todo.

“Essas regras escritas e não escritas têm que mudar”, diz ela. “E aqui é onde eu peço a todos que se levantem e façam sua voz ser ouvida, sejam solidários, convoquem seus governos e organizem-se para a mudança!”

“[Estamos] abraçando uma nova energia e uma nova linguagem que traz mais e mais pessoas, de todas as esferas da vida, a bordo.”

A imposição, em 2017, de uma política dos Estados Unidos restringindo o financiamento para os serviços de saúde reprodutiva não surtiu efeito para silenciar Lilianne Ploumen. De fato, isso a inspirou a falar. A



como casamento infantil e forçado, mutilação genital feminina e preferência por filhos do sexo masculino. Tais normas precisam ser totalmente eliminadas, a começar por leis bem definidas. Houve algum progresso no trabalho feito dentro das comunidades para explicar os danos que essas práticas impõem e para criar consenso em torno do abandono, inclusive por meio de um programa conjunto do UNFPA e do Fundo das Nações Unidas para a Infância em vários países com altas taxas de mutilação genital feminina (UNFPA e UNICEF, 2018).

A defesa proativa dos direitos e do potencial das meninas poderia mudar as tendências de tratá-las principalmente como um fardo ou fonte de trabalho doméstico. Quando as meninas podem permanecer na escola, inclusive por meio de medidas como esquemas de transferência de renda direcionados, e, posteriormente, passar para um trabalho decente, elas tomam consciência de seus direitos, assim como os pais e as comunidades começam a ver suas capacidades e promessas.

A participação dos homens

A maioria dos programas de saúde reprodutiva tem se concentrado fortemente em mulheres e meninas, pelo motivo justificável de que a reprodução ocorre em seus corpos, e elas ainda estão significativamente aquém de homens e meninos no exercício de direitos e escolhas. No entanto, deve-se buscar uma maior participação de homens e meninos, tanto para mobilizá-los na

promoção da igualdade de gênero quanto para responder a seus direitos e suas necessidades específicas.

Um número crescente de intervenções apoia os homens como agentes ativos nos processos reprodutivos, os quais incluem aconselhamento de casais para promover a comunicação e resolver conflitos e educação integral em sexualidade, que enfatiza o empoderamento das mulheres, os papéis e as obrigações dos homens. Outras iniciativas têm trabalhado com grupos de homens para redefinir normas masculinas nocivas e quebrar padrões que contribuem para a violência baseada no gênero. A licença paterna induz os homens a cuidar dos filhos desde o início e deveria estar mais amplamente disponível. Entre os muitos benefícios da participação masculina antes e depois do parto, destacam-se as chances reduzidas de depressão pré-natal e pós-parto e uma melhor utilização dos cuidados após o nascimento (Starrs *et al.*, 2018).

Os programas de saúde sexual e reprodutiva, em muitos casos, precisam alcançar explicitamente os homens como clientes, inclusive no planejamento familiar e na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. O investimento nos métodos contraceptivos masculinos deve aumentar, bem como nos serviços que respondem a questões como a disfunção sexual masculina e o câncer no aparelho reprodutivo. Formas específicas de alcance e aconselhamento podem precisar ser desenvolvidas em contextos onde os homens evitam procurar atendimento de saúde por



razões como o medo de parecer fraco ou porque pensam que as clínicas são prioritariamente para mulheres e crianças.

Equalização

Para muitas mulheres, as economias não estão conseguindo cumprir o prometido, de forma a afetar suas escolhas e seus direitos sexuais e reprodutivos. Elas detêm, por exemplo, uma parcela desproporcional de empregos mal pagos e inseguros e têm menos acesso à proteção social. Os novos modelos de crescimento inclusivo devem ser equitativos em termos de gênero e enfatizar a “equalização”,



© Pep Bonet/NOOR

inclusive por meio da eliminação das diferenças de gênero no desemprego e pelo aumento do trabalho decente para homens e mulheres, mas com maior taxa de expansão para mulheres (Elson e Fontana, 2019).

Em todos os lugares do mundo, mesmo em países que caminharam de forma significativa em direção à igualdade de gênero, as mulheres carregam uma carga maior de trabalho não remunerado, que injustamente diminui o tempo de trabalho remunerado e de lazer. Em âmbito global, as mulheres representam

40% da força de trabalho formal, mas fazem entre 2 a 10 vezes mais trabalho doméstico e cuidam mais da família do que os homens (Starrs *et al.*, 2018). Para muitas mulheres, ter um filho ainda exige deixar a força de trabalho, permanecer fora do mercado por mais tempo do que gostariam, ou simplesmente lutar para dar conta de tudo. Algumas pagam altos preços em termos de renda e saúde.

Habitação a preços acessíveis, energia limpa, transportes públicos seguros, água potável e saneamento, bem como serviços de saúde,

educação e creche podem reduzir o trabalho não remunerado das mulheres (Starrs *et al.*, 2018). São necessárias evidências muito melhores na mensuração do uso do tempo, que sirvam de base para definir investimentos em serviços e infraestrutura que contribuam para a igualdade de gênero e que alcancem primeiro aqueles que estão aquém. Exercícios de custeio poderiam definir até que ponto os serviços e a infraestrutura pesam nas finanças públicas e gerar retornos, por exemplo, por meio do emprego



© Holly Pickett/Redux Pictures

produtivo e de maiores receitas tributárias (ONU Mulheres, 2018). Um outro elemento implica incentivar os homens a fazer sua parte.

Além do imperativo de realizar os direitos das mulheres, um número crescente de países começou a perceber que a “equalização” pode proporcionar um impulso extra à transição demográfica, gerando um dividendo demográfico para as mulheres. Mulheres saudáveis e bem educadas que realizam suas escolhas e seus direitos reprodutivos podem contribuir significativamente para uma economia produtiva e próspera.

Continuidade em tempos de crise

De conflitos incontroláveis a desastres relacionados ao clima, o mundo de hoje é propenso a crises que regularmente restringem

direitos e escolhas. A CIPD exigiu a proteção de pessoas forçadas a se mudar ou em situações vulneráveis, inclusive por meio de serviços de saúde sexual e reprodutiva.

A crise não deveria adiar os direitos e as escolhas. No entanto, o apoio financeiro ficou consistentemente aquém das necessidades agudas. Para uma mulher grávida que está fugindo de uma catástrofe, a assistência médica qualificada pode ser tão essencial para sua vida e a de seu filho quanto alimento e abrigo.

Escolhas e direitos reprodutivos devem tornar-se parte integrante de todas as respostas internacionais à crise. Todos os atores humanitários, públicos ou privados, de governos ou grupos não governamentais, devem aplicar os padrões mínimos para que os serviços ponham fim e respondam à violência sexual, reduzam a transmissão do HIV e evitem a morte

e a doença materna e neonatal. Assistência abrangente à saúde sexual e reprodutiva deve ser prestada assim que as condições permitirem.

Buscar oportunidades

Crises, embora nunca desejadas, podem trazer oportunidades para aprimorar os direitos e as escolhas. Pode-se fazer mais a esse respeito, por exemplo, por meio de programas que talvez sejam a primeira oportunidade que as pessoas têm para aprender sobre saúde sexual e reprodutiva, desafiar as normas de gênero ou buscar refúgio contra a violência de gênero. Em meio à ruptura, as mulheres e meninas podem explorar novos papéis, eventualmente por meio do treinamento profissional. Pode-se fazer mais também para aumentar o investimento em serviços psicossociais e de saúde

CAMPEÃ DA MUDANÇA

Sheshkala Pandey

Sheshkala Pandey deveria se casar na oitava série. Mas em vez disso, a jovem de 19 anos está hoje cursando a faculdade, orientando outras garotas e recentemente foi honrada com o prêmio nacional *Unsung Hero Award* (Prêmio ao Herói Não Aclamado).

Tais acontecimentos não poderiam ter sido nem imaginados quando Pandey nasceu. Em sua comunidade pobre no sul do Nepal, as moças tradicionalmente se casavam o mais jovem possível, apesar da idade legal mínima ser 18 anos. Sem chance de terminar sua educação, para muitas, o casamento é o ponto de entrada para uma vida de pobreza continuada e desempoderamento.

Pandey estava determinada a não ter esse destino. Quando o assunto do casamento surgiu pela primeira vez em sua família, ela começou a chorar. Em seguida, criou um plano de negócios, emprestou dinheiro de seu irmão e montou uma pequena empresa fazendo artesanato para vender em um mercado local. Ganhou o suficiente para administrar suas mensalidades escolares, um custo que muitas vezes pressiona tanto as finanças da família que leva os pais a retirarem as meninas da escola e empurrá-las para o casamento.

Para Pandey, a mudança em sua própria vida foi apenas um ponto de partida. Hoje, quando não está estudando para a universidade que frequenta, ensina em uma escola local para se sustentar. Também dirige um Círculo de Moças, com 30 associadas, que luta contra práticas prejudiciais, como casamento infantil e abuso sexual e que pede que as meninas permaneçam na escola. Quando as associadas ouvem que um casamento infantil está prestes a acontecer, elas intervêm para pará-lo, como, por exemplo, o caso em que interromperam uma cerimônia de casamento já em andamento.

“Eu encorajo [as meninas] a serem audazes para resistir a todo tipo de violência inconveniente contra elas” diz Pandey, acrescentando com naturalidade: “Nós temos que mudar a sociedade, então por que deixar que os obstáculos prejudiquem nosso caminho?”

A coragem de Pandey em mostrar qual o caminho a seguir resultou em mais meninas de sua comunidade permanecendo atualmente na escola. As mães vêm perguntar-lhe como as próprias filhas podem se tornar como ela. Ela é o prenúncio de uma nova regra, em que uma menina deve ser valorizada e encorajada, e não descartada por meio de um casamento infantil.

“Nós temos que mudar a sociedade, então por que deixar que os obstáculos prejudiquem nosso caminho?”



mental, uma vez que as lacunas podem levar rapidamente a comportamentos de risco, problemas de saúde e violência de gênero, entre outras consequências.

Estar preparado

Nem todas as crises podem ser evitadas. Estar preparado significa colocar em prática planos para gerenciar desastres e mitigar riscos. Quando os suprimentos são pré-posicionados para responder a desastres, eles devem, por padrão, incluir contraceptivos, kits de parto seguro e outros itens essenciais para a saúde reprodutiva. Os modelos de serviços integrados podem antecipar

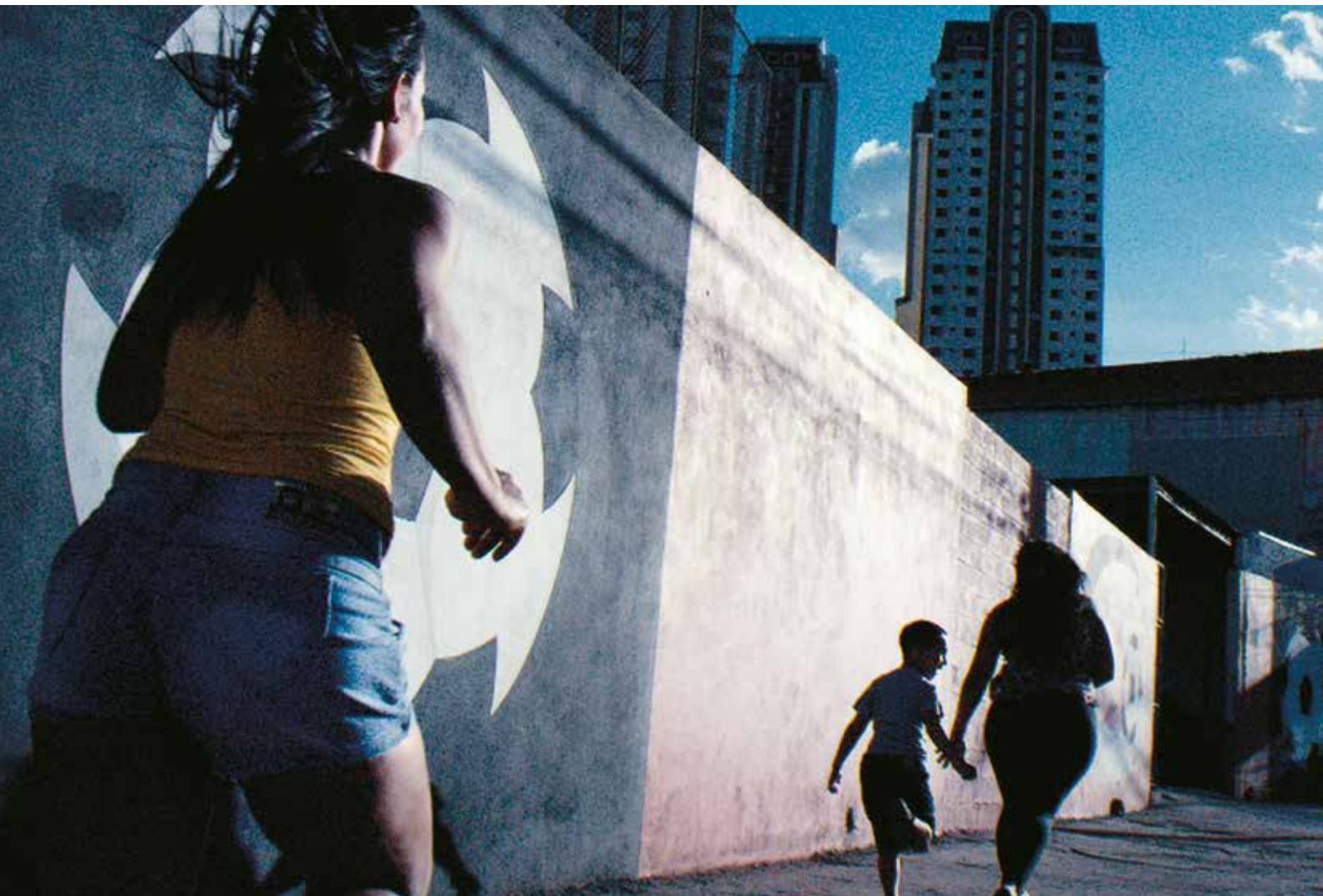
o pessoal e as medidas necessárias para manter a continuidade. Todos esses esforços devem ser apoiados pelo financiamento expandido do risco de desastres, que muitas vezes é inadequado. Uma prática promissora é reunir conselhos nacionais de risco que desenvolvam orientação a partir da experiência conjunta de supervisores de seguros, agências de gestão de desastres e ministérios relevantes, inclusive aqueles que trabalham com saúde e igualdade de gênero.

Construir resiliência

Algumas das melhores provas contra catástrofes surgem quando as pessoas são resilientes e têm meios para se

proteger. Sistemas fortes de saúde, com uma gama completa de serviços de saúde sexual e reprodutiva, podem reduzir a vulnerabilidade e melhorar as escolhas que as pessoas estão preparadas para fazer. Programas de proteção social universalmente acessíveis podem sustentar saúde, educação e renda, os três pilares de resiliência para as pessoas que vivem à margem. Eles podem determinar se e quão bem as pessoas sobrevivem a uma crise, prover informações para que se façam escolhas conscientes sobre se devem ficar ou fugir e apoiar uma eventual transição para saída da assistência humanitária externa.

© Jonas Bendiksen/Magnum Photos



Acelerar a ação para concluir a agenda da CIPD

Para concluir os trabalhos inacabados da CIPD e avançar de forma realista para a realização da Agenda 2030 e dos ODSs, bem como alcançar os três zeros — nenhuma demanda não atendida de contracepção, nenhuma morte materna evitável e nenhuma violência ou práticas nocivas contra mulheres e meninas —, a maioria dos países pode basear-se nas conquistas recentes. Muitos países agora têm instituições e políticas básicas em vigor relacionadas à saúde reprodutiva e da população, mas precisam alcançar aqueles que estão mais aquém, melhorar a qualidade do serviço e responder a alterações emergentes na demografia e no desenvolvimento. Eles precisarão de planejamento estratégico com base em evidências corretas, as quais ainda estão faltando, e também de investimentos apropriados, que cresceram, mas continuam insuficientes.

Acionar as instituições certas

A realização de direitos e de escolhas não será alcançada por meio do trabalho caso a caso. Os sistemas de saúde como um todo precisam ser fortalecidos para oferecer às pessoas toda a gama de serviços essenciais de que necessitam ao longo da vida. Um estudo recente publicado pela *The Lancet* estimou os custos para a maioria dos países para atingir as metas de saúde dos ODSs, ao prever que cerca de três quartos dos investimentos adicionais precisariam ser direcionados para o fortalecimento dos sistemas de saúde, por meio de medidas tais como a expansão das forças de trabalho

e instalações de saúde (Stenberg *et al.*, 2017). Em muitos países em desenvolvimento, apesar dos esforços para descentralizar a saúde e outros sistemas públicos, ainda há trabalho significativo a ser feito para aprimorar as capacidades subnacionais, garantir financiamento adequado e responder de maneira flexível às necessidades que variam entre os locais.

Reconhecer a natureza integrada dos ODSs, uma visão nacional para a cobertura universal de saúde, estabeleceria fortes ligações com os diversos determinantes da saúde, e da saúde sexual e reprodutiva em particular. Entre eles, destaca-se um ambiente limpo, que assiste a saúde durante a gravidez e pode reduzir os riscos de câncer do aparelho reprodutivo. O emprego decente ajuda as mulheres a planejar suas famílias, oferecendo níveis mais altos de renda e autonomia. A educação prepara os jovens para fazer escolhas conscientes e saudáveis. Como já é o caso em alguns países, os mecanismos nacionais que reúnem pessoas que trabalham em diferentes arenas podem desenvolver uma compreensão mais profunda de como diferentes questões interagem e evoluem baseando-se umas sobre as outras.

Desde a CIPD, a maior responsabilização por direitos e escolhas surgiu do amplo envolvimento da sociedade civil e de grupos não governamentais na formação de políticas e no planejamento. Muitos deles foram apoiados pelo UNFPA. O engajamento continua a evoluir, como por meio da Coalizão

de Suprimentos para Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar 2020. Entre outros desafios, esses grupos poderiam chamar a atenção para os serviços de saúde sexual e reprodutiva que não figuram nas metas e nos indicadores dos ODS, dado o risco de que caíam em uma posição inferior nas políticas do governo e nas opções de investimento.

Em alguns casos, a expansão da rede e da capacitação pode ser uma prioridade para envolver uma seção transversal mais ampla da sociedade civil e grupos não governamentais, não apenas aqueles com uma presença nacional ou internacional, mas aqueles de comunidades menores e grupos em situação de vulnerabilidade. A participação de jovens, idosos, pessoas LGBTI, pessoas com deficiências, comunidades indígenas e outras minorias poderia avançar em muitos casos. Deve haver atenção para múltiplos níveis de diversidade, tais como mulheres jovens de famílias pobres.

Outras formas de responsabilização podem vir mediante a inclusão deliberada da saúde sexual e dos direitos sexuais e reprodutivos nas responsabilidades de supervisão das instituições nacionais de direitos humanos e de revisões parlamentares. As capacidades do sistema judicial poderiam ser desenvolvidas no sentido de reduzir as práticas jurídicas discriminatórias, que persistem mesmo quando as leis estão alinhadas com os padrões de direitos humanos.

CAMPEÃO DA MUDANÇA

Dany Stolbunov

rejeitado. “Você não pode ser médico”, disse o médico. “Você tem HIV.”

Nascido com HIV, Stolbunov soube que tinha o vírus aos oito anos, quando seu pai morreu de aids. Ao crescer, viu em primeira mão o estigma que ainda persiste em torno do HIV e da aids, mesmo entre pessoas em sistemas de saúde que supostamente estão na linha de frente do tratamento. Como um jovem adulto, ele se tornou determinado a defender um tratamento menos discriminatório.

“Somos a primeira geração nascida com o HIV que está crescendo e pode falar abertamente sobre isso”, disse ele a pessoas que participaram da Conferência Internacional sobre aids de 2018, o maior encontro global sobre uma questão de saúde.

Como líder da organização ucraniana Teenergizer!, Stolbunov apresentou-se na conferência em uma produção de teatro documentário, “Não Diga a Ninguém (“Don’t Tell Anyone”). Ele mostra o que significa viver com o HIV na Europa Oriental e pede que as vozes dos jovens que vivem com o HIV sejam ouvidas.

Criado por adolescentes para adolescentes, Teenergizer! defende que adolescentes realizem todo o seu potencial e seus direitos, e que ponham fim a todas as formas de discriminação, inclusive contra pessoas vivendo com HIV. Jovens ainda não são vistos como uma prioridade no acesso a informações básicas sobre o HIV, embora, globalmente, o HIV seja uma das principais causas de morte entre pessoas com idades entre 10 e 19 anos.

Stolbunov também co-preside “O Pacto” (*The Pact*), uma coalizão de mais de 80 organizações e redes lideradas por jovens comprometidos em promover a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos e acabar com a aids até 2030. Ele proclama: “Nada para nós, sem nós. Estamos prontos para lutar por nossos direitos”.

***“Nada para nós, sem nós.
Estamos prontos para lutar
por nossos direitos”.***



Captar o dinheiro

O acompanhamento do financiamento dos compromissos da CIPD tem se mostrado desafiador, embora com fortes indícios de que continua sendo insuficiente. A CIPD estipulou que dois terços da quantia exigida seriam mobilizados pelos próprios países em desenvolvimento e um terço pela comunidade internacional.

Em termos de prioridades de financiamento, os serviços de saúde com financiamento público geralmente oferecem assistência à saúde materna, neonatal e infantil, bem como planejamento familiar, embora em menor grau. Os serviços relacionados a HIV/AIDS receberam financiamento significativo de doadores em áreas endêmicas, enquanto muito menos fundos domésticos ou internacionais foram destinados a serviços para tratar, por exemplo, infertilidade, câncer do aparelho reprodutivo e violência sexual (Starrs *et al.*, 2018). Nivelar a distribuição seria um elemento importante na implantação de um pacote universal de serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva.

Um estudo estimou que, para que a maioria dos países atendessem a todas as metas de saúde dos ODSs, seriam necessários até US\$ 371 bilhões por ano até 2030, a partir dos US\$134 bilhões iniciais por ano (Stenberg *et al.*, 2017). Entre outros resultados, isso reduziria a mortalidade materna quase pela metade, evitaria 400 milhões de nascimentos não planejados e evitaria 10,8 milhões de mortes por HIV/AIDS.

Os países de renda média estão bem equipados para autofinanciar o investimento necessário e até mesmo para serem mais ambiciosos, concluiu o estudo. Os países de baixa renda enfrentarão um déficit de financiamento e continuarão a precisar de apoio financeiro externo, mas mesmo os mais pobres podem buscar algum nível de cobertura universal de saúde. Todos os países precisarão priorizar os investimentos de acordo com o princípio da equidade e alcançar primeiramente aqueles que estão mais aquém, de acordo com os compromissos com os direitos humanos. Os países em desenvolvimento que financiaram com sucesso os serviços expandidos tomaram medidas, inclusive o uso de impostos para subsidiar as populações-alvo, o aumento da inscrição no seguro de saúde do governo e a diminuição das despesas pagas diretamente pelas

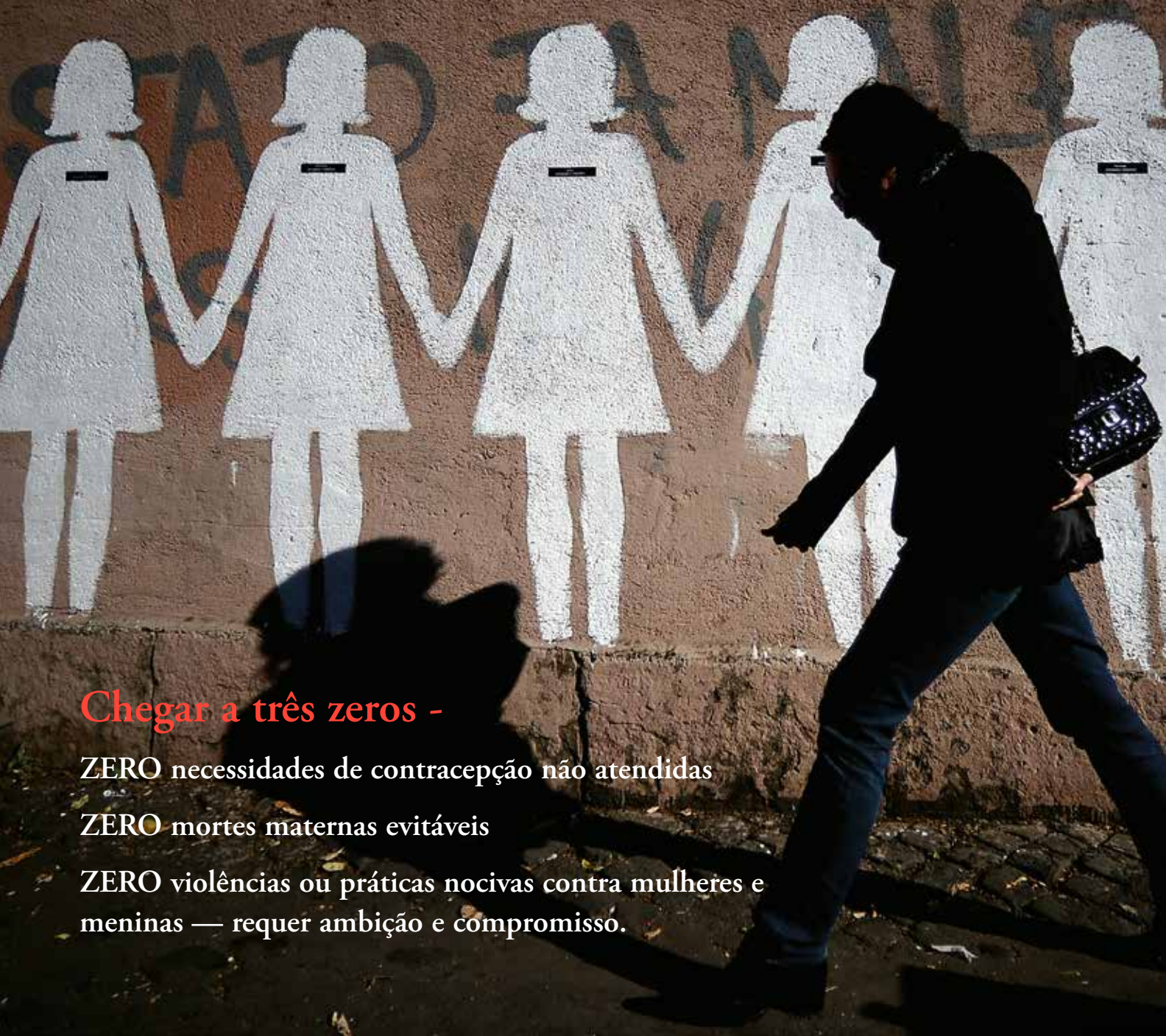
famílias, ao mesmo tempo estimulando a participação do governo nos gastos totais com saúde (Starrs *et al.* 2018).

Uma abordagem do orçamento baseada em direitos pode guiar as escolhas e definir novas prioridades, tais como aumentar as alocações para o acesso universal a uma gama completa de contraceptivos nas comunidades mais pobres e ajustar a política tributária de forma progressiva, a fim de gerar receita para expandir os serviços.

Atualmente, 100 milhões de pessoas por ano caem na pobreza por causa dos custos de saúde (Starrs *et al.*, 2018). O financiamento conjunto ou os esquemas de seguro podem ser medidas que ajudam a reduzir as despesas do próprio bolso. Programas de vales, financiamento baseado em desempenho, programas de seguro social e transferências monetárias condicionais (bolsa) para famílias melhoraram a saúde sexual e reprodutiva em uma

© Sven Torfinn/Panos Pictures





Chegar a três zeros -

ZERO necessidades de contracepção não atendidas

ZERO mortes maternas evitáveis

ZERO violências ou práticas nocivas contra mulheres e meninas — requer ambição e compromisso.

ampla gama de cenários (Starrs *et al.*, 2018). Em alguns países, pode haver uma lógica em privatizar os serviços de saúde, mas isso não deve ser feito de maneiras que imponham custos que os mais pobres e as pessoas mais jovens talvez não sejam capazes de pagar, resultando em perdas de seus direitos.

Além das finanças domésticas, uma variedade de fatores externos restringem os recursos para a saúde, devendo ser enfrentados, a começar pelo cumprimento dos compromissos globais com a assistência oficial ao desenvolvimento e a ajuda humanitária. Outros desafios críticos

incluem o serviço da dívida, que contradiz os direitos humanos ao impor restrições onerosas de gastos sobre serviços essenciais.

Auferir a situação

Políticas, programas e investimentos para realizar plenamente as



© Filippo Monteforte/Getty Images

escolhas e os direitos reprodutivos precisam ser fundamentados na evidência correta. A coleta de dados melhorou desde a CIPD. No entanto, ainda existem lacunas na cobertura e na capacidade de coleta e análise de dados. As pesquisas geralmente permanecem como

um paliativo devido à falta de fontes administrativas eficazes, tais como sistemas de registro civil.

Muitos países lutam com a falta de dados desagregados, tornando impossível entender e responder com precisão ao que está acontecendo nas comunidades em situação de vulnerabilidade, por exemplo, ou avaliar diferenças por região ou entre áreas urbanas, periurbanas e rurais. Os dados sobre saúde reprodutiva geralmente se concentram em mulheres casadas em idade reprodutiva, sem consideração suficiente por mulheres solteiras, pessoas mais jovens e as mais velhas, ou pessoas LGBTI. Apenas cerca de um terço de todos os países e territórios têm dados confiáveis sobre mortalidade materna (ONU Mulheres, 2018). Outras grandes lacunas envolvem a medição de recursos financeiros dedicados à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, o escopo do trabalho de assistência não remunerado, a vigilância de infecções sexualmente transmissíveis e a extensão da violência de gênero. Intersecções entre múltiplas formas de discriminação são mal controladas, assim como mudanças na estrutura etária da população, apesar de seu profundo impacto no desenvolvimento.

A ênfase no monitoramento, conforme previsto na Agenda 2030, oferece oportunidades para preencher essas lacunas, especialmente porque o monitoramento do progresso em direção à CIPD contribui

diretamente para os objetivos centrais dos ODSs. As próximas rodadas de censos a partir de 2020 podem ser orientadas para atualizar e desagregar dados no contexto da Agenda 2030, aplicando novas tecnologias e desenvolvendo inovações. Cada vez mais, a tecnologia oferece opções para melhorar a coleta de dados, tais como o uso de informações geoespaciais ou dispositivos eletrônicos portáteis. As ferramentas de modelagem disponíveis com *software* de código aberto oferecem novas opções para aplicar dados na avaliação das interações em diferentes dimensões da população, em saúde e direitos sexuais e reprodutivos e no desenvolvimento sustentável.

Chegar aos três zeros

Nos últimos 50 anos, diversas mudanças permearam a vida das pessoas por várias gerações. Muitas mulheres hoje têm uma vida melhor do que suas mães e podem esperar ainda mais para suas filhas. Essa esperança repousa amplamente na realização de escolhas e direitos sexuais e reprodutivos para todos. Chegar a três zeros — nenhuma demanda não atendida de contracepção, nenhuma morte materna evitável e nenhuma violência ou práticas nocivas contra mulheres e meninas — requer ambição e compromisso. Muitos obstáculos estão à frente por um caminho que não é direto nem incontestável. Mas as pessoas já foram longe na reivindicação de seus direitos e escolhas e continuarão a fazê-lo. A história está do lado delas.



MAIS QUE MINHA MÃE, MENOS QUE MINHA FILHA

Elas têm 35 anos. Elas tiveram todos os seus filhos. Ainda estão tendo filhos. Ou estão pensando sobre isso. Ao contrário de muitas de suas mães, a maioria delas não ficou em casa para trabalhar. Elas são líderes comunitárias e chefes de família, entre muitos outros papéis que desempenham.

Muitas sonharam sonhos que nunca ocorreram a suas mães. Elas têm serviços e chances de ganhar uma renda, o que lhes permitiu reivindicar parte dos seus direitos reprodutivos e escolhas. Alguns tornaram-se disponíveis em decorrência da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), que aconteceu quando elas tinham apenas 10 anos de idade.

Porém, especialmente para as mulheres na extremidade mais pobre da economia, os direitos e as escolhas foram parcialmente realizados, na melhor das hipóteses. As restrições são muitas: educação limitada, falta de trabalho decente, aumento do custo da assistência médica. Mesmo aquelas em cargos de nível mais alto ainda podem ser penalizadas financeiramente em razão da maternidade e por cuidar da família.

O mundo manteve suas promessas para a geração pós-Cairo? Não inteiramente. Ainda não.

Essas mulheres de 35 anos são esperançosas e corajosas. Elas acreditam que o futuro será melhor para seus filhos. Por enquanto, contudo, suas experiências contam uma história: até onde chegamos e quanto mais precisa ser feito.



© UNFPA/M. Bradley

“Eu tenho experiências e sei coisas, mas um diploma reconheceria o que eu sou capaz de fazer.”

Fanie

Haiti: chances de educação perdidas

Fanie Derismé nasceu no alto das montanhas fora da capital do Haiti, Porto Príncipe, e era uma das 13 crianças amontoadas em uma casa de três cômodos. Seus pais tinham uma boa horta para alimentar a família e sua mãe era conhecida como açougueira.

Mas as pressões de uma família numerosa fomentaram a decisão de tirar Fanie da escola aos 10 anos para

que ela pudesse trabalhar na casa de um primo da cidade. A esperança era que ela encontrasse oportunidades para continuar sua educação. Esses sonhos logo se desmancharam na exaustão causada pelas tarefas domésticas que consumiam seu tempo e, em uma segunda família, no abuso constante.

Aos 20 anos, Fanie havia se apaixonado e estava grávida. Não era esse seu plano, mas ninguém nunca lhe disse nada mais além de que seria perigoso se

“aproximar demais” de um homem. Aos seis meses de gestação, seu namorado a trocou por outra mulher e Fanie teve seu filho sozinha. Hoje, ele tem 15 anos e está na escola, mas Fanie está sob constante estresse para sobreviver. Ela limpa casas para ter alguma renda, mas gostaria de ter levado a escola mais a sério para poder ter buscado seu sonho de se tornar cozinheira, talvez abrindo um pequeno restaurante.

“Eu tenho experiências e sei coisas, mas um diploma reconheceria o que eu sou capaz de fazer”, diz ela. “Eu tive que aceitar muitas coisas, como morar em casas de outras pessoas, fazendo todo o trabalho e sofrendo humilhação constante. Espero que meu filho aprenda e se torne alguém e viva muito melhor do que eu.”

Ela gostaria de ter outro filho, mas está preocupada com os custos e com a falta de um relacionamento estável. “Eu não quero estar com um homem, ter um filho, ver que não funciona e



© UNFPA/R. Anis

ficar sozinha para dar conta de todas as responsabilidades”, diz ela. “Somente com duas fontes de renda eu estaria em condições de sustentar uma criança.”

Por enquanto, ela confia nos preservativos para evitar a gravidez, mas eles se tornaram caros; clínicas públicas nem sempre os fornecem gratuitamente, como já foi o caso.

Outras pressões vêm de suas irmãs, que têm muito mais filhos e esperam que ela as ajude. Uma irmã deu dois filhos a uma organização internacional que prometeu educá-los e devolvê-los aos 18 anos, mas eles nunca voltaram. Ninguém sabe onde eles estão.

© UNFPA/M. Bradley



“Eu não vi as mudanças que as pessoas falam.”

Um Ahmed

Egito: uma luta por renda e saúde

Nascida em um bairro pobre do Cairo, o berço do Programa de Ação da CIPD, Um Ahmed diz simplesmente: “Eu não vi as mudanças que as pessoas falam”. A pobreza encerrou sua educação depois da escola primária. Até se casar, aos 27 anos, ela trabalhava informalmente como costureira e ajudante doméstica, juntando dinheiro suficiente para o mobiliário da casa que se espera que uma noiva traga para uma nova união.



© UNFPA/R. Anis

Houve duas gestações em rápida sucessão, terminando em dois partos prematuros e na morte de seus filhos. A cirurgia em um hospital público a ajudou a levar uma terceira gravidez por tempo suficiente para que seu filho Ahmed, agora com seis anos, viesse ao mundo.

Ao longo do caminho, Um Ahmed soube que anos de trabalho por longas horas em troca de pequenos salários haviam cobrado um preço permanente. Ela contraiu um vírus que pode complicar a gravidez. Com uma renda escassa e insuficiente para os cuidados básicos de saúde, como consultas médicas regulares de pré-natal, ela teve que pedir dinheiro emprestado a vários membros da família para cobrir os custos extras de levar uma gestação a termo

A mãe de Um Ahmed teve cinco filhos e trabalhou apenas em casa. Um Ahmed tem um filho e decidiu não ter outro porque simplesmente não pode ganhar dinheiro suficiente, apesar de desejar que Ahmed tenha um irmão. O custo de vida sempre vai além de seus meios. “Se eu quiser manter um filho, precisarei passar por exames e cirurgias novamente, mas isso é um fardo financeiro muito pesado. Eu trabalho muito, mas as coisas nunca parecem melhorar”, lamenta.

Seu marido quer mais filhos e contesta a escolha de usar um dispositivo intra-uterino, embora seu emprego como trabalhador seja esporádico e informal. Às vezes,

quando as brigas aumentam, ele bate na esposa e grita dizendo que Deus fornecerá a renda de que precisam. Ela conhece a linha direta para a qual pode ligar para buscar proteção contra ele, mas teme que uma separação permanente possa romper seu relacionamento com o filho.

Quando Um Ahmed tinha 10 anos, ela era uma estudante dedicada, andava uma hora até a escola e uma hora de volta diariamente porque sua família não podia pagar o transporte. Ela sonhava em ir para a universidade e conseguir um emprego decente com uma casa confortável. Agora esse sonho é apenas para seu filho. “Estou determinada, até meu último suspiro, que ele vai ficar na escola e ter uma vida digna.”

Guiné-Bissau: buscando um relacionamento estável

Na ponta ocidental da África, na Guiné-Bissau, Marta Paula Sanca concluiu o ensino secundário e tem um emprego melhor do que Um Ahmed ou Fanie, embora tenha começado a estudar debaixo de uma árvore num bairro pobre de Bissau, a capital. Ela e seu irmão eram apenas dois dos cinco irmãos que sobreviveram à infância.

Quando ela tinha 13 anos e foi ao mercado buscar coisas para sua mãe, um homem começou a conversar com ela e a comprar seus doces. Ela não entendia o que estava acontecendo quando ele a estuprou — ou quando ela ficou grávida. Ela se lembra de ter ficado no hospital por algum tempo antes do parto porque era tão jovem que os médicos estavam preocupados com a possibilidade de que ela pudesse morrer. Eles também desencorajaram seus pais a autorizar um aborto, afirmando que isso também representava um risco para sua vida. Eles insistiram que, mesmo se Marta Paula morresse mais tarde na gravidez, pelo menos o bebê poderia sobreviver. No final, o parto aconteceu sem incidentes.

Não muito tempo depois, no final dos anos 90, o conflito civil tirou

a vida de seu pai e sua mãe ficou doente. Como mãe adolescente, esperava-se que Marta Paula fosse trabalhar para ajudar seu irmão mais novo e sua mãe. De alguma forma, ela conciliou a criação dos filhos, o trabalho como faxineira, a venda de coisas na rua e a conclusão da

escola secundária. Começou um relacionamento que prometia ser estável, então, ela e seu parceiro decidiram ter outro filho quando ela tinha 19 anos. Mas o pai, que viajava frequentemente por ser motorista, mais tarde a deixou para ficar com outra mulher.

“Eu diria a todas as mães na Guiné-Bissau que, quando as meninas chegarem aos 12 anos, procurem serviços de planejamento familiar e escolham um método contraceptivo”.

Marta Paula

© UNFPA/I. Barbosa





© UNFPA/I. Barbosa

Hoje ela trabalha como guarda de segurança e gostaria de poder ter mais filhos. Mas, como Fanie, ela não fará isso, a menos que encontre um relacionamento estável, que até agora permanece difícil de se conseguir. Longas horas no trabalho significam que, por vezes, seus filhos ainda estão dormindo de manhã quando ela sai e já foram para a cama quando ela retorna à noite.

Ela se preocupa com a mudança de normas em seu país, agora inundado de informações do resto do mundo. Sua gravidez aos 13

anos foi considerada extremamente incomum para a época. “Mas hoje é muito comum”, diz ela, atribuindo a mudança aos pais e à atividade sexual mais permissiva em idades mais jovens. A pobreza também desempenha um papel, levando algumas meninas a venderem seus corpos por mensalidades escolares e dinheiro necessário para suas famílias.

A informação sobre planejamento familiar é bem difundida e os serviços de saúde reprodutiva estão, na maioria das vezes, disponíveis, porém, as adolescentes, de alguma

forma, não estão sendo alcançadas. Os dois filhos de Marta Paula são meninos, mas ela enfatiza: “Eu diria a todas as mães na Guiné-Bissau que, quando as meninas chegarem aos 12 anos, procurem serviços de planejamento familiar e escolham um método contraceptivo”.

Bósnia e Herzegovina: escolhas restritas de concepção

Casada aos 15 anos, Mediha Besic se tornou mãe pela primeira vez aos 16 anos. Aos 35, ela tem cinco filhos, com idades entre 4 e 19

anos. Parte de uma comunidade cigana marginalizada em uma área rural da Bósnia e Herzegovina, ela e seu marido são muito pobres para comprar contraceptivos modernos, confiando em opções tradicionais e menos eficazes, como o coito interrompido. “Teria sido mais fácil criar dois filhos”, diz Mediha. “Eu queria usar a contracepção, mas, quando você não tem dinheiro, não é acessível.”

Como sua mãe antes dela, Mediha trabalha apenas em casa. Seu marido costumava coletar e vender restos de materiais de construção, mas esse negócio diminuiu com o passar dos anos, com os estoques se esgotando e a gasolina ficando mais cara. Agora ele encontra trabalho apenas ocasionalmente, como diarista. Na maior parte do tempo, a família sobrevive com um auxílio para crianças de cerca de US\$ 50 por mês, pouco acima da definição global de extrema pobreza.

Ainda assim, Mediha sente que sua vida melhorou de algumas maneiras desde que era criança — e certamente desde a guerra que consumiu seu país nos anos 1990, quando ela se lembra de nunca ter o suficiente para comer. Hoje ela mora em uma casa maior do que aquela em que cresceu.

É construída de tijolos e não de materiais de sucata, embora ainda não tenha água corrente.

Tendo terminado a escola primária, ela sabe ler e escrever. Em contraste, sua mãe nunca viu o interior de uma



© UNFPA/I. Kapetanović

“Eu queria usar contraceptivos, mas, quando você não tem dinheiro, não é acessível.”

Mediha

© UNFPA/I. Kapetanović





© UNFPA/I. Kapetanović

sala de aula. No entanto, Mediha está muito longe da ambição de infância de ser professora ou médica. “Meus pais tiveram seis filhos e não podiam pagar a escola para todos nós, então tive que desistir.” Uma irmã que concluiu o ensino se tornou enfermeira.

A primeira vez que Mediha viu um ginecologista foi quando estava grávida de cinco meses do primeiro filho. Os médicos conversaram com ela principalmente sobre o bebê e seu parto, mas compartilharam poucas informações sobre o planejamento de futuras gestações.

“Em nossa cultura, você não fala com ninguém sobre planejamento familiar”, diz ela, lembrando-se de como se sentia envergonhada e tímida.

Hoje, porém, ela procura conversar com seus dois filhos mais velhos sobre como eles podem se proteger. “Eu quero que eles terminem a escola, encontrem um emprego e depois se casem e tenham suas próprias famílias”, diz ela. “Eu me sinto otimista de que eles terão melhores chances na vida.”

Brasil: um pai incentiva uma vida diferente

Foi apenas cerca de 70 anos atrás que a comunidade indígena de Tsitsina Xavante, a A'uwe Uptabi, teve o primeiro contato com o mundo exterior no Brasil. Antes disso, eles se mantinham no meio da floresta tropical. Seu pai não usava roupas quando era jovem e não falava português. Quando ele se tornou o primeiro membro indígena do Congresso no Brasil, ele levou Tsitsina, sua filha mais nova, para morar com ele em Brasília, a capital. Suas primeiras experiências a levaram a se tornar líder da Associação

Namunkurá Xavante, que representa 305 diferentes grupos indígenas. Ela tem o cuidado de dizer que não fala por todos os povos indígenas, apenas por ela mesma.

Entre 10 irmãos, ela é a única que terminou a faculdade e obteve até um mestrado. Até agora, ela escolheu não se casar e não ter filhos, pelo menos não ainda. Antes de seu pai morrer, em 2002, quando ela pediu permissão para começar a namorar, aos 15 anos, ele recusou. “Ele queria

“Eles acreditam que eu tenho a responsabilidade de ter filhos, dar continuidade ao nosso povo, mas eles também percebem que eu vivo de uma maneira diferente.”

Tsitsina

© UNFPA/G. Bello



que eu estudasse mais para poder ir a qualquer lugar que eu quisesse”, lembra ela. “Ele disse que, mesmo se eu me casasse, eu deveria ser financeiramente independente.”

Recentemente, no entanto, suas irmãs casadas têm insistido para que ela tenha um filho ou filha antes que seja tarde demais. Na tradição de sua comunidade poligâmica, seria aceitável ter um relacionamento com um cunhado para engravidar. “Eles acreditam que eu tenho a responsabilidade de ter filhos, dar continuidade ao nosso povo”,

diz Tsitsina. “Mas eles também percebem que eu vivo de uma maneira diferente.”

Suas preocupações sobre sua comunidade incluem a observação de que muitas pessoas costumavam esperar para ter um segundo filho até o primeiro ficar um pouco maior, mas agora as mulheres costumam ter filhos uma vez por ano durante muitos anos. Os riscos de contrair doenças aumentaram devido à prática de ter múltiplos parceiros sexuais nas famílias. A assistência à saúde

indígena está disponível, mas não é usada regularmente. Tabus extremos sobre falar abertamente sobre sexo e sexualidade significam que muitas pessoas têm pouca ou nenhuma informação sobre seus próprios corpos e tampouco sabem explorar o sexo com responsabilidade.

“Muitas meninas vão se casar aos 14 ou 15 anos e ter filhos muito jovens”, diz Tsitsina. “Algumas estão felizes com isso. Mas elas nunca aprendem outras perspectivas. Eu gostaria que elas aprendessem, porque senão você sempre vai ficar com a vida que você já conhece e vê como natural, sem novos estímulos.”

Não é fácil. Sua comunidade não tem acesso à Internet, embora agora esteja conectada à eletricidade. Conseguir um meio de transporte para a cidade mais próxima é caro. E, em uma sociedade patriarcal, na qual os papéis e o trabalho bem definidos das mulheres são considerados menos valiosos, pode ser extraordinariamente difícil para as meninas obter motivação para seguir seus sonhos. Elas podem, no entanto, olhar para Tsitsina como modelo, alguém comprometido com sua comunidade, mesmo que ela viva de uma nova maneira.

© UNFPA/G. Bello





© UNFPA/Lexicon

“Tenho sorte de hoje ter mais oportunidades por causa do apoio dos meus pais.”

Rasamee

Tailândia: uma cultura em transformação

“Eu amo meu trabalho”, diz Rasamee, esboçando rapidamente seu papel de principal defensora do desenvolvimento sustentável dentro da principal empresa de telecomunicações da Tailândia. É um trabalho de alta pressão com longas jornadas. Ela precisa criar estratégias com gerentes e membros do conselho sobre o que poderiam ser mudanças

fundamentais na forma como a empresa faz negócios a longo prazo. Mas ela está pronta para o desafio apenas cinco meses depois de dar à luz ao seu primeiro filho.

É uma diferença e tanto da era de seus avós, que emigraram da China para a Tailândia, acreditando que a escola era para meninos e que a casa era para meninas. Rasamee é formada em economia e negócios internacionais,

incentivada pela mãe, que terminou a escola até a quinta série. Quando criança, Rasamee assistiu seus pais passarem por dificuldades financeiras. Sua mãe trabalhava em casa e seu pai procurava emprego na construção civil, mas muitas vezes era prejudicado pela doença.

“Tenho sorte de hoje ter mais oportunidades por causa do apoio dos meus pais”, diz ela. “Eu costumava pensar em como queria uma vida próspera. Mas sempre estávamos cientes de quantas outras pessoas estavam sofrendo, o que significava não apenas que eu tenho o suficiente para me alimentar, mas que posso viver uma vida com propósito”. Seu trabalho atual inclui pensar em como a empresa pode ajudar a

Tailândia a promover os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Rasamee prosperou como profissional por muitos anos antes mesmo de pensar em se casar, não muito antes de ter seu primeiro filho. “A cultura mudou”, diz ela. “As mulheres podem trabalhar e cuidar de si mesmas e não precisam se apoiar em seus maridos”.

O apoio a essa liberdade vem das informações sobre planejamento

familiar amplamente disponíveis e rotineiramente ensinadas nas escolas. A contraceção está disponível em praticamente qualquer loja de esquina. “Nosso governo promoveu muito isso”, diz Rasamee. Ela acredita que “ninguém tem vergonha de falar sobre isso”.

Depois de dar à luz, ela estava tão ansiosa para voltar ao trabalho que tirou apenas dois meses de licença-maternidade, apesar de uma

cláusula corporativa permitir três. Ela planeja ter outro filho, mas não os três ou quatro que costumavam ser comuns em sua comunidade.

“Meu marido também trabalha — nunca teríamos tempo suficiente para tantos bebês!”, ela ri. Os dois já estão trabalhando juntos em um fundo de educação para seu recém-nascido, e seu marido tem um plano para expandir seus negócios para sustentar os custos de uma família em crescimento.

© UNFPA/Lexicon



Sri Lanka: um presente inesperado - filhos depois do câncer

Crescendo no Sri Lanka, o início da vida de Shara Ranasinghe foi tumultuado. Seus pais se divorciaram e o tribunal estipulou que ela, uma filha única, moraria com o pai porque ele tinha estabilidade financeira e a mãe não. “Minha mãe era uma criança brilhante, mas nunca foi além do ensino médio, e se casou e teve um filho aos 20 anos”, diz Shara.

Depois que seu pai se casou novamente, Shara sofreu nas mãos de uma madrasta, que a espancava às vezes. Quando sua mãe perguntava o que tinha acontecido, ela inventava desculpas como dizer que tinha caído na escada, não querendo despertar mais preocupação e raiva.

Apesar de sua infância infeliz, Shara cresceu com um espírito independente e resiliente. Depois de se mudar para a Malásia para obter um diploma universitário, ela começou a prosperar até que, no último ano de estudos, foi diagnosticada com câncer. Ela disse ao namorado que ele realmente deveria deixá-la, mas ele se recusou, permanecendo ao seu lado durante as exaustivas rodadas de quimioterapia e radiação.



© UNFPA/C. Learson

“Minha mãe era uma criança brilhante, mas nunca foi além do ensino médio, e se casou e teve um filho aos 20 anos”.

Shara

Quando tudo acabou, os médicos disseram que havia uma probabilidade de quase zero de que ela tivesse filhos. A certa altura, perguntaram se ela queria preservar seus óvulos, mas o assunto surgiu na frente de seu pai e ela se sentiu desconfortável demais para a discussão. Ela e seu namorado decidiram se casar de qualquer maneira e logo depois ela descobriu que estava grávida. “O medidor do teste de gravidez mostrando positivo foi a melhor coisa que já aconteceu na minha vida”, ela confidencia.

Mais duas crianças se seguiram desde então e Shara se mudou para a Austrália para prosseguir em estudos avançados, com o objetivo de obter um doutorado em comunicação com pacientes com câncer. Embora ela sempre quisesse ter muitos filhos, cada gravidez representa algum risco para sua frágil saúde. Financeiramente, também, três parece ser o número certo. Embora a Austrália tenha subsidiado a manutenção de creches, ela e o marido se preocupavam por ficar longe de

seus filhos pequenos e se revezavam no trabalho para que um dos pais pudesse estar em casa com eles.

Em algum momento, Shara progrediu em sua carreira de professora e se tornou a principal provedora da família, enquanto seu marido deixou de ser engenheiro para trabalhar em horários flexíveis preparando comida em cafés. Mais recentemente, seus pais vieram morar com o casal e seu marido voltou para a engenharia.

No mundo ao seu redor, ela vê uma crescente abertura, com mulheres finalmente se mudando para posições de liderança em sua universidade e com um menino na escola de sua filha que, pela primeira vez, pediu para ser tratado como uma menina. Sua primeira filha “milagrosa” agora está chegando aos 10 anos, uma criança talentosa e sensível. “Eu quero que ela seja muito forte”, diz Shara. “Espero que ela não encontre discriminação, mas ainda há tantas desigualdades.”

Ela considera que a Austrália está mais à frente na compreensão de um mundo em transformação, comparado ao Sri Lanka, onde ela diz que a maioria das pessoas mantém expectativas profundamente conservadoras com relação às mulheres. Ela gosta do firme apoio de seus pais em fazer escolhas para buscar seus sonhos. Porém, diz ela, “meu país ainda vai levar mais alguns anos. Tenho esperança de que as futuras gerações nascerão em um Sri Lanka que promova a igualdade de oportunidades para todos”.

© UNFPA/C. Learson



Indicadores

Indicadores para monitorar as metas da CIPD	pág 152
Indicadores demográficos	pág 164
Notas técnicas	pág 170

Indicadores para monitorar as metas da CIPD

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIREITOS																
DADOS MUNDIAIS E REGIONAIS	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15-49 anos, qualquer método ^j	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15-49 anos, método moderno ^j			Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15-49 anos ^j	Proporção de demanda atendida, mulheres entre 15-49 anos ^j	Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15-49 anos ^j			Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) ^a		Intervalo de confiança de RMM (UI 80%), Estimativa inferior Estimativa superior		Partos assistidos por pessoal qualificado em saúde (%)	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos (%)	
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994*	2015	2015	2015	2017	2014	
MUNDO	63	24	52	58	12	84	42	72	78	369	216	207	249	79	57	
Regiões mais desenvolvidas	68	35	57	61	10	88	46	72	79	22	12	11	14	–	–	
Regiões menos desenvolvidas	62	20	51	57	12	84	40	72	77	409	238	228	274	–	–	
Países menos desenvolvidos	42	1	15	37	21	67	4	31	59	832	436	418	514	56 ^d	49	
DADOS REGIONAIS																
Estados Árabes	54	11	33	48	15	78	26	54	69	285	162	138	212	76	–	
Ásia e Pacífico	67	22	58	62	10	87	45	78	81	316	127	114	151	84 ^b	–	
Leste Europeu e Ásia Central	66	16	36	50	10	87	24	49	66	68	25	22	31	98	–	
América Latina e Caribe	74	25	57	70	10	89	39	71	83	117	68	64	77	95 ^c	–	
África do Sul e Oriental	42	2	14	38	22	66	6	29	60	858	455	419	556	62	51	
África Ocidental e Central	22	0	6	18	24	47	1	17	39	1040	676	586	862	52	38	
PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS																
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
Afeganistão	27	1	6	24	24	52	5	17	48	1300	396	253	620	51	–	
África do Sul	57	16	52	57	14	80	29	74	79	69	138	124	154	97	–	
Albânia	64	7	14	26	14	82	9	18	33	49	29	16	46	99	69	
Alemanha	63	40	65	62	11	85	50	83	83	9	6	5	8	99	–	
Angola	17	0	3	16	36	33	1	8	30	1180	477	221	988	50	62	
Antígua e Barbuda	64	29	53	61	13	83	47	72	80	–	–	–	–	–	–	
Arábia Saudita	31	11	26	25	26	54	24	46	43	36	12	7	20	–	–	
Argélia	64	13	46	57	10	87	30	67	77	196	140	82	244	97	–	
Argentina	69	19	48	66	11	86	34	66	82	64	52	44	63	100	–	
Armênia	59	15	26	31	13	82	26	35	44	50	25	21	31	100	66	
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Austrália	66	62	66	64	11	86	80	85	83	8	6	5	7	100	–	
Áustria	67	28	50	64	10	88	39	71	84	7	4	3	5	98	–	
Azerbaijão	58	11	18	29	13	82	23	27	40	92	25	17	35	100	–	
Bahamas	67	40	61	65	12	85	60	79	83	47	80	53	124	–	–	
Bangladesh	64	3	37	57	11	85	9	55	76	495	176	125	280	50	–	
Barbados	62	35	54	59	15	80	54	72	76	56	27	19	37	99	–	
Barém	67	17	33	48	10	87	30	46	63	22	15	12	19	100	–	
Belarus	73	18	39	60	7	91	25	54	75	33	4	3	6	100	–	
Bélgica	72	22	69	71	7	91	27	88	90	9	7	5	10	–	–	
Belize	55	20	42	52	19	74	35	60	70	55	28	20	36	97	–	
Benin	21	0	3	15	30	41	1	7	30	541	405	279	633	77	38	
Bolívia (Estado Plurinacional da)	66	5	18	49	15	81	9	25	59	401	206	140	351	90	–	
Bósnia e Herzegovina	50	3	12	21	15	77	5	19	33	24	11	7	17	100	–	
Botsuana	60	3	38	58	14	82	6	60	79	230	129	102	172	100	–	
Brasil	80	35	68	77	7	92	49	79	88	88	44	36	54	99	–	

Indicadores para monitorar as metas da CIPD

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIREITOS														
	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15-49 anos, qualquer método ^f	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15-49 anos, método moderno ^f			Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15-49 anos ^f	Proporção de demanda atendida, mulheres entre 15-49 anos ^f	Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15-49 anos ^f			Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) ^a		Intervalo de confiança de RMM (UI 80%), Estimativa inferior Estimativa superior		Partos assistidos por pessoal qualificado em saúde (%) 2006-2017	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos (%) 2007-2018
		2019	1969*	1994			2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994		
Brunei	–	–	–	–	–	–	–	–	–	34	23	15	30	100	–
Bulgária	72	6	46	54	10	88	7	52	66	25	11	8	14	100	–
Burkina Faso	26	0	4	26	27	50	0	10	48	655	371	257	509	80	20
Burundi	33	0	4	28	27	55	0	11	47	1250	712	471	1050	85	44
Butão	63	3	22	62	12	84	10	44	83	690	148	101	241	89	–
Cabo Verde	66	2	32	63	12	84	5	50	81	170	42	20	95	91	–
Camarões	37	0	5	25	20	65	1	14	44	749	596	440	881	65	38
Camboja	61	0	8	46	12	84	1	18	63	789	161	117	213	89	76
Canadá	72	63	73	70	8	90	81	89	88	8	7	5	9	98	–
Catar	47	15	32	41	17	74	32	54	65	29	13	9	19	100	–
Cazaquistão	57	27	47	55	15	80	44	63	77	86	12	10	15	99	–
Chade	8	0	1	7	24	24	0	5	22	1440	856	560	1350	20	27
Chile	75	22	53	72	8	90	38	71	86	43	22	18	26	100	–
China, Hong Kong RAE	76	40	80	72	7	92	60	90	88	–	–	–	–	–	–
China, Macau RAE	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
China	83	44	83	82	4	96	68	95	95	77	27	22	32	100	–
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	17	7	4	12	97	–
Cingapura	66	46	53	59	11	86	64	70	77	12	10	6	17	100	–
Colômbia	80	12	59	75	7	92	20	71	86	109	64	56	81	99	–
Comores	27	1	10	22	30	48	3	19	39	576	335	207	536	82	21
Congo, República Democrática do	25	2	4	12	27	49	4	8	23	904	693	509	1010	80	31
Congo	42	2	8	26	20	68	4	16	43	627	442	300	638	91	27
Coreia do Norte	75	29	56	71	8	90	47	72	86	65	82	37	190	100	–
Coreia do Sul	78	19	67	70	6	93	36	80	84	19	11	9	13	100	–
Costa do Marfim	20	0	4	18	25	44	1	11	40	741	645	458	909	74	25
Costa Rica	79	44	68	77	7	92	60	81	89	43	25	20	29	99	–
Croácia	65	7	27	48	11	86	10	35	63	12	8	6	11	100	–
Cuba	74	49	68	72	9	90	68	85	88	57	39	33	47	100	–
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	70	55	66	67	10	88	70	82	84	11	6	5	9	94	–
Djibuti	29	0	3	27	28	50	0	8	48	459	229	111	482	87	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Egito	61	17	46	60	12	84	36	67	82	88	33	26	39	92	–
El Salvador	72	15	50	68	10	88	31	69	82	135	54	40	69	100	–
Emirados Árabes Unidos	51	8	23	42	18	74	19	42	62	13	6	3	11	100	–
Equador	79	14	47	71	7	92	27	62	83	147	64	57	71	97	–
Eritreia	15	0	4	14	30	34	1	10	31	1210	501	332	750	34	–
Eslováquia	72	15	42	61	9	89	19	53	76	10	6	4	7	–	–
Eslovênia	77	13	57	66	6	93	17	66	79	13	9	6	14	100	–
Espanha	69	9	55	67	11	87	12	67	85	6	5	4	6	–	–
Estados Unidos da América	74	53	70	67	7	91	71	86	83	12	14	12	16	99	–

Indicadores para monitorar as metas da CIPD

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIREITOS																		
	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15-49 anos, qualquer método ^J	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15-49 anos, método moderno ^J			Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15-49 anos ^J	Proporção de demanda atendida, mulheres entre 15-49 anos ^J	Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15-49 anos ^J			Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) ⁹		Intervalo de confiança de RMM (UI 80%),		Partos assistidos por pessoal qualificado em saúde (%)	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos (%)				
		2019	1969*	1994			2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994			2015	2015	2015	2015
Estônia	66	35	49	61	11	85	46	64	79	57	9	6	14	100	–				
Suazilândia	66	2	25	65	14	83	6	40	81	538	389	251	627	88	49				
Etiópia	41	0	3	40	21	66	0	8	64	1130	353	247	567	28	45				
Federação Russa	69	20	46	58	9	88	26	60	74	88	25	18	33	99	–				
Fiji	49	31	39	45	19	72	50	59	66	54	30	23	41	100	–				
Filipinas	56	11	27	42	17	77	20	37	57	121	114	87	175	73	81				
Finlândia	83	59	73	78	5	95	72	87	90	5	3	2	3	100	–				
França	76	17	70	74	5	94	22	86	91	14	8	7	10	97	–				
Gabão	37	2	10	26	25	60	4	18	42	408	291	197	442	89	48				
Gâmbia	14	1	9	12	26	35	3	23	32	994	706	484	1030	57	41				
Gana	33	2	10	29	27	55	6	18	48	535	319	216	458	71	52				
Geórgia	55	9	20	41	15	79	20	35	58	34	36	28	47	100	–				
Granada	66	18	52	62	12	84	34	71	80	38	27	19	42	–	–				
Grécia	70	19	32	50	9	89	23	40	64	4	3	2	4	–	–				
Guadalupe	59	19	41	55	16	79	33	60	73	–	–	–	–	–	–				
Guam	53	23	37	46	16	76	41	57	67	–	–	–	–	–	–				
Guatemala	62	10	26	52	14	82	22	44	69	178	88	77	100	63	65				
Guiana Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Guiana	42	19	36	41	27	61	31	53	59	190	229	184	301	86	71				
Guiné Equatorial	19	1	4	15	32	37	2	11	30	1170	342	207	542	68	–				
Guiné-Bissau	20	0	3	18	21	49	1	12	45	799	549	273	1090	45	–				
Guiné	10	0	2	9	25	29	0	6	25	967	679	504	927	63	23				
Haiti	37	4	13	34	35	51	7	22	47	551	359	236	601	49	59				
Holanda – Países Baixos	72	49	73	69	8	91	64	89	86	13	7	5	9	–	–				
Honduras	73	13	39	65	10	88	25	55	78	186	129	99	166	83	70				
Hungria	68	30	65	60	10	87	37	77	76	21	17	12	22	–	–				
Iêmen	44	1	8	37	24	64	2	15	55	507	385	274	582	45	–				
Ilhas Salomão	32	16	24	27	25	56	33	44	48	288	114	75	175	86	–				
Ilhas Turcas e Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Ilhas Virgens dos Estados Unidos	68	34	55	64	11	86	52	73	80	–	–	–	–	–	–				
Índia	57	9	39	51	12	82	22	62	74	488	174	139	217	86	–				
Indonésia	61	5	52	59	13	83	15	74	80	347	126	93	179	93	–				
Iraque	58	10	22	44	12	83	25	42	63	92	50	35	69	70	–				
Irlanda	68	44	61	63	11	87	56	76	81	9	8	6	11	100	–				
Irã	78	16	52	65	5	94	32	66	78	87	25	21	31	99	–				
Islândia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	3	2	6	98	–				
Israel	72	27	51	57	8	90	43	65	71	9	5	4	6	–	–				
Itália	69	15	38	54	9	88	20	50	69	7	4	3	5	100	–				
Jamaica	72	33	57	69	10	88	51	74	84	80	89	70	115	99	–				
Japão	44	53	54	40	21	68	75	74	62	11	5	4	7	100	–				
Jordânia	63	16	33	47	12	85	29	48	63	96	58	44	75	100	73				

Indicadores para monitorar as metas da CIPD

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIREITOS														
	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15-49 anos, qualquer método ^f	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15-49 anos, método moderno ^j			Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15-49 anos ^j	Proporção de demanda atendida, mulheres entre 15-49 anos ^j	Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15-49 anos ^j			Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) ^a		Intervalo de confiança de RMM (UI 80%), Estimativa inferior Estimativa superior		Partos assistidos por pessoal qualificado em saúde (%) 2006-2017	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos (%) 2007-2018
		2019	1969*	1994			2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994		
Kiribati	29	16	24	24	26	52	33	44	45	215	90	51	152	80	–
Kuwait	57	16	37	47	15	80	32	58	65	8	4	3	6	100	–
Laos	57	1	17	51	17	77	4	32	69	734	197	136	307	40	–
Lesoto	62	1	22	61	16	79	2	37	79	522	487	310	871	78	61
Letônia	69	39	56	62	11	87	50	69	78	61	18	13	26	100	–
Líbano	61	24	38	48	13	83	36	51	65	57	15	10	22	–	–
Libéria	31	1	8	31	28	53	4	18	52	1890	725	527	1030	61	67
Líbia	51	10	25	34	18	74	21	38	49	27	9	6	15	100	–
Lituânia	66	28	37	56	11	85	39	51	73	31	10	7	14	–	–
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13	10	7	16	100	–
Macedônia do Norte	48	3	11	23	18	73	5	16	35	12	8	5	10	100	–
Madagascar	47	0	7	41	18	72	1	15	63	676	353	256	484	44	74
Malásia	53	13	34	39	17	76	27	48	56	67	40	32	53	99	–
Malauí	62	0	11	61	16	79	1	21	77	956	634	422	1080	90	47
Maldivas	45	7	25	38	23	67	16	41	56	370	68	45	108	96	–
Mali	16	0	4	16	26	39	0	11	38	940	587	448	823	44	7
Malta	84	26	54	67	4	96	29	60	76	13	9	6	15	100	–
Marrocos	70	8	41	62	9	89	21	61	79	264	121	93	142	74	–
Martinica	61	24	46	57	15	80	39	64	75	–	–	–	–	–	–
Maurício	67	17	46	44	10	87	27	57	57	68	53	38	77	100	–
Mauritânia	21	0	2	19	30	41	0	6	37	827	602	399	984	69	–
México	71	17	57	68	11	87	29	71	82	86	38	34	42	98	–
Micronésia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	169	100	46	211	85	–
Moçambique	30	0	5	29	24	56	1	16	53	1210	489	360	686	54	49
Moldávia	64	18	39	49	12	84	23	50	65	63	23	19	28	99	–
Mongólia	58	22	44	52	14	81	41	62	73	208	44	35	55	99	–
Montenegro	39	8	22	24	21	65	11	33	41	12	7	4	12	99	–
Myanmar	54	2	21	53	15	78	6	43	76	389	178	121	284	60	68
Namíbia	60	3	31	59	16	79	8	55	78	323	265	172	423	88	71
Nepal	54	1	23	48	22	71	4	40	63	693	258	176	425	58	48
Nicarágua	80	11	50	77	6	93	21	66	90	199	150	115	196	88	–
Nigéria	19	0	8	15	23	45	1	23	36	1270	814	596	1180	43	51
Niger	21	0	3	19	19	52	1	13	48	836	553	411	752	40	7
Noruega	75	55	64	70	7	91	70	80	84	7	5	4	6	99	–
Nova Caledônia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nova Zelândia	71	52	69	68	9	89	70	85	85	14	11	9	14	96	–
Omã	38	3	16	26	25	60	8	30	41	21	17	13	24	99	–
Palestina ¹	60	12	30	47	12	83	26	48	65	101	45	21	99	100	–
Panamá	60	37	53	57	16	79	53	71	75	85	94	77	121	95	–
Papua Nova Guiné	37	15	20	31	25	60	29	36	50	388	215	98	457	53	–
Paquistão	42	3	14	33	19	68	9	30	54	375	178	111	283	52	–
Paraguai	72	14	41	68	9	89	28	57	85	147	132	107	163	96	–

Indicadores para monitorar as metas da CIPD

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIREITOS														
	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15-49 anos, qualquer método ^J	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15-49 anos, método moderno ^J			Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15-49 anos ^J	Proporção de demanda atendida, mulheres entre 15-49 anos ^J	Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15-49 anos ^J			Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) ⁹		Intervalo de confiança de RMM (UI 80%), Estimativa inferior Estimativa superior		Partos assistidos por pessoal qualificado em saúde (%)	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos (%)
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017
Peru	76	10	39	56	7	92	16	48	68	215	68	54	80	92	–
Polinésia Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polónia	61	12	33	52	14	82	16	42	69	14	3	2	4	100	–
Porto Rico	78	52	67	70	6	93	69	81	84	25	14	10	18	–	–
Portugal	70	21	55	63	9	89	26	67	80	15	10	9	13	99	–
Quênia	65	2	27	62	14	82	4	41	79	684	510	344	754	62	56
Quirguistão	44	28	47	41	17	72	48	69	68	89	76	59	96	98	77
Reino Unido	79	61	78	79	6	93	75	92	93	11	9	8	11	–	–
República Centro-Africana	26	1	3	21	23	53	2	10	42	1320	882	508	1500	40	–
República Checa	80	18	47	71	6	93	23	58	83	11	4	3	6	100	–
República Dominicana	71	22	57	69	11	87	37	73	84	181	92	77	111	100	77
Reunião	73	18	67	71	8	90	29	83	87	–	–	–	–	–	–
Romênia	70	3	17	58	8	89	4	23	74	81	31	22	44	95	–
Ruanda	57	0	10	52	17	77	0	17	70	1270	290	208	389	91	70
Saara Ocidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	30	17	23	28	41	42	28	34	39	125	51	24	115	83	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lúcia	59	31	48	56	16	79	51	68	75	40	48	32	72	99	–
Seicheles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Senegal	26	0	6	24	25	51	1	15	48	511	315	214	468	59	7
Serra Leoa	20	0	3	19	26	44	1	9	42	2900	1360	999	1980	60	40
Sérvia	58	4	22	28	13	82	6	30	40	16	17	12	24	98	–
Síria	60	12	30	45	14	81	25	46	61	94	68	48	97	96	–
Somália	31	0	6	30	27	53	1	15	52	1200	732	361	1390	9	–
Sri Lanka	65	17	49	54	8	90	32	64	74	69	30	26	38	99	–
Sudão do Sul	10	0	1	7	30	24	0	3	18	1580	789	523	1150	19	–
Sudão	17	3	7	16	28	38	8	18	36	667	311	214	433	78	–
Suécia	69	53	60	63	10	87	66	76	80	7	4	3	5	–	–
Suíça	73	48	73	69	7	91	61	87	86	8	5	4	7	–	–
Suriname	53	22	43	52	19	74	38	64	73	174	155	110	220	90	–
São Cristóvão e Névis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Martinho	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé e Príncipe	44	4	20	41	29	60	8	33	56	271	156	83	268	93	46
São Vicente e Granadinas	66	34	57	63	12	84	52	76	81	74	45	34	63	–	–
Tailândia	78	18	72	76	6	93	38	89	90	25	20	14	32	99	–
Tajiquistão	36	15	28	33	21	63	33	50	58	140	32	19	51	87	33
Tanzânia	43	1	12	37	21	67	2	26	58	979	398	281	570	64	47
Timor-Leste	29	7	20	26	25	54	22	54	49	958	215	150	300	57	40
Togo	23	0	6	21	33	42	1	9	38	566	368	255	518	45	30
Tonga	36	18	25	33	27	57	33	42	51	93	124	57	270	96	–
Trinidad e Tobago	48	36	41	44	21	70	55	61	64	80	63	49	80	97	–
Tunísia	67	16	49	57	9	88	33	69	76	114	62	42	92	74	–

Indicadores para monitorar as metas da CIPD

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIREITOS														
	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15-49 anos, qualquer método ^f	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15-49 anos, método moderno ^f			Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15-49 anos ^f	Proporção de demanda atendida, mulheres entre 15-49 anos ^f	Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15-49 anos ^f			Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) ^a		Intervalo de confiança de RMM (UI 80%), Estimativa inferior Estimativa superior		Partos assistidos por pessoal qualificado em saúde (%) 2006-2017	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos (%) 2007-2018
		2019	1969*	1994			2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994		
Turcomenistão	55	28	50	52	15	79	48	69	74	88	42	20	73	100	–
Turquia	75	11	36	51	6	92	19	46	63	87	16	12	21	97	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	93	–
Ucrânia	67	17	38	54	10	87	22	49	70	49	24	19	32	99	81
Uganda	40	0	7	36	28	59	1	16	53	692	343	247	493	74	62
Uruguai	79	52	76	76	7	92	65	87	89	36	15	11	19	98	–
Uzbequistão	68	27	51	64	9	88	48	74	84	37	36	20	65	100	–
Vanuatu	46	17	31	40	23	67	33	50	59	192	78	36	169	89	–
Venezuela	73	29	56	68	11	87	42	70	82	93	95	77	124	96	–
Vietnã	79	9	46	65	6	94	20	59	77	113	54	41	74	94	–
Zâmbia	55	1	12	51	18	75	2	24	70	597	224	162	306	63	47
Zimbábue	67	5	43	66	10	87	11	64	86	427	443	363	563	78	60

NOTES

– Dados não disponíveis.

* Os números nesta coluna estão listados em 1969 e 1994 para estar de acordo com as principais datas abrangidas por este relatório: 1969 a 2019. Os números de 1969 são na verdade estimativas de 1970 e os números de 1994 são estimativas de 1995.

^f Mulheres atualmente casadas ou em algum tipo de união.

^a A RMM foi arredondada de acordo com o seguinte esquema: <100, arredondado para o 1 mais próximo; 100-999, arredondado para o 1 mais próximo; e ≥1000, arredondado para o 10 mais próximo.

^b Exclui Ilhas Cook, Ilhas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu devido à disponibilidade de dados.

^c Exclui Anguilla, Aruba, Bermuda, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Curaçao, Montserrat, Saint Martin e Ilhas Turcas e Caicos devido à disponibilidade de dados.

^d Exclui Tuvalu devido à disponibilidade de dados.

¹ Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/19, que concedeu à Palestina “status de observador não membro nas Nações Unidas (...)”

Indicadores para monitorar as metas da CIPD

DADOS MUNDIAIS E REGIONAIS	ADOLESCENTES E JOVENS								
	Taxa de fecundidade na adolescência por 1.000 meninas entre 15 e 19 anos	Casamento antes dos 18 anos de idade (%)	Prevalência de MGF entre meninas de 15 a 19 anos (%)	Taxa de matrícula líquida ajustada, educação primária, 2009-2018 (%)		Índice de paridade de gênero, educação primária	Taxa de matrícula líquida, ensino secundário, 2009-2018 (%)		Índice de paridade de gênero, ensino médio
	2018	2017	2017	masculino	feminino	2017	masculino	feminino	2017
MUNDO	44	21	–	92	90	0.98	66	66	1.00
Regiões mais desenvolvidas	14	–	–	97	97	1.00	93	93	1.01
Regiões menos desenvolvidas	48	–	–	91	89	0.98	62	62	0.99
Países menos desenvolvidos	91	40	–	83	80	0.96	38	36	0.95

DADOS REGIONAIS

Estados Árabes	50	21	55	85	83	0.97	63	59	0.93
Ásia e Pacífico	28 ^a	26	–	95	94	0.99	67	68	1.02
Leste Europeu e Ásia Central	26	11	–	96	95	1.00	88	87	0.99
América Latina e Caribe	62 ^b	26	–	95	96	1.01	75	79	1.05
África do Sul e Oriental	93 ^c	35	–	86	83	0.97	35	33	0.93
África Ocidental e Central	114	42	22	79	71	0.90	39	34	0.86

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS

	2006-2017	2006-2017	2004-2017	2009-2018		2009-2018	2009-2018		2009-2018
				masculino	feminino		masculino	feminino	
Afeganistão	87	35	–	–	–	–	62	36	0.58
África do Sul	71	–	–	91	92	1.01	86	84	0.98
Albânia	20	10	–	98	96	0.99	88	87	0.99
Alemanha	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	163	30	–	89	66	0.75	13	10	0.79
Antígua e Barbuda	–	–	–	82	81	0.99	73	76	1.04
Arábia Saudita	7	–	–	99	100	1.00	86	84	0.97
Argélia	12	3	–	100	98	0.98	–	–	–
Argentina	65	–	–	100	99	0.99	87	92	1.05
Armênia	24	5	–	92	92	1.00	87	88	1.01
Aruba	35	–	–	99	99	1.00	73	81	1.10
Austrália	12	–	–	96	97	1.01	93	94	1.01
Áustria	8	–	–	–	–	–	87	88	1.00
Azerbaijão	53	11	–	93	95	1.02	87	88	1.01
Bahamas	32	–	–	85	92	1.08	79	86	1.09
Bangladesh	78	59	–	92	98	1.07	57	67	1.17
Barbados	50	11	–	90	91	1.00	93	99	1.07
Barém	14	–	–	99	99	1.00	92	94	1.02
Belarus	16	3	–	96	96	1.00	95	96	1.01
Bélgica	7	–	–	99	99	1.00	94	94	1.00
Belize	69	26	–	100	99	0.99	68	73	1.07
Benin	94	26	2	100	90	0.90	53	40	0.75
Bolívia (Estado Plurinacional da)	71	19	–	93	92	0.99	78	78	1.00
Bósnia e Herzegovina	11	4	–	–	–	–	–	–	–
Botsuana	39	–	–	89	90	1.01	–	–	–
Brasil	62	26	–	96	98	1.02	80	84	1.05
Brunei	11	–	–	97	96	1.00	82	85	1.03
Bulgária	39	–	–	93	93	1.00	91	89	0.97

Indicadores para monitorar as metas da CIPD

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	ADOLESCENTES E JOVENS								
	Taxa de fecundidade na adolescência por 1.000 meninas entre 15 e 19 anos	Casamento antes dos 18 anos de idade (%)	Prevalência de MGF entre meninas de 15 a 19 anos (%)	Taxa de matrícula líquida ajustada, educação primária, 2009-2018 (%)		Índice de paridade de gênero, educação primária	Taxa de matrícula líquida, ensino secundário, 2009-2018 (%)		Índice de paridade de gênero, ensino médio
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	masculino	feminino	2009-2018	masculino	feminino	2009-2018
Burkina Faso	129	52	58	78	76	0.98	29	29	1.01
Burundi	58	20	–	96	98	1.02	26	32	1.21
Butão	28	26	–	81	83	1.02	61	71	1.17
Cabo Verde	80	–	–	87	86	0.98	61	68	1.11
Camarões	119	31	0	99	91	0.92	50	44	0.88
Camboja	57	19	–	91	90	1.00	–	–	–
Canadá	11	–	–	–	–	–	99	100	1.01
Catar	10	4	–	99	98	0.99	68	85	1.25
Cazaquistão	31	7	–	98	100	1.02	100	100	1.00
Chade	179	67	32	71	55	0.77	–	–	–
Chile	41	–	–	93	93	1.00	86	89	1.04
China, Hong Kong RAE	3	–	–	–	–	–	93	93	1.00
China, Macau RAE	3	–	–	99	99	1.00	84	87	1.05
China	9	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	5	–	–	98	98	1.01	94	95	1.01
Cingapura	3	–	–	–	–	–	100	100	1.00
Colômbia	75	23	–	93	94	1.01	76	82	1.07
Comores	70	32	–	85	84	0.99	41	45	1.09
Congo, República Democrática do	138	37	–	–	–	–	–	–	–
Congo	147	27	–	84	91	1.09	–	–	–
Coreia do Norte	1	–	–	97	97	1.00	90	91	1.01
Coreia do Sul	1	–	–	96	97	1.00	97	98	1.00
Costa do Marfim	129	27	27	93	85	0.91	45	33	0.75
Costa Rica	53	21	–	97	97	1.00	81	84	1.04
Croácia	10	–	–	96	99	1.04	89	92	1.04
Cuba	50	26	–	97	97	1.00	84	89	1.06
Curaçao	35	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	3	–	–	99	99	1.01	88	92	1.04
Djibuti	21	5	90	62	56	0.89	38	32	0.83
Dominica	–	–	–	97	99	1.02	90	97	1.08
Egito	56	17	70	98	99	1.01	81	82	1.00
El Salvador	69	26	–	81	82	1.01	60	61	1.02
Emirados Árabes Unidos	34	–	–	98	96	0.98	89	86	0.96
Equador	111	–	–	97	99	1.02	87	89	1.02
Eritreia	76	41	69	39	36	0.91	27	25	0.92
Eslováquia	24	–	–	–	–	–	84	86	1.01
Eslovênia	5	–	–	97	98	1.01	95	95	1.01
Espanha	8	–	–	98	99	1.00	95	97	1.02
Estados Unidos da América	20	–	–	96	96	1.00	92	92	1.00
Estônia	13	–	–	93	94	1.01	93	95	1.02
Suazilândia	87	5	–	76	75	0.98	32	41	1.29
Etiópia	80	40	47	89	83	0.93	31	30	0.97
Federação Russa	24	–	–	97	98	1.01	94	95	1.01

Indicadores para monitorar as metas da CIPD

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	ADOLESCENTES E JOVENS								
	Taxa de fecundidade na adolescência por 1.000 meninas entre 15 e 19 anos	Casamento antes dos 18 anos de idade (%)	Prevalência de MGF entre meninas de 15 a 19 anos (%)	Taxa de matrícula líquida ajustada, educação primária, 2009-2018 (%)		Índice de paridade de gênero, educação primária	Taxa de matrícula líquida, ensino secundário, 2009-2018 (%)		Índice de paridade de gênero, ensino médio
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	masculino	feminino	2009-2018	masculino	feminino	2009-2018
Fiji	40	–	–	98	98	1.01	79	88	1.11
Filipinas	47	15	–	95	96	1.01	60	72	1.19
Finlândia	6	–	–	99	99	1.00	96	96	1.01
França	5	–	–	99	99	1.01	93	94	1.01
Gabão	91	22	–	–	–	–	–	–	–
Gâmbia	88	30	76	75	83	1.10	–	–	–
Gana	76	21	2	84	86	1.02	56	57	1.01
Geórgia	44	14	–	98	98	0.99	97	99	1.02
Granada	–	–	–	96	97	1.01	80	72	0.91
Grécia	8	–	–	93	93	1.00	91	89	0.99
Guadalupe	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	38	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	92	30	–	87	87	1.00	48	46	0.96
Guiana Francesa	87	–	–	–	–	–	–	–	–
Guiana	74	30	–	95	97	1.02	81	86	1.06
Guiné Equatorial	176	30	–	44	45	1.02	–	–	–
Guiné-Bissau	106	24	42	74	70	0.95	–	–	–
Guiné	146	51	95	86	71	0.83	40	26	0.66
Haiti	55	18	–	–	–	–	–	–	–
Holanda – Países Baixos	3	–	–	–	–	–	93	94	1.01
Honduras	103	34	–	83	84	1.02	43	48	1.14
Hungria	23	–	–	97	97	1.00	89	89	1.00
Iêmen	67	32	16	88	78	0.88	54	40	0.74
Ilhas Salomão	78	21	–	69	70	1.01	–	–	–
Ilhas Turcas e Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ilhas Virgens dos Estados Unidos	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Índia	28	27	–	97	98	1.01	61	62	1.01
Indonésia	48	14	–	95	90	0.95	76	78	1.02
Iraque	82	24	5	–	–	–	–	–	–
Irlanda	9	–	–	100	100	1.00	97	99	1.01
Irã	38	17	–	–	–	–	72	73	1.00
Islândia	8	–	–	100	99	1.00	89	91	1.03
Israel	10	–	–	97	98	1.01	98	100	1.02
Itália	5	–	–	99	98	1.00	96	96	1.00
Jamaica	46	8	–	–	–	–	71	77	1.09
Japão	4	–	–	98	98	1.00	99	100	1.01
Jordânia	26	8	–	–	–	–	63	65	1.03
Kiribati	49	20	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	6	–	–	93	93	1.00	84	89	1.07
Laos	76	35	–	94	93	0.99	61	60	0.98
Lesoto	94	17	–	81	83	1.03	29	45	1.53
Letônia	18	–	–	96	97	1.01	93	95	1.02
Líbano	–	6	–	91	86	0.94	65	65	1.00

Indicadores para monitorar as metas da CIPD

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	ADOLESCENTES E JOVENS								
	Taxa de fecundidade na adolescência por 1.000 meninas entre 15 e 19 anos	Casamento antes dos 18 anos de idade (%)	Prevalência de MGF entre meninas de 15 a 19 anos (%)	Taxa de matrícula líquida ajustada, educação primária, 2009-2018 (%)		Índice de paridade de gênero, educação primária	Taxa de matrícula líquida, ensino secundário, 2009-2018 (%)		Índice de paridade de gênero, ensino médio
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	masculino	feminino	2009-2018	masculino	feminino	2009-2018
Libéria	149	36	26 ^d	39	36	0.93	16	14	0.88
Líbia	11	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituânia	14	–	–	100	100	1.00	98	97	1.00
Luxemburgo	6	–	–	99	99	1.00	83	86	1.04
Macedônia do Norte	16	7	–	92	92	1.00	–	–	–
Madagascar	152	41	–	–	–	–	28	30	1.08
Malásia	12	–	–	98	99	1.00	72	78	1.08
Malaui	136	42	–	95	99	1.04	32	31	0.96
Maldivas	13	4	–	100	100	1.00	–	–	–
Mali	174	52	83	71	63	0.89	32	26	0.80
Malta	11	–	–	97	100	1.03	87	92	1.05
Marrocos	32	–	–	97	97	1.00	64	63	0.99
Martinica	20	–	–	–	–	–	–	–	–
Maurício	24	–	–	95	97	1.02	82	88	1.08
Mauritânia	71	37	63	75	78	1.05	26	25	0.97
México	63	26	–	98	100	1.02	76	79	1.04
Micronésia	44	–	–	83	85	1.03	–	–	–
Moçambique	167	48	–	89	86	0.97	19	19	1.02
Moldávia	27	12	–	90	90	1.00	78	78	1.00
Mongólia	27	5	–	99	98	0.99	–	–	–
Montenegro	11	5	–	97	96	0.99	89	89	1.00
Myanmar	36	16	–	90	89	0.99	57	62	1.09
Namíbia	82	7	–	96	100	1.04	–	–	–
Nepal	88	40	–	96	93	0.97	53	57	1.07
Nicarágua	92	35	–	97	100	1.03	45	53	1.17
Nigéria	145	44	12	72	60	0.84	–	–	–
Níger	210	76	1	71	62	0.87	24	17	0.73
Noruega	5	–	–	100	100	1.00	95	96	1.01
Nova Caledônia	22	–	–	–	–	–	–	–	–
Nova Zelândia	16	–	–	98	99	1.01	95	97	1.02
Omã	14	–	–	99	99	1.00	91	91	0.99
Palestina ¹	48	15	–	94	94	1.00	79	87	1.10
Panamá	79	26	–	88	87	0.99	67	72	1.07
Papua Nova Guiné	–	21	–	80	75	0.93	36	30	0.82
Paquistão	44	21	–	82	71	0.86	49	40	0.81
Paraguai	62	22	–	79	79	1.00	63	67	1.07
Peru	65	22	–	99	100	1.01	80	81	1.02
Polinésia Francesa	40	–	–	–	–	–	–	–	–
Polónia	12	–	–	96	96	1.00	92	93	1.01
Porto Rico	30	–	–	79	84	1.07	72	77	1.07
Portugal	8	–	–	97	96	1.00	93	94	1.01
Quênia	96	23	11	81	85	1.04	50	47	0.94
Quirguistão	38	12	–	99	98	0.99	87	87	1.00

Indicadores para monitorar as metas da CIPD

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	ADOLESCENTES E JOVENS								
	Taxa de fecundidade na adolescência por 1.000 meninas entre 15 e 19 anos	Casamento antes dos 18 anos de idade (%)	Prevalência de MGF entre meninas de 15 a 19 anos (%)	Taxa de matrícula líquida ajustada, educação primária, 2009-2018 (%)		Índice de paridade de gênero, educação primária	Taxa de matrícula líquida, ensino secundário, 2009-2018 (%)		Índice de paridade de gênero, ensino médio
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	masculino	feminino	2009-2018	masculino	feminino	2009-2018
Reino Unido	14	–	–	100	100	1.00	98	98	1.00
República Centro-Africana	229	68	18	77	60	0.79	16	10	0.61
República Checa	12	–	–	–	–	–	90	92	1.02
República Dominicana	90	36	–	88	88	1.00	62	71	1.13
Reunião	44	–	–	–	–	–	–	–	–
Romênia	35	–	–	90	90	1.00	81	81	1.00
Ruanda	45	7	–	94	94	1.01	25	30	1.18
Saara Ocidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	39	11	–	96	97	1.01	74	81	1.10
San Marino	0	–	–	93	93	1.00	–	–	–
Santa Lúcia	–	8	–	–	–	–	79	81	1.03
Seicheles	66	–	–	–	–	–	87	90	1.03
Senegal	80	31	21	71	79	1.12	35	39	1.10
Serra Leoa	125	39	74	99	99	1.01	38	37	0.97
Sérvia	16	3	–	98	99	1.00	92	93	1.01
Síria	54	13	–	68	67	0.98	46	45	0.99
Somália	64	45	97	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	20	12	–	98	96	0.98	87	90	1.03
Sudão do Sul	155	52	–	36	28	0.76	6	4	0.70
Sudão	87	34	82	57	63	1.10	–	–	–
Suécia	4	–	–	100	99	1.00	100	99	1.00
Suíça	6	–	–	100	100	1.00	87	84	0.97
Suriname	58	19	–	96	100	1.04	53	65	1.22
São Cristóvão e Névis	46	–	–	–	–	–	–	–	–
São Martinho	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé e Príncipe	92	35	–	97	97	0.99	61	68	1.11
São Vicente e Granadinas	64	–	–	99	98	0.99	91	91	0.99
Tailândia	43	23	–	98	98	1.00	77	77	1.01
Tajiquistão	54	12	–	99	98	0.99	87	78	0.90
Tanzânia	132	31	5	78	81	1.04	23	23	1.02
Timor-Leste	50	19	–	79	82	1.04	55	64	1.16
Togo	85	22	2	95	89	0.94	48	33	0.69
Tonga	30	6	–	95	97	1.03	74	79	1.07
Trinidad e Tobago	38	11	–	99	98	0.99	–	–	–
Tunísia	7	2	–	99	98	0.99	–	–	–
Turcomenistão	28	6	–	–	–	–	–	–	–
Turquia	27	15	–	95	94	0.99	86	85	0.99
Tuvalu	28	10	–	–	–	–	63	79	1.26
Ucrânia	26	9	–	92	94	1.02	86	87	1.01
Uganda	140	40	1	90	92	1.03	–	–	–
Uruguai	51	25	–	98	98	1.00	80	86	1.08
Uzbequistão	30	7	–	99	98	0.98	91	90	0.99
Vanuatu	78	21	–	86	88	1.03	48	51	1.07
Venezuela	95	–	–	86	86	1.00	67	73	1.10

Indicadores para monitorar as metas da CIPD

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	ADOLESCENTES E JOVENS								
	Taxa de fecundidade na adolescência por 1.000 meninas entre 15 e 19 anos	Casamento antes dos 18 anos de idade (%)	Prevalência de MGF entre meninas de 15 a 19 anos (%)	Taxa de matrícula líquida ajustada, educação primária, 2009-2018 (%)		Índice de paridade de gênero, educação primária	Taxa de matrícula líquida, ensino secundário, 2009-2018 (%)		Índice de paridade de gênero, ensino médio
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	masculino	feminino	2009-2018	masculino	feminino	2009-2018
Vietnã	30	11	–	–	–	–	–	–	–
Zâmbia	141	31	–	87	89	1.02	–	–	–
Zimbábue	110	32	–	84	86	1.02	44	44	1.01

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- a Exclui Ilhas Cook, Ilhas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Toquelau e Tuvalu devido à disponibilidade de dados.
- b Exclui Anguila, Antígua e Barbuda, Bermuda, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Equador, Granada, Montserrat, Saint Martin e São Cristóvão e Névis, devido à disponibilidade de dados.
- c Inclui Seychelles.
- d Percentual de meninas entre 15 e 19 anos que são membros da sociedade Sande. Ser associada à Sande é equivalente à MGF.
- 1 Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/19, que concedeu à Palestina “status de observador não membro nas Nações Unidas (...)”

Indicadores demográficos

DADOS MUNDIAIS E REGIONAIS	POPULAÇÃO			FECUNDIDADE			EXPECTATIVA DE VIDA			CRESCIMENTO POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO (POR IDADE)			
	População total em milhões			Taxa de fecundidade total por mulher			Expectativa de vida ao nascer, anos			Taxa média de crescimento anual (%)	0-14 (%)	10-24 (%)	15-64 (%)	65 e mais (%)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
MUNDO	3626	5670	7715	4.8	2.9	2.5	56	65	72	1.1	26	24	65	9
Regiões mais desenvolvidas	1001	1167	1266	2.3	1.6	1.7	71	74	80	0.3	16	17	65	19
Regiões menos desenvolvidas	2625	4503	6448	5.9	3.2	2.6	53	63	71	1.3	27	25	65	7
Países menos desenvolvidos	301	570	1050	6.8	5.6	3.9	44	52	65	2.4	39	32	57	4

DADOS REGIONAIS

Estados Árabes	112	223	373	6.9	4.5	3.3	52	64	70	2.0	34	28	61	5
Ásia e Pacífico	1818	3027	4030	5.9	2.8	2.1 ^a	53	64	72 ^a	1.0	24 ^a	23 ^a	68 ^a	8 ^a
Leste Europeu e Ásia Central	154	211	247	3.6	2.4	2.0	61	67	73	0.9	23	21	67	10
América Latina e Caribe	278	474	653	5.4	3.0	2.0 ^b	59	69	76 ^b	1.1	24 ^b	25 ^b	67 ^b	9 ^b
África do Sul e Oriental	154	312	613	6.8	5.9	4.3	46	49	64	2.7	41	32	55	3
África Ocidental e Central	118	229	447	6.6	6.3	5.1	41	49	58	2.7	43	32	54	3

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS

Afganistão	10.9	16.2	37.2	7.5	7.6	4.2	36	53	65	2.8	42	35	55	3
África do Sul	22.2	41.2	58.1	5.7	3.2	2.4	55	62	64	1.3	29	27	66	6
Albânia	2.1	3.1	2.9	5.1	2.7	1.7	67	72	79	0.0	17	21	69	14
Alemanha	78.3	80.9	82.4	2.2	1.3	1.5	71	76	82	0.2	13	14	65	22
Angola	6.6	13.8	31.8	7.6	7.0	5.5	37	43	62	3.4	46	33	51	3
Antígua e Barbuda	0.1	0.1	0.1	3.8	2.2	2.0	66	72	77	1.1	23	24	69	7
Arábia Saudita	5.6	18.3	34.1	7.3	5.2	2.4	52	71	75	2.4	25	21	72	4
Argélia	14.1	28.4	42.7	7.7	3.7	2.6	50	68	77	1.9	30	22	64	7
Argentina	23.6	34.6	45.1	3.1	2.8	2.2	66	72	77	1.0	24	24	64	11
Armênia	2.5	3.3	2.9	3.3	2.2	1.6	70	69	75	0.2	20	19	68	12
Aruba	0.1	0.1	0.1	3.1	2.1	1.8	69	74	76	0.5	17	21	68	14
Austrália ¹	12.6	17.9	25.1	2.8	1.8	1.8	71	78	83	1.4	19	19	65	16
Áustria	7.5	7.9	8.8	2.4	1.5	1.5	70	77	82	0.5	14	15	66	20
Azerbaijão ²	5.1	7.7	10.0	5.2	2.7	2.0	63	65	72	1.1	23	21	70	6
Bahamas	0.2	0.3	0.4	3.6	2.6	1.7	66	71	76	1.2	20	21	70	10
Bangladesh	63.4	116.2	168.1	6.9	3.8	2.0	48	61	73	1.1	27	28	68	5
Barbados	0.2	0.3	0.3	3.3	1.7	1.8	65	72	76	0.3	19	19	65	16
Barém	0.2	0.5	1.6	6.7	3.2	2.0	63	73	77	3.1	19	18	79	3
Belarus	8.9	10.2	9.4	2.3	1.5	1.7	71	69	73	0.0	17	15	67	15
Bélgica	9.6	10.2	11.6	2.3	1.6	1.8	71	77	82	0.6	17	17	64	19
Belize	0.1	0.2	0.4	6.3	4.2	2.4	65	70	71	2.1	30	30	66	4
Benin	2.9	5.7	11.8	6.7	6.4	4.8	42	55	62	2.8	42	32	55	3
Bolívia (Estado Plurinacional da)	4.4	7.4	11.4	6.3	4.6	2.8	45	57	70	1.5	31	29	62	7
Bósnia e Herzegovina	3.7	3.9	3.5	3.0	1.7	1.4	66	71	77	-0.7	14	17	68	17
Botswana	0.7	1.5	2.4	6.7	4.1	2.6	54	57	69	1.8	31	28	65	4
Brasil	92.9	159.7	212.4	5.2	2.6	1.7	59	67	76	0.8	21	23	70	9
Brunei	0.1	0.3	0.4	5.8	2.9	1.8	67	74	78	1.4	22	23	72	5
Bulgária	8.5	8.5	7.0	2.1	1.4	1.6	71	71	75	-0.6	15	14	64	21

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	POPULAÇÃO			FECUNDIDADE			EXPECTATIVA DE VIDA			CRESCIMENTO POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO (POR IDADE)			
	População total em milhões			Taxa de fecundidade total por mulher			Expectativa de vida ao nascer, anos			Taxa média de crescimento anual (%)	0-14 (%)	10-24 (%)	15-64 (%)	65 e mais (%)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Burkina Faso	5.5	9.8	20.3	6.6	6.9	5.1	39	49	62	2.9	45	33	53	2
Burundi	3.4	5.9	11.6	7.3	7.3	5.5	44	48	59	3.1	45	31	52	3
Butão	0.3	0.5	0.8	6.7	4.8	2.0	39	56	71	1.4	26	27	69	5
Cabo Verde	0.3	0.4	0.6	7.0	4.7	2.2	53	66	73	1.2	29	30	66	5
Camarões	6.4	13.1	25.3	6.2	6.1	4.5	46	50	60	2.6	42	32	55	3
Camboja	6.9	10.3	16.5	6.6	4.9	2.5	42	55	70	1.6	31	28	64	5
Canadá	21.1	29.0	37.3	2.4	1.7	1.6	72	78	83	1.0	16	17	66	18
Catar	0.1	0.5	2.7	6.9	3.6	1.8	68	76	79	4.8	14	18	84	2
Cazaquistão	12.9	16.2	18.6	3.6	2.4	2.5	62	64	70	1.4	29	20	64	7
Chade	3.6	6.8	15.8	6.5	7.4	5.6	41	47	54	3.2	47	34	51	3
Chile	9.4	14.1	18.3	4.2	2.4	1.8	62	75	80	0.8	20	21	68	12
China ³	803.6	1229.0	1420.1	5.9	1.7	1.6	58	70	77	0.5	18	17	71	12
China, Hong Kong RAE ⁴	3.8	6.1	7.5	3.4	1.2	1.4	71	79	84	0.7	12	13	70	17
China, Macau RAE ⁵	0.2	0.4	0.6	2.4	1.3	1.4	69	79	84	2.0	14	13	75	11
Chipre ⁶	0.6	0.8	1.2	2.7	2.2	1.3	72	77	81	0.8	17	20	69	14
Cingapura	2.0	3.4	5.9	3.4	1.7	1.3	68	77	84	1.6	15	17	71	14
Colômbia	21.5	36.8	49.8	5.8	2.7	1.8	61	69	75	0.9	23	24	69	8
Comores	0.2	0.5	0.9	7.1	5.9	4.1	45	58	64	2.3	39	31	58	3
Congo, República Democrática do	19.5	40.3	86.7	6.2	6.8	5.8	44	49	61	3.3	46	32	51	3
Congo	1.3	2.7	5.5	6.3	5.2	4.5	53	54	66	2.6	42	31	55	3
Coreia do Norte	14.0	21.6	25.7	4.4	2.2	1.9	59	68	72	0.5	20	22	71	9
Coreia do Sul	31.6	44.8	51.3	4.5	1.6	1.3	60	73	83	0.4	13	16	72	15
Costa do Marfim	5.0	14.1	25.5	7.9	6.3	4.7	43	50	55	2.5	42	32	55	3
Costa Rica	1.8	3.4	5.0	4.9	2.9	1.7	66	76	80	1.1	21	23	69	10
Croácia	4.4	4.7	4.1	2.0	1.6	1.4	68	73	78	-0.5	15	16	65	21
Cuba	8.6	10.9	11.5	4.2	1.6	1.7	69	75	80	0.2	16	17	69	16
Curaçao	0.1	0.1	0.2	3.5	2.2	2.0	69	75	79	1.1	18	18	64	17
Dinamarca	4.9	5.2	5.8	2.2	1.8	1.8	73	75	81	0.4	16	18	64	20
Djibuti	0.1	0.6	1.0	6.8	5.5	2.7	48	57	63	1.6	30	30	66	4
Dominica	0.1	0.1	0.1	-	-	-	-	-	-	0.5	-	-	-	-
Egito	34.2	62.5	101.2	6.3	3.9	3.1	52	66	72	2.1	33	26	62	5
El Salvador	3.6	5.5	6.4	6.3	3.7	2.0	55	67	74	0.5	27	28	65	9
Emirados Árabes Unidos	0.2	2.3	9.7	6.7	3.6	1.7	61	73	78	1.8	14	16	85	1
Equador	5.9	11.2	17.1	6.3	3.4	2.4	57	71	77	1.5	28	26	65	8
Eritreia	1.8	3.1	5.3	6.7	6.0	3.9	43	52	66	2.1	41	32	55	4
Eslováquia	4.5	5.4	5.5	2.5	1.7	1.5	70	72	77	0.1	16	16	68	16
Eslovênia	1.7	2.0	2.1	2.2	1.3	1.7	69	74	81	0.2	15	14	65	20
Espanha ⁷	33.6	39.8	46.4	2.9	1.2	1.4	72	78	84	-0.1	14	15	66	20
Estados Unidos da América	207.7	262.7	329.1	2.4	2.0	1.9	71	76	80	0.7	19	20	65	16
Estônia	1.3	1.5	1.3	2.1	1.5	1.7	70	69	78	-0.2	17	15	63	20
Suazilândia	0.4	0.9	1.4	6.9	5.0	2.9	47	58	59	1.8	37	32	60	3
Etiópia	27.7	55.4	110.1	6.9	7.0	3.9	43	49	67	2.5	39	34	57	4
Federação Russa	129.5	148.4	143.9	2.0	1.4	1.8	69	66	71	0.1	18	15	67	15

Indicadores demográficos

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	POPULAÇÃO			FECUNDIDADE			EXPECTATIVA DE VIDA			CRESCIMENTO POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO (POR IDADE)			
	População total em milhões			Taxa de fecundidade total por mulher			Expectativa de vida ao nascer, anos			Taxa média de crescimento anual (%)	0-14 (%)	10-24 (%)	15-64 (%)	65 e mais (%)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Fiji	0.5	0.8	0.9	4.7	3.3	2.4	59	66	71	0.7	28	26	65	7
Filipinas	34.8	68.2	108.1	6.4	4.1	2.8	61	66	70	1.6	31	29	64	5
Finlândia ⁸	4.6	5.1	5.6	2.0	1.8	1.8	70	76	82	0.4	17	17	62	22
França	50.5	58.0	65.5	2.6	1.7	2.0	72	78	83	0.4	18	18	62	20
Gabão	0.6	1.1	2.1	5.0	5.1	3.6	46	61	67	2.8	36	28	60	4
Gâmbia	0.4	1.0	2.2	6.0	6.1	5.2	37	53	62	3.1	45	33	53	2
Gana	8.4	16.3	30.1	7.0	5.2	3.8	49	58	64	2.3	38	31	58	3
Geórgia ⁹	4.7	5.1	3.9	2.7	1.9	2.0	67	70	74	-0.9	20	18	65	15
Granada	0.1	0.1	0.1	4.7	3.3	2.0	64	69	74	0.4	26	25	66	8
Grécia	8.6	10.7	11.1	2.6	1.4	1.3	71	78	82	-0.3	14	15	65	21
Guadalupe ¹⁰	0.3	0.4	0.4	5.0	2.1	1.9	64	75	82	0.0	18	21	64	19
Guam	0.1	0.1	0.2	4.5	2.9	2.3	65	73	80	0.5	24	25	66	10
Guatemala	5.5	10.2	17.6	6.7	5.2	2.8	52	65	74	2.0	34	32	61	5
Guiana Francesa	0.0	0.1	0.3	4.8	4.0	3.2	65	73	81	2.6	32	28	62	6
Guiana	0.7	0.8	0.8	5.5	3.1	2.4	62	64	67	0.6	28	29	66	6
Guiné Equatorial	0.3	0.5	1.4	5.8	6.0	4.4	39	50	59	4.0	37	29	60	3
Guiné-Bissau	0.7	1.1	2.0	6.0	6.4	4.4	41	51	59	2.5	41	31	56	3
Guiné	4.2	7.5	13.4	6.2	6.4	4.6	36	52	62	2.4	42	32	55	3
Haiti	4.6	7.7	11.2	5.8	5.0	2.8	47	56	64	1.3	32	30	63	5
Holanda – Países Baixos	12.9	15.4	17.1	2.6	1.6	1.8	74	77	82	0.3	16	18	64	20
Honduras	2.6	5.6	9.6	7.3	4.7	2.4	52	68	74	1.7	30	31	65	5
Hungria	10.3	10.4	9.7	2.0	1.6	1.4	69	70	76	-0.3	14	16	66	20
Iêmen	6.1	14.7	29.6	7.8	7.8	3.7	40	59	66	2.5	39	33	58	3
Ilhas Salomão	0.2	0.3	0.6	6.8	5.3	3.7	54	59	72	2.1	38	32	58	4
Ilhas Turcas e Caicos	0.0	0.0	0.0	–	–	–	–	–	–	1.8	–	–	–	–
Ilhas Virgens dos Estados Unidos	0.1	0.1	0.1	5.3	2.6	2.2	69	75	80	-0.1	20	20	60	20
Índia	541.5	942.2	1368.7	5.6	3.7	2.3	47	60	69	1.2	27	27	67	6
Indonésia	111.8	193.9	269.5	5.5	2.8	2.3	54	65	70	1.2	27	26	68	6
Iraque	9.6	19.6	40.4	7.4	5.5	4.2	58	68	70	3.0	40	31	57	3
Irlanda	2.9	3.6	4.8	3.8	1.9	2.0	71	75	82	0.5	21	19	64	15
Irã	27.8	59.7	82.8	6.5	3.5	1.6	50	68	77	1.2	24	21	70	6
Islândia	0.2	0.3	0.3	3.1	2.2	1.9	74	79	83	0.7	20	20	65	15
Israel	2.8	5.2	8.6	3.8	2.9	2.9	72	78	83	1.6	28	23	60	12
Itália	53.2	57.3	59.2	2.5	1.2	1.5	71	78	84	-0.1	13	14	63	24
Jamaica	1.8	2.5	2.9	5.6	2.8	2.0	68	72	76	0.3	23	25	67	10
Japão	103.5	126.1	126.9	2.1	1.4	1.5	72	80	84	-0.1	13	14	59	28
Jordânia	1.6	4.4	10.1	8.0	4.8	3.2	59	71	75	3.8	35	30	61	4
Kiribati	0.1	0.1	0.1	5.7	4.4	3.5	54	62	67	1.8	36	29	60	4
Kuwait	0.7	1.7	4.2	7.3	2.7	1.9	66	73	75	3.9	21	19	76	3
Laos	2.6	4.7	7.1	6.0	5.6	2.5	46	56	68	1.4	32	30	64	4
Lesoto	1.0	1.7	2.3	5.8	4.6	2.9	49	58	55	1.3	35	32	60	5
Letônia	2.4	2.5	1.9	1.9	1.5	1.6	70	68	75	-1.1	16	14	64	20
Líbano	2.3	3.0	6.1	5.1	2.7	1.7	66	72	80	3.7	22	25	69	9

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	POPULAÇÃO			FECUNDIDADE			EXPECTATIVA DE VIDA			CRESCIMENTO POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO (POR IDADE)			
	População total em milhões			Taxa de fecundidade total por mulher			Expectativa de vida ao nascer, anos			Taxa média de crescimento anual (%)	0-14 (%)	10-24 (%)	15-64 (%)	65 e mais (%)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Libéria	1.4	2.0	5.0	6.7	6.2	4.4	39	49	64	2.6	41	32	56	3
Líbia	2.0	4.9	6.6	8.1	3.9	2.2	55	70	72	0.7	28	25	68	5
Lituânia	3.1	3.6	2.9	2.3	1.7	1.7	71	70	75	-1.0	15	16	65	19
Luxemburgo	0.3	0.4	0.6	2.1	1.7	1.6	70	76	82	1.8	16	18	69	15
Macedônia do Norte	1.7	2.0	2.1	3.3	2.0	1.6	66	72	76	0.1	16	18	69	14
Madagascar	6.4	13.1	27.0	7.3	6.0	4.0	44	54	67	2.7	40	33	57	3
Malásia ¹¹	10.5	20.0	32.5	5.2	3.4	2.0	64	72	76	1.6	24	25	69	7
Malauí	4.5	9.8	19.7	7.3	6.5	4.4	40	47	64	2.9	43	34	54	3
Maldivas	0.1	0.2	0.5	7.2	4.6	2.0	43	65	78	2.4	23	21	72	4
Mali	5.9	9.4	19.7	7.1	7.1	5.8	32	47	59	3.0	47	33	50	2
Malta	0.3	0.4	0.4	2.0	2.0	1.5	71	77	81	0.4	15	15	65	20
Marrocos	15.7	26.7	36.6	6.7	3.4	2.4	52	67	77	1.4	27	24	66	7
Martinica	0.3	0.4	0.4	4.8	1.9	1.9	65	76	83	-0.3	17	19	63	20
Maurício ¹²	0.8	1.1	1.3	4.2	2.2	1.4	63	70	75	0.2	17	22	71	12
Mauritânia	1.1	2.3	4.7	6.8	5.8	4.5	49	59	64	2.8	39	31	57	3
México	50.4	92.3	132.3	6.8	3.1	2.1	61	72	78	1.3	26	26	67	7
Micronésia	0.1	0.1	0.1	6.9	4.7	3.0	61	67	70	0.4	32	33	62	5
Moçambique	9.0	15.2	31.4	6.8	6.0	5.1	39	45	60	2.9	44	33	53	3
Moldávia ¹³	3.5	4.4	4.0	2.6	2.0	1.2	65	67	72	-0.1	16	17	72	12
Mongólia	1.2	2.3	3.2	7.6	2.9	2.6	55	61	70	1.7	30	22	66	4
Montenegro	0.5	0.6	0.6	2.8	2.0	1.6	69	74	78	0.1	18	19	66	16
Myanmar	25.7	42.7	54.3	6.0	3.1	2.1	50	60	67	0.9	26	27	68	6
Namíbia	0.8	1.6	2.6	6.4	4.7	3.2	52	61	66	2.2	36	31	60	4
Nepal	11.8	20.9	29.9	5.9	4.8	2.0	40	58	71	1.1	29	32	64	6
Nicarágua	2.3	4.5	6.4	6.9	3.9	2.1	53	67	76	1.1	28	28	66	6
Nigéria	54.7	105.4	201.0	6.4	6.3	5.3	41	46	55	2.6	44	32	54	3
Níger	4.4	9.2	23.2	7.6	7.7	7.1	36	46	61	3.8	50	33	47	3
Noruega ¹⁴	3.8	4.3	5.4	2.7	1.9	1.8	74	78	83	1.1	18	18	65	17
Nova Caledônia	0.1	0.2	0.3	5.3	2.8	2.1	62	72	78	1.3	22	22	68	10
Nova Zelândia	2.8	3.6	4.8	3.2	2.0	2.0	71	77	82	1.0	20	20	64	16
Omã	0.7	2.1	5.0	7.3	5.7	2.5	50	69	78	5.5	21	19	76	2
Palestina ¹⁵	1.1	2.5	5.2	7.9	6.4	3.8	55	69	74	2.7	39	32	58	3
Panamá	1.5	2.7	4.2	5.3	2.9	2.4	65	74	79	1.6	27	25	65	8
Papua Nova Guiné	2.5	4.8	8.6	6.2	4.7	3.5	48	60	66	2.1	35	31	61	4
Paquistão	56.5	119.8	204.6	6.6	5.5	3.3	52	61	67	2.0	35	29	61	5
Paraguai	2.4	4.7	7.0	5.9	4.2	2.4	65	69	73	1.3	29	28	64	7
Peru	13.0	23.6	32.9	6.5	3.4	2.3	53	68	76	1.3	27	26	66	8
Polinésia Francesa	0.1	0.2	0.3	5.1	2.9	2.0	60	70	77	0.8	23	24	69	8
Polónia	32.4	38.4	38.0	2.3	1.8	1.3	70	72	78	-0.1	15	15	67	18
Porto Rico	2.7	3.7	3.7	3.2	2.1	1.5	71	74	81	-0.2	17	21	67	16
Portugal	8.7	10.1	10.3	3.0	1.5	1.2	67	75	82	-0.4	13	15	65	22
Quênia	10.9	26.5	52.2	8.1	5.5	3.7	52	55	68	2.6	40	33	58	3
Quirguistão	2.9	4.5	6.2	5.2	3.4	2.9	60	66	71	1.5	32	25	63	5

Indicadores demográficos

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	POPULAÇÃO			FECUNDIDADE			EXPECTATIVA DE VIDA			CRESCIMENTO POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO (POR IDADE)			
	População total em milhões			Taxa de fecundidade total por mulher			Expectativa de vida ao nascer, anos			Taxa média de crescimento anual (%)	0-14 (%)	10-24 (%)	15-64 (%)	65 e mais (%)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Reino Unido	55.4	57.8	67.0	2.4	1.8	1.9	72	77	82	0.6	18	17	63	19
República Centro-Africana	1.8	3.3	4.8	6.0	5.7	4.6	41	47	54	0.9	42	34	54	4
República Checa	9.8	10.4	10.6	2.0	1.5	1.6	70	73	79	0.1	16	14	64	20
República Dominicana	4.4	7.8	11.0	6.4	3.2	2.3	58	69	74	1.2	29	27	64	7
Reunião	0.5	0.7	0.9	5.1	2.4	2.2	62	74	81	0.8	23	23	65	12
Romênia	20.3	23.1	19.5	2.8	1.4	1.6	68	70	76	-0.5	15	16	66	19
Ruanda	3.6	6.0	12.8	8.2	6.3	3.7	44	29	68	2.5	39	32	57	3
Saara Ocidental	0.1	0.2	0.6	6.6	3.8	2.4	42	60	70	2.1	27	25	69	3
Samoa	0.1	0.2	0.2	7.3	4.8	3.8	54	67	76	0.7	36	32	58	6
San Marino	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	0.9	-	-	-	-
Santa Lúcia	0.1	0.1	0.2	6.2	3.0	1.4	62	71	76	0.5	18	23	72	10
Seicheles	0.1	0.1	0.1	5.9	2.4	2.2	65	71	74	0.5	22	19	68	9
Senegal	4.1	8.5	16.7	7.3	6.1	4.6	39	57	68	2.9	43	32	54	3
Serra Leoa	2.6	4.3	7.9	6.5	6.6	4.2	34	36	53	2.2	41	33	56	3
Sérvia ¹⁶	8.1	9.9	8.7	2.4	1.9	1.6	67	72	76	-0.4	16	18	65	18
Síria	6.1	13.9	18.5	7.6	4.6	2.8	58	72	73	-1.4	35	35	60	5
Somália	3.4	7.6	15.6	7.2	7.6	6.0	41	46	58	2.9	46	33	51	3
Sri Lanka	12.2	18.1	21.0	4.5	2.3	2.0	64	69	76	0.4	23	23	66	11
Sudão do Sul	3.6	5.4	13.3	6.9	6.6	4.6	35	46	58	3.1	41	32	55	3
Sudão	10.0	23.3	42.5	6.9	5.9	4.3	52	56	65	2.4	40	33	56	4
Suécia	8.0	8.8	10.1	2.1	1.9	1.9	74	79	83	0.8	18	17	62	20
Suíça	6.1	7.0	8.6	2.2	1.5	1.6	73	78	84	1.1	15	15	66	19
Suriname	0.4	0.4	0.6	5.8	3.1	2.3	63	68	72	1.0	26	26	67	7
São Cristóvão e Névis	0.0	0.0	0.1	-	-	-	-	-	-	1.0	-	-	-	-
São Martinho	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	2.4	-	-	-	-
São Tomé e Príncipe	0.1	0.1	0.2	6.4	5.6	4.3	55	62	67	2.2	42	33	55	3
São Vicente e Granadinas	0.1	0.1	0.1	6.2	2.8	1.9	65	71	74	0.1	23	25	69	8
Tailândia	35.8	58.9	69.3	5.8	1.9	1.4	59	70	76	0.3	17	19	71	12
Tajiquistão	2.8	5.7	9.3	7.0	4.7	3.2	60	63	72	2.2	35	28	61	4
Tanzânia ¹⁷	13.2	29.1	60.9	6.8	5.9	4.8	46	49	67	3.1	44	32	52	3
Timor-Leste	0.6	0.9	1.4	6.0	6.1	5.2	39	52	70	2.2	43	35	53	4
Togo	2.0	4.2	8.2	7.0	5.9	4.3	46	55	61	2.6	41	32	56	3
Tonga	0.1	0.1	0.1	6.2	4.5	3.5	65	70	73	0.6	35	33	59	6
Trinidad e Tobago	0.9	1.3	1.4	3.7	2.0	1.7	65	68	71	0.4	20	19	69	11
Tunísia	5.0	9.0	11.8	6.8	2.7	2.1	50	71	76	1.1	24	21	67	9
Turcomenistão	2.1	4.1	5.9	6.5	3.7	2.7	58	63	68	1.7	31	25	65	5
Turquia	34.1	57.6	83.0	5.7	2.8	2.0	52	66	77	1.5	24	24	67	9
Tuvalu	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	0.9	-	-	-	-
Ucrânia ¹⁸	46.7	51.1	43.8	2.0	1.5	1.6	71	68	72	-0.5	16	15	67	17
Uganda	9.2	19.9	45.7	7.1	7.0	5.3	49	44	61	3.3	47	34	51	2
Uruguai	2.8	3.2	3.5	2.9	2.4	2.0	69	73	78	0.3	21	22	64	15
Uzbequistão	11.7	22.4	32.8	6.4	3.7	2.2	62	66	72	1.5	28	25	67	5
Vanuatu	0.1	0.2	0.3	6.3	4.8	3.2	52	65	73	2.2	36	29	60	5

PAÍSES, TERRITÓRIOS E OUTRAS ÁREAS	POPULAÇÃO			FECUNDIDADE			EXPECTATIVA DE VIDA			CRESCIMENTO POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO (POR IDADE)			
	População total em milhões			Taxa de fecundidade total por mulher			Expectativa de vida ao nascer, anos			Taxa média de crescimento anual (%)	0-14 (%)	10-24 (%)	15-64 (%)	65 e mais (%)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Venezuela	11.2	21.7	32.8	5.6	3.1	2.2	64	71	75	1.4	27	26	66	7
Vietnã	42.3	73.9	97.4	6.5	2.9	1.9	60	72	77	1.1	23	21	69	8
Zâmbia	4.0	8.9	18.1	7.3	6.2	4.8	49	43	63	3.0	44	34	53	2
Zimbábue	5.0	11.1	17.3	7.4	4.6	3.5	55	52	62	2.3	41	32	56	3

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- a Exclui Ilhas Cook, Ilhas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu devido à disponibilidade de dados.
- b Exclui Anguilla, Bermuda, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Dominica, Montserrat, Saint Kitts e Nevis, Sint Maarten e Ilhas Turcas e Caicos devido à disponibilidade de dados.
- 1 Inclui Christmas Island, Ilhas Cocos (Keeling) e Norfolk Island.
- 2 Inclui Nagorno-Karabakh.
- 3 Para fins estatísticos, os dados da China não incluem Hong Kong e Macau, as Regiões Administrativas Especiais (SAR) e a Província de Taiwan.
- 4 A partir de 1º de julho de 1997, Hong Kong tornou-se uma Região Administrativa Especial (SAR) da China.
- 5 Em 20 de dezembro de 1999, Macau tornou-se uma Região Administrativa Especial (SAR) da China.
- 6 Refere-se ao país inteiro.
- 7 Inclui as Ilhas Canárias, Ceuta e Melilla.
- 8 Inclui as Ilhas Åland.
- 9 Inclui a Abkhazia e a Ossétia do Sul.
- 10 Inclui Saint-Barthélemy e Saint-Martin (parte francesa).
- 11 Inclui Sabah e Sarawak.
- 12 Inclui Agalega, Rodrigues e Saint Brandon.
- 13 Inclui a Transnistria.
- 14 Inclui as Ilhas Svalbard e Jan Mayen.
- 15 Inclui Jerusalém Oriental. Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/19, que concedeu à Palestina "estatuto de observador não membro nas Nações Unidas (...)"
- 16 Inclui o Kosovo.
- 17 Inclui Zanzibar.
- 18 Inclui a Criméia.

Notas técnicas sobre os indicadores

As tabelas estatísticas no relatório Situação da População Mundial de 2019 incluem indicadores que acompanham o progresso em direção aos objetivos do Quadro de Ações para o acompanhamento do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs) nas áreas de saúde materna, acesso à educação, saúde reprodutiva e sexual. Além disso, essas tabelas incluem uma variedade de indicadores demográficos. As tabelas estatísticas apoiam o foco do UNFPA no progresso e nos resultados para a entrega de um mundo onde toda gravidez é desejada, todo parto é seguro e o potencial de cada jovem é efetivado.

Diferentes autoridades nacionais e organizações internacionais podem empregar metodologias diferentes para coletar, extrapolar ou analisar dados. Para facilitar a comparabilidade internacional, 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 aos de relatórios anteriores relativos ao Estado da População Mundial devido a atualizações de classificações regionais e metodológicas e a revisões de dados de séries temporais.

As tabelas estatísticas baseiam-se em pesquisas domiciliares nacionalmente representativas, como Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) e Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), estimativas das organizações das Nações Unidas e estimativas entre agências. Eles também incluem as estimativas e projeções populacionais mais recentes das Perspectivas da População Mundial: A revisão de 2017 e as Estimativas e Projeções dos Indicadores de Planejamento Familiar de 2018 baseadas em Modelos (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População). Os dados são acompanhados por definições, fontes e notas. As tabelas estatísticas do relatório Estado da População Mundial de 2019 geralmente refletem informações disponíveis a partir de janeiro de 2019.

Indicadores para monitorar as metas da CIPD

Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos

Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre os 15 e os 49 anos, usando qualquer método, tradicional ou moderno (2019). Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. As estimativas baseadas em modelo têm por base dados que são derivados de relatórios de pesquisa de amostra. Os dados da pesquisa estimam a proporção de mulheres casadas (incluindo mulheres em uniões consensuais) usando na atualidade, respectivamente, qualquer método ou métodos modernos de contracepção. Métodos modernos ou clínicos e de fornecimento incluem esterilização masculina e feminina, DIU, pílula, injetáveis, implantes hormonais, preservativos e métodos de barreira femininos.

Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres com idades entre 15 e 49 anos, usando apenas métodos modernos ou clínicos e de fornecimento (1969, 1994, 2019). Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. As estimativas baseadas em modelo são baseadas em dados derivados de relatórios de pesquisa de amostra. Os dados da pesquisa estimam a proporção de mulheres casadas (incluindo mulheres em uniões consensuais) usando atualmente, respectivamente, qualquer método ou métodos modernos de contracepção. Métodos modernos ou clínicos e de fornecimento incluem esterilização masculina e feminina, DIU, pílula, injetáveis, implantes hormonais, preservativos e métodos de barreira femininos.

Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15 e 49 anos (2019). Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Porcentagem de mulheres casadas ou em algum tipo de união entre os 15 e os 49 anos que pretendem parar ou postergar a gravidez mas não estão utilizando nenhum método contraceptivo.

Proporção de demanda atendida, mulheres entre 15 e 49 anos (2019). Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Porcentagem da demanda total de planejamento familiar atendida entre mulheres casadas ou em algum tipo de união de 15 a 49 anos. Prevalência contraceptiva ou prevalência de contraceptivos modernos dividida pela demanda total por planejamento familiar. A demanda total por planejamento familiar é a soma da prevalência contraceptiva e da demanda não atendida de planejamento familiar.

Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15 e 49 anos (1969, 1994, 2019). Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Porcentagem da demanda total de planejamento familiar entre mulheres casadas ou em algum tipo de união entre os 15 e os 49 anos atendida pelo uso de métodos contraceptivos modernos. Prevalência contraceptiva ou prevalência de contraceptivos modernos dividida pela demanda total por planejamento familiar. A demanda total por planejamento familiar é a soma da prevalência contraceptiva e da demanda não atendida de planejamento familiar.

Razão de Mortalidade Materna (RMM), óbitos por 100.000 nascidos vivos (1994 e 2015) e intervalo de incerteza RRM (UI 80%), estimativas Inferior e Superior (2015).

Fonte: Grupo Interinstitucional de Estimativa de Mortalidade Materna das Nações Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial e Divisão de População das Nações Unidas). 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 Interinstitucional de Estimativa de Mortalidade Materna (MMEIG), usando dados de sistemas de registro civil, pesquisas domiciliares e censos populacionais. O UNFPA, a OMS, o Banco Mundial, o UNICEF e a Divisão de População das Nações Unidas são membros do MMEIG. Estimativas e metodologias são revisadas regularmente pelo MMEIG e outras agências e instituições acadêmicas, quando necessário, são revisadas como parte do processo contínuo de melhoria dos dados de mortalidade materna. As estimativas não devem ser comparadas com as estimativas anteriores entre agências.

Percentual de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, (2017). Fonte: Base de dados global conjunta sobre assistência especializada ao nascer, 2017, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Mundial de Saúde (OMS). Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados do banco de dados global conjunto. Porcentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (médicos, enfermeiros ou parteiras) é a porcentagem de partos assistidos por pessoal de saúde treinado para prestar cuidados obstétricos que salvam vidas, incluindo supervisão, cuidados e aconselhamentos necessários às mulheres durante a gravidez, o trabalho de parto e o período pós-parto; partos realizados por conta própria; e cuidados a recém-nascidos. Assistentes tradicionais de parto, mesmo que recebam "um curso de treinamento curto", não estão incluídos.

A Divisão de População das Nações Unidas produz um conjunto sistemático e abrangente de estimativas anuais baseadas em modelos, sendo fornecidas projeções para uma série de indicadores de planejamento familiar para um período de 60 anos. Os indicadores incluem prevalência de contraceptivos, demandas não atendidas de planejamento familiar, demanda total por planejamento familiar e a porcentagem de demanda por planejamento familiar que é atendida entre mulheres casadas ou em algum tipo de união durante o período de 1970 a 2030. Um modelo hierárquico Bayesiano combinado com tendências temporais específicas de cada país foi utilizado para gerar as estimativas, projeções e avaliações de incerteza. O modelo promove o trabalho anterior e explica as diferenças por fonte de dados, população de amostra e métodos contraceptivos incluídos nas medidas de prevalência. Mais informações sobre estimativas baseadas no modelo de planejamento familiar, metodologia e atualizações podem ser encontradas em http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml. As estimativas baseiam-se nos dados específicos do país compilados no *World Contraceptive Use 2018*.

Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, percentual (2014). Fonte: UNFPA. Porcentagem de mulheres entre os 15 e os 49 anos que são casadas (ou estão em algum tipo de união), e que tomam as suas próprias decisões nas três áreas - relação sexual com o parceiro, uso de contraceptivos, e seus cuidados de saúde.

Indicadores para monitorar os objetivos da CIPD:

Adolescentes e Jovens

Taxa de fecundidade de adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos (2018)

Fonte: Banco de dados global de ODS. A taxa de fecundidade das adolescentes representa o risco de gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade. Para o registro civil, as taxas estão sujeitas a limitações que dependem da integralidade do registro de nascimento, do tratamento de crianças nascidas vivas, mas que morreram antes do registro ou nas primeiras 24 horas de vida, da qualidade das informações relatadas relativas à idade da mãe e da inclusão de nascimentos de períodos anteriores. As estimativas populacionais podem sofrer devido às limitações relacionadas à informação errônea sobre idade e abrangência. Para dados de pesquisas e censos, tanto o numerador quanto o denominador são provenientes da mesma população. As principais limitações dizem respeito à informação incorreta sobre a idade, omissões de nascimentos, declaração incorreta da data de nascimento da criança e variabilidade amostral no caso de pesquisas.

Casamento infantil até os 18 anos, percentual (2017).

Fonte: banco de dados global do SDG. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em informações do banco de dados global do SDG. Proporção de mulheres com idade entre 20 e 24 anos que eram casadas ou estavam em algum tipo de união antes dos 18 anos.

Prevalência de Mutilação Genital Feminina (MGF) entre meninas de 15 a 19 anos (2017).

Fonte: UNFPA Proporção de meninas entre os 15 e os 19 anos que sofreram mutilação genital feminina.

Taxa de matrícula líquida ajustada, educação primária, percentual (2017). Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Porcentagem de crianças do grupo etário oficial que estão matriculadas no ensino primário ou secundário.

Índice de paridade de gênero, ensino primário (2017). Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Razão entre os valores feminino e masculino da taxa líquida ajustada de matrícula na escola primária.

Taxa de matrícula líquida, ensino secundário, percentual (2017).

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Porcentagem de crianças do grupo etário oficial secundário que estão matriculadas no ensino secundário.

Índice de paridade de gênero, ensino médio (2017).

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Razão entre os valores feminino e masculino de matrículas líquidas no ensino secundário.

Indicadores demográficos

População

População total em milhões (1969, 1994 e 2019).

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados de Divisão de População das Nações Unidas. Tamanho estimado de populações nacionais em meados do ano.

Fecundidade

Taxa de fecundidade total, por mulher (1969, 1994 e 2019).

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Número de crianças que nasceriam por mulher se ela vivesse até o final de seus anos férteis e tivesse filhos em cada idade, de acordo com as taxas de fecundidade prevalentes por idade.

Expectativa de vida

Expectativa de vida ao nascer, anos (1969, 1994 e 2019).

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Número de anos que os recém-nascidos viveriam se sujeitos aos riscos de mortalidade prevalentes para a seção transversal da população no momento de seu nascimento.

Mudança Populacional

Taxa média anual de crescimento populacional, percentual (2010-2019). Fonte: Cálculo do UNFPA baseado em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Taxa exponencial média de crescimento da população durante um determinado período, com base em uma projeção de variante média.

Composição Populacional

População de 0 a 14 anos de idade (2019). Fonte: Cálculo do UNFPA baseado em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Proporção da população entre 0 e 14 anos de idade.

População com idade entre 10 e 24 anos, percentual (2019).

Fonte: Cálculo do UNFPA baseado em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Proporção da população entre 10 e 24 anos de idade.

População com idade entre 15 e 64 anos (2019). Fonte: Cálculo do UNFPA baseado em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Proporção da população entre os 15 e os 64 anos.

População com 65 anos ou mais, percentual (2019). Fonte: Cálculo do UNFPA baseado em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Proporção da população com 65 anos ou mais.

Classificações regionais

As médias do UNFPA apresentadas no final das tabelas estatísticas são calculadas usando dados de países e áreas, conforme abaixo.

Região dos Estados Árabes

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

Região da Ásia e do Pacífico

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

Europa Oriental e região da Ásia Central

Albânia; Armênia; Azerbaijão; Bielorrússia; Bósnia e Herzegovina; Geórgia; Cazaquistão; Quirguistão; Moldávia, Macedônia do Norte, República da; Sérvia; Tajiquistão; Turquia; Turquemenistão; Ucrânia, Uzbequistão.

Região da África Oriental e Austral

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

Região da América Latina e Caribe

Anguilla; Antígua e Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bermudas; Bolívia (Estado Plurinacional da); Brasil; Ilhas Virgens Britânicas; Ilhas Cayman; Chile; Colômbia; Costa Rica; Cuba; Curaçao; Dominica; República Dominicana; Equador; El Salvador; Granada; Guatemala; Guiana; Haiti; Honduras; Jamaica; México; Montserrat; Nicarágua; Panamá; Paraguai; Peru; São Cristóvão e Névis; Santa Lúcia; São Vicente e Granadinas; Saint Martin; Suriname; Trinidad e Tobago; Ilhas Turcas e Caicos; Uruguai; Venezuela (República Bolivariana de)

Região da África Ocidental e Central

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

As regiões mais desenvolvidas compreendem as regiões da Divisão de População das Nações Unidas da Europa, América do Norte, Austrália / Nova Zelândia e Japão.

As regiões menos desenvolvidas compreendem todas as regiões da Divisão de População das Nações Unidas da África, Ásia (exceto Japão), América Latina e Caribe, além da Melanésia, Micronésia e Polinésia.

Os países menos desenvolvidos, conforme 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) foram incluídos 47 países (em março de 2018): 33 na África, 9 na Ásia, 4 na Oceania e um na América Latina e Caribe. Afeganistão, Angola, Bangladesh, Benin, Butão, Burkina Faso, Burundi, Camboja, República Centro-Africana, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Djibuti, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Haiti, Quiribáti, República Democrática Popular do Laos, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Mianmar, Nepal, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Ilhas Salomão, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, República Unida da Tanzânia, Vanuatu, Iêmen e Zâmbia também estão incluídos nas regiões menos desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

- Ali, Moazzam and others, 2018. "Assessment of Family Planning Service Availability and Readiness in 10 African Countries." *Global Health: Science and Practice* 6(3):473-483.
- Alkema, Leontine and others, 2016. "Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario-Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group." *The Lancet* 387(10017): 462-474.
- American Cancer Society, 2016. "Global Burden of Cancer in Women: Current Status, Trends and Interventions." Paris: Union for International Cancer Control World Cancer Congress.
- Ashford, Lori, 2001. "New Population Policies: Advancing Women's Health and Rights." *Population Bulletin* 56(1). Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Bloom, David E. and David Canning, 2004. "Global Demographic Change: Dimensions And Economic Significance." *Proceedings: Economic Policy Symposium, Jackson Hole, Federal Reserve Bank of Kansas City* August: 9-56.
- Bloom, David E. and others, 2000. "Population Dynamics and Economic Growth in Asia." *Population and Development Review: Population and Economic Change in East Asia Supplement* 26: 257-290.
- Bloom, David E. and others, 2007. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." Working Paper. No. 25. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health Program on the Global Demography of Aging.
- Bongaarts, John and others, 2012. *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Bruce, Judith, 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91.
- Campbell, Jim and others, 2013. "A Universal Truth: No Health Without a Workforce." Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization.
- Chynoweth, Sarah K., 2015. "Advancing Reproductive Health on the Humanitarian Agenda: The 2012-2014 Global Review." *Conflict and Health* 9(Suppl. 1): 11.
- Claeys, Vicky, 2010. "Brave and Angry—The Creation and Development of the International Planned Parenthood Federation (IPPF)." *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(Suppl. 2): S67-S76.
- Coale, Ansley and Edgar Malone Hoover, 1958. *Population Growth and Economic Development in Low Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Cohen, Sylvie I. and Tevia Abrams, 2002. "Broadening Choices: Information, Education, Communication, and Advocacy." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 248-276.
- Davis, Kingsley, 1967. "Population Policy: Will Current Programs Succeed?" *Science* 158(3802): 730-739.
- Deese, Brian and Ronald A. Klain, 2017. "Another Deadly Consequence of Climate Change: The Spread of Dangerous Diseases." *The Washington Post* 30 May 2017.
- Delany-Moretlwe, Sinead and others, 2015. "Providing Comprehensive Health Services for Young Key Populations: Needs, Barriers and Gaps." *JIAS: Journal of the International AIDS Society* 18(2)(Suppl. 1):19833.
- Draper, William H. and others, 1959. "Composite Report of the President's Committee to Study the United States Military Assistance Program (The Draper Report)," Vol. 1. Washington, D.C.: United States, Office of the President.
- Edmeades, Jeffrey and others, 2018. "Conceptual Framework for Reproductive Empowerment: Empowering Individuals and Couples to Improve their Health." Background Paper. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Edwards, Robert G. and others, 1969. "Early Stages of Fertilization *in vitro* of Human Oocytes Matured *in vitro*." *Nature* 221:632-635.
- Ehrlich, Paul, R., 1968. *The Population Bomb*. New York: Ballantine Books.
- Elson, Diane, and Marzia Fontana, 2019. "Conceptualizing Gender-Equitable Inclusive Growth." *Gender Equality and Inclusive Growth: Economic Policies to Achieve Sustainable Development*. New York: UN Women.
- FP2020 (Family Planning 2020), 2018. *Catalyzing Collaboration*. Washington, D.C.: FP2020.
- García-Moreno, Claudia and others, 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence*. Geneva: World Health Organization.
- Goldberg, Michelle, 2009. *The Means of Reproduction: Sex, Power, and the Future of the World*. New York: The Penguin Press.
- Greig, Alan and Jerker Edström, 2012. "Mobilising Men in Practice: Challenging Sexual and Gender-based Violence in Institutional Settings." Brighton: Institute of Development Studies.
- Guttmacher Institute, 2017. "Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health 2017." New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017, accessed 1 December 2018.
- Haberland, Nicole, 2015. "The Case for Addressing Gender and Power in Sexuality and HIV Education: A Comprehensive Review of Evaluation Studies." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(1): 31.
- Heil, Sarah H. and others, 2012. "Incentives to Promote Family Planning." *Preventive Medicine* 55: S106-S112

- Heise, Lori and others, forthcoming. "Gender Inequality and Restrictive Gender Norms: Framing the Challenges to Health." *The Lancet*.
- Hook, Christopher and others, 2018. "Getting to Equal: Engaging Men and Boys in Sexual and Reproductive Health and Rights and Gender Equality." Washington, D.C.: Promundo-US.
- Huezo, Carlos, and Soledad Diaz, 1993. "Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs." *Advances in Contraception* 9(2): 129-139.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee) and European Commission, 2019. "INFORM Report 2019: Shared Evidence for Managing Crises and Disasters." Geneva: IASC and the European Commission.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee), 2009. *Health Cluster Guide: A Practical Guide for Country-Level Implementation of the Health Cluster*. Geneva: World Health Organization.
- ICC (International Criminal Court), 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." The Hague, Netherlands: ICC.
- IDMC (Internal Displacement Monitoring Centre), 2018. "Global Report on Internal Displacement 2018." Geneva: IDMC.
- IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies), 2018. "World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind." Geneva: IFRC.
- IOM (International Organization for Migration), 2017. "World Migration Report 2018." Geneva: IOM.
- John, Neetu A. and others, 2017. "Gender Socialization During Adolescence in Low- and Middle-Income Countries: Conceptualization, Influences and Outcomes." Innocenti Discussion Paper 2017-01. Florence: Innocenti.
- Joshi, Shareen and T. Paul Schultz, 2007. "Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh." Center Discussion Paper No. 951. New Haven, Connecticut: Economic Growth Center.
- Liao, Pamela Verma and Janet Dollin, 2012. "Half a Century of the Oral Contraceptive Pill: Historical Review and View to the Future." *Canadian Family Physician Medecin de famille canadien* 58(12): e757-760.
- Lutz, Wolfgang and others, 2008. "The Demography of Educational Attainment and Economic Growth." *Science* 319(5866): 1047-1048.
- Maceira, Daniel, 2005. "Decentralisation and Implications for Sexual and Reproductive Health Services: Policy Brief." South Africa: School of Public Health, University of the Witwatersrand.
- MacQuarrie, Kerry and Edmeades, Jeffrey, 2015. *Child Grooms: Prevalence and Correlates of Early Marriage among Men*. Paper presented at the Annual Meetings of the Population Association of America, San Diego, CA, USA, April 30-May 2, 2015.
- Meadows, Donella H. and others, 1972. *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. Milford, Connecticut: Universe Books.
- Michaud, Catherine and Christopher J.L. Murray, 1994. "External Assistance to the Health Sector in Developing Countries: A Detailed Analysis, 1972-90." *Bulletin of the World Health Organization* 72(4): 639-651.
- Miller, Suellan and others, 2016. "Beyond Too Little, Too Late and Too Much, Too Soon: A Pathway Towards Evidence-Based, Respectful Maternity Care Worldwide." *The Lancet* 388(10056): 2176-2192.
- National Research Council, 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Nizamuddin, Mohammad, 2002. "Shaping Population and Development Strategies." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 189-210.
- Nørgård, Jørgen Stig and others, 2010. "The History of the Limits to Growth." *Solutions* 1(2): 59-63.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2018. "Global Humanitarian Overview 2018." Website: unocha.org/sites/unocha/files/GHO2018.PDF, accessed 1 December 2018.
- Patton, George C. and others, 2016. "Our future: A Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing." *The Lancet* 387(10036), 2423-2478.
- Potts, Malcolm, 1992. "Contraception Is the Best Development" (Commentary). *The Lancet* 340(1201): 1155.
- Potts, Malcolm and others, 2018. "Why Did National Leaders in India, China, and Peru Impose Coercive Family Planning Policies?" *Juniper Online Journal of Public Health* 3(4): 555619.
- RamaRao, Saumya and Raji Mohanam, 2003. "The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects." *Studies in Family Planning* 34(4): 227-248.
- Rehnström Loi, Ulrika and others, 2015. "Health Care Providers' Perceptions of and Attitudes towards Induced Abortions in Sub-Saharan Africa and Southeast Asia: A Systematic Literature Review of Qualitative and Quantitative Data." *BMC Public Health* 15:139.
- Robinson, Warren C. and John A. Ross, eds., 2007. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Rockefeller, John David, 1978. "Population Growth: The Role of the Developed World." *Population and Development Review* 4(3): 509-516.
- Ross, John A. and Stephen L. Isaacs, 1988. "Costs, Payments, and Incentives in Family Planning Programs: A Review for Developing Countries." *Studies in Family Planning* 19(5): 270-283.
- Sedgh, Gilda and Rubina Hussain, 2014. "Reasons for Contraceptive Nonuse among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries." *Studies in Family Planning* 45(2): 151-169.
- Sinding, Steven W. and others, 1994. "Seeking Common Ground: Unmet Need and Demographic Goals." *International Family Planning Perspectives* 20(1): 23-27, 32.

- Singh, Jyoti Shankar, 2002. "UNFPA and the Global Conferences." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 152-174.
- Singh, Karan, 1976. "National Population Policy: A Statement of the Government of India." *Population and Development Review* 2(2): 309-312.
- Singh, Susheela and others, 2018. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York: Guttmacher Institute.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission." *The Lancet* 391(10140): 2642-2692.
- Stenberg, Karin and others, 2017. "Financing Transformative Health Systems towards Achievement of the Health Sustainable Development Goals: A Model for Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries." *Lancet Global Health* 5: e875-e887.
- Stoebenau, Kirsten and others, 2013. "Has Fertility Decline Contributed to Improvements in Women's Lives?" International Center for Research on Women Fertility & Empowerment Working Paper Series No. 012-2013-ICRW-FE. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women), 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN Women.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), 2018. "Miles To Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices. Global AIDS Update." Geneva: UNAIDS.
- UNCESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "The Right to the Highest Attainable Standard of Health." International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Article 12, General Comment No. 14. Geneva: UNCESCR.
- UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2018. "International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach." Paris: UNESCO.
- UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2015. "Emerging Evidence, Lessons and Practice in Comprehensive Sexuality Education: A Global Review 2015." Paris: UNESCO.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. "UNFPA Supplies." Website: unfpa.org/unfpa-supplies, accessed 28 November 2018.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. "Young Persons With Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based Violence, and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018b. "Humanitarian Action 2018 Overview." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018c. "Delivering Supplies When Crisis Strikes: Reproductive Health in Humanitarian Settings." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. "State of World Population 2017: Worlds Apart." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2016. "Adolescent Girls in Disaster and Conflict: Interventions for Improving Access to Sexual and Reproductive Health Services." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2016a. "State of World Population 2016: 10: How Our World Depends on a Girl at this Decisive Age." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014. "The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014a. "Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2012, Estimates for 2013/2014, Projections for 2015." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2004. "The State of World Population 2004. The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "How to Transform a Social Norm." New York: UNFPA and UNICEF.
- UNFPA Bangladesh (United Nations Population Fund Bangladesh Country Office), 2018. "Safer Spaces, Gender Equality, Choices in Life and Love." Website: bangladesh.unfpa.org/en/news/safer-spaces-gender-equality-choices-life-and-love, accessed 2 December 2018.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 2018. "Global Trends in Forced Displacement 2017." Geneva: UNHCR.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1999. *Reproductive Health in Emergency Situations: An Inter-Agency Field Manual*. Geneva: UNHCR.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1991. *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. Geneva: UNHCR.
- UNICEF (United Nations Children's Fund) and WHO (World Health Organization), 2017. "Tracking Progress Towards Universal Coverage of Reproductive, Newborn and Child Health: The 2017 Report." Washington, D.C.: UNICEF and WHO.
- United Nations, 2018. "Report of the United Nations High Commissioner for Refugees. Part II: Global Compact on Refugees." A/73/12 (Part II). New York: United Nations General Assembly.
- United Nations, 2018a. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. New York: United Nations.

- United Nations, 2018b. "Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2017. "World Population Prospects 2017." Website: population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality, accessed 28 November 2018.
- United Nations, 2017a. "Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet." ST/ESA/SER.A/396. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2016. "New York Declaration for Refugees and Migrants." New York: United Nations.
- United Nations, 2016a. "High-Level Panel on Humanitarian Financing Report to the Secretary-General: Too Important to Fail—Addressing the Humanitarian Financing Gap." New York: United Nations.
- United Nations, 2015. "Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015." ST/ESA/SER.A/349. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2015a. "World Population Policies Database." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2014. "Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary-General." New York: United Nations.
- United Nations, 2014a. "Programme of Action: Adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5-13 September 1994. 20th Anniversary Edition." New York: United Nations.
- United Nations, 2013. *World Population Policies 2013*. New York: United Nations.
- United Nations, 1999. "Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development." A/RES/S-21/2. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations, 1995. "Population Consensus at Cairo, Mexico City and Bucharest: An Analytical Comparison." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 1995a. "Beijing Declaration and Platform for Action." New York: United Nations.
- United Nations, 1968. "Final Act of the International Conference on Human Rights (Tehran Declaration)." New York: United Nations.
- USAID (United States Agency for International Development), 2014. "High Impact Practices in Family Planning. Financing Commodities and Services: Mobilizing Resources to Sustain Current and Future Family Planning Demand." Washington, D.C.: United States Agency for International Development.
- Vu A. and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-analysis". *PLOS Currents Disasters*. Website: <http://currents.plos.org/disasters/article/the-prevalence-of-sexual-violence-among-female-refugees-in-complex-humanitarian-emergencies-a-systematic-review-and-meta-analysis>. Accessed 5 March 2019.
- Wang, Feng and others, 2016. "The End of China's One-Child Policy." *Studies in Family Planning* 47(1): 83-86.
- Weerakoon, Bradman, 2002. "Broadening Partnerships." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 95-112.
- WHO (World Health Organization), 2018. "Quality, Equity, Dignity: the Network to Improve Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health. Strategic Objectives." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2018a. "Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2009. "Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2011. "Strengthening Country Office Capacity to Support Sexual and Reproductive Health in the New Aid Environment: Report of a Technical Consultation Meeting: Wrap-Up Assessment of the 2008-2011 UNFPA-WHO Collaborative Project." WHO/RHR/11.29. Geneva: WHO and UNFPA.
- WHO (World Health Organization) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "Declaration of Astana." Geneva: WHO and UNICEF.
- World Bank, 2012. "World Development Report 2012: Gender Equality and Development". Washington, D.C.: The World Bank.
- Wulf, Deirde, 1994. *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children.



Fundo de População
das Nações Unidas

Assegurando direitos e opções para todos desde 1969

Fundo de População das Nações Unidas no Brasil

Casa da ONU

Setor de Embaixadas Norte - SEN

Quadra 802 Conjunto C Lote 17

Brasília - DF

unfpa.org.br

    @unfpabrazil

ISBN 978-85-98579-21-4

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-98579-21-4



9 788598 579214