

POR ESCOLHA, NÃO POR ACASO

PLANEJAMENTO FAMILIAR,
DIREITOS HUMANOS E
DESENVOLVIMENTO



UNFPA

Relatório sobre a Situação da População Mundial 2012

Todos os países devem tomar medidas para atender às necessidades de planejamento familiar de suas populações, tão logo quanto possível, e devem, em todos os casos, até o ano de 2015, procurar prover o acesso universal a toda uma série de métodos seguros e confiáveis de planejamento familiar e aos serviços correlatos de saúde reprodutiva que não sejam contrários à lei. O objetivo deve ser o de ajudar casais e indivíduos a alcançar suas metas reprodutivas e a oferecer-lhes a plena oportunidade de exercer o direito que têm de ter filhos por escolha.

—Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, parágrafo 7.16

Situação da População Mundial 2012

Este relatório foi produzido pela Divisão de Informação e Relações Externas do UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas.

EQUIPE EDITORIAL

Editor: Richard Kollodge
Editor associado: Robert Puchalik
Auxiliar editorial e administrativo: Mirey Chajub
Gerente de distribuição: Jayesh Gulrajani

AGRADECIMENTOS

A equipe editorial agradece ao grupo consultor do UNFPA por sua orientação, na conceituação e no desenvolvimento do relatório, e por oferecer inestimáveis aportes às suas versões preliminares. O grupo foi formado por: Alfonso Barragues, Beatriz de la Mora, Abubakar Dungus, Werner Haug, Michael Herrmann, Mona Kaidbey, Laura Laski, Edilberto Loaiza, Kechi Ogbuagu, Niyi Ojuolape, Nuriye Ortayli e Jagdish Upadhyay.

As versões preliminares também contaram com as revisões de Anne-Birgitte Albrechtsen, Klaus Beck, Ysabel Blanco, Delia Barcelona, Saturnin Epie, François Farah, Kate Gilmore, Elena Pirondini e Ziad Rifai.

Hafedh Chekir, Thea Fierens, Nobuko Horibe, Bunmi Makinwa e Marcela Suazo também contribuíram substancialmente para o desenvolvimento do relatório. Mohamed Afifi, Monique Clesca, Jorge Cordoba, Adebayo Fayoyin, Sonia Heckadon, Gabriela Iancu, Yanmin Lin, Suzanne Mandong, William Ryan e Sherin Saadallah ofereceram apoio adicional.

A equipe editorial agradece a Marisabel Agosto por seu forte envolvimento com o relatório, durante seu desenvolvimento, redação e editoração. Muitos agradecimentos são devidos também a Karin Ringheim e a David Levinger por suas contribuições ao relatório.

Capa: *Mãe e filha, no Paquistão.*

©Panos/Peter Barker

SOBRE OS AUTORES

Margaret Greene

Margaret Greene, redatora-chefe e pesquisadora, dedicou-se, por quase 20 anos, ao estudo e à pesquisa sobre os determinantes sociais e culturais da saúde, a saúde reprodutiva de adolescentes, a política do desenvolvimento e o gênero. É amplamente conhecida por sua pesquisa e defesa das condições que meninas e mulheres enfrentam nos países pobres e sobre o engajamento de homens e meninos pela igualdade de gênero. Atualmente, dirige o *GreeneWorks*, um grupo de consultoria que trabalha na promoção de mudanças sociais na saúde e no desenvolvimento. É presidente do conselho da Promundo-EUA e da *Willows Foundation* que presta serviços de saúde reprodutiva, na Turquia. A Dra. Greene é mestre e doutora em demografia pela Universidade de Pensilvânia e bacharel em linguística pela Universidade de Yale.

Shareen Joshi

Shareen Joshi, pesquisadora e redatora do Capítulo 4, é professora visitante da cadeira de Desenvolvimento Internacional da Escola de Relações Internacionais da Universidade de Georgetown, em Washington, DC, e ministra cursos de economia e desenvolvimento político, pobreza, gênero e política e abordagens integradas para o desenvolvimento sustentável. Possui doutorado e dois mestrados em economia pela Universidade de Yale. Bacharelou-se em matemática na Reed College de Portland, Oregon.

Omar Robles

Omar Robles trabalha como consultor na área da saúde, gênero e desenvolvimento. Conduziu treinamentos em programação voltada para as questões de gênero para o UNFPA na Indonésia e, atualmente, é consultor de gênero da equipe de deslocamentos de emergência da CARE International. Antes de se dedicar à consultoria, Omar ocupou o cargo de assessor para políticas de gênero e saúde da Iniciativa Global de Políticas de Saúde da USAID, implementada pelo *Futures Group*. Possui mestrado em saúde pública, políticas e administração em saúde pela Escola Gillings de Saúde Pública Global da Universidade de North Carolina e concluiu bacharelado em jornalismo e comunicação de massa pela mesma universidade.

Esta edição em português foi elaborada pelo Escritório do UNFPA no Brasil, com apoio dos Escritórios do UNFPA em Moçambique e Angola.

Representante do UNFPA no Brasil: Harold Robinson
Coordenação Editorial: Ulisses Lacava Bigaton
Tradução: Eleny Corina Heller

Revisão técnica: Fernanda Lopes
Revisão de texto: Maria do Socorro Dias Novaes de Senne
Divulgação: Gabriela Borelli e Luciano Carvalho
Diagramação e arte-finalização: DUO Design

Agradecimentos especiais à equipe do UNFPA Brasil pelo apoio



POR ESCOLHA, NÃO POR ACASO

PLANEJAMENTO FAMILIAR, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO

Prefácio página ii

Panorama Geral página iv

1 O direito ao planejamento familiar página 1

2 Analisar dados e tendências para entender as necessidades página 17

3 Desafios da universalização do acesso a todas e todos página 40

4 O impacto social e econômico do planejamento familiar página 72

5 Custos e economias resultantes do direito ao planejamento familiar página 88

6 Tornar universal o direito ao planejamento familiar página 100

Indicadores página 114

Bibliografia página 125

◀ *Adolescente participa de reunião de informação sobre planejamento familiar, na Dominica.*

©Panos/Philip Wolmuth.



Prefácio

O **direito individual** de decidir livre e responsavelmente sobre quantos filhos ter e quando tê-los vem sendo há décadas o princípio norteador do direito à saúde sexual e reprodutiva, inclusive do planejamento familiar voluntário, especialmente a partir de 1994, quando 179 governos reuniram-se e aprovaram o inovador Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a CIPD.

A CIPD marcou uma grande mudança de paradigma no campo da população e desenvolvimento, substituindo a abordagem do planejamento familiar guiada pelas orientações demográficas por outra, baseada em direitos humanos e nas necessidades, aspirações e circunstâncias de vida de cada mulher.

O impacto desse marco foi revolucionário para centenas de milhões de mulheres e jovens que, nos últimos 18 anos, conquistaram poder e meios para evitar ou retardar a gravidez.

Os resultados da abordagem baseada em direitos para a saúde sexual e reprodutiva e para o planejamento familiar foram extraordinários. Milhões de mulheres puderam ter menos filhos e puderam começar a constituir suas famílias mais tarde, tendo assim oportunidade de completar os estudos, ganhar mais e escapar da armadilha da pobreza.

Inúmeras pesquisas demonstraram que as mulheres que empregam o planejamento familiar são, em geral, mais saudáveis, mais escolarizadas, ocupam espaços de mais poder em suas famílias e comunidades e são economicamente mais produtivas. E que nos lares onde os pais têm o poder e os meios para decidir o número e espaçamento entre gravidezes, os filhos tendem a ser mais saudáveis, a apresentar melhor desempenho escolar e a ganhar salários mais altos, quando se tornam adultos.

Hoje há provas indiscutíveis de que, quando

integrado a iniciativas de desenvolvimento econômico e social, o planejamento familiar pode gerar efeito multiplicador positivo para o desenvolvimento humano e para o bem-estar de nações inteiras.

Os visionários que forjaram o Programa de Ação da CIPD, em 1994, têm muito de que se orgulhar; o progresso realizado desde então tem sido notável.

Ainda assim, para onde quer que eu viaje, continuo a encontrar mulheres e meninas que me dizem não poder exercer seu direito ao planejamento familiar e que acabam tendo mais filhos do que pretendiam, o que as onera economicamente, prejudica sua saúde e mina as oportunidades de terem uma vida melhor para elas e suas famílias.

Estatísticas recentes demonstram que 867 milhões de mulheres em idade reprodutiva, em países em desenvolvimento, têm necessidade de contraceptivos modernos. Desse total, 645 milhões têm acesso a eles. Mas incríveis 222 milhões não têm. Isto é indesculpável. O planejamento familiar é um *direito humano*. Deve, portanto, estar disponível a todas as pessoas que o desejam. Mas, claramente, esse direito ainda não foi estendido a todas e todos, especialmente nos países mais pobres.

Os obstáculos permanecem. Alguns têm a ver com a qualidade e a disponibilidade de suprimentos e serviços, mas, muitos outros, com circunstâncias econômicas e limitações sociais. Independentemente do



tipo, eles precisam ser removidos.

Reconhecendo a urgência em se abordar esta prolongada e massiva necessidade não atendida de planejamento familiar, o UNFPA, o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido, a Fundação Bill e Melinda Gates e outros parceiros organizaram uma cúpula, em julho de 2012, que coletou US\$2 bilhões em compromissos de financiamento oferecidos por países em desenvolvimento e US\$2,6 bilhões oferecidos por nações doadoras. Este novo financiamento tem por objetivo disponibilizar o planejamento familiar voluntário para mais 120 milhões de mulheres e adolescentes de países em desenvolvimento até 2020. Mas são necessários recursos adicionais e comprometimento político para responder a *toda* a necessidade não atendida.

O planejamento familiar é essencial para vários dos objetivos da comunidade internacional - melhoria da saúde materna e infantil, promoção da

igualdade de gênero, ampliação do acesso à educação, capacitação dos jovens para a plena participação em suas economias e comunidades e redução da pobreza. Deve, portanto, ser totalmente integrado em todas as atuais e futuras iniciativas de desenvolvimento, inclusive no marco do desenvolvimento global sustentável sobre o qual serão edificadas as Metas de Desenvolvimento do Milênio, após 2015.

A comunidade internacional assumiu um compromisso, em 1994, para com todas as mulheres, homens e jovens de proteger seus direitos individuais, permitindo que possam tomar uma de suas decisões mais importantes na vida. É tempo de efetivarmos esse compromisso e tornarmos o planejamento familiar disponível a todas e todos.

Dr. Babatunde Osotimehin

Subsecretário-Geral das Nações Unidas e
Diretor Executivo do UNFPA,
Fundo de População das Nações Unidas

▲ O Diretor Executivo do UNFPA, Babatunde Osotimehin, compromete-se a oferecer assistência continuada em saúde reprodutiva e planejamento familiar a voluntário, nas Filipinas.
©UNFPA.

Panorama Geral

Governos de 179 países afirmaram o direito individual ao planejamento familiar na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, CIPD, em 1994, quando os signatários de seu Programa de Ação declararam que “o objetivo dos programas de planejamento familiar deve ser o de capacitar casais e indivíduos a decidir livre e responsavelmente sobre o número e espaçamento entre gravidezes e dispor das informações e meios para assim o fazer.” Esta afirmação marcou uma mudança de paradigma na maneira pela qual governos e organizações internacionais viam as questões de desenvolvimento e de população.

O planejamento familiar é essencial para que os indivíduos possam exercer seus direitos reprodutivos e outros direitos humanos básicos. O consenso internacional sobre o direito de decidir o momento e o espaçamento entre gravidezes é resultado de décadas de pesquisa, argumentação e debate. Como reflexo desse consenso, há hoje um renovado enfoque da comunidade do desenvolvimento na necessidade de mais ação política e programática para assegurar que todos possam exercer igualmente o direito de acesso a serviços, insumos e informações de alta qualidade, quando deles necessitem.

Para se assegurar a saúde sexual e reprodutiva, uma ampla escala de serviços tem de ser oferecida. O planejamento familiar é apenas um desses serviços e deve ser integrado com:

- atendimento básico à saúde, bem como acompanhamento pré-natal, parto seguro e atendimento pós-parto;
- prevenção e tratamento apropriado da infertilidade;
- gestão das consequências de abortos inseguros;
- tratamento das infecções do aparelho reprodutivo;
- prevenção, atendimento e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e do HIV/Aids;
- informação, educação e aconselhamento sobre sexualidade humana e saúde reprodutiva;

- prevenção e vigilância da violência contra mulheres e atendimento às mulheres agredidas e
- outras ações para a eliminação de práticas tradicionais danosas, como a mutilação genital feminina.

Este relatório está voltado para o planejamento familiar voluntário e direitos porque:

- O direito básico de todos os casais e indivíduos de decidir, livre e responsavelmente, sobre o momento e número de filhos que terão é entendido como uma dimensão essencial dos direitos reprodutivos, juntamente com o direito de alcançar o mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, e o direito de todas e todos de tomar decisões reprodutivas, livres de discriminação, coerção e violência.
- O fato de a pessoa poder planejar o momento de ter filhos e o tamanho de sua família determina de forma muito próxima o alcance de outros direitos.
- E o direito ao planejamento familiar é um direito pelo qual muitas pessoas tiveram de lutar e que ainda hoje precisa ser defendido, a despeito dos sólidos marcos globais de direitos e desenvolvimento nos quais está apoiado.



◀ *Mulheres que podem planejar suas famílias têm maior possibilidade de encaminhar seus filhos à escola. E quanto mais os filhos permanecem na escola, maiores serão os ganhos que receberão ao longo da vida, auxiliando-os a escapar da pobreza.*

©Lindsay Mgbor/UK
Departamento para
o Desenvolvimento
Internacional do
Reino Unido.

Mudança para a abordagem de direitos no planejamento familiar

O valor da abordagem baseada em direitos para o planejamento familiar é que ela trata os indivíduos como seres humanos plenos em seu próprio direito, como agentes ativos, não como beneficiários passivos. Esta abordagem é construída a partir da explícita identificação dos detentores de direitos (indivíduos) e dos portadores de obrigações (governos e outros), estes responsáveis pelo cumprimento dos direitos. Hoje, o planejamento familiar é amplamente aceito como fundamento básico para toda uma escala de direitos.

Por essa razão, o enfoque de direitos pode ser a premissa para o marco de desenvolvimento global sustentável que sucederá os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, ODMs, que se encerrarão em 2015. Em recente documento sobre a agenda pós-2015, o Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos enfatizou que “a crescente aceitação global do enfoque de direitos humanos para o desenvolvimento, baseado nos princípios da participação, responsabilização, não discriminação, empoderamento e nas normas da lei, nos dá a esperança de que está surgindo um modelo de desenvolvimento mais esclarecido”.

As abordagens baseadas em direitos - para o

planejamento familiar ou para outros aspectos do desenvolvimento sustentável - podem conduzir a uma maior equidade, igualdade e não discriminação.

Filhos por escolha, não por acaso

Este relatório da *Situação da População Mundial* explica por que o planejamento familiar é um direito humano e o que ele significa para as pessoas, tanto dos países em desenvolvimento como dos países desenvolvidos. O relatório sintetiza vários contextos para a saúde, saúde reprodutiva e planejamento familiar, enquanto contribui para sua construção, ao elevar o patamar da discussão sobre a importância de engajar os homens no planejamento familiar como parceiros nas relações e na vida, e como beneficiários dos serviços; enfatizar a necessidade de coletar mais dados e de elaborar programas que alcancem jovens solteiros e solteiras, bem como pessoas mais velhas; chamar a atenção para as altas taxas de gravidezes inesperadas e não desejadas, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos; e mostrar como o comportamento sexual, em mudança em diferentes contextos sociais e entre várias faixas etárias, cada vez mais se diversifica em relação aos velhos padrões de sexualidade, e como isto representa uma barreira para que o planejamento familiar se torne disponível e acessível a todos e todas.

O relatório está estruturado para responder às seguintes questões essenciais:

O que é uma abordagem ao planeamento familiar com enfoque de direitos?

O Capítulo 1 oferece uma visão geral dos compromissos internacionais para com a saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar voluntário, com particular ênfase no Programa de Ação da CIPD e no renovado compromisso internacional de investir no planeamento familiar em uma agenda de desenvolvimento sustentável pós-ODMs. O capítulo descreve as liberdades e prerrogativas associadas aos direitos reprodutivos, extraídas dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Ali estão traçadas, também, as obrigações do Estado no cumprimento do direito dos cidadãos de planejar suas famílias e um marco de responsabilização para monitorar sua implementação.

Onde houve avanços e quem ainda não pode exercer integralmente o direito ao planeamento familiar?

Os Capítulos 2 e 3 valem-se de pesquisas e evidências programáticas para descrever as tendências globais; neles são mostradas as disparidades no gozo dos benefícios do planeamento familiar. O Capítulo 2 chama a atenção para as desigualdades no planeamento familiar demonstradas por vários indicadores de grande importância. Desigualdades de acesso e uso de serviços nessa área são examinados entre níveis de saúde, ensino e local de residência. Nesse capítulo, discute-se o porquê de as pessoas empregarem métodos específicos, o uso predominante de métodos femininos e o impacto do planeamento familiar sobre o aborto. No Capítulo 3, discutem-se as relativamente elevadas necessidades não atendidas de grandes - e amplamente negligenciados - subgrupos populacionais específicos: jovens, solteiras e solteiros de todas as idades, homens e adolescentes, pessoas sem recursos e outros grupos socialmente marginalizados com restrito acesso à informação e aos serviços. Nesse capítulo, discute-se como a dinâmica da atividade sexual e os padrões de matrimônio estão mudando, e como essas mudanças afetam a necessidade de planeamento familiar.



Quais são os benefícios sociais e econômicos do enfoque de direitos no planejamento familiar?

O Capítulo 4 resume os benefícios sociais e econômicos da expansão do acesso ao planejamento familiar, com ênfase nas populações vulneráveis com maiores necessidades. Reduções na morbimortalidade materna, ganhos na educação feminina e melhoria das perspectivas de vida para as crianças estão entre os benefícios para os indivíduos, com amplas implicações para as famílias, comunidades e países. Quando os governos priorizam o planejamento familiar como parte de uma estratégia de desenvolvimento integrada, realizam um investimento estratégico que tanto atende à sua obrigação de proteger os direitos dos cidadãos como auxilia no alívio da pobreza e estimula o crescimento econômico.

Quais são as implicações em termos de custo do enfoque de direitos no planejamento familiar?

Os governos e as agências de desenvolvimento têm de investir mais recursos para realizar os ganhos individuais e os ganhos sociais e econômicos mais amplos que poderiam ser alcançados através do enfoque de direitos no planejamento familiar. O Capítulo 5 consolida a última pesquisa sobre avaliação de custo, pela qual se observa que a necessidade não atendida continuará a crescer à medida que mais jovens entram na idade reprodutiva. A pesquisa confirma que o planejamento familiar é um investimento em saúde pública com custo-benefício positivo. Levando-se em conta suas contribuições para o cumprimento dos direitos humanos e sua relação custo-benefício, o planejamento familiar é um investimento estratégico.

O que a comunidade internacional deveria fazer para implementar a abordagem baseada em direitos?

No Capítulo 6, são apresentadas recomendações para orientar futuros investimentos, políticas e programas. As partes interessadas de grande vulto devem reconhecer as desigualdades sistemáticas no planejamento familiar como violações aos direitos humanos e como obstáculo ao direcionamento de informações e serviços a populações vulneráveis. Famílias, comunidades, instituições e governos terão de modificar suas estratégias para assegurar que todos possam concretizar seu direito humano ao planejamento familiar. Este trabalho expandirá as abordagens convencionais aos programas de planejamento familiar e mostrará que é essencial a adoção de indicadores pós-ODMs que permitam avaliações variadas das disparidades na área da saúde sexual e reprodutiva.



O direito ao planejamento familiar

Um direito humano fundamental

Planejar o número e o momento de ter filhos é hoje algo tido como totalmente natural para milhões de pessoas que detêm os meios e o poder para tanto. Ainda assim, uma enorme proporção de pessoas no mundo não dispõe do direito de escolher quando e quantos filhos elas terão – ou porque não têm acesso a informações e serviços de planejamento familiar ou porque a qualidade dos serviços disponíveis é tão insatisfatória que preferem não usá-los, ficando, assim, à mercê da gravidez indesejada.

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), de 1994, a comunidade internacional chegou ao consenso de que o planejamento familiar deveria ser disponibilizado a todas e todos que o desejassem, e que os governos deveriam criar as condições para apoiar o direito dos indivíduos de planejar suas famílias. Mas pesquisas recentes demonstram que 222 milhões de mulheres, nos países em desenvolvimento, não dispõem hoje de meios para retardar a gravidez. Milhões de mulheres nos países desenvolvidos também não podem planejar suas famílias por falta de informação, educação e aconselhamento sobre planejamento familiar, não têm acesso a contraceptivos e enfrentam barreiras sociais, econômicas ou culturais, inclusive discriminação, coerção e violência, no contexto de suas vidas sexuais e reprodutivas.

O número e o espaçamento entre as gestações podem causar impacto sobre as perspectivas de escolaridade, renda e bem-estar de mulheres e adolescentes e, também, entre os homens. O direito ao planejamento familiar, portanto, permite o gozo de outros direitos, inclusive o direito à saúde, ao ensino e a uma vida com dignidade. Uma abordagem ao planejamento familiar, baseada em direitos e boa informação, é a intervenção que oferece o melhor custo - benefício para o tratamento da morbimortalidade materna. Assegurar o direito ao planejamento familiar, em última análise, pode acelerar o progresso do país quanto à redução da pobreza e ao alcance das metas de desenvolvimento. O acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, é tão importante que foi incluído nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações

◀ *Mães em palestra sobre contracepção, em Centro de Defesa Feminina no Paquistão.*
©Panos/Peter Barker.

“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos... Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição... Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.”

— Declaração Universal dos Direitos Humanos

Unidas. E será fundamental para o alcance de muitas das metas prioritárias que emergirão do marco para o desenvolvimento sustentável pós-2015.

Embora o planejamento familiar seja um direito fundamental, sua aplicação por vezes enfrenta as ambivalências disseminadas no âmbito das comunidades, sistemas de saúde e governos. O compromisso com o planejamento familiar pode ser enfraquecido se associado à atividade sexual e ao sentido que esta pode vir a ter, no contexto de valores sociais e culturais específicos. Em termos práticos, preocupações com a extensão de seu acesso a grupos particulares da população também podem minar um compromisso mais amplo com o planejamento familiar.

Muitos grupos, inclusive os de jovens e de solteiros, têm sido excluídos ou não têm se beneficiado de programas de planejamento familiar. A outros grupos, inclusive de pessoas com deficiência ou de idosos, tem sido negado o acesso a esses programas com base no conceito errôneo, e que ainda prevalece, de que eles não têm necessidades sexuais.

Este relatório defende a posição de que a incapacidade de determinar quando ter filhos e qual o tamanho das famílias resulta, e mais ainda reforça, a injustiça social e a falta de liberdade. Este estudo promove o direito ao planejamento familiar como um enfoque essencial e, por vezes, negligenciado, do leque de serviços que se faz necessário para a oferta de um apoio mais amplo à saúde sexual e

reprodutiva. Ele também enfatiza que o planejamento familiar é uma das intervenções de saúde pública e de desenvolvimento sustentável de melhor custo-benefício já desenvolvidas (Lavine, What Works Group e Kinder, 2004).

O planejamento familiar reforça outros direitos humanos

O mundo desenvolveu um entendimento global sobre saúde sexual e reprodutiva e os fatores institucionais, sociais, políticos e econômicos necessários para dar-lhe suporte. Esse entendimento compartilhado foi mais bem documentado em sua integralidade na CIPD, que marcou uma profunda mudança na abordagem da comunidade internacional quanto à saúde sexual e reprodutiva, e deu contornos a várias políticas atualmente em prática. O Programa de Ação da CIPD confirmou formalmente os direitos das pessoas de terem filhos por opção, e não por acaso.

Os indivíduos têm o direito de determinar o tamanho de sua família e o direito de escolher quando ter seus filhos. Várias características do Programa de Ação da CIPD contribuíram para tornar possível para mais pessoas o exercício de seus direitos reprodutivos. Em primeiro lugar, o Programa de Ação da CIPD contribuiu para o avanço dos direitos reprodutivos, ao definir o amplo

A CIPD define saúde sexual e reprodutiva como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social... em todas as matérias relativas ao sistema reprodutivo e às suas funções e processos. Saúde reprodutiva, portanto, implica em que a pessoa possa ter uma vida sexual gratificante e segura e que possa se reproduzir, tendo a liberdade de decidir-se, quando e com que frequência fazê-lo.”

— Programa de Ação da CIPD, parágrafo 7.2

conceito de “saúde sexual e reprodutiva,” e ao dar atenção às condições sociais que definem seu formato. O Programa confirmou a importância da saúde sexual e reprodutiva para as vidas das mulheres, bem como as específicas necessidades das e dos adolescentes e os papéis desempenhados pelos homens. E estabeleceu um mandato para que os programas de desenvolvimento levem em conta – e correspondam às exigências de – fatores sociais, políticos e econômicos que afetam as pessoas de modo distinto, em função de quem são, onde vivem e o que fazem.

Uma contribuição adicional da CIPD: enquanto os programas anteriores trataram o planejamento familiar como atividade isolada, o Programa de Ação situou-o no contexto de programas mais amplos de saúde sexual e reprodutiva. Os direitos reprodutivos repousam não apenas no reconhecimento do direito de casais e indivíduos de planejar sua família, mas no “direito de atingir o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. Isto também abrange seu direito de tomar decisões concernentes à reprodução livre de discriminação, coerção e violência, conforme expresso nos documentos de direitos humanos” (UNFPA, 1994).

Com a redução da preocupação sobre a gravidez indesejada, o planejamento familiar pode contribuir para edificar relações entre parceiros e assegurar uma vida sexual gratificante e segura. Respeitar, proteger e dar cumprimento aos direitos humanos dos indivíduos torna mais fácil para as pessoas o alcance do pleno benefício dos investimentos no planejamento familiar (Cottingham, Germain e Hunt 2012).

Compromissos internacionais

A saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos não representam um novo conjunto de direitos. São direitos já reconhecidos implícita ou explicitamente em leis nacionais, documentos de direitos humanos internacionais e outros documentos de consenso das Nações Unidas. Algumas dessas normas internacionais repousam sobre direitos humanos mais amplos que,

também, fundamentam o direito à saúde sexual e reprodutiva, inclusive ao planejamento familiar.

Os direitos reprodutivos abrangem tanto liberdades como direitos de âmbito civil, político, econômico, social e cultural. O direito de decidir o número e espaçamento entre gestações se insere integralmente no marco dos direitos reprodutivos e, portanto, está diretamente relacionado a outros direitos humanos básicos, dentre os quais se incluem:

- O direito à vida;
- O direito à liberdade e à segurança pessoal;
- O direito à saúde, inclusive à saúde sexual e reprodutiva;
- O direito ao consentimento ao matrimônio e à igualdade no matrimônio;
- O direito à privacidade;
- O direito à igualdade e à não discriminação;
- O direito de não ser objeto de tortura ou de outro tratamento ou punição cruel, desumano ou degradante;
- O direito ao ensino, inclusive o de acesso à educação sexual;
- O direito de participar da condução das questões de interesse público e o direito de participação livre, ativa e significativa;
- O direito de buscar, compartilhar e receber informações e de ter liberdade de expressão;
- O direito de beneficiar-se do progresso científico.

(Center for Reproductive Rights, 2009; International Planned Parenthood Federation, 1996).

Esses direitos derivam de numerosos tratados e convenções, internacionais e regionais. Como tal, refletem um entendimento comum de direitos humanos fundamentais. Esses e outros direitos humanos relacionados a direitos reprodutivos e a suas fontes estão estabelecidos no documento *Reproductive Rights are Human Rights* (Direitos Reprodutivos são Direitos Humanos, em tradução livre), do *Center for Reproductive Rights* (2009).

Correspondendo às realidades da desigualdade de gênero e à natureza da fisiologia reprodutiva, inúmeros documentos sobre direitos humanos fazem referência aos especiais desafios e discriminação que

Tratados, convenções e pactos relevantes à saúde e aos direitos reprodutivos

1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos , documento essencial que inspirou todo o discurso sobre direitos humanos e muitas constituições e leis nacionais, sendo fonte do direito consuetudinário internacional.
1968	Conferência sobre Direitos Humanos de Teerã proclama e declara o direito de indivíduos e casais à informação, ao acesso e à opção para determinar o número de filhos e o espaçamento entre gravidezes.
1969	Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial
1969	Declaração sobre Progresso Social e Desenvolvimento da Assembleia Geral das Nações Unidas , Resolução 2542 (XXIV), Artigo 4: “Os pais têm o direito exclusivo de determinar de forma livre e responsável o número e o espaçamento dos seus filhos.” A Assembleia também deliberou que a implantação deste direito requer o “fornecimento às famílias dos conhecimentos e dos meios necessários para lhes permitir exercer o seu direito...”
1974/1984	Plano de Ação da População Mundial , aprovado na Conferência Mundial sobre População de Bucareste, em 1974, e as 88 recomendações para sua posterior implantação, aprovadas na Conferência Internacional sobre População realizada na Cidade do México, em 1984.
1976	Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos é utilizado por grupos de direitos civis em sua luta contra abusos de poder político por parte de governos.
1976	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais , aprovado em 1966, com entrada em vigor em 1976. Em seu Artigo 12, reconhece o direito de todos de gozar do mais elevado padrão alcançável de saúde física e mental.
1979	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, na sigla em inglês) é o único documento internacional de direitos humanos que faz referência específica ao planejamento familiar como essencial para assegurar a saúde e o bem-estar das famílias. A CEDAW fornece a base para a concretização da igualdade entre mulheres e homens por assegurar àquelas igualdade de acesso e de oportunidades para a vida política e pública - incluindo o direito de voto e de candidatar-se à eleição - bem como o direito ao ensino, à saúde e ao emprego.
1986	Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento conclama ao desenvolvimento que objetiva o bem-estar de toda a população, à livre e significativa participação e à justa distribuição dos benefícios daí resultantes.
1989	Convenção sobre os Direitos da Criança estabelece padrões para a defesa da criança contra a negligência e o abuso, no mundo todo. Com o objetivo de proteger os melhores interesses da criança, ela visa a: <ul style="list-style-type: none">• Proteger as crianças de atos e práticas danosas, inclusive a exploração comercial e sexual, o abuso físico e mental, e sustenta que os pais serão auxiliados em suas responsabilidades de criação adequada de seus filhos, quando for necessária assistência.• Assegurar o direito da criança de ter acesso a determinados serviços, tais como atendimento à saúde e informação sobre sexualidade e reprodução.• Garantir a participação da criança em matérias concernentes à sua vida adulta. Isto inclui o exercício do direito de liberdade de expressão e opinião.
1993	Conferência Mundial de Direitos Humanos das Nações Unidas , realizada em Viena, afirmou os direitos das mulheres como direitos humanos.

1994	Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, 179 governos concordaram que população e desenvolvimento estão intrinsecamente ligados, e que empoderar as mulheres e atender às necessidades de ensino e saúde dos povos são medidas necessárias, tanto para o avanço dos indivíduos como para o desenvolvimento equilibrado. A conferência aprovou um Programa de Ação de 20 anos, enfocado nas necessidades e direitos do indivíduo, não em metas demográficas. Avançar na igualdade de gênero, eliminar a violência contra as mulheres e assegurar a capacidade destas de controlar sua própria fecundidade foram reconhecidos como pedras angulares das políticas populacionais e de desenvolvimento. As metas concretas da CIPD se centraram na oferta de acesso universal ao ensino, particularmente para meninas e mulheres jovens; redução da mortalidade neonatal, infantil e materna; e assegurar acesso universal, até 2015, ao atendimento à saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, parto assistido e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV.
1995	Declaração e Plataforma de Ação de Pequim. A Quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres reiterou a ampla definição de direito ao planejamento familiar estipulado no Programa de Ação da CIPD.
1999	Ações Essenciais para a Posterior Implantação do Programa de Ação da CIPD A perspectiva de gênero deve ser adotada em todos os processos de formulação e implantação de políticas e na oferta de serviços, especialmente no campo da saúde sexual e reprodutiva, inclusive no planejamento familiar. Enfatizou-se a necessidade de se priorizar a saúde sexual e reprodutiva, no contexto de uma reforma da saúde mais ampla, com especial atenção aos direitos e grupos excluídos.
2000	A Declaração do Milênio traçada por 189 nações que se comprometeram a erradicar a extrema pobreza até 2015. As ligações com a saúde reprodutiva foram inicialmente sub-representadas.
2001	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). Os Objetivos são como um mapa do caminho com metas mensuráveis e prazos claros; os objetivos relevantes para a saúde reprodutiva abrangem: <ul style="list-style-type: none"> • Redução em até três quartos da taxa de mortalidade materna, entre 1990 e 2015 (ODM-5). • Alcance do acesso universal à saúde reprodutiva até 2015 (ODM 5-B).
2004	57ª Assembleia Mundial da Saúde que aprovou a primeira estratégia da Organização Mundial da Saúde, sobre saúde reprodutiva, confirmou o Programa de Ação e instou os países a implantarem novas estratégias como parte dos esforços nacionais para o alcance dos ODMs. <ul style="list-style-type: none"> • Tornar a saúde sexual e reprodutiva parte integral do planejamento e da elaboração orçamentária, bem como do monitoramento e da elaboração de relatórios sobre o progresso para o alcance dos ODMs. • Fortalecer os sistemas de saúde para a oferta do acesso universal ao atendimento à saúde sexual e reprodutiva, com especial atenção aos pobres e a outros grupos marginalizados, incluindo adolescentes e homens.
2005	Cúpula Mundial 2005 , acompanhamento da Cúpula do Milênio de 2000. Líderes mundiais se comprometeram, quanto ao acesso universal à saúde reprodutiva até 2015, a promover a igualdade de gênero e a pôr fim à discriminação contra as mulheres.
2006	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
2010	Cúpula de Revisão dos ODM/10. Os líderes mundiais renovaram seu compromisso para com o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015, com a promoção da igualdade de gênero e com o fim à discriminação contra a mulher.
2011	O Comitê sobre a Eliminação de Discriminação Contra a Mulher emitiu uma decisão estabelecendo que todos os Estados têm a obrigação fundada nos direitos humanos de garantir às mulheres de todas as origens raciais e econômicas o acesso imediato e não discriminatório aos serviços de saúde materna apropriados.

mulheres e mulheres jovens enfrentam. Os direitos humanos de relevância mais direta para a desigualdade de gênero incluem o direito de estar livre das práticas discriminatórias que causam danos especialmente às mulheres e aos adolescentes, e o direito de estar livre da coerção sexual e da violência de gênero.

Saúde: um direito social e econômico

O Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP) e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) foram formalizados na década de 1960 para assegurar que os princípios referenciados na Declaração Universal dos Direitos Humanos fossem implantados. Os ativistas da área garantiram que o PIDCP tivesse um papel-chave na proteção dos indivíduos contra abusos de poder político por parte dos governos, enquanto o PIDESC é hoje um instrumento fundamental nos esforços dos ativistas para persuadir os governos a colocar o direito à moradia ou à alimentação em pé de igualdade com o direito ao voto (*The Economist*, 2001). Os ativistas comprometidos com alguns dos países mais pobres do mundo e oriundos desses países exigiram que a riqueza econômica e social fosse tratada como direito em lugares onde a ausência de acesso ao alimento e ao abrigo é tão gritante que faz até os direitos civis e políticos parecerem um luxo.

Desde 1998, a Organização Mundial da Saúde tem solicitado à comunidade internacional que formalmente respeite e sustente a saúde como direito humano. O desafio tem sido definir o que esses direitos sociais e econômicos – inclusive o direito à saúde – significam em termos concretos e específicos, de modo a facilitar sua defesa e implantação. Em 2000, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas definiu como “obrigações essenciais” dos governos possibilitar a igualdade de acesso a serviços de saúde e a oferta de alimentação suficiente, água potável, condições sanitárias e medicamentos essenciais.

Responsabilização pelos direitos

Não existe direito sem obrigação, e nenhuma obrigação tem sentido sem que alguém responda por ela. Os órgãos de monitoramento dos tratados das Nações Unidas estão encarregados de rastrear o cumprimento, pelos governos, dos acordos de direitos humanos de maior significância. Hoje, esses órgãos rotineiramente recomendam que os governos tomem ação no sentido da proteção à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos (*Center for Reproductive Rights*, 2009). Sob os auspícios de seu Conselho de Direitos Humanos, a cada 4 anos a Revisão Periódica Universal compila uma análise oficial dos registros de direitos humanos conduzida por cada um dos Estados-membros das Nações Unidas. Cada Estado tem a oportunidade de declarar as medidas que pôs em prática para a melhoria das situações de direitos humanos em seus países e para o cumprimento de suas obrigações nessa área.

O Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra Mulheres analisa evidências sobre a proteção de direitos humanos, em todo o mundo, e expede recomendações. Em 2011, por exemplo, o Comitê divulgou recomendações vigorosas aos governos do Nepal, Zâmbia e Costa Rica para que assegurassem os direitos sexuais e reprodutivos de seus cidadãos e cidadãs (*Center for Reproductive Rights*, 2011a). Um Grupo Especializado de Revisão independente foi criado em 2001 pelo secretário-geral das Nações Unidas para rastrear a *Global Strategy for Women's and Children's Health* (Estratégia Global para a Saúde de Mulheres e Crianças) e a *Commission on Information and Accountability* (Comissão de Informação e Responsabilização) (Organização Mundial da Saúde, 2010a). Com enfoque especial na garantia do comprometimento de recursos voltados para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 4 (redução das taxas de mortalidade infantil) e 5 (redução das taxas de mortalidade materna), o Grupo Especializado de Revisão

independente será mantido por 4 anos, devendo entregar seu primeiro relatório na Assembleia geral das Nações Unidas, em setembro de 2012.

As instituições nacionais de direitos humanos e os tribunais de justiça são diretamente responsáveis por assegurar o cumprimento dos direitos reprodutivos. A Comissão Nacional sobre Direitos Humanos do Quênia, por exemplo, recentemente conduziu uma pesquisa relacionada a toda uma escala de abusos aos direitos humanos praticada naquele país (Comissão Nacional sobre Direitos Humanos do Quênia). As denúncias foram levantadas no final de 2009 pela Federação de Mulheres Advogadas do Quênia e pelo *Center for Reproductive Rights*, e nelas alegavam-se violações de direitos reprodutivos nas clínicas de saúde quenianas. A Comissão averiguou que houve abuso de direitos, grandemente em consequência da falta de qualidade dos serviços, e apelou ao governo para que realizasse as necessárias melhorias.

A Corte Constitucional colombiana firmou importantes decisões, garantindo o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva (Corte Constitucional da Colômbia, 2012; Reprohealtlaw, 2012). Em 2012, por exemplo, o tribunal afirmou a legalidade da contracepção de emergência e assegurou o acesso a ela.

Em 2003, o UNFPA conduziu uma pesquisa global de experiências nacionais, 10 anos após a CIPD (UNFPA, 2005a). Dos 151 países pesquisados, 145 forneceram respostas sobre a aplicação dos direitos reprodutivos. Destes, 131 reportaram a adoção de novas políticas, planos, programas, estratégias ou leis nacionais sobre essa área.

Planejamento familiar e direitos humanos: um marco

Na CIPD, em 1994, a comunidade internacional traduziu seu reconhecimento do direito dos indivíduos ao planejamento familiar em um compromisso com a abordagem baseada em direitos humanos para



a saúde. O enfoque dessa abordagem está centrado na construção da capacidade de os Estados e de os indivíduos dar cumprimento aos direitos. Assim, não se trata apenas do fato de que as pessoas têm direitos, mas se trata também do fato de que o Estado tem a obrigação de respeitar, proteger e cumprir esses direitos (*Center for Reproductive Rights* e Fundo de População das Nações Unidas, 2010).

Em seu trabalho de apoio aos direitos humanos, as agências das Nações Unidas são guiadas pelo Entendimento Comum sobre Abordagem Baseada em Direitos Humanos na Cooperação para o Desenvolvimento das Nações Unidas (2003): na busca pelo cumprimento dos direitos huma-

▲ Grace Mathews, mãe de dois filhos, andou e pedalou sua bicicleta por 3 horas para obter contraceptivos. Ela optou pelo método injetável para retardar sua próxima gravidez.

©Lindsay Mgbor/
Departamento para
o Desenvolvimento
Internacional do Reino
Unido.

“Todos têm direito ao ensino, o qual deverá ser voltado para o pleno desenvolvimento dos recursos humanos, para a dignidade e para o potencial humano, com particular atenção às mulheres e às meninas. O ensino deverá ser voltado para fortalecer o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, inclusive aquelas relativas à população e ao desenvolvimento.”

— Programa de Ação da CIPD, Princípio 10.

nos, conforme estes se encontram estipulados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e em outros acordos internacionais centrados nessa área, “os padrões e princípios de direitos humanos devem guiar toda a cooperação e programação voltada para o desenvolvimento, em todos os setores e fases do processo de programação” (Organização Mundial da Saúde e Escritório do Alto Comissariado para Direitos Humanos, 2010). Uma abordagem baseada em direitos humanos é operacionalmente

▼ Mãe e filho em Kiribati.
©UNFPA/Ariela Zibiah.



dirigida para o desenvolvimento das capacidades de seus detentores de reclamá-los, e das capacidades dos portadores de deveres de cumprir suas obrigações (Portal de Práticas em Programação com Enfoque de Direitos das Nações Unidas).

As expressões práticas do direito ao planejamento familiar podem ser divididas em liberdades e prerrogativas dos indivíduos e obrigações do Estado (*Center for Reproductive Rights* e UNFPA, 2010). As liberdades e prerrogativas dos indivíduos dependem fortemente das obrigações do Estado de assegurar igualdade de oportunidades e progressivo cumprimento dos direitos humanos, inclusive o direito à saúde para todos, sem discriminação. Isto é alcançado através de estratégias que contribuem para a remoção de obstáculos e a adoção de medidas afirmativas que compensem os fatores que sistematicamente impedem o acesso de grupos específicos a serviços de qualidade.

Liberdades e prerrogativas dos indivíduos

O direito ao planejamento familiar habilita indivíduos e casais a ter acesso a um leque de *bens e serviços* de planejamento familiar de qualidade, inclusive à ampla escala de métodos voltados para homens e mulheres.

O direito à *informação e à educação sexual* é essencial para que a pessoa possa estar plenamente capacitada para gozar plenamente de suas demais prerrogativas. As pessoas precisam ter acesso a informações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, quer através de programas abrangentes de educação sexual nas escolas, quer através de campanhas, ou de aconselhamento e treinamento. Essa informação “deve ser cientificamente acurada, objetiva e isenta de preconceito e discriminação” (*Center for Reproductive Rights*, 2008).

O terceiro elemento do direito ao planejamento familiar é o *consentimento informado e a inexistência de discriminação, coerção ou violência*. Mulheres e homens, jovens e adolescentes devem estar aptos

a tomar decisões informadas que estejam isentas de coerção, discriminação ou violência (*Center for Reproductive Rights* e UNFPA, 2010; International Federation of Gynecology and Obstetrics for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2009).

Obrigações do Estado

O Programa de Ação da CIPD afirma que “os Estados devem tomar todas as medidas apropriadas para assegurar, com base na igualdade de homens e mulheres, o acesso universal a serviços de atendimento à saúde, inclusive aqueles relacionados aos cuidados em saúde reprodutiva, incluindo planejamento familiar e saúde sexual. Programas de atenção em saúde reprodutiva devem oferecer o maior leque de serviços sem qualquer coerção (UNFPA, 1994)”.

As obrigações do Estado de *respeitar, proteger e dar cumprimento ao direito a informações e serviços de contracepção* abrangem tanto as limitações em suas ações como as obrigações que ele deve assumir proativamente (*Center for Reproductive Rights* e UNFPA, 2010; Hunt e de Mesquita, 2007).

- **Respeito:** os Estados devem abster-se de interferir no gozo do direito ao planejamento familiar, não devendo restringir, por exemplo, o acesso a ele através de leis que imponham o consentimento de maridos ou pais, ou proibindo um determinado método de planejamento familiar.
- **Proteção:** os Estados também devem impedir que terceiros infringam o direito de acesso das pessoas a informações e serviços de planejamento familiar; por exemplo, nos casos de recusa por parte de farmacêuticos no fornecimento de métodos contraceptivos lícitamente comercializáveis.
- **Cumprimento:** os Estados estão obrigados a adotar medidas legislativas, orçamentárias, judiciais e/ou administrativas para o alcance do pleno direito das pessoas ao planejamento familiar, medidas essas que podem, por exemplo, requerer o subsídio de insumos e serviços.

Os governos podem ver-se impedidos, por limitações de recursos, ao cumprimento imediato de certos direitos econômicos, sociais e culturais que fundamentam o direito individual a informações e serviços de planejamento familiar. Aí se insere o princípio do “cumprimento progressivo”: reconhe-

ESTRATÉGIA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DO UNFPA 2012-2020

Meta: oferecer acesso ao planejamento familiar para mais 120 milhões de mulheres, em 69 países, até 2020.

A estratégia de planejamento familiar do UNFPA está fundada em princípios essenciais: abordagem baseada no enfoque de direitos que inclui o compromisso com a igualdade de gênero; equidade de serviços em termos geográficos, sociais e econômicos; foco na inovação e na eficiência; resultados sustentáveis e integração com as prioridades nacionais.

O compromisso do UNFPA com a integração dos direitos humanos nas políticas e programas de planejamento familiar enfatiza duas ações essenciais: todas as políticas, serviços, informações e comunicações devem atender a padrões de direitos humanos para emprego voluntário da contracepção e qualidade de atendimento na oferta de serviços. E devem ser tomadas ações para a redução da pobreza, da marginalização e da desigualdade de gênero que, frequentemente, são as raízes das violações ao direito ao planejamento familiar e do impedimento das pessoas em usufruir seu direito ao planejamento familiar (Cottingham, Germain e Hunt, 2010; *Center for Reproductive Rights* e UNFPA, 2010). Em seu enfoque em direitos, o UNFPA compromete-se, particularmente, a:

- Assegurar que os contraceptivos adquiridos atendam a necessidades específicas de gênero;
- *Informar homens, mulheres e jovens* sobre a disponibilidade de contraceptivos e onde estes podem ser encontrados – e apoiá-los no exercício de seus direitos ao planejamento familiar;
- Apoiar homens e mulheres na transformação de atitudes de gênero e barreiras culturais que impedem o acesso e emprego do planejamento familiar.

O enfoque do UNFPA é:

- Fortalecer o compromisso político e financeiro para o planejamento familiar;
- Aumentar a demanda para o planejamento familiar;
- Melhorar a gestão da cadeia de oferta nacional;
- Melhorar a disponibilidade e qualidade dos serviços de planejamento familiar;
- Melhorar a gestão do conhecimento sobre o planejamento familiar.

▼ *Mulheres fazem fila para receber serviços gratuitos de planejamento familiar. Estima-se que 222 milhões de mulheres, nos países em desenvolvimento, não têm acesso a métodos contraceptivos modernos.*

©Lindsay Mgbor/
Departamento para
o Desenvolvimento
Internacional do Reino
Unido.

cendo essas realidades, a lei de direitos humanos permite que o Estado demonstre que está tomando medidas “com vistas a alcançar progressivamente o pleno cumprimento” desses direitos, na medida da máxima disponibilidade de seus recursos (Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1966).

Além de alocar recursos, os Estados devem tomar medidas com o objetivo de incorporar o planejamento familiar nas políticas e programas

de saúde pública e estabelecer medidas em saúde reprodutiva que apoiem o monitoramento do progresso nacional no alcance das metas de planejamento familiar.

Um conjunto de “obrigações essenciais mínimas” não depende de recursos nacionais e, portanto, não está sujeito a cumprimento progressivo. Abrange a oferta de acesso a informações e serviços de planejamento familiar sem discriminação, e a oferta de medicamentos essenciais,



conforme definido no Programa de Ação de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde, os quais incluem todo o leque de métodos contraceptivos (*Center for Reproductive Rights* e UNFPA, 2010).

Uma abordagem baseada em direitos humanos para o planejamento familiar

Padrões de direitos humanos, conforme estipulados em tratados internacionais e posteriormente desenvolvidos em leis e regulamentos nacionais, fornecem a base legal para a estruturação de projetos e a oferta de informações e serviços de planejamento familiar acessíveis, aceitáveis e de alta qualidade, bem como para o estabelecimento das bases para sua defesa, por indivíduos e comunidades que desejam esses serviços (Cottingham, Germain e Hunt, 2010). Essa defesa inclui a criação de grupos de pressão para que compromissos internacionais sejam transformados em leis, políticas e regulamentos, e para a responsabilização pela sua implantação.

Os padrões de direitos humanos e sua interpretação autorizada pelos correspondentes órgãos de monitoramento de tratados (Comentários Gerais) fornecem um conjunto objetivo de parâmetros e critérios que auxiliam a traduzir o direito ao planejamento familiar, do nível normativo abstrato para políticas e programas. Como parte da garantia dessa tradução, a cooperação para o desenvolvimento deve contribuir para desenvolver as capacidades dos “portadores de obrigações” (especialmente os Estados) para atender a suas obrigações e dos “detentores de direitos” (indivíduos e comunidades) para reivindicá-los (Organização Mundial da Saúde e Escritório do Alto Comissariado dos Direitos Humanos, 2010). O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em seu Comentário Geral Nº. 14, sobre o direito ao mais alto padrão atingível de saúde física e mental, definiu os seguintes elementos nor-

O UNFPA ASSEGURA UM SUPRIMENTO CONFIÁVEL DE CONTRACEPTIVOS DE QUALIDADE

Através de seu Programa Global para Ampliar a Segurança de Insumos para a Saúde Reprodutiva, o UNFPA assegura o acesso a um suprimento confiável de contraceptivos em 46 países em desenvolvimento.

Desde que o programa foi concebido, em 2007, o UNFPA mobilizou US\$450 milhões em insumos de saúde reprodutiva, inclusive contraceptivos. Somente em 2011, o Programa forneceu US\$32 milhões para insumos e US\$44 milhões para iniciativas que visassem a fortalecer sistemas nacionais de atendimento à saúde e a construir suas capacidades de oferta de serviços de saúde reprodutiva.

Em 2011, o Programa financiou cerca de 15 milhões de frascos de contraceptivos injetáveis, 1,1 milhão de dispositivos intrauterinos, 14 milhões de ciclos de contraceptivos orais, 316 mil doses de contraceptivos orais de emergência, 308 mil implantes contraceptivos, 253 milhões de preservativos masculinos e 3,5 milhões de preservativos femininos

mativos que se aplicam a todos os determinantes subjacentes da saúde:

Disponibilidade

A obrigação do Estado de assegurar a disponibilidade da ampla escala de métodos de planejamento familiar estende-se desde a oferta de serviços até a regulamentação da objeção de consciência e a oferta de serviços particulares, como também assegurar que os prestadores ofereçam o leque total de serviços legalmente permitidos. O papel do Estado de proteger e cumprir direitos inclui assegurar que o exercício da objeção de consciência entre os prestadores de atendimento à saúde não resulte na indisponibilidade dos serviços.

A “objeção de consciência” ocorre quando os profissionais do atendimento à saúde, por motivos de crença religiosa ou crenças próprias, negam-se a fornecer informações completas ou determinadas alternativas de planejamento familiar. “Eles têm, como questão de respeito pelos direitos humanos de seus pacientes, a obrigação ética de declarar sua objeção e de oferecer uma indicação adequada para que estes possam obter a informação completa necessária para fazer uma escolha

válida” (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, para o Estudo *Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health*, 2009). Os Estados Unidos vêm respondendo à objeção de consciência no contexto da *Affordable Care Act* (Lei de Atendimento Acessível à Saúde, em tradução livre). Em janeiro de 2012, o Departamento

“Para efetivamente reivindicar seus direitos, seus detentores devem poder ter acesso a informações, organizar e participar, defender mudanças nas políticas e obter reparação.”

— Escritório do Alto Comissariado para Direitos Humanos e Organização Mundial da Saúde

de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos especificou os serviços preventivos de saúde que os novos planos de saúde seriam obrigados a cobrir (Galston e Rogers, 2010). A lista incluía contraceptivos e esterilizações, incluindo contracepção de emergência. As igrejas foram isentas dessa norma por estreita margem, mas hospitais e agências de serviço social filiados a instituições religiosas, não.

Se já não estivessem oferecendo esses serviços, este último grupo teria um ano para cumprir a nova ordem. Durante esse ano, seriam obrigadas a declarar as limitações de sua cobertura e a orientar seus funcionários sobre outros serviços disponíveis de contracepção acessível.

Acessibilidade

Normas e práticas sociais podem limitar o acesso até mesmo a serviços já existentes. A subordinação aos direitos dos pais, por exemplo, pode limitar o acesso das e dos jovens a informações e serviços e restringir sua capacidade de agir. O Programa de Ação da CIPD confirmou a necessidade de os pais priorizarem o melhor interesse de seus filhos (com base na Convenção sobre os Direitos das Crianças). Desde então, outras negociações, notadamente as reuniões de 2009 e 2012 da Comissão sobre População e Desenvolvimento, enfatizaram os direitos da criança e os “deveres e responsabilidades” dos pais, inclusive sua exclusiva responsabilidade de decidir o número e espaçamento entre as gravidezes.

Aceitabilidade

Informações e serviços podem existir e podem ter acessibilidade imediata para os integrantes de uma determinada comunidade. Mas, se não puderem ser aceitos por motivos culturais, religiosos ou por outras razões, não serão empregados. Pesquisa realizada em uma comunidade do México, por exemplo, revelou que mulheres católicas casadas, em seus principais anos férteis, confiavam basicamente no coito interrompido e na abstinência periódica, porque as mulheres entrevistadas na pesquisa afirmavam que os contraceptivos modernos, tais como a pílula ou dispositivos intrauterinos, eram contrários às suas crenças religiosas e, portanto, eram inaceitáveis para elas (Hirsch, 2008; Hirsch e Nathanson, 2001).

O UNFPA, DIREITOS E PLANEJAMENTO FAMILIAR

O UNFPA trabalha para o cumprimento dos direitos reprodutivos, inclusive o direito ao mais alto padrão atingível de saúde sexual e reprodutiva, através da aplicação dos princípios da abordagem baseada em direitos humanos, de igualdade de gênero e sensibilidade cultural ao marco da saúde sexual e reprodutiva. À luz desses princípios, os indivíduos são tratados como participantes ativos do processo político com a capacidade de responsabilizar os governos por suas obrigações no tocante ao respeito, à proteção e ao cumprimento aos direitos humanos.

Como agência-líder das Nações Unidas no trabalho para a melhoria da saúde sexual e reprodutiva, o UNFPA promove mudanças legais, institucionais e políticas e eleva a consciência humana, empoderando as pessoas para que exerçam o controle sobre suas vidas sexuais e reprodutivas e tornem-se participantes ativos do processo de desenvolvimento. O UNFPA promove o desenvolvimento de marcos políticos nacionais e sistemas de responsabilização para assegurar o acesso universal à informação, aos produtos e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, sem discriminação ou coerção de nenhuma espécie. Ao mesmo tempo, o UNFPA enfatiza a necessidade de construir a legitimidade cultural dos princípios de direitos humanos, de forma que as comunidades possam apropriar-se deles

Qualidade

Para estar em linha com os direitos fundamentais, os serviços de planejamento familiar devem atender a certos padrões de qualidade. Já houve considerável concordância sobre a definição de “atendimento de qualidade” desde que o conceito foi primeiramente definido, em 1990 (Bruce, 1990). Seu enfoque sobre qualidade de serviço a partir da perspectiva do indivíduo lançou luz sobre vários elementos específicos: escolha entre métodos contraceptivos; informação correta sobre eficácia, riscos e benefícios do método; competência técnica dos prestadores dos serviços; relação entre prestador do serviço e cliente, baseada no respeito pela escolha informada, privacidade e sigilo; acompanhamento; e o apropriado leque de opções de serviços. A oferta de serviços de boa qualidade atende aos padrões de direitos humanos e também atrai mais clientes, aumenta o emprego do planejamento familiar e reduz a gravidez indesejada (Creel, Sass e Yinger, 2002).

Nos últimos anos, surgiu o consenso sobre o que significa assegurar qualidade no contexto de planejamento familiar e direitos humanos. Isto abrange:

- A oferta do planejamento familiar como parte de outros serviços de saúde reprodutiva, tais como prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e atendimento pós-aborto (Mora *et al.*, 1993);
- Rejeição de metas de planejamento familiar, incentivos e métodos dissuasivos, tais como a oferta de dinheiro a mulheres que se submetem à esterilização ou a prestadores de atendimento à saúde com base no número de mulheres “recrutadas” para realizar planejamento familiar;
- Incluir avaliação de relações de gênero nos planos e na elaboração orçamentária dos serviços de planejamento familiar (AbouZahr *et al.*, 1996);
- Levar em conta fatores como a distância que as clientes têm de percorrer, preços acessíveis e atitudes dos prestadores de serviços.



Em cenários tão diversos como Senegal ou Bangladesh, a probabilidade de as mulheres adotarem o planejamento familiar é maior quando recebem bom atendimento (Sanogo *et al.*, 2003; Koenig, Hossain e Whittaker, 1997). Entre mulheres que não empregam a contracepção, a percepção que têm sobre a qualidade do atendimento é determinante para a utilização de um método qualquer; da mesma forma, aquelas que atualmente utilizam contraceptivos têm muito mais probabilidade de continuar

▲ Mãe e filho, na Tanzânia.
©UNFPA/Sawiche Wamunz.

“A saúde deficiente constitui uma violação aos direitos humanos quando advém, parcial ou totalmente, de falha por parte dos portadores de obrigações – mais comumente, um Estado – em respeitar, proteger ou cumprir uma obrigação de direitos humanos. Obstáculos se levantam entre os indivíduos e o gozo de sua saúde sexual e reprodutiva. A partir da perspectiva dos direitos humanos, uma questão essencial se impõe: os portadores de obrigações de direitos humanos estão efetivamente fazendo tudo o que está em seu poder para demolir essas barreiras?”
(Hunt e de Mesquita, 2007).

a empregar seu método de escolha. Melhorando a qualidade dos serviços, os programas também criam uma maior consciência sobre seus direitos, levando as clientes a exigir melhor qualidade em outras instâncias do sistema de saúde (Creel, Sass e Yinger, 2002).

A abordagem baseada em direitos humanos, para o desenvolvimento sustentável, confere igual importância a ambos os resultados e processos através dos quais ele é alcançado. Os padrões de direitos humanos guiam a formulação dos resultados do desenvolvimento e o conteúdo das intervenções, inclusive o atendimento de necessidades até então não esgotadas de planejamento familiar. Os princípios de direitos humanos emprestam qualidade e legitimidade aos processos de desenvolvimento que devem ser inclusivos, participativos e transparentes. De essencial importância é a prioridade que deve ser dada aos direitos e necessidades daqueles grupos populacionais deixados para trás e excluídos devido a padrões per-

sistentes de discriminação e desempoderamento.

Três princípios entrecruzados contribuem para edificar programas de planejamento familiar fortes e baseados em direitos:

- **Participação**—o compromisso de engajar partes interessadas essenciais, especialmente os beneficiários mais vulneráveis, em todos os estágios de tomada de decisão, de políticas para a implantação de programa ao seu monitoramento (UNFPA, 2005).
- **Igualdade e não discriminação**—o compromisso de assegurar que todos os indivíduos usufruam seus direitos humanos, independentemente de sexo, raça, idade ou qualquer outra situação.
- **Responsabilização**—devem ser colocados em ação mecanismos que assegurem que os governos cumpram com suas responsabilidades relacionadas à informação e a serviços de planejamento familiar. A responsabilização abrange sistemas de monitoramento e avaliação,

▼ O Vietnã expandiu seus serviços de saúde reprodutiva, os quais incluem planejamento familiar, atendimento pré e pós-natal e prevenção do HIV.

©UNFPA/Doan Bau Chau.



Para o UNFPA, os benefícios essenciais da implantação da abordagem baseada em direitos humanos na programação de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, são vários. Ao se fazer isso:

- Promove-se o cumprimento dos direitos humanos, e auxiliam-se os governos parceiros a alcançar seus compromissos de direitos humanos;
- Aumenta-se e fortalece-se a participação das comunidades locais;
- Aumenta-se a transparência;
- Promovem-se resultados (e alinha-se com a gestão baseada em resultados);
- Amplia-se a responsabilização;
- Reduzem-se vulnerabilidades, enfocando-se nos mais marginalizados e excluídos da sociedade; e
- Leva-se a uma mudança sustentada, na medida em que programas baseados em direitos humanos têm maior impacto sobre normas e valores, estruturas, política e prática.

com pontos de referência e metas claras que possibilitem a avaliação dos esforços das políticas governamentais, no sentido de cumprir os direitos individuais. O monitoramento e a avaliação são essenciais para fornecer aos governos os meios de identificação das principais barreiras ao planejamento familiar e aos grupos que apresentam as maiores dificuldades frente a essas barreiras. O monitoramento e a avaliação também oferecem aos indivíduos – detentores de direitos – e comunidades as informações que lhes permitirão responsabilizar os governos, quando os direitos não forem cumpridos.

Conclusão

Centenas de milhões de homens e mulheres no mundo desejam ter filhos por escolha, e não por acaso. Muitos de seus concidadãos – aqueles que são mais ricos e mais escolarizados – parecem poder alcançar esse direito (Foreit, Karra e Pandit-Rajani, 2010; Loaiza e Blake, 2010; Organização Mundial da Saúde, 2011). O Programa de Ação da CIPD enquadrou esse direito no contexto do direito à saúde sexual e reprodutiva e dos direitos reprodutivos, dando especial atenção às necessidades de populações excluídas específicas e à igualdade de gênero.

O Relatório *Situação da População Mundial* deste ano baseia-se num marco anterior de direitos humanos e saúde, desenvolvido pelo UNFPA e pelo *Center for Reproductive Rights* voltado para a inclusão de homens e adolescentes, muitos dos quais também interessados em adotar o planejamento familiar, mas que têm sido deixados fora da

“A abordagem baseada em direitos humanos para o desenvolvimento sustentável confere igual importância a ambos os resultados e processos através dos quais ele é alcançado.”

discussão. O Relatório também enfatiza o contexto das relações sexuais dentro das quais indivíduos e casais optam por fazer uso do planejamento familiar. E defende um enfoque na ampliação do acesso ao planejamento familiar de forma mais igualitária entre os grupos populacionais, particularmente com referência aos diferenciais socioeconômicos que existem em, virtualmente, *todo país do mundo*.

O direito ao planejamento familiar foi vigorosamente apoiado e reforçado por uma série de tratados e convenções internacionais, foi endossado pela comunidade internacional e está firmemente fundado nos direitos humanos. Ele também constitui uma ponte para o alcance de outros direitos.



Analisar dados e tendências para entender as necessidades

Tendências globais em fecundidade

No ano passado, a população mundial ultrapassou os 7 bilhões e está projetada para alcançar 9 bilhões até 2050. Em termos gerais, o crescimento populacional é maior nos países mais pobres, onde as preferências de fecundidade são mais altas, onde os governos carecem de recursos para atender à crescente demanda por serviços e infraestrutura, onde o crescimento dos empregos não está acompanhando o número de pessoas que entram para a força de trabalho e onde muitos grupos populacionais enfrentam grandes dificuldades no acesso à informação e aos serviços de planejamento familiar (Population Reference Bureau, 2011; UNFPA, 2011b).

No mundo todo, as taxas de nascimento têm declinado vagarosamente. Entretanto, há grandes disparidades entre as regiões mais e menos desenvolvidas. Isto é particularmente verdadeiro em relação à África Subsaariana, onde as mulheres têm três vezes mais filhos, em média, do que as das regiões mais desenvolvidas do mundo (5,1 versus 1,7 nascimentos por mulher).

Grande parte dessa diferença espelha o desejo por famílias maiores na África Subsaariana. Mas como muitas mulheres dessa região agora querem ter menos filhos (Westoff e

Bankole, 2002), as diferenças de fecundidade cada vez mais revelam acesso limitado e desigual aos meios de prevenção à gravidez indesejada no mundo em desenvolvimento.

Pobreza, desigualdade de gênero e pressões sociais são todas causas da persistente alta taxa de fecundidade. Mas em quase todos os países menos desenvolvidos, a falta de acesso ao planejamento familiar voluntário é o principal fator que contribui para isso.

Taxas de fecundidade

Taxa de fecundidade total (nascimentos por mulher)

Mundo.....	2.5
Mais desenvolvidos.....	1.7
Menos desenvolvidos.....	2.8
Minimamente desenvolvidos....	4.5
África Subsaariana.....	5.1

Fonte: Nações Unidas, 2011a.

Quem está empregando o planejamento familiar?

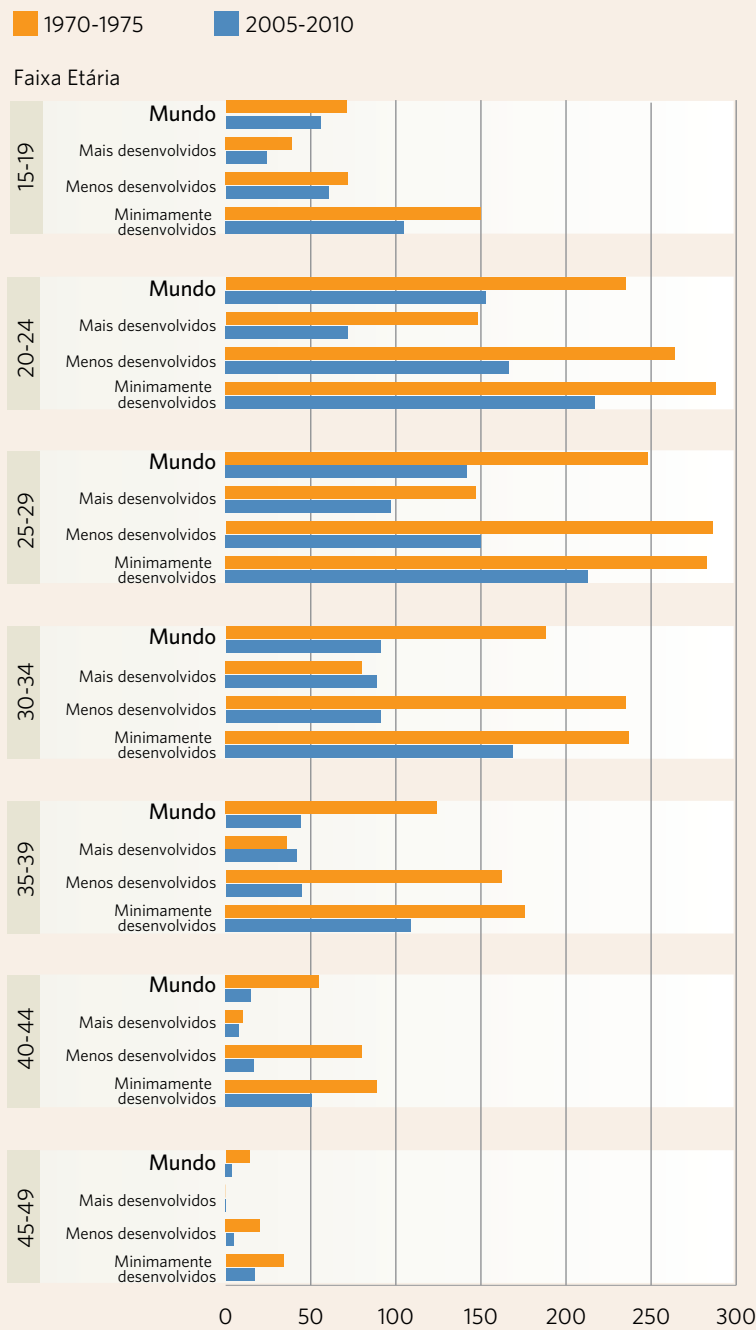
O emprego de métodos modernos de planejamento familiar, conforme medido pela taxa de prevalência contraceptiva, aumentou globalmente em ritmo muito modesto nos últimos anos, 0,1% ao ano, mais lenta-

mente que na última década (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2011). O aumento modesto é devido, em parte, ao grande crescimento do número de

◀ Em Mali, casal com seus filhos.
© Panos/Giacomo Pirozzi.

MUDANÇAS NAS TAXAS DE FECUNDIDADE, ESPECÍFICAS POR FAIXAS ETÁRIAS, EM CORTES DE TEMPO

(NASCIMENTOS PARA CADA 1.000 MULHERES)



Fonte: Nações Unidas, 2011a.

mulheres casadas em idade reprodutiva – um aumento de 25% entre 2000 e 2010, em 88 países que recebem apoio de doações para contracepção (Ross, Weissman e Stover, 2009). Devido à alta fecundidade do período anterior, mais pessoas em países em desenvolvimento agora alcançaram suas idades reprodutivas, e o atendimento às necessidades de um grupo muito maior de mulheres contribuiu para um ganho apenas marginal no percentual coberto.

Globalmente, cerca de três, em cada quatro mulheres sexualmente ativas na idade reprodutiva de 15 a 49 anos, que podem engravidar, mas não estão grávidas ou não querem ficar, estão utilizando contracepção (Singh e Darroch, 2012). Em todos os países, a maior parte das mulheres escolarizadas e em boa situação econômica adota o planejamento familiar. No Leste da Ásia, 83% das mulheres casadas utilizam a contracepção (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2011). Inversamente, nas regiões mais pobres do mundo, as taxas de prevalência contraceptiva são as mais baixas e as que tiveram crescimento mais vagaroso. Sua utilização entre as mulheres da África Subsaariana, em 2010, era mais baixa que entre as mulheres de outras regiões em 1990.

O tamanho das famílias e o uso de contraceptivos mudaram drasticamente no mundo inteiro, na década de 1970, quando os casais tinham uma média de cinco filhos por família. Hoje, eles têm uma média de 2,5 (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2010). O aumento do uso de contraceptivos é grandemente responsável pelos declínios da fecundidade nos países desenvolvidos (Singh e Darroch, 2012). Embora os níveis de prevalência de contraceptivos tenham se estabilizado desde 2000, o desejo de ter famílias menores continua forte no mundo inteiro e está aumentando nos países em desenvolvimento.

O uso varia de acordo com os níveis de renda

Muitas pesquisas calculam os níveis de riqueza nacionais e os indicadores desagregados por quintil de riqueza, dos 20% mais pobres aos 20% mais ricos da população. As pesquisas baseadas em análises por quintil da população podem ajudar a identificar desigualdades e necessidades de planejamento familiar nos países, especialmente quando combinadas a dados urbano-rurais e a outras importantes dimensões de acesso (Iniciativa de Política da Saúde da USAID, Ordem de Tarefa 1, 2010).

Em razão de a pobreza assumir características específicas em cada cenário, alguns pesquisadores hoje defendem classificações de quintis separados para as populações urbanas e para as rurais, com o objetivo de obter um quadro mais completo das desigualdades entre pobreza e riqueza, em cada uma dessas áreas. Esta abordagem possibilita comparar as diferentes experiências de mulheres pobres em cenários urbanos e aquelas relativamente ricas em comunidades rurais. Resultados obtidos através de pesquisa realizada em 16 países da África, América Latina e Caribe apontaram forte relação entre emprego de planejamento familiar, *status* socioeconômico e local de residência (Foreit, Karra e Pandit-Rajani, 2010).

Em países como Bangladesh, a prevalência do uso de contraceptivos modernos repete-se nos quintis ricos das áreas urbanas e rurais: observava-se uma diferença nominal em seu uso entre ricos e pobres das comunidades urbanas e entre os mais ricos e mais pobres das rurais (Pesquisas Demográficas e de Saúde, 2007). Em Bangladesh, a prevalência do uso de contraceptivos é cerca de 6% maior nas áreas urbanas. Resultados similares, que dão suporte a estratégias pró-rurais, foram obtidos no Peru, e podem garantir programações pró-rurais na Bolívia, Etiópia, Madagascar, Tanzânia e Zâmbia (Iniciativa de Política da Saúde da USAID, Ordem de Tarefa 1,

2010). Em alguns países, como a Nigéria (DHS, 2008), o uso de contraceptivos modernos aumenta conforme o aumento da riqueza das pessoas que vivem nas áreas urbanas e rurais. A diferença essencial é a taxa de mudança: os mais ricos das áreas rurais reportam um uso *mais elevado* de contraceptivos que os pobres das áreas urbanas. Esses resultados apoiam as políticas voltadas para a população urbana mais pobre, especialmente quando existem padrões de disparidades similares entre indicadores que medem resultados adversos, em termos de saúde sexual e reprodutiva.

A escolaridade influencia o tamanho desejado das famílias, o emprego do planejamento familiar e a fecundidade

O nível de escolaridade está associado ao tamanho desejado das famílias, ao uso de contraceptivos e à fecundidade. Análise realizada, em 24 países da África Subsaariana, demonstrou que as adolescentes que têm maior probabilidade de engravidar são pobres, sem escolaridade e vivem nas áreas rurais (Lloyd, 2009). As taxas de nascimento são quatro

▼ *Alunas do ensino médio de Bucareste, na Romênia, lêem um folheto sobre preservativos.*

©Panos/Peter Barker.



SEXUALIDADE, ESTEREÓTIPOS SEXUAIS E DE GÊNERO E USO LIMITADO DA VASECTOMIA

A falta de informação e o acesso a serviços de vasectomia podem comprometer os direitos e a saúde de homens e mulheres que, se fossem adequadamente informados, prefeririam este procedimento relativamente seguro, simples, permanente e não invasivo em lugar da esterilização feminina. Os homens que optam pela vasectomia decidem pelo método de longo prazo, depois de considerar inúmeros fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais. Em vários lugares, a esterilização masculina não é bem compreendida, sendo vista como uma ameaça à sexualidade e ao desempenho sexual.

Quando homens e mulheres têm acesso à ampla escala de informações e serviços de planejamento familiar, mais casais optam pela vasectomia como método preferencial de contracepção. A baixa opção pelo procedimento é reflexo do limitado acesso à informação adequada, dos preconceitos enraizados e das preocupações pessoais quanto aos seus efeitos sobre o desempenho sexual e o prazer.

Fonte: Landry e Ward, 1997; Greene e Gold, n.d.; EngenderHealth, 2002)

vezes mais elevadas entre adolescentes do sexo feminino de 15 a 19 anos sem escolaridade, que entre aquelas que têm, no mínimo, ensino médio. Diferença semelhante ocorre em relação à renda e ao local de residência. E, nesses países, as distâncias estão se aprofundando: os nascimentos de mães adolescentes de 15 a 19 anos sem nenhuma escolaridade aumentaram em cerca de 7% na década passada, enquanto os nascimentos entre adolescentes com ensino médio ou mais declinaram cerca de 14% (Loaiza e Blake, 2010).

As disparidades que vêm se ampliando, ao longo do tempo, nas taxas de nascimento entre adolescentes escolarizadas e não escolarizadas refletem uma distância semelhante no uso que elas fazem da contracepção que também vem se alargando. Na África Subsaariana, verificou-se que as meninas que completaram o ensino médio tinham quatro vezes mais probabilidade de utilizar a contracepção que aquelas sem escolaridade (Lloyd, 2009).

Enquanto o uso de contraceptivos entre adolescentes *escolarizadas* tem aumentado de alguma

forma entre as duas pesquisas para 42%, de modo geral, não houve mudança entre aquelas *não escolarizadas*. Não mais de uma em cada dez adolescentes não escolarizadas faz uso da contracepção, mesmo apesar de uma em cada quatro adolescentes nesses países, independentemente de riqueza, escolaridade ou residência, ter necessidade não atendida de planejamento familiar. Esses números sugerem que os esforços para a melhoria do acesso a serviços de saúde reprodutiva entre jovens, através da expansão de serviços voltados a este grupo populacional, não beneficiaram as mulheres jovens sem recursos que vivem em áreas rurais e são pouco escolarizadas. Aquelas que mais precisam desses serviços estão ficando cada vez mais para trás (Loaiza e Blake, 2010). As explicações mais plausíveis para os resultados positivos de planejamento familiar associados à escolaridade são que as mulheres com maior nível educacional casam com menor frequência e o fazem mais tarde, usam a contracepção com mais eficácia, têm maior conhecimento e acesso à contracepção, exercem maior autonomia na tomada de decisões sobre a reprodução e são mais conscientes dos custos socioeconômicos da gestação indesejada (Bongaarts, 2010).

ESTUDO DE CASO

Serviços para jovens em Malauí

As necessidades de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens não eram bem atendidas em Malauí, como também em várias outras partes da África. A falta de informação, longas distâncias até os serviços e prestadores pouco amistosos contribuíam para altas taxas de gravidezes indesejadas e HIV.

O UNFPA estabeleceu uma parceria com o Ministério da Saúde e com a Associação de Planejamento Familiar de Malauí para oferecer serviços integrados de saúde sexual e reprodutiva abertos aos jovens, através de centros multidisciplinares denominados *Youth Life Centres* (Centros de

Vida Jovem, em tradução livre), bem como através de serviços móveis ou baseados nas comunidades; esses centros fortaleceram sua infraestrutura como parte da melhoria da qualidade de atendimento à sua clientela. Os serviços abrangem contracepção, inclusive contracepção de emergência, teste de gravidez, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, aconselhamento e teste de HIV, terapia antirretroviral, tratamento de infecções oportunistas, rastreio e tratamento do câncer do colo do útero, aconselhamento geral de saúde sexual e reprodutiva, atendimento pós-aborto e atendimento pré e pós-natal para mães adolescentes. Os serviços são divulgados por jornais, anúncios e no boca a boca. As melhorias em sua infraestrutura, a participação dos jovens em sua prestação, a integração de serviços de saúde sexual e reprodutiva com os de HIV e a frequente solicitação de entrada de jovens clientes - tudo isso contribuiu para melhorar a qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e para aumentar significativamente sua utilização. ■

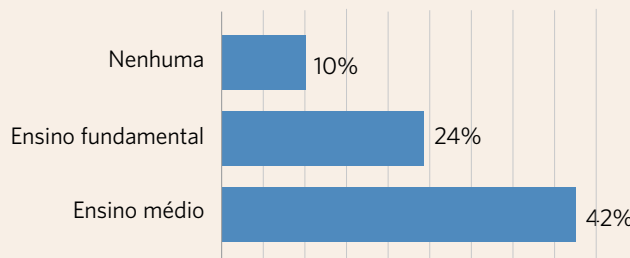
A conexão entre escolaridade, emprego do planejamento familiar e fecundidade é mais facilmente evidenciável na adolescência. Mas os efeitos da escolaridade sobre o tamanho desejado da família e sobre o uso de contraceptivos persistem na vida adulta. Os dados da ilustração ao lado mostram que as mulheres com ensino médio usam o planejamento familiar *quatro vezes* mais que as mulheres sem escolaridade, na África Subsaariana. Esse resultado espelha tanto a preferência pelo número de filhos como o acesso ao planejamento familiar (UNFPA, 2010).

Emprego do planejamento familiar e local de residência

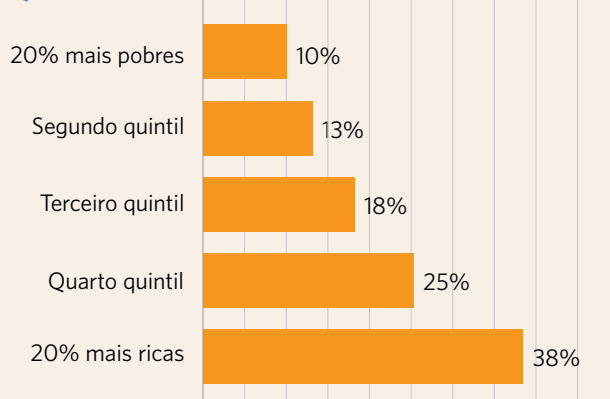
O uso de contraceptivos nas áreas urbanas da África Subsaariana é o dobro das áreas rurais. Vários países, especialmente os mais pobres, lutam

AS MULHERES MAIS POBRES, MENOS ESCOLARIZADAS E DAS ÁREAS RURAIS APRESENTAM AS MAIS BAIXAS TAXAS DE USO DE CONTRACEPTIVOS NA ÁFRICA SUBSAARIANA

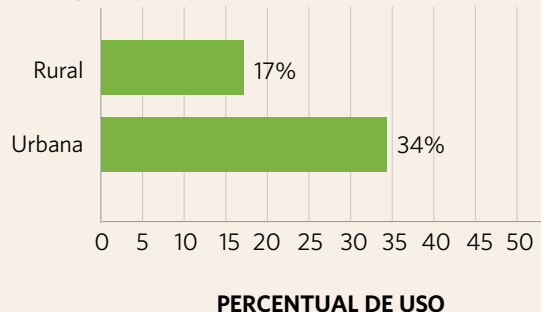
ESCOLARIDADE



RIQUEZA



ÁREA ONDE RESIDEM



Prevalência contraceptiva por características de antecedentes biográficos; dados coletados em 24 países da África Subsaariana na mais recente pesquisa, 1998-2008 (Porcentagem de mulheres na faixa de 15 a 49 anos, casadas ou em união estável, utilizando qualquer método contraceptivo).

Fonte: Pesquisas Demográficas e de Saúde (calculadas com emprego dos dados do Anexo III).

para levar os serviços até as áreas rurais. Além disso, as pessoas que nelas vivem tendem a ter menos acesso ao ensino, outro importante fator de correlação na preferência por famílias menores e uso de planejamento familiar.

A demanda e o uso do planejamento familiar evoluem com o passar dos anos

A análise dos dados globais demonstra que a atividade sexual das pessoas evolui com o passar dos anos. Mulheres e homens fazem sexo por diferentes motivos e em circunstâncias diversas, em variados momentos de sua vida. As decisões individuais sobre sexo com um parceiro ou parceira não são necessariamente associadas ao desejo de ter filhos. Em várias circunstâncias - desde que não haja coerção, exploração ou violência -, é o desejo humano por intimidade e relacionamento que norteia o comportamento sexual.

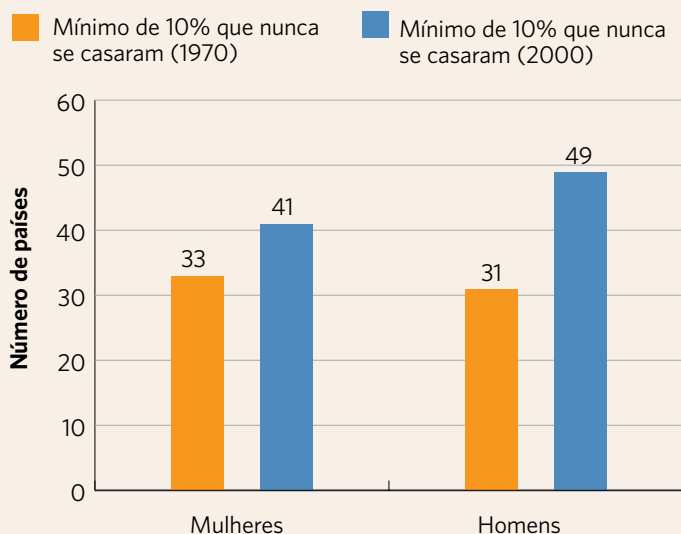
Jovens

Apesar de a atividade sexual da maior parte dos jovens ocorrer no casamento, muitos deles são sexualmente ativos, quando ainda solteiros. Entre as adolescentes, a iniciação sexual ocorre cada vez mais fora do casamento, embora frequentemente com o futuro marido (McQueston, Silverman e Glassman, 2012; *National Research Council e Institute of Medicine*, 2005). A redução da idade de ocorrência do primeiro fluxo menstrual (menarca) pode provavelmente contribuir para aumentar os riscos à saúde reprodutiva das mulheres jovens, por aumentar o número de anos entre esse fato e o casamento. O intercurso muito precoce (aos 14 anos ou menos) continua a ocorrer entre, aproximadamente, um terço das meninas de Bangladesh, Chad, Mali e Níger (Dixon-Mueller, 2008). A proporção das que fazem esta transição varia grandemente (entre 40% e 80%) entre os países da África Subsaariana, por exemplo.

Os meninos têm menor probabilidade que as meninas de ter sexo antes dos 15 anos nos lugares onde são comuns os casamentos precoces arranjados para elas. Entretanto, onde casamentos assim são menos comuns, há vários contextos nos quais os meninos têm maior probabilidade de serem sexualmente ativos que as meninas da mesma idade. Como alguns pesquisadores notaram, “a mudança havida ao longo do tempo, da iniciação sexual conjugal para a não conjugal, pode ser vantajosa para a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes”, uma vez que o sexo não conjugal geralmente significa relações mais esporádicas e mais frequentemente protegidas do que nas relações maritais (Clark, Bruce e Dude, 2006).

Jovens do sexo feminino e do sexo masculino enfrentam diferentes desafios, desde o começo da adolescência até se tornarem jovens adultos. A maior parte dos jovens não faz sexo consensual para se tornar mães e pais prematuramente. Em

NÚMERO DE PAÍSES ONDE, NO MÍNIMO, 10% DAS MULHERES E HOMENS NUNCA SE CASAM



Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2009). Dados Mundiais sobre Casamento (POP/DB/Marr/Rev2008).



todo o mundo, os jovens estão cada vez mais retardando o casamento. No caso das mulheres, a idade média das solteiras, ao contraírem matrimônio (apenas aquelas que se casam antes dos 50 anos), aumentou em 100 dos 114 países que apresentaram dados disponíveis desde 1970 (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2011b).

Em vários países, porém, o casamento e o sexo precoce continuam a colocar as jovens em maior risco de sofrerem vários efeitos prejudiciais. Em muitas regiões, as meninas continuam a ter maior probabilidade de serem levadas a se casar ainda crianças e serem introduzidas na vida sexual ainda muito jovens do que meninos da sua idade. Embora mulheres mais jovens possam ter sexo precocemente, as pesquisas demonstram que os homens jovens têm maior probabilidade de ter sexo com alguém com quem não estejam coabitando (UNICEF, Escritório do Diretor Adjunto, Política e Prática, 2011). Esses detalhes ajudam a contextualizar os dados relativos ao planejamento familiar entre as e os jovens e nos traçam um quadro mais completo sobre por que é mais provável que os homens jovens usem mais preservativos que as mulheres jovens.

Adultos

Apesar de ter aumentado a idade na qual o primeiro matrimônio é contraído, a maioria das mulheres e dos homens acaba se casando ou vivendo em uniões consensuais (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2009). Como resultado, a gestação continua sendo um lugar comum nas uniões legalmente reconhecidas - uma realidade alinhada com a aceitabilidade social na maioria dos países onde se espera que ela ocorra entre casais casados. Dados recentes destacam, entretanto, como a necessidade do planejamento familiar para adultos pode surgir cada vez mais entre solteiros, separados ou divorciados.

Hoje, os adultos despendem mais tempo fora do casamento em comparação com as gerações anteriores, e suas necessidades de planejamento familiar precisam refletir essa realidade. Tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos, a proporção de adultos que nunca se casaram está aumentando. Nos últimos 40 anos, o número de países onde, no mínimo, 10% das mulheres nunca se casaram (até a idade de 50 anos) aumentou de 33 para 41; o número de países onde, no mínimo, 10% dos homens não se casaram antes do 50º aniversário aumentou de 31 para 49.

▲ *Conselheiro comunitário de planejamento familiar finaliza visita a uma residência, em Camarões.*
© UNFPA/Alain Sibenaler.

As uniões consensuais respondem por uma crescente proporção de parcerias informais, e estas são menos estáveis e mais fluidas que os casamentos formais. Na América Latina e no Caribe, mais de um quarto das mulheres, entre 20 e 34 anos, vive em uniões consensuais (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2009). Esse arranjo é menos comum na África Subsaariana e na Ásia, onde cerca de 10% e 2% das mulheres, respectivamente, vivem em uniões consensuais. Globalmente, a proporção de adultos (entre 35 e 39 anos) divorciados ou

separados aumentou de 2% para 4% entre 1970 e 2000, uma tendência concentrada nos países desenvolvidos (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2010).

Métodos preferidos

O emprego de métodos modernos de planejamento familiar tem aumentado nos últimos anos na África Oriental, particularmente na Etiópia, Malawi e Ruanda, e no Sudeste da Ásia, mas isto não ocorreu na África Central e Ocidental (Singh e Darroch, 2012). Quando as mulheres têm acesso a uma seleção de métodos contraceptivos, vários fatores influenciam sua preferência. Os fatores mais significativos são os efeitos colaterais ligados à saúde, à facilidade de uso e à preferência do parceiro (Bradley, Schwandt e Khan, 2009; Darroch, Sedgh e Ball, 2011).

Por exemplo, as estimativas sugerem que, das 104 milhões de mulheres que têm necessidades não atendidas de contraceptivos modernos por razões relacionadas a métodos, 34 milhões gostariam de dispor de um método que não lhes causasse, ou parecesse causar, problemas de saúde ou efeitos colaterais (Singh e Darroch, 2012). Aqueles de longo prazo, tais como dispositivos intrauterinos e contraceptivos injetáveis, exigem menos consultas clínicas e se baseiam menos na memória da usuária para uma utilização consistente. Indivíduos e casais que utilizam contraceptivos também compararam seus índices de eficácia e falha com os impactos que têm sobre o prazer sexual.

Em alguns casos, mulheres utilizam secretamente métodos “não visíveis”, como injeções, por temerem a resistência dos maridos. Como cada vez mais desejam controlar sua própria fecundidade, ou o desejaram e agora estão mais conscientes de que *podem* fazê-lo, algumas mulheres optam por sabotar essa resistência utilizando contraceptivos que não podem ser detectados por seus parceiros. As poucas pesquisas e informações pontuais dis-

EFICÁCIA DO MÉTODO

Método, classificado por ordem de eficiência	Número de gravidezes em cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso normal
Implante	.05
Vasectomia	.15
Esterilização feminina ou ligadura de trompas	.5
Dispositivo intrauterino (DIU) com cobre (“T” de Cobre)	.8
Dispositivo intrauterino (DIU) com Levonorgestrel	.2
Injetáveis (com três meses de proteção)	6
Anel vaginal	9
Adesivo	9
Anticoncepcionais orais (Pílula)	9
Diafragma	12
Preservativo masculino	18
Preservativo feminino	21
Capuz cervical (esponja)	12-24
Coito interrompido	22
Métodos baseados na percepção da fertilidade: método dos dois dias fixos ¹ , sintotérmico	24
Espermicidas	28
Nenhum método	85

Fonte: Guttmacher Institute, 2012 (Baseado em dados dos Estados Unidos)

1- Métodos baseados na percepção da fertilidade: Método dos dois dias fixos - baseado no calendário, envolve fazer um registro dos dias do ciclo, a fim de identificar o início e o término do período fértil; tabelinha. Sintotérmico - consiste na observação de alterações do muco cervical que aponta o período fértil da mulher, quando secretado em quantidades maiores numa consistência mais aquosa, juntamente com a técnica da temperatura, acompanhada da observação de outros sintomas que podem estar relacionados à liberação do óvulo. A temperatura corporal de uma mulher em repouso antes e depois da liberação do óvulo - a temperatura sobe ligeiramente após a liberação do óvulo, momento em que ela pode engravidar.

poníveis sugerem que alguma parcela do rápido crescimento do uso de injeções (de 6% para 20%), na África Subsaariana e em outros lugares, pode ser atribuída ao seu uso velado por parte de mulheres que sentem que devem esconder a contracepção de seus maridos, famílias ou comunidades (Biddlecom e Fapohunda, 1998).

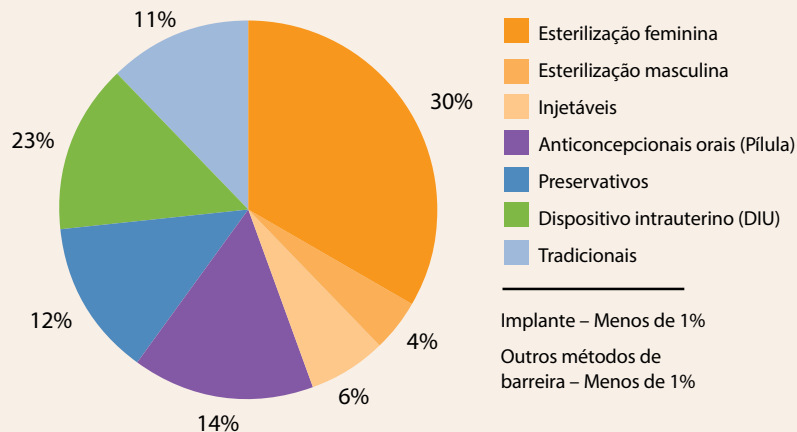
Eficácia do método

Métodos de ação prolongada, tais como implantes e dispositivos intrauterinos, são altamente eficazes na prevenção da gravidez, em grande parte porque não requerem ação diária ou periódica, tal como ingerir uma pílula ou tomar uma injeção dentro do prazo. A pílula, os adesivos, os anéis vaginais, as injeções e os métodos de barreira são muito mais eficazes quando usados de “modo perfeito” do que em uso normal, porque as usuárias podem se esquecer de utilizá-los ou fazer incorretamente.

Os métodos mais modernos são altamente eficazes, se utilizados de forma correta e consistente. Os baseados na percepção da fertilidade também são totalmente eficazes, se empregados corretamente e, por vezes, são preferidos por aquelas que têm objeções religiosas a outras formas de contracepção. Mesmo os métodos menos eficazes são várias vezes mais efetivos na prevenção da gravidez que método nenhum. Cerca de 85, em cada 100 mulheres sexualmente ativas que optam por não utilizar método algum, engravidarão no primeiro ano (*Guttmacher Institute*, 2012).

A eficácia do método - medida em gravidezes por grupo de 100 mulheres no primeiro ano de uso normal - vai de 0,05, para o implante, a 28 para os espermicidas, em comparação com 85 para aquelas que não usam nenhum método (*Guttmacher Institute* 2012). Mundialmente, quase uma em cada três mulheres que utilizam a contracepção adota a esterilização feminina. Cerca de uma em cada quatro confia no dispositivo intrauterino. Mais de uma em cada dez confia nos

USO GLOBAL DE CONTRACEPTIVOS POR MÉTODO



Fonte: Nações Unidas. 2011 World Contraceptive Data Sheet

métodos tradicionais, predominantemente coito interrompido e tabela.

A utilização depende das opções disponíveis, da facilidade de uso e da informação

As mulheres podem ter necessidades não atendidas ou descontinuar o uso de contraceptivos porque estão insatisfeitas com as opções atuais (Frost e Darroch, 2008; Bradley, Schwandt e Khan, 2009).

A maior parte das opções disponíveis depende de tecnologias desenvolvidas nas décadas de 1960 e 1970 e, desde então, houve pouco investimento na descoberta e divulgação de novos métodos (Harper, 2005; Darroch, 2007). Além da melhoria da qualidade dos serviços de informação sobre métodos modernos, os esforços nacionais voltados para o cumprimento dos direitos das mulheres e homens podem exigir investimentos em novos métodos contraceptivos, inclusive naqueles que



▲ Casal visita clínica de planejamento familiar rural em Mindanao, nas Filipinas.
©Panos/Chris Stowers.

não causem efeitos colaterais sistemáticos, que possam ser usados quando necessários e que não exijam participação ou conhecimento do parceiro (Darroch, Sedgh e Ball, 2011).

Novos métodos, por si só, não são capazes de esgotar as necessidades não atendidas. Entretanto, os métodos mais recentes aprovados pelos governos poderiam permitir às mulheres exercerem seu direito de evitar a gravidez de maneira mais confiável e segura. Resultados de pesquisas demonstram que as principais causas que levam à descontinuidade - os efeitos colaterais e o medo desses efeitos - impedem os esforços de satisfazer as necessidades não atendidas (Cottingham, Germain e Hunt, 2012).

A eficácia e uma ampla variedade de métodos constituem parte da procura, mas também dizem respeito à oferta. A qualidade dos serviços pode ser baixa, e as várias opções de métodos podem não

estar disponíveis para a maior parte das pessoas; em consequência, o planejamento familiar pode não ser atrativo para elas, mesmo que desejem adiar ou não ter mais filhos.

Emprego do planejamento familiar e confiabilidade dos insumos

Um crescente número de opções de contraceptivos está disponível, especialmente nos países desenvolvidos. Entretanto, as mulheres da maior parte dos países em desenvolvimento têm muito menos opções - embora o leque de métodos disponíveis esteja melhorando e, nos dias de hoje, frequentemente inclua injeções e implantes, além da pílula e preservativos. A obtenção de métodos contraceptivos é um desafio; distribuí-los é outro. A maior parte do financiamento internacional para preservativos é utilizada na aquisição dos insumos, restando relativamente pouco para sua entrega, administração e distribuição.

ESTUDO DE CASO

Insumos na Suazilândia

O acesso a insumos e a confiabilidade de seu fornecimento são essenciais para o cumprimento dos direitos individuais ao planejamento familiar. Como muitos outros países africanos, a Suazilândia já passou por momentos de desabastecimento, o que dificultava a escolha e a confiança em métodos contraceptivos específicos. A programação para segurança em insumos para saúde reprodutiva foi centrada, principalmente, na aquisição de contraceptivos pelo governo, com resultados insatisfatórios.

Como parte de seus esforços para enfrentar a alta mortalidade materna e a gravidez na adolescência, a Suazilândia investiu na segurança em insumos para a saúde reprodutiva. O Ministério da Saúde estreitou sua relação com a sociedade civil e com o UNFPA, estabelecendo, em 2011, uma parceria

com a *Family Life Association* (Associação da Vida da Família, em tradução livre) da Suazilândia, com a *Management Sciences for Health* (Ciências da Gestão em Saúde, em tradução livre) e com o UNFPA, para reforçar a implantação do programa. Seu objetivo geral era o de aumentar a eficácia do sistema de saúde para assegurar o acesso aos insumos de saúde reprodutiva através de três estratégias: os sistemas nacionais foram reforçados para a segurança em saúde reprodutiva e insumos; a capacidade dos recursos humanos foi reforçada pela implantação, monitoração e elaboração de relatórios; e o compromisso político e financeiro, para com a segurança em insumos para saúde reprodutiva, foi intensificado. Pelos padrões convencionais, o sucesso foi alcançado pelo aumento na prevalência de contraceptivos. Tão importante quanto, porém, foi o aumento do número de instalações para a oferta de serviços de planejamento familiar e a confiabilidade desses serviços. ■

Métodos tradicionais de planejamento familiar continuam populares

Os métodos tradicionais continuam amplamente utilizados, especialmente nos países em desenvolvimento. Os dados das pesquisas nem sempre esclarecem os motivos pelos quais as pessoas preferem utilizar os métodos tradicionais em lugar dos modernos para o planejamento familiar.

Os métodos tradicionais compreendem abstinência periódica, coito interrompido, amenorreia lactacional (amamentação estendida) e práticas “populares”; assim, sua eficácia varia de modo significativo. Pesquisas comparativas, realizadas em diversos cenários, confirmam que as mulheres que utilizam métodos modernos têm muito menos probabilidade de engravidar que aquelas que confiam em métodos tradicionais (Trussell, 2011).

A despeito da tendência de se consolidarem todos os métodos tradicionais em uma só cate-

goria, nem todos são iguais. Vários países têm boas histórias com métodos não modernos e tradicionais. Por exemplo, o coito interrompido é comumente utilizado entre casais com boa escolaridade no Irã e na Turquia e têm sido largamente usados na prevenção da gravidez na Sicília e no Paquistão (Cottingham, Germain e Hunt, 2012; Erfani, 2010). As Pesquisas Demográficas e de Saúde classificam o coito interrompido como um “método totalmente ineficaz e folclórico,” mesmo que seja utilizado extensivamente em inúmeros países e seja tão eficaz quanto os preservativos (Cottingham, Germain e Hunt, 2012).

“Embora a decisão de não ter mais filhos possa ser difícil, a esterilização é o método de planejamento familiar mais comumente empregado no mundo, adotado por mais de uma em cada cinco mulheres casadas.”

Os métodos femininos de planejamento familiar são mais amplamente utilizados que os masculinos

O Programa de Ação da CIPD apontou como de “alta prioridade (...) o desenvolvimento de novos métodos de regulação da fecundidade para homens,” e conclamou o envolvimento do setor industrial privado. Instou os países a empenhar esforços especiais para reforçar o envolvimento e responsabilidade masculina no planejamento familiar (Parágrafo 12.14.). Quase 20 anos depois, nenhum novo método masculino foi amplamente disseminado junto ao público. Com poucas opções contraceptivas para os homens, o emprego por eles do planejamento familiar tem sido menor que o concebido pela CIPD. Hoje, mesmo se todos os métodos tradicionais que requerem a cooperação masculina (tabela, coito interrompido e outros) forem somados ao uso de preservativos masculinos, os métodos mascu-

nos respondem por cerca de 26% da prevalência contraceptiva global (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2011).

As taxas de esterilização feminina superam em muito as masculinas. Embora a decisão de nunca mais ter filhos possa ser difícil, a esterilização é o método de planejamento familiar mais comumente

empregado no mundo, adotado por mais de uma em cada cinco mulheres casadas. Em quase todos os lugares, há mais probabilidade de as mulheres se submeterem ao procedimento de esterilização que os homens. Na Colômbia, por exemplo, onde 78% das mulheres são atualmente usuárias de contraceptivos, quase um terço de todas elas (31%) foi esterilizado, em comparação com apenas 2% dos homens (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2011). Uma vez que o desejo por ter filhos declina com o tempo, os casais que contraíram matrimônio muito jovens deixarão de ter filhos mais cedo. Depois de alcançar a fecundidade desejada, esses casais mais jovens poderão ter de evitar a gravidez indesejada por até 25 anos, o que torna os métodos permanentes atrativos para eles.

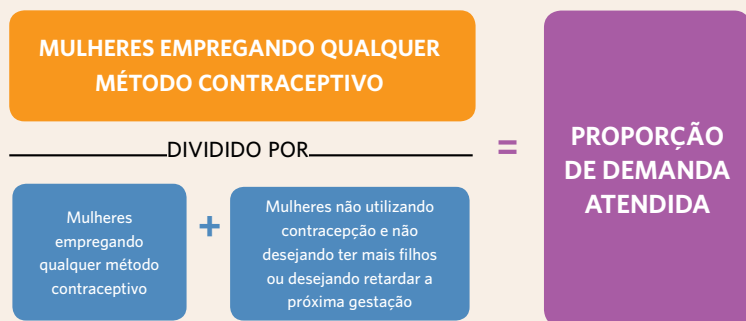
Enquanto as taxas de esterilização feminina estão mais elevadas na América Latina, especialmente na América Central, alcançando patamares tão altos quanto 47% na República Dominicana, apenas 14 países no mundo apresentam 5%, no mínimo, de homens que se submeteram à vasectomia. As taxas de esterilização masculina e feminina são mais semelhantes na Austrália e na Nova Zelândia, onde cerca de 15% dos homens e mulheres foram esterilizados (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2011). A esterilização masculina excede a feminina apenas em um pequeno número de países, mais notadamente no Canadá e no Reino Unido, onde a probabilidade de os homens serem esterilizados é o dobro das mulheres.

É possível inferir, a partir dos países mais desenvolvidos, que as taxas de vasectomia refletem, basicamente, o poder econômico e os direitos da mulher nessas regiões. O Nepal está entre os poucos países em desenvolvimento nos quais as taxas de vasectomia estão acima de 5% e igualam a um terço ou mais das esterilizações femininas, o que sugere que o crescente empoderamento feminino no Nepal pode estar tendo efeito sobre a opção contraceptiva (EngenderHealth, 2002).

OFERTA E DEMANDA AO LONGO DO TEMPO

As medições da prevalência do uso de contraceptivos e das necessidades não atendidas são limitadas em sua capacidade de capturar a natureza dinâmica das decisões pessoais relacionadas à atividade sexual, bem como ao contexto no qual essas decisões têm lugar. Por exemplo, a prevalência contraceptiva e as necessidades não atendidas são influenciadas por fatores que as mulheres que necessitam de contraceptivos não podem controlar; dentre esses fatores se inclui a alteração na disponibilidade e no suprimento de contraceptivos por um período de tempo. Mais ainda, a necessidade não atendida de planejamento familiar reflete tanto a demanda dos indivíduos quanto a oferta de métodos específicos. À medida que mais pessoas vêm a conhecer os benefícios de exercer seu direito de planejar suas famílias, a demanda por serviços pode, potencialmente, sobrepujar a oferta. Isto pode ocorrer em regiões difíceis de serem alcançadas e entre populações cuja atividade sexual desafia as crenças comumente estabelecidas sobre quando o sexo é apropriado.

Embora a prevalência contraceptiva e as necessidades não atendidas sejam indicadores importantes, suas limitações chamam a atenção para a necessidade de indicadores adicionais que melhor capturem a proporção da demanda por contraceptivos atendida pelos sistemas de saúde (UNFPA, 2011). Um desses indicadores é a "proporção da demanda satisfeita." Este indicador deriva de métodos atuais de coleta de dados e monitora mais acuradamente se os desejos de planejamento familiar declarados pelas mulheres estão sendo atendidos. Adicionalmente, o uso mais compatível de análises ajustadas por quintis urbanos versus rurais pode auxiliar os responsáveis pela elaboração de políticas e os profissionais que trabalham com o desenvolvimento a projetar estratégias e programas de planejamento familiar, baseados nas necessidades reais da população.



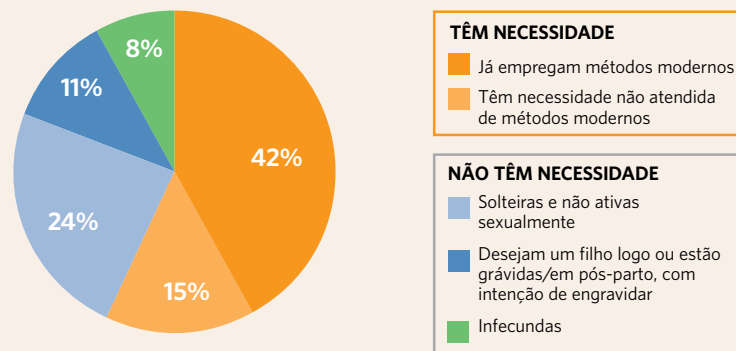
Fonte: Fundo de População das Nações Unidas (2010). *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing poverty, advancing development and protecting human rights*. Nova York: UNFPA

A esterilização feminina é um procedimento significativamente mais invasivo, mais custoso e mais arriscado que a masculina, além de ser um tanto menos eficaz, embora sua prevalência ultrapasse drasticamente a vasectomia em todos os lugares, exceto na América do Norte e na Europa Ocidental (Greene e Gold, n.d.; Shih, Turok e Parker, 2011). Que a esterilização feminina tenha se tornado norma, enquanto a masculina permaneça rara, é fato esclarecedor da desigualdade de gênero. A falta de acesso e a falta de promoção da vasectomia comprometem os direitos de homens e mulheres.

Dadas essas realidades, quais fatores os casais levam em consideração quando discutem qual dos dois será esterilizado? Pesquisa que envolveu vários países demonstrou que alguns homens que optaram pelo método o fizeram em consideração à saúde de sua parceira (Landry e Ward, 1997). Outros estavam insatisfeitos com as opções de métodos disponíveis, ou suas esposas tinham descontinuado outros métodos devido a efeitos colaterais. Em algumas famílias sem recursos, esse método foi escolhido porque as mulheres não podiam deixar de cuidar das crianças e da casa pelo tempo que seria necessário para que se recuperassem. Alguns homens decidiram já terem tido filhos o suficiente e não consultaram suas esposas antes de se submeter ao procedimento. Nos Estados Unidos, a prevalência da vasectomia é mais elevada entre homens com níveis mais altos de escolaridade e renda, enquanto a feminina prevalece mais entre mulheres com mais baixos níveis de renda e de escolaridade (Anderson *et al.*, 2012).

A vasectomia é incomum na África Subsaariana, onde as taxas estão bem abaixo de 1% (Bunce *et al.*, 2007). Poucos profissionais são treinados para realizá-la e muitos, se não a maior parte dos homens e mulheres, nunca ouviram falar do método. Pesquisa sobre sua aceitabilidade realizada na Tanzânia demonstrou que ambos, homens e mulheres, tinham preocupações sobre seus efeitos colaterais no campo

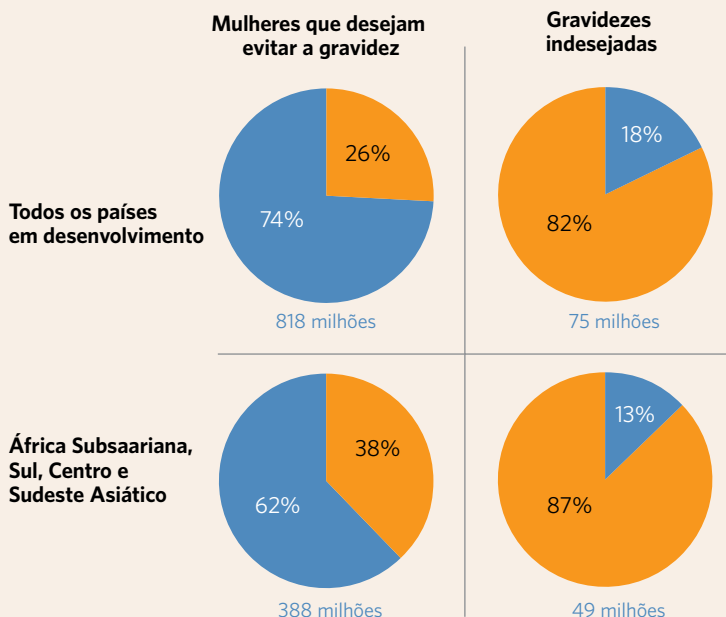
MAIS DA METADE DO TOTAL DE MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA, NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO, TEM NECESSIDADE DE CONTRACEPTIVOS MODERNOS



Fonte: Singh, S e JE Darroch, 2012.

MULHERES QUE DESEJAM EVITAR A GRAVIDEZ, MAS NÃO EMPREGAM UM MÉTODO MODERNO, RESPONDEM PELA DESPROPORCIONAL MAIORIA DE GRAVIDEZES INDESEJADAS

■ Nenhum método ou método tradicional ■ Métodos modernos



Fonte: Singh S e J Darroch, 2012 e tabulações de dados especiais para Singh S et al., 2009.

sexual (Bunce et al., 2007). Enquanto algumas mulheres temiam que seus maridos se tornassem infiéis, os homens tinham ouvido rumores de que o procedimento causava impotência e temiam que suas mulheres os deixassem, se seu desempenho sexual fosse prejudicado.

ESTUDO DE CASO

Vasectomia sem bisturi nas Ilhas Salomão

Depois da CIPD, os programas de planejamento familiar nas Ilhas Salomão passaram a basear-se mais em direitos. As novas formulações das políticas de população passaram a refletir uma ênfase em direitos, com o governo se comprometendo explicitamente a “... estimular e apoiar os esforços parentais para tomar decisões responsáveis sobre o tamanho das famílias...”. O planejamento familiar foi revigorado em 2003-2004, com a atualização de diretrizes nacionais e extensivo treinamento de trabalhadores da área da saúde sobre vários tópicos, inclusive opção informada e um conjunto mais amplo de métodos. A prevalência contraceptiva elevou-se de 11% para 29%.

A vasectomia sem bisturi² tem sido um método especialmente popular. O sucesso de sua oferta tem sido atribuído, em parte, ao fato de os homens serem convidados pela primeira vez a se engajar mais no planejamento familiar. Além disso, o procedimento é muito econômico e pode ter lugar localmente, enquanto a laqueadura requer uma viagem até uma clínica de referência. Um fator adicional que parece ter feito a diferença no cultivo do engajamento masculino é o fato de que os homens foram convidados a estar presentes nos trabalhos de preparo e parto de suas esposas, o que propiciou que eles dessem mais apreço a elas e ao que está envolvido no ato de dar à luz a uma criança. ■

2- Procedimento cirúrgico de fechamento dos vasos deferentes, aplicando calor ou eletricidade – cauterio

Contracepção de emergência

Como o nome já diz, a contracepção de emergência é um método preventivo para evitar a gravidez nos casos de atividade sexual sem proteção, uso incorreto de métodos, ruptura ou deslocamento de preservativos ou outras falhas de métodos. Uma só pílula anticoncepcional de emergência, quando ingerida em até cinco dias após o intercurso desprotegido, impede o ovo fecundado de implantar-se, reduzindo a gravidez indesejada de 60% a 90%. Quanto antes for tomada a pílula, maior sua eficácia. A contracepção de emergência não tem efeito, se a implantação já tiver iniciado, e não provoca o aborto. Está voltada somente para uso em caráter de emergência e não é adequada para uso contínuo. Para proteção de longo prazo, um dispositivo intrauterino de cobre, quando inserido nos cinco primeiros dias após o intercurso, também impede a implantação e pode ser mantido por até 10 anos (Trussell e Raymond, 2012). A contracepção de emergência tem papel significativo nos casos de violência sexual, conflito armado e emergências humanitárias. Dada a natureza imprevisível e muitas vezes não planejada dos encontros sexuais entre jovens, ela se torna especialmente importante no leque de serviços oferecidos a adolescentes e jovens adultos.

Direitos e a necessidade não atendida de planejamento familiar

Segundo relatório de 2012 do *Guttmacher Institute* e do UNFPA, há 1,52 bilhão de mulheres em idade reprodutiva no mundo em desenvolvimento. Estima-se que 867 milhões delas necessitam de contracepção, mas somente 645 milhões atualmente empregam métodos contraceptivos modernos. Os restantes 222 milhões têm necessidades não atendidas de contracepção.

- Estima-se em 80 milhões o número de gravidezes indesejadas que ocorrerão em 2012 no

mundo em desenvolvimento, como resultado de falha ou não uso de contraceptivos por mulheres que não desejam engravidar.

- A maior parte - 63 milhões - das 80 milhões de gravidezes indesejadas nos países em desenvolvimento, em 2012, ocorrerá entre as 222 milhões de mulheres com necessidades não atendidas de contracepção moderna.
- 18% das gravidezes indesejadas ocorrem entre os 603 milhões de mulheres que estavam utilizando contraceptivos modernos, mas tiveram dificuldades na sua utilização de forma correta e regular, ou por falha do método.

Por que a necessidade não atendida de contracepção ainda é tão elevada?

Os 222 milhões de mulheres que desejam evitar a gravidez por, no mínimo, os dois próximos anos, mas que não utilizam qualquer método, representam, na verdade, um leve declínio nas necessidades não atendidas entre 2008 e 2012. Durante esse período, o número de mulheres que desejavam evitar a gravidez aumentou em cerca de 40 milhões, e as maiores reduções nas necessidades não atendidas foram alcançadas no Sudeste da Ásia. A despeito dos ganhos, há uma significativa necessidade de intervenções focalizadas que alcancem as comunidades mal-atendidas e subpopulações marginalizadas, onde as necessidades não atendidas permanecem relativamente altas.

No mundo em desenvolvimento como um todo, 18% das mulheres casadas têm necessidades não atendidas de contracepção moderna. No oeste, centro e leste da África, e no Oeste da Ásia, 30% a 37% das mulheres têm necessidades não atendidas de contracepção. Na região árabe, um número significativo de mulheres tem necessidades não atendidas de planejamento familiar - isto quer dizer que gostariam de poder evitar a gravidez por, no mínimo, dois anos, mas não estão empregando qualquer método de planejamento familiar.

Resultados de pesquisa realizada pelo *Pan-Arab Project for Family Health* (projeto Pan-Árabe pela Saúde da Família, em tradução livre) demonstraram que somente quatro em cada dez mulheres casadas em idade reprodutiva que vivem nos países árabes utilizam contracepção moderna (Roudi-Fahimi *et al.*, 2012). Na maior parte dos países árabes, a ambivalência das mulheres com relação ao planejamento familiar resulta de vários fatores, inclusive temor dos efeitos colaterais, preocupação com a reação do marido, conflitos em relação aos papéis familiares e responsabilidade cultural por criar filhos. Essa ambivalência declina, à medida que as mulheres envelhecem.

Particularmente na África Central e Ocidental, sistemas de saúde frágeis e serviços insatisfatórios contribuem para elevar as necessidades não atendidas (Singh e Darroch, 2012). Em praticamente todos os países em desenvolvimento, as mulheres sem recursos têm mais filhos e apresentam índices mais baixos de uso de contraceptivos que as mais ricas, o que ressalta a necessidade de programação

▼ Educadora domiciliar em saúde visita um lar em Gabarone, Botsuana.

©Panos/Giacomo Pirozzi.



de recursos para atender às comunidades mais pobres. Na África Subsaariana, as mulheres no topo do quintil de riqueza têm três vezes mais probabilidade de utilizar a contracepção que aquelas do quintil mais baixo (Gwatkin *et al.*, 2007). A diferença mais importante entre usuárias e não usuárias é que algumas têm acesso à informação, têm mais opções, pelo fato de disporem de maior riqueza e escolaridade e podem atuar em seu desejo de ter menos filhos.

As mulheres com necessidades não atendidas de planejamento familiar respondem por quase quatro em cada cinco gravidezes indesejadas (Singh e Darroch, 2012). Outros fatores que contribuem

“Todos os países devem, nos vários anos vindouros, avaliar a extensão da necessidade nacional não atendida de serviços de planejamento familiar de boa qualidade e sua integração no contexto da saúde reprodutiva, dando particular atenção aos grupos mais vulneráveis e menos atendidos da população.”

— Programa de Ação da CIPD, Parágrafo 7.16

para esse resultado são o uso incorreto ou incompatível de método de contracepção, o que pode se dever a equívocos no aconselhamento ou nas informações e à descontinuidade do método sem substituição por outro (Singh e Darroch, 2012).

A utilização de métodos modernos entre mulheres que nunca se casaram, no mundo em desenvolvimento como um todo, é muito menor do que entre mulheres casadas, exceto na África Subsaariana, onde as mulheres têm forte necessidade de proteção dupla: contra a gravidez e contra as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV, sendo que os preservativos são o método predominante empregado por mulheres solteiras (Singh e Darroch, 2012).

Os dados também dão suporte à necessidade de serviços voltados para jovens e adolescentes. A gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos, provenientes de famílias sem recursos, é duas vezes mais

comum que entre o grupo de mesma faixa etária proveniente de famílias ricas (Gwatkin *et al.*, 2007). Essas disparidades se somam ao fato de que as meninas sem recursos têm maior probabilidade que as ricas de serem casadas, não serem escolarizadas, serem malnutridas e de terem filhos prematuros ou abaixo do peso normal. Poucas melhorias puderam ser observadas quanto ao acesso ao planejamento familiar entre adolescentes nos últimos 10 anos, em 22 países da África Subsaariana. Nesta região, um/a em cada quatro adolescentes tem necessidades não atendidas nessa área (Nações Unidas, 2011c). As adolescentes casadas de todas as regiões têm maior dificuldade que mulheres mais maduras de ver atendidas suas necessidades de serviços contraceptivos (Ortayli e Malarcher, 2010). Mas as jovens mulheres que nunca foram casadas também têm dificuldades de obter contraceptivos, em grande parte devido ao estigma relacionado ao fato de serem sexualmente ativas, antes do matrimônio (Singh e Darroch, 2012).

O uso da contracepção diminui as taxas de aborto

Segundo recente pesquisa do *Guttmacher Institute* (Singh e Darroch, 2012), estima-se que 80 milhões de gravidezes indesejadas ocorrerão, em 2012, no mundo em desenvolvimento, e 40 milhões delas provavelmente terminarão em aborto.

A maior parte das gravidezes indesejadas que terminam em aborto resulta do não uso ou falha de método contraceptivo, particularmente de métodos tradicionais como o coito interrompido. A despeito de seu mais baixo índice de eficácia, 11% de todos os usuários de contraceptivos globalmente (menos de 7% de todas as mulheres casadas) confiam no método de coito interrompido, tabela e outros métodos tradicionais (Rogow, 1995). Embora a falta de acesso a métodos modernos frequentemente seja um fator que contribua para essa opção, muitos preferem os assim chama-

dos “métodos naturais” em razão da ausência de efeitos colaterais, por não terem custo e pelo fato de que podem ser utilizados no lar sem nenhuma viagem até uma clínica.

Tratar as preocupações das mulheres sobre os métodos modernos e auxiliar aquelas que interrompem a utilização de um método a encontrar um método alternativo, novo e eficaz, poderia reduzir as gravidezes indesejadas na África Subsaariana, Sul, Centro e Sudeste da Ásia, em 60%, e reduzir os abortos nessas regiões em mais da metade (Cohen, 2011). Esgotar a necessidade não atendida globalmente evitaria 54 milhões de gravidezes indesejadas e resultaria em 26 milhões de abortos a menos - um declínio de 40 milhões para 14 milhões deles (Singh e Darroch, 2012).

Resultados de pesquisa sobre aborto, realizada em 12 países da Ásia Central e do Leste Europeu, demonstraram que muitas mulheres tinham utilizado contraceptivos modernos, mas haviam descontinuado seu uso por várias razões (Westoff, 2005). A maioria das gravidezes resultantes da descontinuidade do uso de um método moderno terminou em aborto. Isto destaca a importância da oferta de todo um leque de métodos para a escolha, do oferecimento de aconselhamento de alta qualidade, do acompanhamento da clientela e da ajuda às mulheres que estão insatisfeitas com determinado método na mudança para outro, antes da ocorrência de uma gravidez indesejada.

Na Ucrânia, as taxas de fecundidade têm declinado na medida em que mais mulheres têm oportunidade de assumir carreiras fora do lar e mais casais optam por ter menos filhos. Imediatamente após a dissolução da União Soviética, os casais passaram a depender do aborto para o planejamento familiar. Hoje, porém, em virtude de o planejamento familiar estar mais facilmente disponível e mais compreendido, há menos gravidezes não planejadas e, portanto, menos abortos.



Na América Latina e no Caribe, as taxas de aborto caíram de 37 para cada 1.000 mulheres entre as idades de 15 e 44 anos, em 1995, para 31 para cada 1.000, em 2008 (Kulczycki, 2011), uma vez que o uso de métodos contraceptivos modernos aumentou em toda a região - em cerca de 67% entre mulheres casadas (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2011). Entretanto, o acesso a contraceptivos continua difícil em algumas regiões e para alguns grupos, especialmente para pessoas sem recursos e adolescentes. As altas taxas de gravidez indesejada levam as mulheres a recorrer ao aborto, que é proibido na maior parte dos países da região. Em vários desses países, ele somente é permitido para salvar a vida da mulher. Em consequência, a quase totalidade dos 4,2 milhões de abortos realizados anualmente na região é praticada clandestinamente ou sem condições de segurança; as taxas de aborto e a proporção de abortos inseguros são as maiores

▲ Até 2020, se mais 120 milhões de mulheres que desejam contraceptivos puderem obtê-los, isto significará 200.000 mulheres e meninas a menos morrendo na gravidez e no parto - o que representa salvar a vida de uma mulher a cada 20 minutos. O acesso a contraceptivos pode significar quase 3 milhões de crianças a menos morrendo no primeiro ano de vida.

© Lindsay Mgbor/
Departamento para
o Desenvolvimento
Internacional do Reino
Unido.

do mundo (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe das Nações Unidas, 2011).

Enquanto as mulheres ricas podem recorrer a prestadores de serviço particulares, aquelas que não têm recursos frequentemente sofrem as consequências médicas e legais de suas limitadas escolhas (Organização Mundial da Saúde, 2011a). Os abortos realizados sem condições de segurança na região levam a mais de 1.000 óbitos e 500.000 hospitalizações a cada ano (Kulcycki, 2011).

As mulheres das regiões desenvolvidas e em desenvolvimento do mundo apresentam taxas semelhantes: 29 abortos para cada 1.000 mulheres nos países em desenvolvimento, comparadas com 26 para cada 1.000 mulheres nos países desenvolvidos (Organização Mundial da Saúde, 2011). Embora a prevalência contraceptiva seja mais elevada nos países desenvolvidos, algumas mulheres podem descontinuar seu uso ou não ter acesso regular a métodos contraceptivos.

Abortos realizados sem condições de segurança respondem por quase metade do total (Sedgh,

Singh e Shah, 2012). A quase totalidade (98%) dos abortos inseguros - entre todas as faixas etárias - ocorre nos países em desenvolvimento, com seu maior número na África Subsaariana. A Organização Mundial da Saúde estimou que são realizados 21,6 milhões de abortos sem condições de segurança a cada ano (Organização Mundial da Saúde, 2011). O número não para de crescer, na mesma medida em que o número de mulheres em idade reprodutiva (de 15 a 44 anos) aumenta no mundo todo.

ESTUDO DE CASO

Abortos inseguros em Moçambique

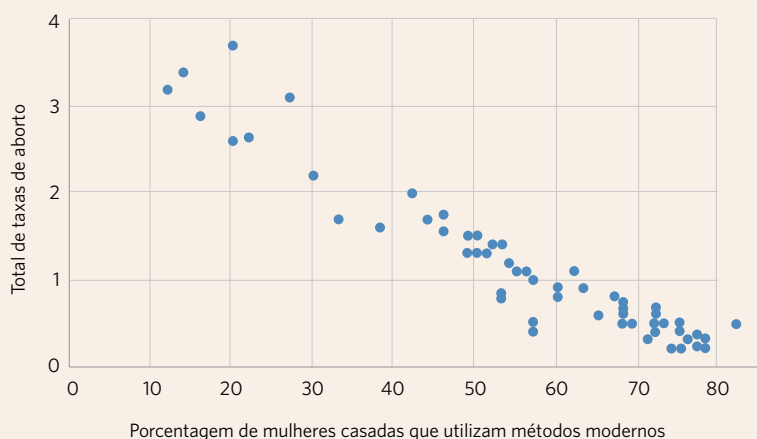
Algumas mulheres jovens de Moçambique recorrem a práticas perigosas e ilegais para interromper gravidezes indesejadas. A Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família (AMODEFA) e, atualmente, outras organizações não governamentais têm organizado grupos de discussão de mulheres que se reúnem por duas horas, uma vez por semana, para falar sobre esta e outras questões relacionadas (Fundo de População das Nações Unidas, 2011a). As participantes escolhem os tópicos que giram em torno de contracepção, parceiros, abortos inseguros, igualdade de gênero, oportunidades para pequenos negócios e violência contra mulheres.

As jovens mulheres da AMODEFA, que têm treinamento em direitos humanos, saúde sexual e reprodutiva e igualdade de gênero, coordenam o fórum. As jovens relatam maior confiança na tomada de decisão em saúde reprodutiva e mais conhecimento sobre serviços nessa área e onde encontrá-los. ■

Quanto maior o uso de contraceptivos, menor o número de abortos

Há forte evidência de que, na medida em que os métodos modernos de contracepção se tornam

TOTAL DE TAXAS DE ABORTO E PREVALÊNCIA DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS MODERNOS EM 59 PAÍSES



Fonte: Westof, 2005.

mais amplamente utilizados, as taxas de aborto declinam (Westoff, 2008). Na Rússia, por exemplo, enquanto o uso do dispositivo intrauterino e da pílula aumentou 74%, entre 1991 e 2001, o aborto, que foi o meio básico de controle de fecundidade por décadas, caiu em 61%. Observam-se padrões semelhantes em todo o Leste Europeu e nos países da Ásia Central, onde anteriormente as mulheres não tinham acesso à contracepção moderna (Westoff, 2005).

Segundo os dados mais recentes, adolescentes e jovens respondem por, aproximadamente, 40% dos abortos realizados sem condições de segurança no mundo todo (Shah e Ahman, 2004). As adolescentes podem apresentar taxas de óbitos e incapacitações mais elevadas que aquelas observadas entre mulheres adultas, por tardarem a recorrer a clínicas de aborto e por não procurarem atendimento em caso de complicações. As taxas de abortos aumentam em razão das limitações à contracepção, do aumento da demanda por famílias menores ou em função do retardamento da gestação.

O planejamento familiar voltado para as e os jovens pode auxiliar na prevenção das causas que levam ao óbito entre as adolescentes de 15 a 19 anos: complicações relacionadas à gravidez, parto e abortos inseguros (Patton *et al.*, 2009). Quase todas as mortes maternas ocorrem nos países em desenvolvimento, com mais da metade na África Subsaariana e quase um terço no Sul da Ásia (Organização Mundial da Saúde, 2012).

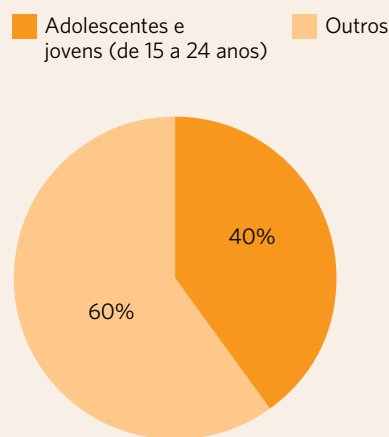
Em estudo comparativo de hospitalizações em 13 países em desenvolvimento, estimou-se que quase um quarto das mulheres (8,5 milhões) que se submetem ao aborto anualmente apresenta complicações que exigem cuidados médicos, com cerca de 3 milhões delas impossibilitadas de receber o cuidado de que necessitavam (Singh, 2006).

A gravidez impõe às jovens maiores riscos de complicações e óbito que às mulheres adultas. Comparadas com estas, as mães jovens têm de

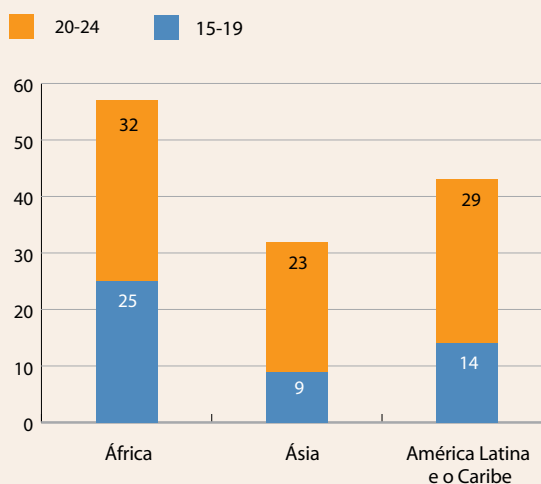
ABORTOS INSEGUROS ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS

PORCENTAGEM DO TOTAL DE ABORTOS REALIZADOS SEM CONDIÇÕES DE SEGURANÇA EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO E PROPORÇÃO PERCENTUAL DE ABORTOS INSEGUROS POR REGIÃO

Porcentagem entre adolescentes e jovens, como porcentagem do total de abortos inseguros realizados em todo o mundo



Detalhamento por faixa etária (de 15 a 24 anos), como porcentagem de abortos inseguros em cada região



Fonte: Shah, I., Ahman, E (2004). "Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions". *Reproductive Health Matters*. 12(24 Supplement):9-17

duas a cinco vezes mais probabilidades de morte no parto, e o risco de mortalidade materna é maior entre meninas que têm filhos antes dos 15 anos (Organização Mundial da Saúde, 2006). Adolescentes grávidas de 18 anos ou menos têm até quatro vezes mais risco de morte materna que as mulheres de 20 anos ou mais (Greene e Merrick, n.d.).

Frequentemente despercebidas, as morbidades maternas também são uma preocupação para as jovens. As mães jovens que sobrevivem ao parto têm maior risco de sofrer lesões relacionadas à gravidez, inclusive fístula obstétrica. Na África Subsaariana e na Ásia, as Nações Unidas estimam que mais de 2 milhões de jovens mulheres vivem com fístula sem tratamento, condição que é associada à incapacitação e à exclusão social (Organização Mundial da Saúde, 2010).

Na maior parte dos cenários, os altos níveis de mortalidade materna e de incapacitação refletem as desigualdades de acesso aos serviços de saúde, as desvantagens e a exclusão social enfrentadas pelas jovens - tanto causa como consequência dos riscos a que estão sujeitas em resultado da gravidez (Swann *et al.*, 2003; Greene e Merrick, n.d.).

A DEFESA ORIENTADA POR DADOS RESULTA EM APOIO POLÍTICO E FINANCEIRO PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO EQUADOR

As taxas de fecundidade no Equador variam entre os grupos populacionais. As mulheres do quintil de renda mais baixo, por exemplo, têm uma média de cinco filhos cada, comparadas às mulheres do quintil de renda mais elevada, que têm cerca de dois. Essas disparidades espelham as desigualdades de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva. Em resposta, o UNFPA estabeleceu uma parceria com o Ministério da Saúde e outras organizações bilaterais e multinacionais para coletar e analisar dados com o objetivo de documentar as disparidades e defender mudanças que sanem essas desigualdades. Os dados estabeleceram as bases para a defesa, em 2009, de uma nova estratégia para o planejamento familiar e para a prevenção da gravidez na adolescência. Em consequência, o Equador deu um passo à frente no investimento em insumos de saúde reprodutiva, incluindo contraceptivos, de mais de 700% entre 2010 e 2012, totalizando US\$57 milhões.

Quase 95% dos nascimentos entre meninas e adolescentes têm lugar nos países em desenvolvimento. Cerca de 90% desses nascimentos, na faixa etária entre 15 e 19 anos, ocorrem na vigência do casamento (Organização Mundial da Saúde, 2008). O casamento precoce - que ocorre antes da idade de 18 anos - é cada vez mais reconhecido como violação dos direitos humanos de meninas e adolescentes, inclusive o direito de ser protegida contra práticas danosas (conforme declara a Convenção dos Direitos da Criança), mas esta é uma prática que continua muito comum, particularmente na África e no Sul da Ásia, onde aproximadamente metade das meninas é levada a se casar antes dos 18 anos (Hervish, 2011). A maior parte delas engravida logo após as núpcias (Godha, Hotchkiss e Gage, 2011).

Mesmo que 75% de todos os nascimentos entre adolescentes sejam definidos como “intencionais” (Organização Mundial da Saúde, 2008), essas intenções podem ser fortemente influenciadas por pressões sociais e normas culturais -, por exemplo, para que a mulher prove sua fecundidade para o marido e sua família, logo após o casamento (Godha, Hotchkiss e Gage, 2011). Entre as meninas solteiras, a gravidez tem muito mais probabilidade de ser não intencional e terminar em aborto (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Na América Latina, os nascimentos entre adolescentes declinaram mais rapidamente, mas continuam elevados, compondo, em média, 80 nascimentos para cada 1.000 jovens por ano. Em poucos países, tais como Equador, Honduras, Nicarágua e Venezuela, as taxas de nascimento entre adolescentes estão acima de 100 para cada 1.000 jovens na faixa etária de 15 a 19 anos, aproximando-se daquelas da maior parte dos países subsaarianos (UNFPA 2011).

Nesses países, os números de gravidezes e gestações entre as adolescentes são muito mais elevados nos grupos indígenas, os quais tendem a sofrer



desvantagens socioeconômicas e educacionais (Lewis e Lockheed, 2007). Nos Estados Unidos, as taxas de nascimento entre adolescentes recentemente declinaram entre todos os grupos étnicos, a um nível histórico de 34 nascimentos para cada 1.000 jovens, mas ainda são mais altos que os da Europa Ocidental (UNFPA, 2010a).

Os nascimentos entre adolescentes estão declinando na maior parte das regiões, mas o declínio apresenta lentidão em algumas partes do mundo e até mesmo indicam reversão em alguns países da África Subsaariana, onde essas taxas são as mais elevadas do mundo (Fundo de População das Nações Unidas, 2012). Na África Subsaariana, as adolescentes na faixa etária entre 15 e 19 anos apresentam, em média, 120 nascimentos para cada 1.000 jovens por ano, variando de um ápice de 199 para cada 1.000 adolescentes, no Níger, para uma baixa de 43 para cada 1.000 adolescentes em

Ruanda. Mais da metade das jovens mulheres dá à luz antes dos 20 anos (Godha, Hotchkiss e Gage, 2011), e a taxa de fecundidade de adolescentes, na maior parte dos países da África Subsaariana, apresentou ligeiro declínio desde 1990 (Loaiza e Blake, 2010). No Cáucaso e na Ásia Central, a taxa de fecundidade entre adolescentes se nivelou nos últimos 10 anos, talvez porque a região tenha alcançado um alto nível de escolaridade entre as meninas, com paridade de gênero no nível médio e mais meninas frequentando o ensino superior que meninos (Nações Unidas, 2012). A única região onde a fecundidade adolescente aumentou, entre 2000 e 2010, foi no Sudeste da Ásia.

A necessidade de dados abrangentes

Proteger o direito ao planejamento familiar requer primeiramente um entendimento de base sobre quem atualmente tem acesso ao planejamento

▲ Casal com seu bebê em Vulcan, na Romênia.
©Panos/Petrut Calinescu.

familiar e quem não tem. Assegurar direitos também requer a compreensão de como as e os jovens e adultos veem o sexo, a sexualidade e a decisão de ter filhos. Novas tecnologias possibilitaram aos Estados obter um maior entendimento das tendências demográficas e dos fatores ambientais que motivam as pessoas a fazer sexo e influenciam as taxas de fecundidade. A comunicação digital e móvel possibilita que as pessoas mais facilmente acessem informações sobre seus direitos e as obrigações de seus governos de preservá-los.

A avaliação das tendências de planejamento familiar requer uma análise detalhada de quem é mais vulnerável, quais são os indivíduos cujas necessidades têm sido negligenciadas, que fatores contribuem para as vulnerabilidades dos indivíduos e para sua impossibilidade de fazer concretizar seus direitos ao planejamento familiar, ao longo da vida (UNFPA, 2010).

Boas medidas demográficas nos relatam uma narrativa complexa e envolvente. As partes interessadas cada vez mais necessitam analisar esses dados, em articulação com informações sobre as condições sociais, culturais e políticas que configuram a saúde e levam à evolução de padrões nessa área. A Organização Mundial da Saúde declara que esses *determinantes sociais da saúde influenciam* “a maior parte do volume global de doenças e a massa das desigualdades na saúde” (Organização Mundial da Saúde, 2005). Em todos os níveis

- individual, comunitário e nacional -, os determinantes sociais da saúde estabelecem condições que influenciam a capacidade de mulheres, homens e jovens de terem acesso ao planejamento familiar de qualidade, quando desejam prevenir ou retardar a gravidez, em diferentes fases de suas vidas.

Os responsáveis pela elaboração de políticas devem, portanto, empregar dados abrangentes dos vários setores da dinâmica populacional, inclusive estruturas etárias e taxa de urbanização, bem como outras tendências. Simplesmente aumentar a disponibilidade de planejamento familiar pode contribuir pouco para a redução da gravidez indesejada, se não for analisado onde a necessidade não atendida é maior, onde os esforços para apoiar os direitos reprodutivos foram menos satisfatórios, ou onde as barreiras culturais, sociais, econômicas ou logísticas impedem as pessoas de ter acesso a informações e serviços de alta qualidade.

O Programa de Ação destaca a inter-relação entre sexualidade humana, idade e relações de gênero, e como estes fatores, somados, afetam a capacidade de homens e mulheres de alcançar e manter a saúde sexual e administrar suas vidas reprodutivas. Os programas de planejamento familiar devem basear-se, portanto, em análises de dados, de modo a levar em conta a continuidade da atividade sexual, bem como suas consequências específicas de gênero e de idade.

Conclusão

Fecundidade, necessidades não atendidas, descontinuidade entre os que empregam a contracepção e níveis de aborto inseguro são mais altos nos países mais pobres e entre populações vulneráveis de todos os países. Alguns países desenvolvidos mantêm continuados níveis de gravidez indesejada. Desigualdades persistentes podem ser observadas quanto ao acesso e uso do planejamento familiar entre as elites ricas e escolarizadas e todos os demais. Quando se trata de utilizá-lo, portanto, aqueles que podem usar, enquanto aqueles com acesso mais limitado enfrentam necessidades não atendidas e gravidez indesejada.

Ao contemplar a necessidade, em todo o mundo, de informação e serviços de planejamento familiar, os responsáveis pela elaboração de políticas precisam acessar dados abrangentes e devem considerar padrões de atividade sexual e, não apenas, taxas de fecundidade.



Desafios da universalização do acesso a todas e todos

Há um grande desejo não atendido de planejamento familiar em todo o mundo, entre pessoas de várias idades, grupos étnicos e locais de residência. Há enormes diferenças na capacidade das nações de auxiliar suas populações a atender a esse desejo e de apoiar os direitos dos indivíduos. Muitos países dispõem de legislação voltada para traduzir em realidade os compromissos com os direitos internacionais (Robison e Ross, eds., 2007). Mas, em muitíssimas situações, os direitos de alguns—não de todos—estão garantidos apenas em princípio.

A despeito de um conjunto de proteções legais, persistem as barreiras ao acesso e aos direitos. Algumas dessas barreiras se relacionam a custos e à acessibilidade de preços. Outras, a dificuldades na distribuição de insumos e a serviços confiáveis em áreas remotas, ou às distâncias que as pessoas têm de viajar para obter serviços de planejamento familiar. Outros obstáculos estão vinculados a normas sociais, a costumes ou à desigualdade de gênero. E outros, ainda, a políticas ou normas legais.

Muitos grupos, portanto, não podem exercer seu direito de decidir se, quando e em que condições terão filhos. O desafio quase sempre está ligado a formas diretas e indiretas de discriminação e à desigual implementação da legislação, das políticas e da programação já existentes.

No mundo todo, grupos específicos da população enfrentam os maiores desafios para ter acesso às informações e aos serviços de que necessitam para planejar suas famílias. Como resultado, o planejamento familiar acaba se transformando mais em um privilégio, desfrutado por alguns, do que um direito universal exercido por todas e todos.

Confrontar as barreiras sociais e econômicas ao planejamento familiar

O Entendimento Comum sobre a Abordagem Baseada em Direitos Humanos das Nações Unidas enfatiza a importância do fortalecimento da capacidade dos indivíduos de reivindicar seus direitos, bem como a dos portadores de obrigações em cumprir seus deveres, inclusive o de prestar serviços. Consequentemente, o aumento do acesso e do uso de serviços básicos de planejamento familiar requer o desenvolvimento de capacidades de empoderamento, particularmente no que se refere aos detentores de direitos marginalizados e discriminados, e das capacidades de responsividade e de responsabilização dos portadores de obrigações. Muitas instituições podem enfrentar essas barreiras ao cumprimento do direito ao planejamento familiar – e enfrentam-nas.

Fatores sociais, culturais e econômicos podem possibilitar ou impedir o cumprimento de direitos, inclusive o de acesso a - e oferta de - informações e a serviços de planejamento familiar. Esses fatores podem significar que etnia, idade, estado civil,

◀ Brenda, 16 (à esquerda) e sua irmã mais velha, Atupele, 18 (à direita) tiveram de deixar a escola porque sua família não podia arcar com as mensalidades. Ambas são agora jovens mães.

© Lindsay Mgbor/
Departamento para
o Desenvolvimento
Internacional do Reino
Unido.

situação de refugiado, sexo, incapacitação física, pobreza, saúde mental e outras características são barreiras ao acesso do indivíduo ao planejamento familiar. No entanto, na arena da saúde sexual e reprodutiva, as iniquidades de gênero, a discriminação baseada no gênero e o desempoderamento das mulheres surgem como obstáculos à sua busca e reivindicação por saúde e direitos.

O alcance das obrigações de planejamento familiar do Estado requer o enfoque na igualdade de gênero.

Em muitas situações, as normas de gênero toleram crenças, comportamentos e expectativas específicas de mulheres e homens adultos, o que contribui para riscos à sua saúde e vulnerabilidades que os afetam por toda a vida. As mulheres, meninas e

desempenho sexual são essenciais para a masculinidade. O gozo nas relações sexuais é visto como prerrogativa masculina, e os homens são ensinados a tomar a iniciativa nas relações sexuais, o que gera significativa pressão (e insegurança). A visão tradicional do que significa ser um homem pode encorajá-los a buscar múltiplas parcerias sexuais e a assumir riscos na área da sexualidade. Em todo o mundo, os homens são ensinados que não cabe a eles a responsabilidade básica pelo planejamento familiar e, na maioria das vezes, eles não são responsabilizados pela gravidez fora do casamento.

O tratamento distinto dado a meninos e meninas tem início quando do crescimento e continua pela vida toda. O resultado é que todos—crianças, jovens, adultos—, de modo geral, absorvem as mensagens sobre como devem ou não se comportar ou pensar e, logo cedo, começam a estabelecer diversas expectativas com relação a si e aos outros, como seres masculinos e femininos. Na maior parte dos casos, essas expectativas infelizmente se traduzem em práticas que podem causar danos à saúde sexual e reprodutiva.

Ainda que sejam as mulheres as que sofrem mais sistematicamente, e por toda a vida, os efeitos negativos das normas nocivas de gênero, as sociedades também educam seus homens, adolescentes do sexo masculino e meninos, de forma a gerar resultados insatisfatórios de saúde sexual e reprodutiva para eles. Em muitas sociedades, os homens são encorajados a afirmar sua masculinidade assumindo riscos, mostrando sua resistência, suportando a dor, assumindo o papel de provedor independente e tendo várias parceiras sexuais. Os papéis e responsabilidades de sustentáculo e chefe de família são inculcados nos meninos, jovens e homens; assumir esses comportamentos e desempenhar esses papéis são as maneiras dominantes de o homem afirmar sua virilidade.

Se as normas de gênero simplesmente ditassem *diferença* e não *hierarquia*, não estaríamos falando

Como parte do esforço de esgotar todas as necessidades não atendidas, todos os países deveriam procurar identificar e remover todas as principais barreiras restantes à utilização de serviços de planejamento familiar.

— Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, CIPD.

jovens são quase sempre condicionadas a assumir uma postura passiva frente aos homens, ao passo que recebem pouca informação sobre a própria saúde sexual e reprodutiva. A ideia de sexualidade — tópico que abrange um diverso conjunto de desejos, experiências e necessidades — é comumente restrita a noções de pureza e virgindade no caso das mulheres. Elas vivem pressionadas a conformar-se às normas sociais que, consistentemente, restringem suas atividades sexuais aos limites do casamento. São quase sempre desestimuladas a tomar a iniciativa de discutir assuntos ligados a relações sexuais, a se recusar a fazer sexo ou a falar sobre planejamento familiar.

O padrão masculino dominante ensina os homens, meninos e jovens que sexualidade e

sobre elas. Mas, em regra, elas estabelecem e reforçam a subordinação das mulheres aos homens e geram resultados de saúde sexual e reprodutiva insatisfatórios para ambos. As mulheres são, quase sempre, impedidas de ter conhecimento sobre seus direitos e de obter os recursos que poderiam auxiliá-las a planejar suas vidas e famílias, a sustentar seus avanços escolares e a apoiar sua participação na economia formal (Greene e Levack, 2010). Aos homens, na maioria dos casos, não é oferecida a maior parte das fontes de informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva, e eles desenvolvem a noção de que o planejamento de sua prole não faz parte de seu domínio: é responsabilidade das mulheres.

A desigualdade de gênero nos programas de planejamento familiar

A desigualdade de gênero é um profundo obstáculo para que mulheres—e homens—possam concretizar seu direito ao planejamento familiar. É também um impedimento ao desenvolvimento sustentável. Enquanto a igualdade de gênero se refere ao objetivo maior da igualdade de direitos, de acesso, de oportunidades e de ausência de discriminação de gênero, a equidade de gênero refere-se à justeza na *distribuição* de recursos e serviços (UNFPA, 2012b; Caro, 2009). Para assegurar justeza e justiça, os governos devem buscar a igualdade de gênero através da adoção de estratégias e medidas que visem a compensar as desvantagens históricas e sociais que impedem mulheres e homens de desfrutar de iguais oportunidades (UNICEF, 2010).

As barreiras legais, econômicas, sociais e culturais à saúde e ao acesso a seus serviços são reforçadas pela realidade fisiológica da reprodução: as mulheres arcam com as consequências das opções insatisfatórias em termos de saúde sexual e reprodutiva e pagam por essas consequências com sua saúde e, por vezes, com suas vidas. Empoderadas com informações, métodos



◀ Casal em serviço de atendimento pré-natal para casais, na Venezuela.
© UNFPA/Raúl Corredor.

e serviços adequados, as populações vulneráveis estarão em melhor posição para evitar muitos dos resultados prejudiciais à saúde sexual e reprodutiva que as afetam. O enfoque na igualdade de gênero pode facilitar para mulheres e homens de todas as idades, em várias situações, planejar o momento e o espaçamento entre seus filhos.

Os rígidos ideais sobre atitudes e comportamentos adequados para homens e mulheres são aprendidos, são normas socialmente construídas que variam conforme os contextos e interagem com fatores culturais, como classe ou casta (Barker, 2005; Barker, Ricardo e Nascimento, 2007).

Essas normas sociais e de gênero são transmitidas e reforçadas em múltiplos níveis, entre indivíduos em grupos e no seio das famílias, através de atitudes e práticas difundidas na comunidade e inseridas nas instituições.

ASSOCIAÇÃO DE ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE EQUIDADE DE GÊNERO RELACIONADOS À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

	ESCORE NA ESCALA MASCULINA DE EQUIDADE DE GÊNERO	Porcentagem de homens que dizem ser importante o seguinte:			
		COMUNICAÇÃO DO CASAL	SATISFAÇÃO SEXUAL	ACOMPANHAR A CONSULTA PRÉ-NATAL	FAZER TESTE DE HIV
BRASIL	BAIXO	87	80	58	28
	MODERADO	84	91	68	31
	ALTO	87	95	87	38
CHILE	BAIXO	50	50	27	21
	MODERADO	86	83	83	24
	ALTO	90	88	89	31
CROÁCIA	BAIXO	70	61	69	5
	MODERADO	88	67	84	3
	ALTO	95	79	94	13
ÍNDIA	BAIXO	73	98	91	20
	MODERADO	65	98	91	12
	ALTO	64	98	93	6
MÉXICO	BAIXO	71	86	75	16
	MODERADO	85	91	87	15
	ALTO	91	96	94	31
RUANDA	BAIXO	--	83	--	85
	MODERADO	--	85	--	87
	ALTO	--	90	--	89

Fonte: International Center for Research on Women e Promundo, 2011.

ESTUDO DE CASO

Abordagem de violência de gênero na Tanzânia

O programa Jijenge!, na Tanzânia, reconheceu o dano que a desigualdade de gênero estava causando às mulheres, inclusive à sua saúde sexual e reprodutiva (Michau, Naker e Swalehe, 2002). Indo além de uma abordagem tipicamente biomédica para a saúde sexual e reprodutiva, o programa

integrou a esta a igualdade de gênero, através de três estratégias:

- Fornecimento de informações, serviços e aconselhamento para mulheres, o que as auxiliou a identificar as raízes dos problemas de saúde sexual em suas comunidades;
- Treinamento dos trabalhadores comunitários para criar mais agências e prestadores de serviços sensíveis a questões de gênero, incluindo professores, policiais, juízes, grupos de igreja,

etc. que pudessem desenvolver práticas mais voltadas às mulheres;

- Mudança nas atitudes de gênero nas comunidades, com estímulo ao debate público sobre a situação feminina através de folhetos, teatro de rua, reuniões da comunidade e outros meios de divulgação de informações.

Através do programa, verificou-se que o enfoque específico na violência de gênero (particularmente quando as mensagens eram entregues através de inúmeros meios) revelou-se mais eficaz que a abordagem mais geral sobre a desigualdade de gênero. O envolvimento dos homens nas discussões foi essencial, tal como o foi o endosso de membros influentes da comunidade. ■

Se atitudes mais tradicionais de dominância masculina estão vinculadas a resultados de saúde mais insatisfatórios, é lógico que atitudes de maior equidade de gênero possam levar a melhorias em atitudes e práticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (Pulerwitz e Barker 2006; Barker, Ricardo e Nascimento, 2007). A *International Men and Gender Equality Survey* (Pesquisa Internacional sobre o Homem e a Equidade de Gênero, em tradução livre), por exemplo, demonstrou que práticas mais saudáveis estão associadas a escores mais elevados na Escala GEM ("gender equitable man" ou homem voltado para a equidade de gênero, em tradução livre), usada para medir atitudes masculinas voltadas para a equidade (*International Center for Research on Women* - Centro Internacional de Pesquisa sobre a Mulher, em tradução livre - e Promundo, 2010).

O que esses dados nos dizem é que homens com atitudes mais respeitadas têm maior probabilidade de obter melhores resultados como pessoas e como parte de um casal, conforme refletido na melhor comunicação, maior satisfação sexual, maiores chances de acompanhar suas parceiras a consultas



◀ Olivia Adelaide, técnica de laboratório no Centro de Saúde de Boane, em Moçambique, que oferece atendimento básico e serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive planejamento familiar e teste de HIV.

© UNFPA/Pedro Sá da Bandeira.

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV/AIDS

O HIV não impede necessariamente o desejo de ter filhos, e as mulheres HIV-positivas podem decidir-se por tê-los, a despeito dessa condição, ou decidir por não tê-los (Rutenberg *et al.*, 2006). As mulheres vivendo com o HIV/Aids somente deixam de poder exercer o *direito de decidir o número, o momento e o espaçamento entre as gravidezes* se práticas discriminatórias as privarem dos meios e serviços necessários para concretizar sua decisão, como o acesso à contracepção, ao planejamento familiar, ao atendimento à saúde materna e aos medicamentos e serviços para prevenir a transmissão vertical.

O *direito à saúde e o direito à saúde sexual e reprodutiva* habilitam as mulheres vivendo com o HIV/Aids ao tratamento, ao atendimento e aos serviços necessários para a prevenção da transmissão vertical na gravidez. O risco da transmissão perinatal do HIV é inferior a 2%, quando combinado com tratamentos antirretrovirais, parto seguro e alimentação neonatal segura. Na falta desses serviços essenciais, o risco varia de 20% a 45% (Organização Mundial da Saúde, 2004a).

Nos países de renda baixa e média, estima-se que 45% das mulheres HIV-positivas grávidas recebam, no mínimo, alguns medicamentos antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical do HIV (Organização Mundial da Saúde, UNAIDS e UNICEF, 2010).

pré-natais e maior probabilidade de ter procurado realizar o teste de HIV.

Nos últimos 15 anos, organizações não governamentais, Agências das Nações Unidas e governos investiram em programas que somaram esforços para mudar as normas de gênero, através de intervenções na saúde. Pesquisa recente demonstrou que os esforços para fortalecer atitudes de mais equidade de gênero entre os homens podem influenciar atitudes e práticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (Pulerwitz e Barker, 2006; Barker, Ricardo e Nascimento, 2007). Análises globais recentes de programas de saúde sexual e reprodutiva demonstraram que aqueles que levaram em consideração as questões de gênero de forma integrada obtiveram melhores resultados (Rottach, Schuler e Hardee, 2011; Barker, Ricardo e Nascimento, 2007).

Atitudes e expectativas culturais referentes à virgindade, ao casamento e a papéis familiares continuam rígidas em muitos locais, reforçadas por ansiedades sobre sexualidade, poder e indepen-

esses riscos são novos, nem ocorrem somente na escola; grande número de meninas que não a frequentam também casa ou continua a ter filhos na adolescência. O que é novo é a maior possibilidade de atrito entre os papéis das meninas que permanecem estáveis (trabalhos domésticos, expectativas sobre a virgindade, administração da própria sexualidade e aspirações ao casamento) e os que estão mudando (escolaridade, exposição a colegas, maior mobilidade, em alguns casos).

Análise realizada em cinco países africanos sobre a experiência de jovens de 12 a 19 anos que frequentaram a escola quando tinham 12 anos demonstrou que as meninas têm menos probabilidade que os meninos, em qualquer idade, de continuar o ensino fundamental ou médio, e menos probabilidade que aqueles de fazer a transição entre esses dois graus de ensino (Biddlecom *et al.*, 2008). As meninas enfrentam maior risco de abandono da escola quando se tornam sexualmente maduras e experimentam o sexo pré-marital; a gravidez precoce é ainda mais desastrosa para elas. Algumas pesquisas recentes sugerem que a gravidez e o casamento precoces têm mais probabilidades de ser consequências que causas de as meninas não concluírem o ensino médio (Biddlecom *et al.*, 2008; Lloyd e Mensch, 2008).

Redefinir o que significa ser um "homem de verdade"

Tal como as mulheres e meninas, os homens e os meninos sofrem pressões sociais para adotar ideais rígidos sobre como devem comportar-se, sentir e interagir para serem considerados *homens de verdade*. Esses ideais são aprendidos e não são um simples resultado do gênero do indivíduo (Connell, 1987; Connell, 1998). Quando lhes é dada oportunidade de refletir criticamente sobre esses ideais, homens e meninos quase sempre descrevem as pressões que sentem para serem *homens de verdade*—, um termo que geralmente tem o significado de enfrentar ris-

Os abortos realizados sem condições de segurança são "um procedimento para dar fim a uma gravidez indesejada, realizado ou por uma pessoa a quem falta a necessária habilitação ou em um ambiente que não está em conformidade com os mínimos padrões médicos, ou ambos."

— Organização Mundial da Saúde (1992).

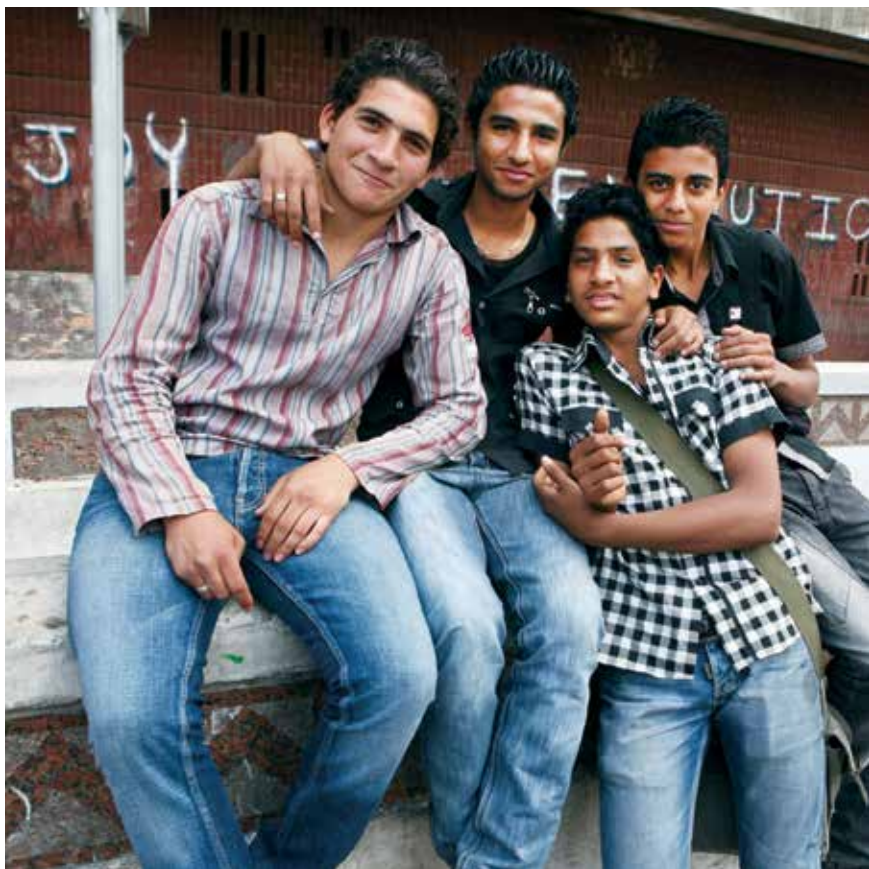
dência feminina, e os perigos reais que as meninas podem enfrentar (Greene e Merrick, n.d.). Como muitas delas permanecem na escola por mais tempo, têm estatisticamente mais probabilidade de amadurecer sexualmente no período escolar; encaram riscos que poucas escolas abordam adequadamente, inclusive violência sexual, exposição a doenças sexualmente transmissíveis e HIV, gravidez e gestação precoces, bem como abortos inseguros (Lloyd 2009). Certamente, nem todos

cos, encarar a dor, ser resistente, ser um provedor e ter várias parceiras (Flood, 2007).

A expressão homens de verdade em geral refere-se à masculinidade hegemônica—a medida prevalente de masculinidade pela qual os homens avaliam a si mesmos e aos outros. Os conceitos dominantes de masculinidade são complexos e diferem entre as sociedades, sendo influenciados por vários fatores, inclusive os culturais, raciais, de classe social e sexualidade (Kimmel, 2000). Por exemplo, um grupo com uma versão de masculinidade inserida em uma classe social ou grupo étnico pode exercer maior poder sobre outro, exatamente como a masculinidade heterossexual é frequentemente dominante sobre a homossexual e a bissexual (Marsiglio, 1998). Em muitas sociedades, a masculinidade hegemônica está associada à heterossexualidade, casamento, autoridade, sucesso profissional, dominância étnica e/ou resistência física (Barker, Ricardo e Nascimento, 2007).

Homens e meninos que se desviam das normas do varão dominante em suas atitudes e comportamentos podem vir a expor-se ao ridículo e à crítica (Barker e Ricardo, 2005). Mais ainda, homens jovens e adultos que seguem essas visões tradicionais de virilidade têm mais probabilidade de se envolver em práticas sexuais de maior risco (Sonenstein, ed., 2000). Resultados obtidos a partir da Escala GEM demonstraram que os homens que seguem pontos de vista mais rígidos sobre masculinidade têm mais probabilidade de ter atitudes ou comportamentos práticos que comprometem sua saúde sexual e a de suas parceiras (Pulerwitz e Barker, 2008).

Nem todos os meninos e homens se identificam com as versões de masculinidade predominantes em suas comunidades. Por exemplo, os jovens de situação socioeconômica mais elevada quase sempre detêm mais poder e acesso a bens e oportunidades que os das classes socioeconômicas mais baixas (Barker, 2005). A evolução do lugar que



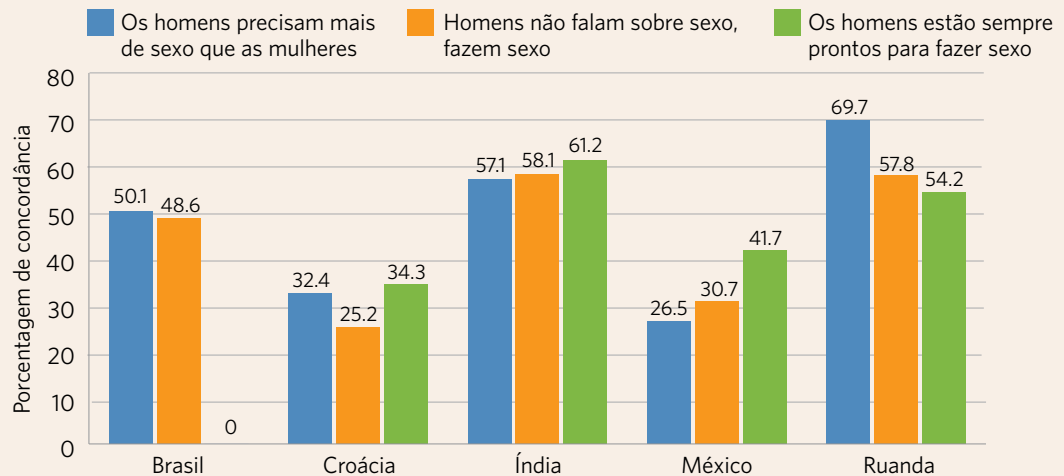
eles ocupam no seio de seu grupo de iguais, ou de famílias e comunidades, é um processo dinâmico que muda com o tempo (Connell, 1994). As atitudes e experiências dos homens, particularmente as conclusões a que chegam sobre o que é um comportamento socialmente aceitável, têm implicações para sua disposição em aceitar o acesso a serviços de planejamento familiar e a serem participantes ativos no planejamento de suas famílias ao lado de suas parceiras.

Através de uma análise global conduzida pela Organização Mundial da Saúde descobriu-se que as formas de masculinidade culturalmente dominantes, que frequentemente compelem os homens a exercer estrito controle emocional e cultivar uma noção de invulnerabilidade, atuam como barreiras à saúde e à tendência de buscar a saúde: elas desestimulam alguns homens e meninos a passar

▲ *Jovens na Praça Tahrir, no Cairo.*

© UNFPA/Matthew Cassel.

RELAÇÃO ENTRE ADEÇÃO A PADRÕES DE DOMINÂNCIA MASCULINA E SEXUALIDADE



Fonte: International Men and Gender Equality Survey, International Center for Research on Women e Instituto Promundo 2011.

por consultas médicas ou dar apoio à saúde de suas parceiras (Barker, Ricardo e Nascimento, 2007).

Os homens, na maioria das vezes, não têm oportunidade de questionar essas normas masculinas ou de refletir sobre como suas visões de virilidade afetam sua saúde e a de suas parceiras. Entretanto, programas especificamente projetados demonstraram que homens jovens e adultos podem adotar atitudes e comportamentos de equidade — atitudes que estão associadas a melhores resultados de saúde sexual e reprodutiva (*International Center for Research on Women* e Promundo, 2010; ONU Mulheres, 2008).

A sexualidade humana e as relações de gênero estão intimamente inter-relacionadas e conjuntamente afetam a capacidade de homens e mulheres de alcançar e manter a saúde sexual e a administrar suas vidas reprodutivas... O comportamento sexual responsável, a sensibilidade e a equidade nas relações de gênero, particularmente quanto infundidas nos anos de formação, acentuam e promovem parcerias respeitosas e harmoniosas entre homens e mulheres.

— Programa de Ação da CIPD, parágrafo 7.34

Atitudes e normas prevalentes sobre sexo impedem o acesso de jovens, solteiros de todas as idades, homens e grupos marginalizados.

Normas sociais e culturais ditam quem, quando, com quem e com qual objetivo mulheres e homens devem fazer sexo. A atividade sexual é amplamente vista como aceitável somente quando as pessoas “certas” se envolvem, nas condições “certas”. As perspectivas de grupos excluídos não são refletidas no desenho, na implementação e na avaliação das políticas e programas de planejamento familiar. Os impedimentos ao acesso são tidos como naturais, de acordo com os padrões de exclusão específicos a cada grupo social.

Em sociedades do mundo todo, as expectativas ditam que o sexo somente deve ocorrer entre pessoas casadas, saudáveis, heterossexuais, monogâmicas, nem tão jovens, nem tão idosas e cuja capacidade de criar filhos atenda às expectativas de suas famílias e comunidades. Quando a atividade sexual de qualquer pessoa viola qualquer dessas rígidas exigências,

a sociedade dificulta seu acesso à educação, a métodos e a serviços de planejamento familiar.

Reforçadas ao longo do tempo por atitudes e práticas culturais há muito existentes, as normas sociais servem de base ao diálogo, ou à sua ausência, sobre os desejos sexuais do indivíduo, suas motivações e reservas sobre o acesso ao planejamento familiar, e o estigma e a discriminação que ele ou ela vivencia. Para tomar o exemplo de adolescentes não casados, a despeito da volumosa evidência de que muitos são sexualmente ativos e de que faz total sentido em termos de saúde pública prepará-los para administrar essa experiência, as normas sociais proíbem discutir relacionamentos sexuais ou a oferta de informações de saúde sexual e reprodutiva e planejamento familiar a eles.

As condições sociais segundo as quais a atividade sexual é tida como “inaceitável” não é uma desculpa para que os Estados deixem de cumprir suas obrigações e compromissos para com a saúde pública. Os governos, sozinhos, não podem mudar atitudes discriminatórias e normas sobre sexo. Entretanto, podem estruturar e coordenar processos que diminuam as barreiras sociais ao acesso, capacitando grupos marginalizados a exercer seus direitos e oferecendo a essas pessoas informação e serviços adequados, inclusive educação sexual ampla e objetiva.

Negligenciar os direitos de inúmeras populações é minar as metas nacionais de desenvolvimento. Esses grupos populacionais são frequentemente mais vulneráveis à negligência e à discriminação e, em muitos países, são aqueles que apresentam mais altos níveis de necessidades não atendidas. Aqueles cuja atividade sexual pode desafiar as normas sociais preponderantes e cujo acesso ao planejamento familiar confiável, de qualidade, pode ser impedido incluem: 1) *jovens*, 2) *pessoas não casadas de todas as idades*, 3) *homens* e 4) *outros grupos marginalizados ou discriminados*.

Sem políticas integradoras de planejam-

to familiar que promovam a inclusão social e apliquem um marco baseado em direitos, as instituições responsáveis pela oferta equitativa de informações e serviços poderão negligenciar sistematicamente as necessidades de segmentos inteiros das populações atendidas.

1 Jovens

A despeito dos compromissos internacionais de remoção de barreiras ao planejamento familiar para todos os grupos populacionais, resultados de pesquisas apontam que as necessidades dos jovens continuam grandemente negligenciadas. A consequência é que a maior geração de jovens da história está impossibilitada de exercer plenamente seus direitos reprodutivos e evitar a gravidez indesejada, diminuir os riscos de deserção escolar, ou se proteger de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive do HIV. Essa realidade e suas consequências negativas são amplamente evitáveis.

Os que estão abaixo dos 25 anos hoje respondem por 44% do total da população mundial e, nos países em desenvolvimento, o número de crianças e jovens está elevado como nunca — 1,6 bilhão e 1 bilhão, respectivamente. Somente as meninas e jovens de 10 a 19 anos correspondem a um quinto de toda a população feminina em idade reprodutiva (*Guttmacher Institute e International Planned Parenthood Federation*, 2010; *Guttmacher Institute e International Planned Parenthood Federation*, 2010a).

À medida que esses jovens se encaminham para a idade adulta, a realidade política, econômica e sociocultural em que se inserem traçará as oportunidades e riscos que enfrentarão quando planejarem suas famílias. Em muitas sociedades, esses fatores continuam a reforçar atitudes e práticas restritivas ou intimidatórias aos jovens quanto ao seu acesso à educação e a serviços, recursos esses que lhes dariam o poder de escolher o momento em que gostariam de se tornar pais e mães.

As necessidades não atendidas são maiores entre as 300 milhões de mulheres adolescentes entre 15 e 19 anos. Os riscos da gestação tanto para a mãe como para o bebê são maiores entre as mães adolescentes, e são necessários esforços intensos para assegurar que sejam respeitados os direitos da adolescente à informação e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive os referentes à proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e o HIV (UNICEF *et al.*, 2011a). Diariamente, ocorrem 2.500 novos casos de infecção pelo HIV entre jovens, a maioria do sexo feminino. As jovens, casadas ou solteiras, frequentemente necessitam da dupla proteção do preservativo associado a outro contraceptivo moderno para se protegerem tanto contra a gravidez como contra doenças.

Na África Subsaariana e no Sul, Centro e Sudeste da Ásia, mais de 60% das adolescentes que desejam

evitar a gravidez têm necessidades não atendidas de contracepção moderna. As que não a utilizam ou confiam em métodos tradicionais respondem por 80% das gravidezes indesejadas nessa faixa etária.

Análise comparativa obtida de dados colhidos através da Pesquisa Demográfica e de Saúde, realizada em 40 países pelo *Guttmacher Institute*, demonstrou que a proporção de adolescentes do sexo feminino que relataram ter descontinuado o uso do método que empregavam quando ainda necessitavam de contracepção varia de 4%, no Marrocos, a 28% na Guatemala. Em todos os países, as taxas de descontinuidade do uso de contraceptivos entre adolescentes são, aproximadamente, 25% mais elevadas que aquelas apresentadas pelas mulheres mais velhas, com variações regionais (Blanc *et al.*, 2009). Em todos os países, exceto a Etiópia, é maior a proporção de adolescentes que

DISPARIDADES NAS TAXAS DE FECUNDIDADE ENTRE ADOLESCENTES: A IMPORTÂNCIA DA ESCOLARIDADE E DA RENDA FAMILIAR

Taxas de fecundidade específicas por faixa etária (nascidos vivos para cada 1.000 jovens) entre 15 e 19 anos, por quintil de renda e região

Região	Nº. de pesquisas por países na região	Média regional	Quintil mais pobre	Quintil mais rico	Razão de taxas de fecundidade pobre-rico	Porcentagem de crianças de menor faixa etária do ensino médio fora da escola
Leste da Ásia	4 of 7	42.4	75.6	17.6	4.3	10.0
Europa, Ásia Central	6 of 8	52.7	7.0	31.3	2.3	9.6, 4.9
América Latina e o Caribe	9 of 17	95.7	169.5	39.2	4.3	5.5
Oriente Médio, Norte da África	4 of 6	57.8	68.2	35.1	1.9	19.5
Sul da Ásia	4 of 8	107.0	142.0	57.9	2.5	*27.3
África Subsaariana	29 of 49	129.7	168.1	75.4	2.2	36.8
Média de todos os países	56 of 95	103.0	142.5	56.6	2.5	18.3

Fonte de dados sobre fecundidade: Gwatkin *et al.* 2007.
Fonte de dados sobre escolaridade: Instituto de Estatística da UNESCO, 2010.
*Inclui Sul e Oeste da Ásia
^ Inclui crianças de, aproximadamente, 11 a 14 anos, variando de acordo com o país.



descontinuam o uso dos contraceptivos, embora ainda desejosas de evitar a gravidez, que a de mulheres mais velhas. A mesma análise apontou taxas mais elevadas de falha no primeiro ano de uso de contraceptivos entre as jovens.

São muito poucos os jovens que podem explorar sua sexualidade em ambientes saudáveis, em linha com educação sexual e serviços adequados à sua faixa etária, que os capacite para tomar decisões informadas sobre seu comportamento sexual e saúde reprodutiva. Os programas de planejamento familiar podem espelhar a crença de que os jovens *devem* manter a abstinência até o casamento. Esse padrão sociocultural já não reflete mais a diversidade encontrada na realidade sexual dessa etapa da vida.

Os jovens exploram sua sexualidade e negociam suas vidas sexuais sob a influência de membros da família, práticas religiosas, líderes comunitários e amigos e colegas. Adolescentes de todas as partes estão expostos a atitudes e comportamentos fundados no gênero, os quais delimitam a percepção que têm de sexo, sexualidade e relacionamentos — e isto também acontece com relação aos seus comportamentos. A qualidade e o conteúdo das informações que recebem variam muito e são fortemente influenciados pelos grupos de jovens

aos quais pertencem (Kinsman, Nyanzi e Pool, 2000; Jaccard, Blanton e Dodge, 2005). Quando estão especialmente vulneráveis à violência de gênero, as adolescentes correm mais risco de que sua primeira experiência sexual seja por coação ou forçada. A coerção é comum nos casos de iniciação precoce: mais de um terço das meninas de alguns países pesquisados relata que houve coação nas experiências sexuais que tiveram prematuramente (Organização Mundial da Saúde, 2012a).

Análises de dados recentes sobre comportamento sexual entre jovens de 59 países apontaram a inexistência de uma tendência universal para o sexo entre os indivíduos de menor faixa etária; as tendências são complexas e variam significativamente por região e estado civil (Lloyd, 2005). Ao mesmo tempo, tendências globais para casamento tardio contribuíram para a diminuição da proporção de jovens do sexo feminino que relataram ter feito sexo, antes dos 15 anos (Lloyd, 2005; Greene e Merrick, n.d.). Não obstante, nos países onde o casamento precoce prevalece de forma mais evidente — Sudeste da Ásia e África Central, Ocidental e Oriental —, a idade média para a primeira relação sexual de jovens do sexo feminino é mais baixa que na América Latina e no Caribe,

▲ *Jovens recém-casados, em Paris.*
© Panos/Martin Roemers.

por exemplo. No que tange aos jovens do sexo masculino, a idade do primeiro intercurso não está relacionada ao estado civil. Essas diferenças entre as experiências dos jovens são mais pronunciadas nos países em desenvolvimento.

Avaliações comparativas de saúde sexual de adolescentes, entre os Estados Unidos e a Europa, apontam que os jovens começam a fazer sexo em épocas semelhantes, embora com resultados um tanto divergentes nessas áreas. Nos Estados Unidos, 46% de todos os alunos do ensino médio já tiveram sexo (*Centers for Disease Control and Prevention* /Centros de Controle e Prevenção de Doenças, em tradução livre), 2010). Apesar da semelhança de níveis de atividade sexual entre adolescentes de vários países europeus, tais como França, Alemanha e Países Baixos, os sexualmente ativos

têm significativamente menor probabilidade de viver experiências de gravidez, parto ou aborto. As taxas entre adolescentes dos Estados Unidos nesses casos são, respectivamente, três, oito e duas vezes mais altas que as das jovens europeias (*Advocates for Youth* /Defensores da Juventude, em tradução livre), 2011).

As diferenças podem ser atribuídas às políticas europeias que facilitam o acesso às informações e aos serviços de saúde sexual para meninas e meninos em idade escolar, que respeitam os direitos dos jovens e que dão apoio à sua saúde: os jovens europeus têm maior acesso à educação sexual e serviços de saúde sexual abrangentes, nos quais se inclui o planejamento familiar; lá também existe maior tendência a haver discussão mais aberta sobre atividade sexual com os pais e na sociedade de um modo geral.

Globalmente, os padrões de casamento estão mudando. Jovens de ambos os sexos estão se casando mais tarde, e o número de países onde o primeiro intercurso e o casamento coincidem entre os que têm menos de 25 anos diminuiu, em comparação com as gerações anteriores (Lloyd, ed., 2005; Greene e Merrick, n.d.). Essas tendências levaram a um aumento na prevalência de sexo pré-marital entre jovens. Nos países desenvolvidos, houve um claro aumento no número de anos entre o primeiro intercurso e o casamento (Mensch, Grant e Blanc, 2005). O intervalo entre a primeira relação sexual e o estabelecimento do convívio com uma parceira é maior para os homens (de três a cinco anos) que para as mulheres (até dois anos).

O aumento do intervalo entre a idade em que ocorre o primeiro intercurso e aquela em que se dá o primeiro casamento tem implicações para os riscos à saúde sexual e para as necessidades dos jovens, particularmente para as jovens em idade escolar. Análise recente, realizada em 39 países, apontou que — com exceção de Benin e Mali

▼ Adolescente em Madagascar ouve orientação sobre sexo seguro.
© Panos/Piers Benatar.



— adolescentes solteiras (de 15 a 17 anos) que frequentam a escola têm consideravelmente menos probabilidade de ter tido sexo pré-marital, quando comparadas com aquelas que abandonaram os estudos (Biddlecom *et al.*, 2008; Lloyd, 2010). Muito embora fatores individuais, familiares e sociais influenciem o comportamento sexual e a participação escolar, essas descobertas enfatizam os efeitos de proteção conferidos pela instrução contra a gravidez adolescente e seus efeitos negativos. Evidências colhidas em cinco países da África Ocidental sugerem que a gravidez e o casamento precoce podem ser consequências, e não causas, de as adolescentes abandonarem a escola em algumas regiões (Lloyd e Mensh, 2008).

Milhões de jovens se relacionam sexualmente antes de seus pais o saberem, ou antes que as instituições respondam às suas necessidades. Esses jovens — casados ou solteiros — também necessitam de serviços para evitar gravidezes e doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV, mas frequentemente não têm acesso a eles.

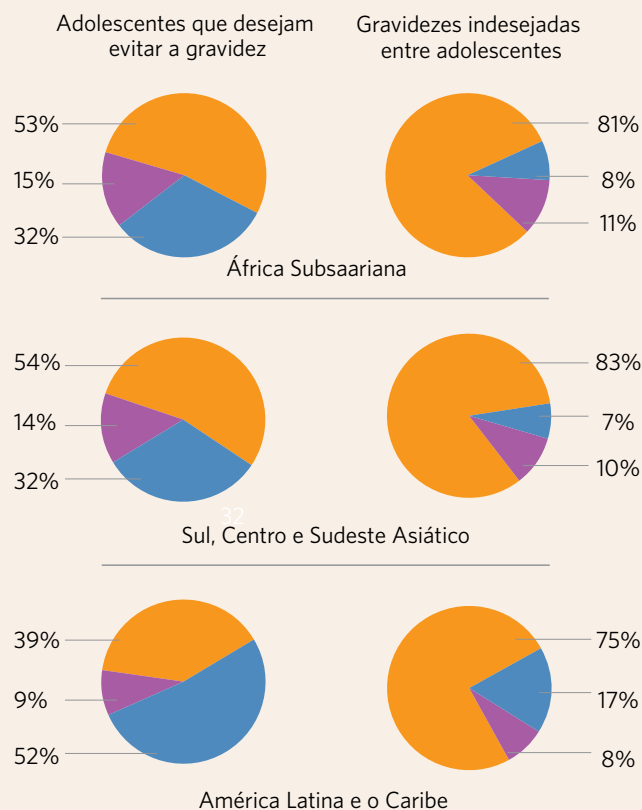
A atividade sexual dos jovens desafia a ênfase na abstinência e a visão de que o sexo deve servir estritamente para a procriação. A realidade é que muitos jovens *não* praticam a abstinência, e sua atividade sexual *não* é motivada pelo desejo de ter filhos. Avaliações qualitativas na África Subsaariana sugerem que as jovens solteiras sexualmente ativas, de forma geral, não procuram engravidar (Cleland, Ali e Shah, 2006). Mais ainda, jovens casadas não necessariamente pretendem engravidar muito cedo ou, se já têm um filho, pretendem protelar uma segunda gestação.

Dado o desejo dos jovens de retardar a procriação e evitar as doenças, o termo “planejamento familiar” pode parecer irrelevante para suas necessidades. Pesquisa recente tocou neste ponto essencial: Muitos jovens podem estar interessados na contracepção para evitar uma gravidez indesejada e para proteger-se contra doenças.

sexualmente transmissíveis, mas mensagens convencionais sobre planejamento familiar para o planejamento de suas famílias são irrelevantes. Abordar suas necessidades e ultrapassar as barreiras de acesso ao planejamento familiar requer ênfase na contracepção e prevenção de doenças, na educação sexual abrangente, baseada em direitos humanos, e inclusive na equidade e na não discriminação, na reflexão sobre papéis de gênero e sobre atitudes e comportamento sexuais (Cottingham, Germain e Hunt, 2010).

USO E NECESSIDADE NÃO ATENDIDA ENTRE ADOLESCENTES QUE DESEJAM EVITAR A GRAVIDEZ NO MUNDO DESENVOLVIDO

■ Nenhum método ■ Método tradicional ■ Método moderno



Fonte: Guttmacher Institute e International Planned Parenthood Federation, 2010a.

2 Pessoas não casadas de todas as idades

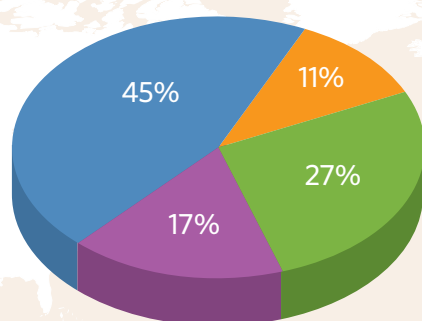
Em comparação com as gerações anteriores, um maior número de jovens e adultos em idade reprodutiva está se relacionando sexualmente fora do casamento, sem nenhum desejo imediato de ter filhos (Ortega, 2012). Assegurar seu acesso ao planejamento familiar, independentemente de seu estado civil, requer conhecimento sobre atividade sexual por prazer e intimidade *antes e depois* do casamento, bem como no decurso deste.

A maior parte das pessoas no mundo se casa, e a maior parte da atividade sexual tem lugar no casamento (Departamento de Assuntos Econômicos

e Sociais das Nações Unidas, 2009). Ainda assim, muitas pessoas que nunca se casaram ou cujos casamentos terminaram estão sexualmente ativas e desejam empregar o planejamento familiar. Dados recentes destacam que a comunicação interpessoal entre adultos sobre planejamento familiar — e seu efetivo uso — cada vez mais ocorre enquanto eles são solteiros, separados, viúvos ou divorciados.

Quando os programas de planejamento familiar do Estado excluem esses grupos de não casados, marginalizam uma crescente parte da população. Embora as práticas religiosas e as normas sociais sugiram que o casamento é pré-requisito para a atividade sexual, o Estado tem obrigação de asse-

ESTAMOS AQUI! PORCENTAGEM DE DISTRIBUIÇÃO DE JOVENS COMO PERCENTUAIS DA POPULAÇÃO MUNDIAL, POR REGIÃO



Mundo

América Latina e o Caribe

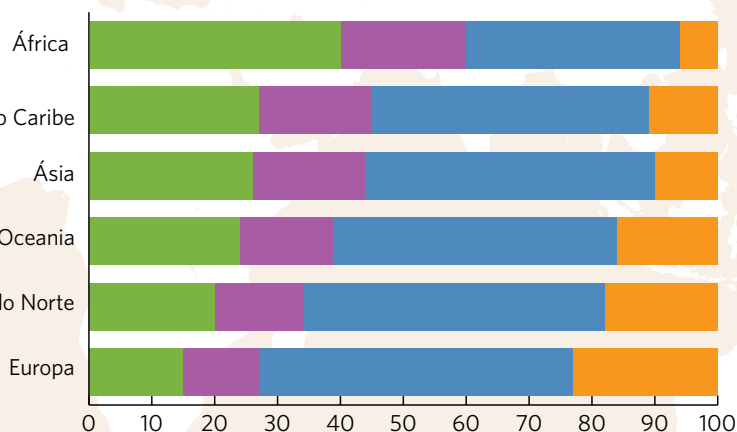
Ásia

Oceania

América do Norte

Europa

Regiões



Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, (2011).

gurar o acesso ao planejamento familiar a todas e todos, independentemente de suas crenças religiosas e práticas sexuais, sem discriminação.

Em alguns países, a proporção de adultos que nunca se casaram está aumentando (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2009). Nos últimos 40 anos, o número de países onde, no mínimo, 10% das mulheres nunca se casaram até os 50 anos aumentou de 33 para 41. Maiores proporções de homens, também, não estão se casando. Entre 1970 e 2000, o número de países onde, no mínimo, 10% de homens nunca se casaram até seu 50º aniversário aumentou de 31 para 49.

As uniões consensuais respondem por uma crescente proporção de parcerias informais que tendem a ser menos estáveis que os casamentos formais. Na América Latina e no Caribe, mais de uma em cada quatro mulheres entre 20 e 24 anos vive em uniões consensuais (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2009). Esse arranjo é menos comum na África Subsaariana e na Ásia, onde cerca de 10% e 2% das mulheres, respectivamente, vivem nesse tipo de união. A porcentagem de mulheres que vivem em uniões consensuais vai de aproximadamente 0 a 30% em 16 países desenvolvidos. Na maioria dos países que dispõem de dados sobre o tema, a porcentagem de mulheres em uniões consensuais alcança o pico na faixa etária que vai dos 25 aos 29 anos (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2009).

Globalmente, a proporção de adultos divorciados ou separados dobrou (de 2% para 4%) entre 1970 e 2000. Os divórcios e as separações são mais comuns nos países desenvolvidos que naqueles em desenvolvimento. Segundo o *World Marriage Data* (Dados Mundiais sobre o Casamento da Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas) de 2008, 11% das mulheres estavam divorciadas ou separadas nos países desenvolvidos, enquanto



somente 2% daquelas de mesma idade estavam divorciadas ou separadas de seus maridos nos países em desenvolvimento (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2009). Dados coletados em 15 países industrializados, entre 2006 e 2008, sugerem que a duração média dos casamentos varia de 10 a 17 anos. E aproximadamente um em cada quatro casamentos registrados nos países pertencentes à Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico é de segundas núpcias.

Os adultos hoje formalizam, mantêm ou dão término a parcerias de modo muito diverso das gerações anteriores, e suas necessidades de educação e serviços de planejamento familiar têm assumido novas características. As políticas e programas nessa área têm agora oportunidade de repensar seu enfoque, de forma a não excluir as pessoas não casadas, ou as que nunca o foram, ou as divorciadas e as separadas — temporária ou per-

▲ Contraceptivos na Associação Egípcia de Planejamento Familiar, na localidade de Abo Attwa, próxima a Ismaília.

© UNFPA/Matthew Cassel.

manentemente — ou as que enviuvaram.

Tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, as normas sociais — em variados graus — promovem a abstinência da atividade sexual até o casamento. A despeito do apoio mais amplo para a educação sexual em várias regiões, a abordagem da abstinência da atividade sexual até o casamento para o planejamento familiar pode comprometer a eficácia dos programas de educação sexual nas escolas e negligenciar as necessidades de saúde sexual de adolescentes e jovens adultos não casados e sexualmente ativos. As evidências mostram que o estilo de educação sexual de “abstinência somente até o casamento” não tem eficácia (Kirby, 2008).

O “planejamento familiar” comumente enfoca as necessidades dos jovens casais, geralmente os mais férteis. Ainda assim, um número cada vez maior de mulheres e homens adultos se vê obrigado a negociar o uso de contraceptivos e a proteger-se de doenças sexualmente transmissíveis em épocas mais tardias de suas vidas, quase

sempre *depois* do casamento (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2010). Os projetos de políticas e programas deixam de lado, em muitos casos, o anseio por relacionamentos de natureza sexual entre pessoas mais velhas (acima de 49 anos). Essa omissão compromete os direitos das pessoas sexualmente ativas mais maduras que pretendem proteger-se de resultados sexuais e reprodutivos prejudiciais, inclusive de gravidezes indesejadas de alto risco e proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV. Atender a suas necessidades de planejamento familiar exige o desafio à difundida presunção de que pessoas mais maduras não são sexualmente ativas e não necessitam exercer seus direitos ao planejamento familiar.

Um número maior de mulheres e homens solteiros, de divorciados ou viúvos está entrando em seus anos reprodutivos tardios, gerando a grande população do “pós-casamento”. Pesquisa realizada na Tailândia descreveu o quanto os homens idosos estão vulneráveis ao risco de contrair o HIV (Van Landingham e Knodel, 2007), mas as pesquisas sobre planejamento familiar não tocam nessa área. As necessidades ligadas à saúde sexual de mulheres e homens mais maduros são frequentemente negligenciadas porque, tal como acontece em relação à adolescência, o sexo fora do casamento voltado para o prazer e para a intimidade desafia as normas sociais sobre quem deve ter sexo e quando. A proporção de adultos que nunca se casaram cresce a um ritmo constante, em todas as partes do mundo, impondo aos Estados novas obrigações de atender às necessidades de planejamento familiar de pessoas mais velhas (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2009). Na terceira idade, mulheres e homens têm necessidades não atendidas de serviços adequados à maturidade.

A fecundidade masculina declina muito gradualmente, por um período de muitos anos

BAIXAS TAXAS DE GRAVIDEZES INDESEJADAS E ABORTOS ENTRE JOVENS NOS PAÍSES BAIXOS

Os Países Baixos abordaram de várias maneiras os obstáculos ao acesso dos jovens ao atendimento de saúde reprodutiva (Greene, Rasekh e Amen, 2002). Entre as mudanças que puderam ser notadas, estavam: educação em sexualidade integral nos graus de ensino fundamental e médio, incluindo instruções sobre relacionamentos, esclarecimento sobre valores, desenvolvimento sexual, habilidades para administrar a sexualidade saudável e tolerância para com a diversidade. Para isso, os professores recebem treinamento regular sobre conteúdos e abordagens pedagógicas; há o oferecimento de informações de qualidade para pais, médicos da família, clínicas abertas à juventude e mídia; há o sigilo médico-paciente, mesmo entre jovens adolescentes; e são realizadas campanhas nacionais explícitas e humorísticas sobre saúde sexual. O tema que norteia o compromisso político para com a saúde sexual e reprodutiva dos jovens nos Países Baixos é que as leis devem abordar a realidade, não a ideologia (Ketting, 1994). Em resumo, o governo respondeu às necessidades e aos direitos dos jovens com políticas que asseguram seu acesso a informações e serviços. Os Países Baixos apresentam agora as mais baixas taxas de gravidezes indesejadas e abortos do mundo.

(Guttmacher Institute, 2003, citado por Barker e Pawlak, 2011). Férteis por muito tempo ainda depois das mulheres, quase sempre falta aos homens mais velhos apoio na prevenção de gravidezes de alto risco em seus relacionamentos, muitos dos quais ocorrem com mulheres mais jovens. Com maior número de homens e mulheres solteiros tendo sexo *após* o casamento e o fim do matrimônio, um enfoque complementar na educação dos homens mais velhos sobre os benefícios e disponibilidade de *todos* os métodos, inclusive preservativos e vasectomia sem bisturi, poderia empoderá-los com recursos para evitar gravidezes indesejadas e de alto risco na idade mais avançada, assim protegendo o direito à saúde das mulheres de mais idade.

3 Homens

Homens e mulheres em relacionamentos heterossexuais podem ser parceiros na discussão sobre o momento e o intervalo entre as gravidezes. Contudo, as necessidades e participação de homens e homens jovens no planejamento familiar têm recebido pouca atenção no que se refere a seus papéis como parceiros apoiadores para a saúde da mulher (Barker e Pawlak, 2011). Considerando as evidências e a crescente consciência sobre a importância de se engajar homens e homens jovens na saúde e na igualdade de gênero, as respostas nacionais às necessidades interligadas de planejamento familiar de ambos os sexos permanecem limitadas em escala e em alcance (Barker *et al.*, 2010).

Um corpo de evidências que vêm aumentando nos últimos 20 anos demonstrou que as normas de gênero danosas influenciam atitudes e comportamentos entre homens, homens jovens e meninos, com consequências negativas para mulheres, mulheres jovens e meninas, e para os próprios homens, homens jovens e meninos (Barker, Ricardo e Nascimento, 2007; Barker *et al.*, 2011). Essa mesma pesquisa em diversas

regiões ressaltou que homens, homens jovens e meninos podem e, frequentemente, adotam atitudes e comportamentos de equidade de gênero que amparam melhorias na saúde para eles mesmos, para suas parceiras e para suas famílias. Essa percepção cada vez mais configura as políticas e programas de planejamento familiar.

Acrescente-se a isso que várias convenções e acordos internacionais, dentre estes o Programa de Ação da CIPD, afirmam a importância da participação masculina na vida familiar, inclusive na saúde sexual e reprodutiva e no planejamento familiar. Mais governos agora se envolvem no diálogo político sobre os papéis que o homem desempenha na saúde sexual e reprodutiva e maior número de profissionais do desenvolvimento incluem o gênero de modo integrado no desenho de programas.

A comunidade internacional reconheceu que os parceiros podem exercer considerável influência

▼ *Homem em Kinaaba, Uganda, segura seu filho, enquanto sua mulher recebe contraceptivo injetável de efeito prolongado.*
© UNFPA/Omar Gharzeddine.



nas preferências de fecundidade do casal (UNFPA, 1994; Bankole e Singh, 1998). Porém, muitas instituições, prestadores de serviços e organizações da sociedade civil ainda devem superar a percepção persistente e comum de que os homens e jovens simplesmente estão desinteressados do planejamento familiar. Na maioria dos casos, eles são treinados desde a infância para ver as questões de fecundidade como “assunto de mulher”. E mesmo quando querem desempenhar outro papel são, na maioria das vezes, dispensados pelos centros de atendimento. Pesquisa realizada sobre as formas pelas quais as normas de gênero influenciam homens, jovens e

Os países, com o apoio da comunidade internacional, devem proteger e promover os direitos dos adolescentes à educação, à informação e ao atendimento à saúde reprodutiva e reduzir em grande número a gravidez nessa época da existência... Os governos, em colaboração com organizações não governamentais, são instados a satisfazer as especiais necessidades não atendidas dos adolescentes e a estabelecer programas apropriados para fazê-lo. Esses programas devem incluir mecanismos de apoio para a educação e aconselhamento nas áreas de relação e igualdade de gênero, violência, comportamento sexual responsável, prática responsável de planejamento familiar, vida familiar, saúde reprodutiva, doenças sexualmente transmissíveis, infecção pelo HIV e prevenção da Aids.

— Programa de Ação da CIPD, parágrafos 7.46 e 7.47.

meninos contestou os estereótipos sobre suas atitudes e comportamentos, destacando oportunidades para a promoção da saúde e esforços para o alcance da igualdade de gênero.

Os comportamentos sexuais masculinos variam consideravelmente de região para região. Por exemplo, os homens mudam em relação ao *quando* em sua atividade sexual. Os mais recentes dados de pesquisa demográfica e de domicílio coletados

em 30 países sugerem que os jovens continuam a manter relações sexuais anos depois de casados (IFC Macro DHS Statcompiler). Os intervalos entre a idade do primeiro intercurso e a do primeiro casamento vão de 1,1 ano, no Sul e Sudeste da Ásia, a 6,8 anos na América Latina e Caribe. Na África Subsaariana, os jovens se casam 4,8 anos depois de fazer sexo pela primeira vez.

Quando adolescentes e jovens do sexo masculino não recebem informação e serviços adequados, durante esse intervalo entre o primeiro intercurso e a celebração de união formal, eles — como suas parceiras — se encontram em maior risco de doenças sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas. Programas de planejamento familiar com base na família, vigorosamente firmados nas ligações com a saúde materna, têm menos probabilidade de alcançar esses grupos.

Em parte devido aos esforços de prevenção do HIV, os jovens estão tendo cada vez mais conhecimento sobre os métodos contraceptivos que lhes são disponibilizados (Abraham, Adamu e Deresse, 2010). Os homens casados ou em uniões afetivas estáveis têm mais probabilidade de conhecer os métodos contraceptivos disponíveis; nos anos recentes, eles adquiriram maior familiaridade com os preservativos, enquanto a vasectomia continua relativamente desconhecida.

Mesmo apesar de os homens hoje terem cada vez maior conhecimento dos métodos masculinos de contracepção, as mulheres ainda respondem por 75% do uso global de contraceptivos (Nações Unidas, 2011). Em 2009, as Nações Unidas reportaram que somente 9% das mulheres casadas das regiões em desenvolvimento confiavam em métodos de contracepção que requeriam a participação do homem, tais como preservativos e esterilização masculina (Nações Unidas, 2009).

As preferências de fecundidade dos homens mudaram com o tempo. Hoje, eles geralmente preferem famílias menores. Como resultado disso,

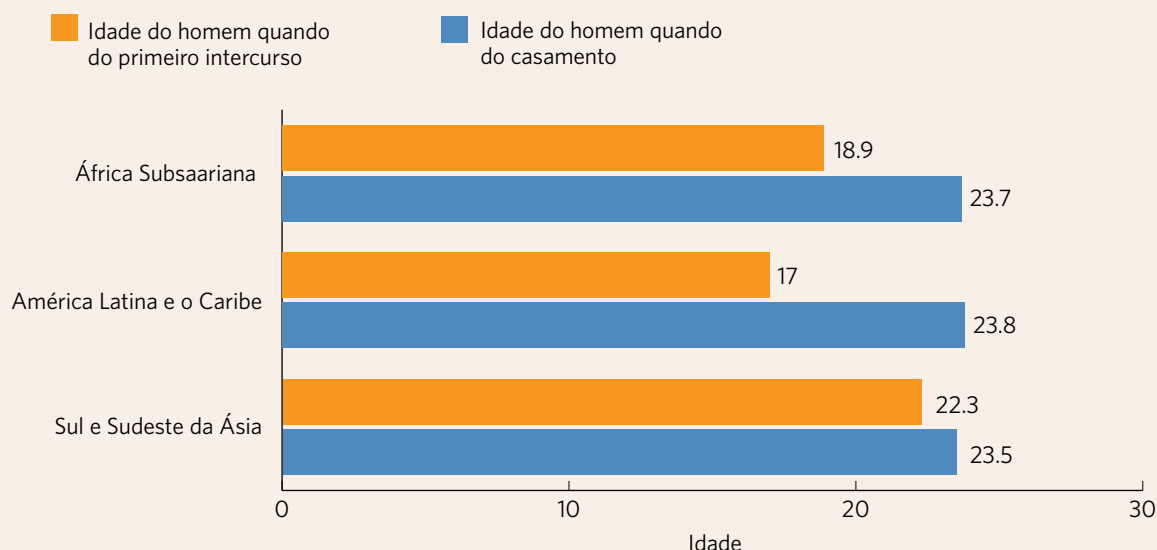
jovens e adultos podem desejar cada vez mais informações e serviços que possam ajudá-los a escolher quando ter filhos (*Guttmacher Institute*, 2003).

O uso de contraceptivos entre jovens do sexo masculino (de 15 a 24 anos), no mundo todo, varia significativamente: 63% a 93% deles reportam usar contraceptivos em partes da América do Norte, Europa, América Latina e Caribe (Nações Unidas, 2007). Esses números se mostram em marcante contraste com a maior parte dos países da África Subsaariana, onde menos de 50% dos homens jovens sexualmente ativos utilizaram preservativos quando fizeram sexo pela última vez. Globalmente, a esterilização feminina permanece

como o método mais comumente utilizado, escolhido por 20% das mulheres casadas (Nações Unidas, 2011). O número é muito maior em alguns países, dependendo dos padrões de fecundidade e leque de métodos reversíveis disponíveis para as mulheres.

A comunidade internacional dedicou-se mais a aprofundar o envolvimento masculino no contexto da prevenção do HIV, e os esforços comunitários de prevenção contribuíram para aumentar o entendimento sobre os preservativos masculinos. Ainda assim, a Organização Mundial da Saúde reporta que menos de um terço (31%) dos jovens de países em desenvolvimento tem um entendimento

NECESSIDADE DE PLANEJAMENTO FAMILIAR REFLETIDA NO INTERVALO MULTIANUAL ENTRE A IDADE DO HOMEM NO PRIMEIRO INTERCURSO E NO CASAMENTO



- Na África Subsaariana, os homens jovens têm sexo cinco anos antes de se casarem, aproximadamente.
- Na América Latina e no Caribe, os jovens têm sexo antes do 18º aniversário, e então aguardam quase sete anos antes de se casarem.
- No Sul e Sudeste da Ásia, o intervalo (1,1 ano), entre a idade autodeclarada pelo homem do primeiro intercursos e a idade do casamento, é significativamente menor se comparado com o de outras regiões.

Fonte: Países selecionados com os últimos dados disponíveis de pesquisa demográfica e de saúde, dados: IFC Macro DHS Statcompiler.

PLANEJAMENTO FAMILIAR EM SITUAÇÕES HUMANITÁRIAS: SOMÁLIA

As mulheres somalis têm as mais altas taxas de fecundidade do mundo: mais de seis filhos cada, em média (Fundo de População das Nações Unidas, 2012b). Apesar do conflito, da fome e das altas taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil, a população do país quase triplicou nos últimos 50 anos. Nessa sociedade pastoril, onde se perderam tantos para a guerra, as crianças têm enorme valor.

Durante as últimas duas décadas de conflito na Somália e na falta de um governo central atuante desde 1991, a atenção internacional se centrou na solução da crise política e na prestação de ajuda de emergência. Nesse contexto, o desenvolvimento de programas e de infraestrutura de saúde, necessários para gerar e atender à demanda pelo planejamento familiar, não foi prioridade.

Alguns acreditam que a única maneira de se obter uma comunicação eficaz sobre o planejamento familiar com as e os somalis, a maioria dos quais muçulmanos sunitas devotos, é através da religião. O estabelecimento de parcerias com organizações baseadas na fé pode aliviar as pressões religiosas e sociais sobre as mulheres que praticam o espaçamento entre as gravidezes. Os métodos tradicionais, como o coito interrompido e a amamentação exclusiva, são mais facilmente aceitos na sociedade somali. O UNFPA está colaborando com organizações governamentais e não governamentais para ofertar insumos e serviços essenciais de saúde reprodutiva. Com o pior da fome agora superado, a Somália tem diante de si a oportunidade de se focar em programas de planejamento familiar como um meio de salvaguardar o bem-estar das futuras gerações.

“profundo e preciso” do HIV, o que sugere ser necessário mais apoio para a saúde sexual reprodutiva masculina, inclusive educação sexual e contraceptivos (Nações Unidas, 2009b).

Os homens expressam cada vez mais o desejo de se envolver mais no planejamento de suas famílias, inclusive na redução do número de gravidezes não planejadas (Barker e Pawlak, 2011). Até 50% dos homens de alguns países—Brasil, Alemanha, México, Espanha e Estados Unidos—considerariam a anticoncepção à base de hormônios se esse método masculino viesse a ser oferecido (Glasier, 2010). O envolvimento dos homens em idade reprodutiva nos programas de planejamento familiar desde cedo pode promover a comunicação mais construtiva entre os casais sobre o momento e o intervalo entre as gravidezes.

4 Outros grupos marginalizados

Povos indígenas e minorias étnicas.

Os povos indígenas e as minorias étnicas quase sempre enfrentam a falta de acesso ao planejamento familiar. Resultados de entrevistas qualitativas apontam que os próprios prestadores expressam dificuldades em dar assistência a mulheres indígenas e de diferentes etnias, frequentemente porque não conseguem comunicar-se adequadamente ou entender suas práticas culturais (Silva e Batista, 2010; Cooper, 2005). O preconceito contra esses grupos pode levar a níveis de investimento mais baixos em sua saúde sexual e reprodutiva (Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, 2009).

As consequências negativas do subinvestimento governamental se refletem em grandes disparidades entre mulheres indígenas e não indígenas, segundo os indicadores essenciais de saúde reprodutiva e materna – e que se referem a taxas de mortalidade materna, taxas de fecundidade total e necessidades não atendidas de planejamento familiar (Silva e Batista, 2010).

Há significativas desigualdades relacionadas à saúde entre grupos indígenas e não indígenas em todo o mundo. Na Guatemala, por exemplo, onde grupos indígenas (maias, xinka, e garífuna) respondem por quase 40% da população total e 75% da população pobre, 39% das mulheres indígenas casadas têm necessidades não atendidas de planejamento familiar e, portanto, estão impossibilitadas de exercer o direito de planejar suas famílias (Ministério de Saúde Pública e Assistência Social da Guatemala, 2003). Em contraste, 22% das mulheres não indígenas têm necessidades de planejamento familiar não atendidas. Essas disparidades quanto ao acesso a serviços contribuem para a alta taxa de fecundidade entre mulheres indígenas (6,1), que também estão em maior risco de mortalidade materna em comparação com as mulheres não indígenas.

ESTUDO DE CASO

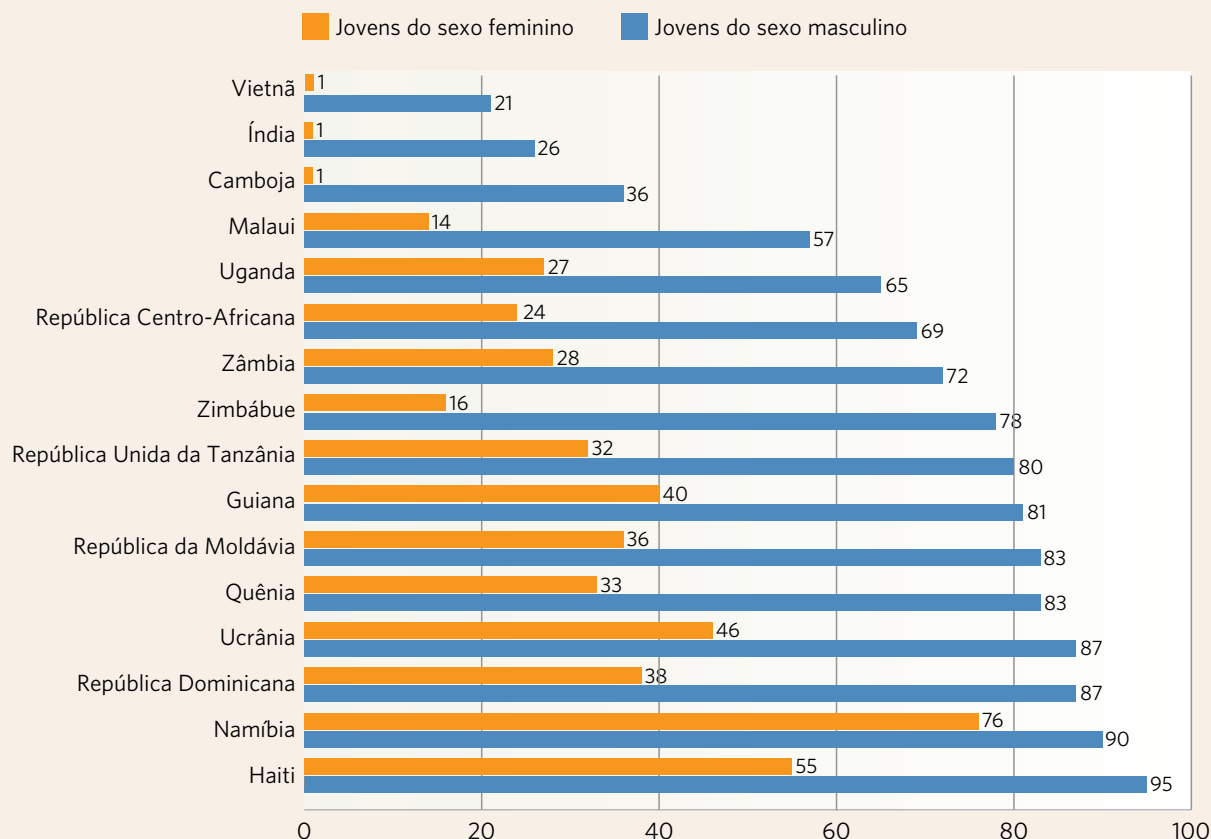
O UNFPA e grupos indígenas na América Latina

O UNFPA tem trabalhado para aumentar o acesso a serviços de saúde maternal, neonatal e reprodutiva de qualidade, seguros e culturalmente aceitáveis, inclusive o planejamento familiar de mulheres, jovens e adolescentes indígenas, para tratar da alta

mortalidade materna e infantil entre esse grupo populacional (UNFPA, 2012d). Ao fazê-lo, o UNFPA tem promovido o diálogo intercultural entre sistemas de saúde tradicionais e os sistemas de saúde nacionais, predominantemente ocidentais e alopáticos; ao mesmo tempo, apoia intervenções comunitárias que mobilizam as comunidades para salvar vidas de mulheres. Os papéis de “facilitadores culturais” que as autoridades e líderes indígenas

HOMENS JOVENS TÊM MAIS PROBABILIDADE QUE MULHERES JOVENS DE TER SEXO DE ALTO RISCO COM PARCEIRAS QUE NÃO SEJAM SUAS ESPOSAS E QUE NÃO CONVIVERAM COM ELES NOS ÚLTIMOS 12 MESES (PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO ENTRE 15 E 24 ANOS)

Implicações para o planejamento familiar: as pessoas casadas e não casadas necessitam ter acesso à contracepção para prevenir gravidezes indesejadas



Fonte: AIS, DHS, MICS e outras pesquisas nacionais de domicílio, 2005-2009. Os dados se referem ao ano mais recente disponível, no período especificado em cada país.

Patience Mapfumo, 37, do Zimbábue, com seu filho de 5 anos Josphat, que nasceu sem HIV.

© Elizabeth Glaser, Pediatric AIDS Foundation.



POLÍTICAS LIMITADORAS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Criminalização da contracepção de emergência em Honduras

Em abril de 2012, o Congresso hondurenho aprovou uma lei que impõe sanções penais ao pessoal da área médica que distribuir contraceptivos de emergência, inclusive informações sobre eles. Qualquer mulher que usar ou tentar usar a contracepção de emergência para prevenir uma gravidez indesejada incorrerá em violação à lei. A legislação se aplica a todas as mulheres, inclusive para aquelas que são sobreviventes de estupro.

Restrições ao planejamento familiar na Cidade de Manila

Por mais de 10 anos, a proibição à contracepção moderna na cidade de Manila, nas Filipinas, negou às mulheres o acesso ao planejamento familiar. O prefeito da cidade aprovou um decreto, em 2000, desestimulando o uso de métodos artificiais de contracepção, como preservativos, pílulas, dispositivos intrauterinos, esterilização cirúrgica e outros. Os centros de saúde financiados pelo município estão proibidos de oferecer contracepção moderna.

Em 2008, foi instaurada uma ação contra o município, com base na inconstitucionalidade do decreto e na tese de que este violava as obrigações das Filipinas fundadas em tratados internacionais. A ação não foi acolhida, houve apelação, e o Supremo Tribunal rejeitou o recurso. Foi dada nova entrada à ação em 2009, no Tribunal Regional da Cidade de Manila.

Fonte: International Consortium for Emergency Contraception, 2012; Center for Reproductive Rights, 2012; Center for Reproductive Rights, 2010; EnGendeRights, 2009.

desempenham, aqui incluídas as tradicionais par-teiras, são fundamentais nesse processo.

O UNFPA também contribuiu para o avanço do conhecimento sobre os povos indígenas nos níveis regionais e nacionais, através de pesquisas qualitativas e quantitativas, da defesa da inclusão dessas questões nos censos de população e domicílio, e da assistência para a melhoria dos registros de saúde e outros registros administrativos. ■

Pessoas com deficiências. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência reconhece seus direitos específicos e traça as correspondentes obrigações do Estado. Ela define que as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas (Artigo 12), têm o direito de casar-se e estabelecer família e conservar sua fecundidade (Artigo 23) e de ter acesso a atendimento de saúde sexual e reprodutiva (Artigo 25).

Resultados de pesquisas apontam que as pessoas com deficiência vivenciam casos de discriminação que violam seus direitos, com preconceitos sociais que restringem sua capacidade de se sobressair em termos acadêmicos, profissionais e pessoais (Organização Mundial da Saúde, 2011). Além disso, estão mais sujeitas a resultados socioeconômicos inferiores e à pobreza (Scheer *et al.*, 2003; Comissão Europeia, 2008).

No mundo todo, é lugar comum a crença de que os portadores de deficiência são assexuados ou deveriam ter sua sexualidade e fecundidade controladas (Organização Mundial da Saúde, 2009). Mas eles são sexualmente ativos, e as pesquisas documentaram outras significativas necessidades não atendidas de planejamento familiar (Maart e Jelsma, 2010; Organização Mundial da Saúde, 2009). A despeito das condições legais que lhes concedem o direito de planejar e escolher o momento de engravidar, as pessoas com deficiência têm maior probabilidade de serem excluídas

dos programas de educação sexual (Rohleder *et al.*, 2009; *Tanzanian Commission for Aids*, 2009). As pesquisas também documentaram casos de esterilizações à revelia de mulheres com deficiência (Servais, 2006; Grover, 2002). A esterilização não consensual é contrária aos padrões internacionais de direitos humanos.

Pessoas vivendo com HIV/Aids. Pesquisas realizadas, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, sugerem que a condição de viver com o HIV/Aids não reprime o desejo de ter filhos (Rutenberg *et al.*, 2006). As considerações específicas de mulheres e homens vivendo com o HIV e que estejam pensando em ter filhos permanecem atreladas ao estigma e à discriminação que encontram em suas famílias, nas comunidades ou no sistema de saúde (Oosterhoff *et al.*, 2008).

Para os que têm acesso ao tratamento antirretroviral, o HIV pode agora ser tratado como uma doença crônica. Apesar de o acesso universal a tratamentos que salvam vidas não ter sido alcançado em todas as partes do mundo, a comunidade internacional fez consideráveis progressos para expandir esse acesso. Em países de renda baixa e média, o número de pacientes que recebem o tratamento chegou a 6,65 milhões, o que representa um aumento de 16 vezes em sete anos (Organização Mundial da Saúde, 2011).

Como o progresso rumo ao acesso universal ao tratamento antirretroviral continua, mais pessoas vivendo com o HIV/Aids procurarão meios de expressar sua sexualidade e de planejar suas famílias.

Mulheres e homens vivendo com o HIV/Aids relatam intensa pressão por parte da família, da comunidade, dos líderes comunitários e dos prestadores de serviços de saúde para que abram mão de seu desejo de ter filhos. A maior parte das justificativas para essa pressão está relacionada a preocupações sobre o risco de transmissão vertical ou sobre o bem-estar da criança, cujos pais podem morrer de aids

“A saúde reprodutiva gera equívocos para muitas pessoas no mundo em razão de fatores como: níveis inadequados de conhecimento sobre sexualidade humana, informação e serviços de saúde reprodutiva inadequados ou de baixa qualidade; prevalência de comportamento sexual de alto risco; práticas sociais discriminatórias; atitudes negativas em relação a mulheres e jovens do sexo feminino; e o limitado poder que muitas destas últimas têm sobre suas vidas sexuais e reprodutivas. As adolescentes são particularmente vulneráveis em virtude da falta de informação e acesso a serviços relevantes, na maior parte dos países. As mulheres e homens de mais idade têm questões de saúde sexual e reprodutiva distintas que, quase sempre, são abordadas de forma inadequada.”

— Programa de Ação da CIPD, 1994, parágrafo 7.3

prematuramente (Cooper *et al.*, 2005; IPPF, 2005). Na medida em que estão vivendo por mais tempo, mais pessoas nessa situação estão considerando que podem se tornar pais e mães. Na maior parte das sociedades, a criação de filhos é um componente fundamental da identidade social de mulheres e homens – sendo normal esperar que “pessoas saudáveis” tenham filhos – o que faz parte das pressões familiares ou comunitárias.

O estigma sobre a intenção de engravidar por parte de pessoas HIV-positivas varia em diferentes contextos. Pesquisas realizadas em Zimbábue, por exemplo, apontam que as mulheres podem querer filhos, mas não se sentem seguras o suficiente para concretizar seu desejo, temendo a potencial reação da comunidade, particularmente em razão da possível transmissão vertical do HIV (Feldman e Maposhere, 2003; Craft *et al.*, 2007). Outros estudos procedentes da Costa do Marfim e da África do Sul demonstraram que algumas mulheres engravidaram precisamente para evitar o estigma de não ter filhos, baseadas não apenas na expectativa social de que a mulher foi feita para ser mãe, mas também porque evitar a gravidez é quase sempre interpretado como sinal de ser HIV-positivo (Aka-Dago-Akribi *et al.*, 1999).

“...por determinar a idade e as modalidades de sexualidade, os padrões de casamento, os espaçamentos e número de gravidezes, os ritos de puberdade, os mecanismos de tomada de decisão e sua habilidade de administrar recursos, entre outros, a cultura influencia a situação da saúde reprodutiva da mulher. Estereótipos e papéis sociais e de gênero também explicam porque tantos adolescentes do sexo masculino e também homens permanecem à margem das políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva, a despeito do papel principal que desempenham neste contexto, e das próprias necessidades de informação e serviços que possuem.”

— UNFPA – Estratégia de Planejamento Familiar, 2012

Em razão de os preservativos serem o método contraceptivo mais amplamente disponível e que também protege contra a transmissão do HIV, a Organização Mundial da Saúde recomenda que homens e mulheres vivendo com o HIV que estão procurando evitar a gravidez usem preservativos, associados ou não a outro método contraceptivo (Organização Mundial da Saúde, 2012; Cooper *et al.*, 2007).

Estudos sugerem que o HIV pode ter efeitos adversos, tanto para a fecundidade masculina como para a feminina (Lyerly, Drapkin e Anderson, 2001). Além disso, entre os casais

discordantes — relacionamentos nos quais uma pessoa é HIV- positiva e a outra não —, as maneiras de tentar a gravidez de forma segura variam. A inseminação artificial pode reduzir o risco de infecção quando a mulher é HIV- positiva. Quando é o parceiro quem tem o HIV, tentar a gravidez pode ser mais complicado, problemático e caro (Semprini, Fiore e Pardi, 1997).

Pessoas pobres. Embora os resultados de saúde sexual e reprodutiva tenham apresentado melhora nos últimos 20 anos, eles variam conforme os níveis de renda (UNFPA, 2010). Essa lacuna crescente fez aumentar o número de pessoas que não têm meios de exercer o direito ao planejamento familiar. Mais ainda, pesquisas demonstram que um valor desproporcional dos gastos públicos em saúde e educação é alocado para setores mais ricos da sociedade, exacerbando assim a probabilidade de que as atuais desigualdades continuem a crescer entre e dentro dos países (Gwatkin, Wagstaff e Yazbeck, 2005).

Pesquisas Demográficas e de Saúde realizadas em 24 países da África Subsaariana apontam que as mulheres mais pobres e menos escolarizadas estão perdendo terreno, com as adolescentes do sexo feminino tendo os mais baixos níveis de uso continuado de contraceptivos e a mais alta taxa de necessidades não atendidas de planejamento familiar (UNFPA, 2010). Por exemplo, somente 10% das mulheres residentes nos domicílios mais pobres empregam contraceptivos, em comparação aos 38% de mulheres que residem nos domicílios mais ricos.

A exclusão social torna mais difícil para as pessoas pobres acessar as informações e serviços de planejamento familiar, em comparação com os indivíduos de condição socioeconômica mais elevada. Essas disparidades comprometem a saúde das mulheres, os direitos de homens e mulheres e minam os esforços de redução da pobreza (Greene e Merrick, 2005). Por exemplo, a pes-

FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO DO HIV E DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NO ZIMBÁBUE

Mulheres adultas e jovens em idade reprodutiva foram as mais fortemente atingidas pela epidemia de HIV no Zimbábue: sua prevalência entre as mulheres grávidas é alta, e o HIV e a Aids são responsáveis por cerca de uma em cada quatro mortes maternas. Em 2010, uma avaliação de saúde sexual e reprodutiva, de políticas e de programas de HIV/Aids apontou que a inadequada integração entre saúde sexual e reprodutiva e programas de HIV diminuiu a capacidade dos prestadores de serviços de saúde de satisfazer as necessidades não atendidas de planejamento familiar de mulheres e jovens do sexo feminino. Em colaboração com o UNFPA, com a Organização Mundial da Saúde e com o UNICEF, o Ministério da Saúde e Bem-Estar da Criança está cerrando essa lacuna através do desenvolvimento de novas diretrizes de oferta de serviços integrados e treinamento de prestadores de serviços.

quisa demonstra que as taxas de nascimento aumentaram entre as adolescentes pobres menos escolarizadas que, quase sempre, vivem em comunidades rurais (UNFPA, 2010). Em contraste, aquelas mais escolarizadas que vivem nos 60% de domicílios mais ricos de áreas urbanas apresentam taxas baixas de nascimento e em declínio desde 2000.

Pessoas difíceis de serem alcançadas nas comunidades rurais ou urbanas. Na maior parte dos países em desenvolvimento, as medidas nacionais de pobreza estão altamente correlacionadas ao local de residência; os domicílios urbanos tendem a ser mais ricos que os rurais (Bloom e Canning, 2003a). As comunidades difíceis de serem alcançadas variam de acordo com os países, mas os locais onde as pessoas vivem influenciam sua possibilidade de ter acesso ao planejamento familiar.

Em algumas regiões, as mulheres e homens das áreas rurais não podem ter acesso rotineiro à informação e aos serviços de planejamento familiar de qualidade. Por exemplo, as mulheres pobres da África Subsaariana rural apresentam uma taxa de prevalência contraceptiva média de 17%, comparada a 34% de suas contrapartes das áreas urbanas (Fundo de População das Nações Unidas, 2010). Diferenças relativas também existem nas comunidades rurais, e as avaliações de quintis de renda nacionais podem mascarar as disparidades relativas entre áreas urbanas e rurais. Por exemplo, pesquisa realizada na América Latina e na África Subsaariana aponta que, quando quintis ajustados para comunidades rurais são empregados para o exame de indicadores de planejamento familiar, as mulheres dos quintis de maior renda dentro de suas comunidades rurais têm mais possibilidade de acesso a serviços de planejamento familiar (Foreit, 2012).

Em outras regiões, o rápido crescimento de

PLANEJAMENTO FAMILIAR E VIDA SEXUAL GRATIFICANTE

Segundo o parágrafo 7.2 do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva implica em que “as pessoas possam ter uma vida sexual gratificante e segura... Isto também inclui saúde sexual, cujo propósito é o aprimoramento da vida e das relações pessoais, e não meramente o aconselhamento e atendimento relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis.” Esta noção abrangente da saúde reprodutiva — que inclui uma vida sexual gratificante e segura — tem sido levada em conta em inúmeros programas de planejamento familiar.

ESTUDO DE CASO

Aulas de planejamento familiar no Irã

A República Islâmica do Irã obrigou a todos os casais que tencionassem se casar que frequentassem um curso de aconselhamento pré-nupcial e se submetessem a exames clínicos. Para obter os resultados desses exames e registrar o casamento, os casais devem frequentar aulas de duas horas sobre planejamento familiar, prevenção de doenças e, o mais importante, sobre os vínculos emocionais e sociais envolvidos no casamento. A República Islâmica do Irã priorizou a discussão sobre as “questões sexuais e emocionais” em parte como consequência de terem sido observados altos índices de divórcio. Desde seu início, o programa de planejamento familiar na República Islâmica do Irã tem sido um dos mais bem-sucedidos no mundo, alcançando uma taxa de prevalência contraceptiva de 81,6%.

ESTUDO DE CASO

Temor da gravidez indesejada no México

Segundo pesquisa realizada em 2008, numa comunidade tradicional mexicana (Hirsch 2008: 101), as crenças religiosas das mulheres as impediam de empregar o planejamento familiar durante a maior parte de suas vidas reprodutivas (a esterilização era o principal método de que dispunham). Consequentemente, essas mulheres viviam preocupadas com uma eventual gravidez indesejada. Somente mais tarde, depois de passada a idade reprodutiva, tinham a “possibilidade de gozar a intimidade sexual, livres da preocupação de uma gravidez não intencional ou não desejada.”

ESTUDO DE CASO

HIV, sexo e uso de preservativo

A resistência de alguns homens ao uso de preservativos tem sido reconhecida como um obstáculo ao uso desse método de contracepção e prevenção do HIV (UNAIDS 2000). Mas a abordagem de estimular as mulheres a empregá-lo mudou consideravelmente desde o começo da epidemia de HIV/Aids (Higgins e Hirsch 2007). Muitos programas enfatizam o reforço da capacidade de negociação feminina, reconhecendo a resistência masculina. Mas pouco se sabe sobre a resistência sexual das mulheres aos preservativos masculinos. Pesquisa realizada nos Estados Unidos, porém, demonstrou que a sensação que eles causam incomoda mais às mulheres que aos homens (Higgins e Hirsch 2008).

áreas urbanas também ultrapassou a capacidade dos governos de desenvolver a infraestrutura para oferecer planejamento familiar de qualidade às pessoas mais pobres dessas áreas. Mais da metade da população mundial vive hoje em cidades e, nas próximas décadas, quase todo o crescimento da população global ocorrerá em pequenas e grandes áreas urbanas, com a maior parte desse crescimento concentrado na África e na Ásia (Fundo de População das Nações Unidas, 2007). Dois terços da população urbana africana vivem em aglomerados urbanos informais, onde a falta de infraestrutura e a ameaça de violência impedem as mulheres de utilizar o transporte e serviços (ONU Habitat, 2003; Taylor, 2011). Muitas gravidezes que ocorrem nas áreas urbanas dos países em desenvolvimento são indesejadas; a diferença na prevalência contraceptiva entre as mulheres dos domicílios urbanos mais ricos e mais pobres varia de 30% a 40% (Ezeh, Kodzi e Emina, 2010).

Desabastecimentos, interrupção na cadeia de insumos e custos contribuem para a não satisfação de necessidades em comunidades carentes e de difícil acesso, urbanas e rurais. Além disso, a falta de informações direcionadas, relativas às necessidades dos que vivem em áreas rurais isoladas e comunidades urbanas densamente povoadas, está entre os principais fatores que contribuem para níveis mais baixos de uso de contraceptivos e mais altos índices de necessidades não atendidas (Ezeh, Kodzi e Emina, 2010).

Migrantes, refugiados e deslocados.

Migração e deslocamentos - a movimentação de pessoas de uma área para outra - vêm se tornando fenômenos cada vez mais comuns. O número total de migrantes internacionais aumentou nos últimos oito anos, de estimados 150 milhões, em 2000, para 214 milhões de pessoas em 2008 (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2008a). As razões para a migração e o deslocamento interno e entre fronteiras

variam, mas, seja forçado ou voluntário, por motivos políticos, econômicos, sociais ou ambientais, o grande número de pessoas que mudaram seu local de residência representa um enorme desafio de saúde pública para a comunidade internacional, aponta a Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Os instrumentos internacionais de direitos humanos explicitamente reconhecem que tais direitos, inclusive o direito à saúde e ao planejamento familiar, aplicam-se a todas e todos, inclusive a migrantes, refugiados e outros não nacionais (Organização Mundial da Saúde, 2003). A negação desses direitos aos migrantes e a pessoas em deslocamento, socialmente excluídos, incapacita-os para se beneficiar integralmente dos serviços de saúde, inclusive o planejamento familiar. Mulheres (e homens, como as evidências começam a demonstrar) também se tornam vulneráveis e correm riscos de sofrer violência sexual praticada por soldados, guardas, membros da comunidade que os acolhe e a outros refugiados e, portanto, estão em risco de gravidezes indesejadas (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados e Comissão das Mulheres Refugiadas, 2011).

Segundo migrantes e pessoas em deslocamento de países desenvolvidos e em desenvolvimento, a falta de informação sobre seus direitos e sobre serviços disponíveis está entre as principais razões para que não acessem os serviços de saúde (Braunschweig e Carballo, 2001). Por exemplo, análises nacionais de vários países da Europa Ocidental apontaram que as taxas de mortalidade e morbidade maternas são maiores entre mulheres imigrantes, e os resultados estão associados aos níveis mais baixos de acesso a contraceptivos (Kamphausen, 2000).

Pesquisa realizada em 2011 pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados e pela Comissão para Mulheres Refugiadas no Djibuti, Jordânia, Quênia, Malásia e Uganda



demonstrou que as pessoas que vivem em acampamentos de refugiados relatam índices mais baixos de uso de contraceptivos e maior dificuldade de acesso a informação e a serviços, especialmente entre adolescentes de ambos os sexos (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados e Comissão para Mulheres Refugiadas, 2011).

ESTUDO DE CASO

Expansão do planejamento familiar em situações humanitárias

Como parte do plano de emergência no Sudão do Sul, o UNFPA realiza a entrega de insumos para contracepção oral e injetável, inserção de dispositivos intrauterinos e outros produtos para o planejamento familiar (Fundo de População das Nações Unidas, 2011a). E, em colaboração com o *American Refugee*

Committee, o UNFPA contribuiu para o treinamento de trabalhadores da área de atendimento à saúde, trabalhadores em distribuição na comunidade e educadores de pares para o planejamento familiar.

Estratégias e programas frequentemente deixam de atender às necessidades de planejamento familiar de refugiados e populações em deslocamento interno que buscam refúgio longe de suas terras, por períodos variados de tempo. Um enfoque na oferta emergencial de abrigo, na alimentação e nos serviços básicos de saúde nem sempre incluiu programação orientada para a oferta de informações e serviços essenciais de saúde reprodutiva. Nos últimos anos, porém, grupos de trabalho humanitário interagências desenvolveram recursos e ferramentas para auxiliar as equipes envolvidas no trabalho humanitário a gerar demanda para o planejamento familiar e assegurar que esse direito dos refugiados seja cumprido. ■

▲ Nujoud, da cidade de Sana, no Iêmen, foi levada a se casar com o marido pelo menos 20 anos mais velho que ela, quando tinha apenas 10 anos de idade. Agora estão divorciados.

©VII/Stephanie Sinclair.

Trabalhadoras do sexo. As trabalhadoras do sexo não apenas têm direito a definir o momento e espaçamento entre suas gravidezes como também de confiar nos preservativos como meio de se proteger contra doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV. Entretanto, elas frequentemente enfrentam estigma e discriminação social, que subsequentemente as inibe de acessar informações e serviços de planejamento familiar (Lin, 2007).

PAÍSES COM AS MAIS ALTAS TAXAS DE CASAMENTO PRECOCE

País	Porcentagem de meninas e adolescentes casadas antes dos 18 anos
Níger	75%
Chad	72%
Bangladesh	66%
Guiné	63%
República Centro-Africana	61%
Mali	55%
Moçambique	52%
Malawi	50%
Madagascar	48%
Serra Leoa	48%
Burkina Fasso	48%
Índia	47%
Eritreia	47%
Uganda	46%
Somália	45%
Nicarágua	43%
Zâmbia	42%
Etiópia	41%
Nepal	41%
República Dominicana	40%

Fonte: UNFPA, 2012.

As normas sociais, na maioria das vezes, classificam como imoral o trabalho que envolve sexo, e as instituições e indivíduos responsáveis pela execução da lei e pela prestação de serviços de saúde podem reforçar atitudes e práticas discriminatórias, com efeitos danosos para as trabalhadoras do sexo. Por exemplo, em alguns países como Líbano e Filipinas, o estigma contra o trabalho de natureza sexual e contra o sexo fora do casamento tem servido como base para a aprovação de leis que impedem as pessoas de manter livremente preservativos sob sua posse (*Human Rights Watch*, 2004; Organização Mundial da Saúde, 2005). Como resultado, as trabalhadoras do sexo frequentemente percebem que os sistemas de saúde não respondem às suas necessidades, inclusive negando-lhes acesso ao leque total de contraceptivos disponíveis.

Pesquisas afirmam que, quando as trabalhadoras do sexo acessam serviços de planejamento familiar, na maior parte das vezes o fazem relutantemente, sendo então vítimas dos preconceitos dos profissionais da área da saúde que negligenciam suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva, centrando-se basicamente no risco do HIV e das doenças sexualmente transmissíveis (Lin, 2007; *Human Rights Watch*, 2004). No Sul e Sudeste da Ásia, há casos documentados de prestadores de serviços acusados de divulgar condições de soropositividade para o HIV e de ameaçar denunciar pessoas vivendo com HIV às autoridades (Mgbako *et al.*, 2008).

A estigmatização das trabalhadoras do sexo viola direitos humanos universais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, “as intervenções para a promoção do sexo mais seguro entre as trabalhadoras e trabalhadores do sexo deve fazer parte de um esforço geral para assegurar sua segurança, promover sua saúde e bem-estar de modo mais amplo e proteger seus direitos humanos” (Organização Mundial da Saúde, 2005).

Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros.

Os programas de planejamento familiar geridos pelo Estado negligenciam grandemente as necessidades das pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. O Alto Comissário das Nações Unidas para Direitos Humanos afirmou que a “discriminação com base na orientação sexual é contrária à lei internacional de direitos humanos” (Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos, 2008). Entretanto, na maior parte dos locais, os homossexuais são privilegiados em programas de planejamento familiar geridos pelo Estado. Algumas dessas pessoas podem procurar prevenir gravidezes indesejadas. Por exemplo, homossexuais e bissexuais podem optar por envolver-se em relacionamentos heterossexuais sem pretender ter filhos. Em outras situações, lésbicas e homens gays podem querer planejar famílias. A violência sexual contra pessoas, baseada em sua orientação sexual percebida ou de fato, torna as mulheres vulneráveis à gravidez indesejada devido ao estupro, o que exige o acesso à contracepção de emergência.

Noivas precoces. A despeito do declínio nos índices de casamento infantil, a prática de levar meninas e adolescentes ao casamento antes dos 18 anos — internacionalmente reconhecida como a idade adulta — permanece difundida na África Subsaariana e no Sul da Ásia. Tal prática continua relativamente incomum para jovens do sexo masculino. As estimativas sugerem que 34% das mulheres entre 20 e 24 anos, nos países em desenvolvimento, estavam casadas ou em uniões informais antes de completarem 18 anos. Em 2010, isto era equivalente a quase 67 milhões de mulheres. As expectativas sociais, inclusive as expectativas de que as jovens devem casar-se cedo, configuram o comportamento sexual das jovens, comprometendo seu desem-



penho escolar e não lhes permitindo alternativa senão a do casamento precoce.

O casamento precoce faz com que a menina ou adolescente inicie sua vida sexual quando pouco ou nada sabe sobre seu corpo, sobre sua saúde sexual e reprodutiva e sobre o direito que tem de planejar sua família. As jovens esposas também se veem sob intensa pressão social para provar sua fecundidade, o que faz com que tenham maior probabilidade de se submeter a gravidezes precoces e menos espaçadas. Mesmo quando têm conhecimento preciso, abrangente, sobre como prevenir a gravidez precoce, não alcançaram ainda a habilidade para negociar o uso de contraceptivos com seus maridos (geralmente mais velhos) ou de acessar serviços, o que contribui para os altos níveis de gestações na adolescência.

Poucos programas de planejamento familiar incluem estratégias para alcançar noivas precoces, que são frequentemente isoladas, sem acesso a redes sociais bem desenvolvidas e vulneráveis a vários resultados adversos de saúde materna, associados à gravidez e ao parto precoces. Essa é outra área importante para os investimentos (Malhotra *et al.*, 2011; Bruce e Clark, 2003; UNFPA, 2009; Lloyd, 2009; Organização Mundial da Saúde, 2008; Lam, Marteleto e Ranchhod, 2009; Levine *et al.*, 2008; Mensch, Bruce e Greene, 1999).

▲ *Trabalhadora de saúde aplica anticoncepcional injetável em vilarejo na Etiópia.*
© UNFPA/Antonio Fiorente.

Baixa qualidade como obstáculo ao uso do planejamento familiar

Quando os serviços não são confiáveis ou prestados por profissionais treinados, ou quando não há uma ampla oferta de contraceptivos e informações, é possível que as pessoas com necessidades não atendidas optem por não se beneficiar do planejamento familiar e, conseqüentemente, tornem-se inabilitadas para exercer seu direito a ele.

Os sistemas de saúde, em muitos países, lutam para enfrentar o desafio de administrar seus

recursos humanos eficazmente, assegurando a adequação da infraestrutura para a tarefa da prestação de serviços e a garantia do suprimento de todos os tipos de materiais e equipamentos adequados. Os que vivem nas áreas rurais são especialmente vulneráveis às fragilidades dos sistemas de saúde que podem deixá-los aquém do alcance de serviços disponíveis aos que vivem nas cidades de pequeno e grande porte.

Uma consequência da falta de orientação, em uma abordagem com enfoque de direitos humanos para a saúde e da gestão insatisfatória das equipes, pode ser o surgimento de atitudes preconceituosas e discriminatórias por parte dos trabalhadores dessa área. Alguns prestadores internalizam preconceitos sociais relativos às minorias. Suas atitudes podem afetar a qualidade das informações oferecidas a clientes específicos, o que resulta na falta de opções informadas.

A falta de privacidade e a incapacidade de comunicação são barreiras para a oferta de serviços a alguns grupos. Pesquisa recente, realizada em vários países, aponta que programas de saúde em campos de refugiados não asseguram o direito à privacidade, sigilo e não discriminação para todas e todos, particularmente para adolescentes e pessoas não casadas (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 2011). Em algumas áreas, pessoas em deslocamento interno ou refugiados frequentemente ficam impossibilitados de acessar serviços de qualidade devido às limitações dos compromissos de auxílio para questões de fecundidade aos que se encontram em situação de carência de recursos, em situação de mobilidade ou permanência temporária (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 2011).

Os potenciais beneficiários de serviços de planejamento familiar podem sentir-se discriminados pelos que lhes prestam esses serviços, naqueles momentos em que sua saúde de longo prazo pode

EXPANSÃO DO ACESSO ATRAVÉS DE SERVIÇOS LOCAIS E CULTURALMENTE ADEQUADOS NA REPÚBLICA POPULAR DEMOCRÁTICA DO LAOS

A República Popular Democrática do Laos é um país de diversidade cultural e étnica. Suas comunidades indígenas, que falam quatro idiomas únicos, respondem por 40% da população total do país. A necessidade não atendida de planejamento familiar entre essas populações indígenas é significativa. Com o apoio do UNFPA, o *Mother and Child Health Center* (Centro de Saúde da Mãe e da Criança, em tradução livre), órgão do Ministério da Saúde, lançou em 2006 uma iniciativa de oferta de serviços de planejamento familiar, culturalmente adequados e orientados ao cliente. O programa treinou moradores dos vilarejos para atuar como prestadores de serviços comunitários de planejamento familiar, trabalhando com adolescentes, jovens e casais em uniões formais. Nessas comunidades, o uso de contracepção aumentou de 12% da população, em 2007, para 45%, em 2011.

O TREINAMENTO DE FARMACÊUTICOS RESULTA NA OFERTA MAIS CONFIÁVEL DE CONTRACEPTIVOS NA MONGÓLIA

A falta de treinamento especializado para farmacêuticos tinha sido uma limitação de grande importância para a confiabilidade da oferta de contraceptivos e outros insumos de saúde reprodutiva na Mongólia – até que o UNFPA iniciou sua colaboração com o Ministério da Saúde e a Faculdade de Farmácia da Universidade de Ciências da Saúde daquele país, revisando o currículo de treinamento para jovens farmacêuticos. Hoje, mais de 350 farmacêuticos formam-se anualmente com a capacitação necessária para administrar contraceptivos e ajudar a reduzir as necessidades não atendidas de planejamento familiar.



estar comprometida. Por exemplo, nas comunidades com altos níveis de HIV, as experiências discriminatórias sofridas por pessoas jovens de determinadas castas ou grupos étnicos podem dissuadi-los de procurar os serviços em momentos críticos de suas vidas sexuais e reprodutivas (Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, 2009a). Minorias étnicas, indivíduos de castas mais baixas e trabalhadoras do sexo que podem passar parte considerável de suas existências em comunidades pobres, difíceis de serem alcançadas, ou em comunidades estigmatizadas, nem sempre se beneficiam do conjunto completo de abordagens ao acesso (ACNUR, 2011). Essas abordagens implicam o fornecimento seguro e comunitário de métodos injetáveis e dispositivos intrauterinos aprovados para uso pela Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial da Saúde, USAID e *Family Health International*, 2009).

ESTUDO DE CASO

Tadjiquistão

O Tadjiquistão trabalhou para superar a carência de informações e serviços, particularmente nas áreas rurais. Através dos esforços conjuntos do UNFPA e do Ministério da Saúde, o país melhorou o acesso de populações vulneráveis ao planejamento familiar. Informações e serviços nessa área estão sendo oferecidos no contexto de serviços e informações abrangentes de saúde reprodutiva de qualidade, conforme estipulado no Programa de Ação da CIPD. O Tadjiquistão realizou essa mudança reforçando capacidades, conduzindo campanhas de sensibilização, fornecendo contraceptivos e assegurando a disponibilidade de equipamentos adequados de apoio a serviços de qualidade. ■

▲ O primeiro-ministro britânico, David Cameron, e Melinda Gates discutem questões ligadas ao planejamento familiar e voluntariado com jovens da Cúpula de Londres sobre Planejamento Familiar.

© Russel Watkins/
Departamento para
o Desenvolvimento
Internacional do Reino
Unido.

ESTUDO DE CASO

Índia

Para manter suas metas demográficas, o programa de planejamento familiar indiano estabeleceu, na década de 1970, objetivos para um reduzido leque de métodos e recorreu aos trabalhadores da área da saúde para promovê-los. Muitas pessoas foram pressionadas ou até mesmo coagidas a utilizar métodos de efeito prolongado ou permanente de planejamento familiar: a abordagem adotada restringiu o amplo acesso dessas pessoas às várias opções existentes. Mas havia evidências de que as necessidades não atendidas poderiam ser satisfeitas sem se recorrer a metas de contracepção, bastando fazer com que a oferta respondesse mais eficazmente às necessidades locais. Em atenção a isso, o governo desenvolveu um novo marco de oferta de planejamento familiar no contexto de serviços mais amplos de saúde reprodutiva e pediátrica. E estabeleceu os fundamentos desse marco no planejamento em nível local, baseado na avaliação da necessidade das mulheres por esses serviços (Murthy et al., 2002). Embora mudar um programa nacional massivo seja um processo vagaroso, o aumento do leque de métodos, a gestão menos diretiva dos trabalhadores da área da saúde e os ajustes que tornaram o programa mais correspondente às necessidades locais contribuíram para aumentar a demanda por planejamento familiar. ■

Leis que bloqueiam o planejamento familiar podem comprometer os direitos e a saúde

Leis e políticas que restringem o acesso das pessoas e proíbem os profissionais da área da saúde de prestar serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, podem comprometer o direito à saúde das mulheres e institucionalizar ciclos de estigma e discriminação, segundo Anand Grover, Relator Especial sobre o Direito de Todos ao Gozo do Mais Alto Nível Possível de Saúde Física e Mental do Conselho de Direitos Humanos da ONU. O Estado que faz uso das leis para regular as opções das pessoas de planejar suas famílias “impõe coercitivamente sua vontade sobre a do indivíduo”.

No *Relatório Provisório do Relator Especial sobre o Direito de Todos ao Gozo do mais Alto Nível Possível de Saúde Física e Mental*, Grover conclamou os Estados a, entre outras coisas, remover as leis criminais e outras que restringem o acesso à educação e informação abrangentes sobre saúde sexual e reprodutiva. Disse ainda que as leis e outras restrições legais que reduzem ou negam o acesso a bens e serviços de planejamento familiar, incluindo contracepção de emergência, violam o direito à saúde e refletem noções discriminatórias sobre o papel das mulheres na família e na sociedade.

Conclusão

Inúmeros e importantes grupos populacionais são negligenciados pelos sistemas de planejamento familiar ou se defrontam, por vezes, com barreiras intransponíveis: jovens, adultos não casados no auge de seus anos reprodutivos, pessoas separadas, homens idosos, pessoas com deficiência, refugiados, pessoas vivendo com HIV/Aids, minorias étnicas e outros grupos vulneráveis. Há uma enorme necessidade de oferta mais sistemática e mais generosa de meios para retardar e prevenir a gravidez indesejada.

A abordagem baseada em direitos humanos para a saúde e no planejamento familiar aponta para esta reorientação. O marco de direitos humanos para a política e para a programação exige o enfoque na justiça e na não discriminação para o alcance da equidade; no alcance dos grupos mais negligenciados, frequentemente marginalizados e vulneráveis; e na construção de mecanismos que fortaleçam o monitoramento e a responsabilização (UNFPA, 2010). A aplicação da abordagem baseada em direitos humanos requer não apenas leis e políticas que proíbam e punam práticas discriminatórias, mas também

sistemas e processos de participação cívica para implementá-las e assegurar a responsabilização dos atores envolvidos.

A atividade sexual ocorre cada vez mais de maneira a desafiar as normas sociais que ditam em que circunstâncias o sexo *deve* ocorrer. Famílias, comunidades, instituições e governos terão de modificar suas estratégias para assegurar que todas e todos, como detentores titulares do direito ao planejamento familiar de acordo com convenções internacionais, estejam aptos a concretizar esse direito.

Adolescentes, pessoas não casadas de todas as idades, homens, jovens e outros grupos socialmente marginalizados, com acesso restrito a informações e serviços, estão entre as subpopulações de maior importância que não se beneficiaram de maneira equitativa dos recentes avanços na área do planejamento familiar. Como resultado, as necessidades não atendidas se mantêm relativamente altas entre importantes segmentos da população, e o acesso ao planejamento familiar parece ainda mais um privilégio desfrutado por *alguns* do que um direito universal exercido por *todas e todos*.



O impacto social e econômico do planejamento familiar

Poder exercer o direito ao planejamento familiar—e, de forma mais ampla, o direito à saúde sexual e reprodutiva—é um meio essencial para o alcance e concretização de outros direitos, além de gerar vários benefícios econômicos para as pessoas, lares, comunidades e países inteiros. A melhoria da saúde reprodutiva, aqui incluído o planejamento familiar, afeta a economia—e, conseqüentemente, o desenvolvimento sustentável—de inúmeras formas. As mulheres que têm menos nascimentos de risco, gravidezes mais saudáveis e

partos mais seguros enfrentam menos riscos de mortalidade e melhores índices gerais de saúde. Seus filhos nascem e permanecem mais saudáveis na primeira infância. Essas melhorias na saúde produzem um conjunto de benefícios econômicos: maior investimento no ensino, maior produtividade, maior participação na força de trabalho e, posteriormente, aumento na renda, na poupança, nos investimentos e na acumulação de riquezas. Há poucas evidências, entretanto, sobre seu impacto na vida dos homens.

Pesquisadores que tentam documentar a magnitude dessas relações enfrentam vários obstáculos, em parte porque o emprego do planejamento familiar depende de inúmeras outras variáveis, dentre as quais se incluem renda, escolaridade (particularmente a escolaridade feminina), oportunidades de emprego para mulheres, ritmo da industrialização e da urbanização, normas culturais e sociais e o custo da criação dos filhos. Essas variáveis são difíceis de serem mensuradas e se influenciam muito entre si.

Planejamento familiar e bem-estar das mulheres

Impacto na saúde

O impacto econômico da saúde reprodutiva na vida da mulher tem início com as melhorias em sua saúde, na qual o acesso ao planejamento familiar desempenha um papel crucial. Esse acesso reduz a fecundidade de um modo geral, bem como o número de gravidezes indesejadas e de risco, o que, por sua vez, reduz o risco de mortalidade materna e morbidade a longo prazo (Maine *et al.*, 1996). O planejamento familiar também pode levar à otimização do espaçamento entre nascimentos, o que melhora a saúde materna em termos gerais por reduzir a síndrome de depleção materna, os riscos de parto prematuro e outras complicações (Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez e Kafury-Goeta, 2007).

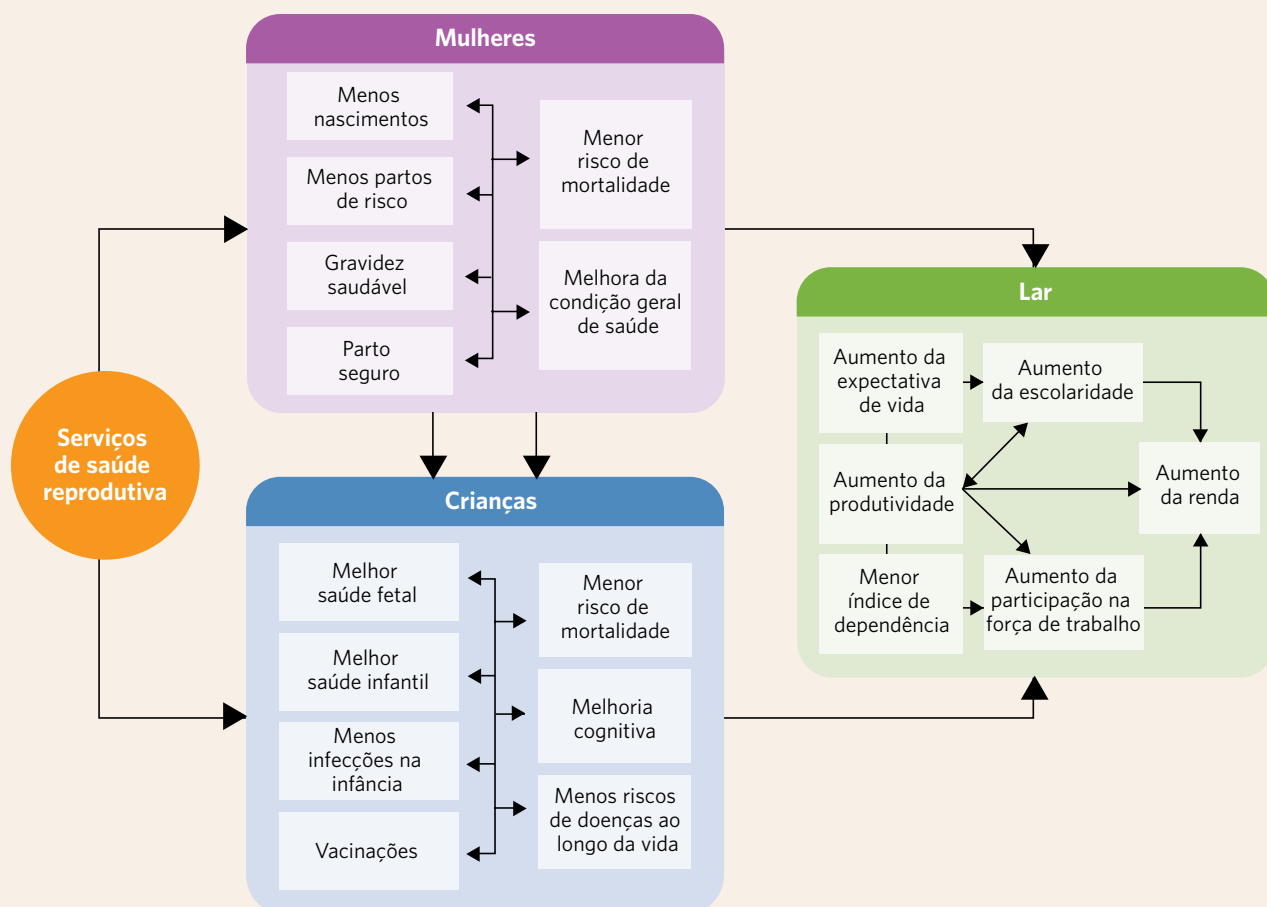
No Sri Lanka, por exemplo, os momentos de declínio mais acentuado da mortalidade materna ocorreram durante os períodos de redução da fecundidade. Hoje, o país apresenta uma das

mais elevadas taxas de prevalência contraceptiva, as menores taxas de fecundidade, de mortalidade materna e alguns dos melhores indicadores de saúde materna e infantil do mundo (Seneviratne e Rajapaksa, 2000).

Algumas das evidências mais rigorosas do efeito do declínio da fecundidade para a melhora da saúde feminina vêm de Matlab, em Bangladesh, onde um programa de saúde materna e infantil de longo prazo incluiu a oferta domiciliar de contraceptivos, atendimento pré-natal, vacinação, *kits* de parto seguro e vários outros serviços de saúde para a mulher. Em 30 anos, o programa não apenas reduziu a fecundidade em cerca de 15% e gerou a melhoria nas taxas de mortalidade materna e infantil, como também causou vários

efeitos adicionais para a saúde da mulher. Aquelas que se beneficiaram do programa, durante sua vida reprodutiva, apresentaram aumento de peso, de massa corporal e melhora da condição geral de saúde (Phillips *et al.*, 1988; Muhuri e Preston, 1991; Muhuri, 1995; Muhuri, 1996; Ronsmans e Khlat, 1999; Chowdhury *et al.*, 2007). Resultados de pesquisa demonstraram que o índice de massa corporal das mulheres que participaram do programa ultrapassou o patamar de 18,5, que é associado a menor risco de mortalidade (Organização Mundial da Saúde, 1995). Pesquisa recente defende que o aumento de um ponto no índice de massa corporal ao redor desse valor de 18,5 baixa o risco de morte em 17% (Joshi e Schultz, 2007).

RELAÇÕES ENTRE SAÚDE REPRODUTIVA E RESULTADOS ECONÔMICOS





◀ Ensino comunitário em Caracas, Venezuela.
© Panos/Dermot Tatlow.

Os benefícios à saúde gerados pelo planejamento familiar são particularmente significativos para as mulheres mais jovens e para as adolescentes. Entre 15 e 19 anos, as jovens têm duas vezes mais probabilidade de ir a óbito por causas maternas que as mulheres mais adultas. Isto ocorre em consequência da imaturidade física e do maior risco de complicações, como a fistula obstétrica (Miller *et al.*, 2005; Raj *et al.*, 2009).

Por prevenir a gravidez precoce, reduzir a gravidez de risco e os riscos de mortalidade prematura ou de morbidade a longo prazo, a melhoria do acesso ao planejamento familiar pode aumentar a longevidade, aumentar os horizontes de tempo para o retorno do investimento em capital humano e também possibilitar que as mulheres dediquem seu tempo a outras atividades econômicas. Resultados de pesquisa apontaram que as mulheres europeias e norte-americanas, que antes

da transição demográfica dedicavam 70% de suas vidas adultas criando e educando filhos, passaram recentemente a despendar cerca de 14% do tempo com essa atividade (Lee, 2003).

Impacto na escolaridade

Na Colômbia, a queda na fecundidade gerada pelo programa de planejamento familiar Profamilia foi associada a quase 0,15 mais anos de escolaridade (Miller, 2009). No Sri Lanka, a redução do risco de mortalidade materna entre 1946 e 1953 aumentou a expectativa de vida entre as mulheres em 1,5 ano (aproximadamente 4%); já o aumento da alfabetização feminina entre as coortes afetadas foi de 2,5%, sendo que os anos de escolaridade apresentaram um aumento de 4% (0,17 ano) (Jayachandran e Lleras-Muney, 2009).

A escolha entre continuar na escola ou criar um filho é particularmente importante para as



▲ Retorno do campo, em Kiribati.
© UNFPA/Ariela Zibiah.

adolescentes, uma vez que a segunda opção pode interromper o ensino e o preparo para a entrada na força de trabalho. A relação entre casamento e gestação difere, dependendo da situação ou do país, e o vínculo causal entre gravidez adolescente e abandono escolar precoce pode ser difícil de revelar.

Pesquisa na qual foram utilizados dados da *United States National Longitudinal Survey of Youth* (Pesquisa Nacional Longitudinal sobre Juventude Norte-Americana, em tradução livre) demonstrou que o intercurso sexual precoce causou efeitos prejudiciais para o desempenho escolar e para o nível de instrução das meninas, mesmo quando as variáveis dos antecedentes socioeconômicos foram controladas (Steward, Farkas e Bingenheimer, 2009). Outra pesquisa realizada nos Estados Unidos confirma que a maternidade na adolescência reduz em até 10% a

oportunidade das jovens de diplomar-se no ensino médio, reduz entre US\$1.000 e US\$2.400 sua renda anual quando jovens adultas e diminui sua escolaridade (Fletcher e Wolfe, 2008).

A gravidez na adolescência também prejudica o nível de instrução das adolescentes nos países em desenvolvimento. Lloyd e Mensch (2008) calcularam os riscos cumulativos do abandono escolar de adolescentes antes de completarem o ensino médio, em cinco países do Oeste da África. Os pesquisadores estimam que o risco de abandono causado por gravidez adolescente (ou casamento) varia de 20% em Burkina Fasso, Costa do Marfim, Guiné e Togo, para quase 40% em Camarões. Análise do impacto da maternidade adolescente sobre a frequência e conclusão do ensino médio no Chile indica que o fato de tornar-se mãe reduz de 24% a 37% a probabilidade de a menina frequentar e concluir essa fase de sua escolaridade (Kruger *et al.*, 2009).

Enquanto os resultados de algumas pesquisas demonstram que as meninas correm mais risco de abandonar os estudos quando se tornam sexualmente maduras e se envolvem em sexo antes do casamento, outros apontaram que elas têm mais probabilidade de abandonar a escola por outras razões que não a gravidez (Biddlecom *et al.*, 2008).

Em alguns casos, é mais provável que a gravidez seja consequência do abandono escolar precoce. Evidências da África do Sul, por exemplo, sugerem que o fraco desempenho escolar está associado ao maior risco de gravidez e, portanto, a um maior risco de abandono escolar. Isto leva a impactos negativos de longo prazo na escolaridade, capacitação, emprego e renda da mulher (Grant e Hallman, 2006).

Impacto na participação da mulher na força de trabalho

O acesso a serviços de saúde reprodutiva, inclusive ao planejamento familiar, também produz melhoria nas oportunidades de a mulher partici-

ESTIMATIVAS DE FECUNDIDADE TOTAL

PROJEÇÃO MÉDIA 2010-2015

Região	Fecundidade total (filhos por mulher) 2010-2015
Mundo	2.45
Regiões mais desenvolvidas	1.71
Regiões menos desenvolvidas	2.57
Países minimamente desenvolvidos	4.10
Regiões minimamente desenvolvidas, excluindo-se os países minimamente desenvolvidos	2.31
Regiões menos desenvolvidas, excluindo-se a China	2.86
África	4.37
Leste da África	4.74
África Central	5.16
Norte da África	2.75
Sul da África	2.46
Oeste da África	5.22
Ásia	2.18
Leste da Ásia	1.56
Centro-Sul da Ásia	2.56
Ásia Central	2.46
Sul da Ásia	2.57
Sudeste da Ásia	2.13
Oeste da Ásia	2.85
Europa	1.59
Leste da Europa	1.49
Norte da Europa	1.86
Sul da Europa	1.49
Oeste da Europa	1.69
América Latina e o Caribe	2.17
Caribe	2.25
América Central	2.41
América do Sul	2.06
América do Norte	2.04
Oceania	2.45

Dados das Nações Unidas estimam que a taxa de fecundidade total caiu abaixo do nível de reposição (2,1 filhos por mulher) em mais de 83 países. Alguns governos de países, onde cada geração é atualmente menor que a precedente, estão preocupados com a perspectiva de dispor de menos trabalhadores para pagar impostos e maior número de idosos para custear. Como maior número de indivíduos e famílias podem exercer seu direito ao planejamento familiar, pode ser produtivo um diálogo nacional sobre política familiar, inclusive sobre licença-maternidade, apoio para serviços de cuidadores e eliminação de práticas empregatícias discriminatórias em relação a pessoas com filhos pequenos. Quaisquer ajustes às políticas públicas, porém, não devem diminuir

o compromisso financeiro e político governamental de assegurar que mulheres e homens de todas as idades tenham acesso confiável a informações e serviços de planejamento familiar de qualidade.

Nas sociedades onde a fecundidade total mergulhou abaixo dos índices de reposição, indivíduos e famílias não se absteram de ter filhos meramente porque têm acesso ao planejamento familiar. Ao contrário, conseguem ter as famílias menores que desejam *porque* têm os meios de fazê-lo. O acesso ao planejamento familiar deu cada vez mais poderes às mulheres, em particular com informações e serviços que permitiram a elas afirmarem e assumirem o controle de suas preferências de fecundidade.

par da força de trabalho. Em primeiro lugar, esse acesso permite que elas controlem o momento de engravidar e, portanto, aumenta sua participação no mercado de trabalho. Isto é ilustrado pelo lançamento da Enovid, a primeira pílula anticoncepcional nos Estados Unidos, em 1960. A pílula concedeu às mulheres norte-americanas uma liberdade sem precedentes de decidir-se simultaneamente sobre criar filhos e desenvolver suas carreiras. Análise causal do impacto da pílula sobre o momento do primeiro nascimento e sobre a participação das mulheres na força de trabalho sugere que o acesso legalizado à pílula antes dos 21 anos reduziu significativamente a probabilidade de o primeiro nascimento ocorrer antes dos 22 anos, aumentou o número de mulheres na força de trabalho assalariada e elevou a quantidade anual de horas trabalhadas. Os efeitos são significativos: de 1970 a 1990, o acesso à pílula respondeu por três dos 20 pontos de aumento percentual (14%) nas taxas de participação na força de trabalho e 67 das 450 horas adicionais trabalhadas por ano (15%), entre mulheres de 16 a 30 anos (Bailey, 2006).

O acesso a serviços de planejamento familiar também afeta a participação no mercado de trabalho através da redução da morbidade e melhoria na saúde geral. O planejamento familiar contribui para a redução de nascimentos de risco e nascimentos que apresentam complicações. Isto reduz o risco de morbidade materna e aumenta a produtividade da mulher.

Há algumas exceções nesses padrões. Em alguns contextos, a participação da força de trabalho feminina pode *diminuir* à medida que a fecundidade declina ou à medida que o nível de instrução e o *status* socioeconômico aumentam. Por exemplo, no projeto Matlab, em Bangladesh, a oferta de serviços domiciliares de planejamento familiar e de saúde reprodutiva para mulheres adultas, por um período de 20 anos, resultou em significativas melhorias no bem-estar, mas a participação

feminina no trabalho assalariado de fato declinou. Os pesquisadores atribuem esse fenômeno a fortes costumes patriarcais somados a restrições à mobilidade feminina, particularmente no que diz respeito a mulheres ricas e de alto *status*, o que leva a mais mulheres trabalharem em casa ao invés de se dedicarem a trabalhos manuais ou assalariados fora do lar. As estimativas indicam, porém, que aquelas que exerciam trabalhos pagos recebiam salários maiores em um terço que os das mulheres que não recebiam os serviços do programa. Esses ganhos salariais se deveram, em grande parte, aos maiores retornos recebidos pelas mulheres em função da escolaridade oferecida nos vilarejos cobertos pelo programa (Schultz, 2009a).

Os benefícios de saúde e renda gerados pelo planejamento familiar também reforçam os direitos das mulheres

Os declínios de fecundidade, as melhorias na saúde e o aumento na renda podem atuar em proveito dos direitos das mulheres, nos lares e nas comunidades. Pesquisa recente ilustra que, quando a fecundidade declina e a importância do capital humano na economia aumenta, os homens mostram mais propensão a dividir o poder com as mulheres para assegurar que os filhos tenham melhor educação, uma vez que estas investem mais no capital humano dos filhos, e seu poder de barganha passa a ter mais força nas decisões domésticas (Doepke e Tertilt, 2009). Os homens enfrentam um conflito de escolha entre seu próprio valor e o valor de seus filhos, netos e futuras gerações. Isto faz com que eles se sintam mais inclinados a ceder maiores direitos às mulheres. A prova disto é histórica: pesquisando debates parlamentares e editoriais jornalísticos, as autoras documentaram que, tanto na Inglaterra como nos Estados Unidos, houve uma gradual mudança durante o século XIX: os argumentos, que antes se centravam nos direitos dos homens, passaram a espelhar uma visão que priorizava as necessidades das crianças.

Planejamento familiar e bem-estar das crianças

A melhoria nos serviços de saúde reprodutiva influencia a saúde da criança de várias maneiras. Primeiramente, o emprego de serviços de planejamento familiar para a redução no número de gravidezes e um melhor espaçamento entre os partos criam excedentes positivos, porque mulheres mais saudáveis dão à luz filhos mais saudáveis, e mulheres mais saudáveis também têm mais recursos para investir no bem-estar de seus filhos (Alderman *et al.*, 2001).

Impacto na saúde e sobrevivência do recém-nascido e da criança

Muitas pesquisas internacionais apontaram uma relação positiva entre planejamento familiar e sobrevivência da criança: as usuárias de programas de planejamento familiar e seus filhos têm menos probabilidade de correr risco de mortalidade (Bongaarts, 1987). As relações, porém, não podem ser interpretadas como causais devido a fatores de confusão, tais como duração e intensidade da amamentação materna, prematuridade e efeitos biológicos, comportamentais, ambientais, socioeconômicos ou de atendimento à saúde que até agora são inespecíficos, mas que se sabe serem causadores de grandes diferenças em mortalidade infantil entre famílias. Pesquisa recente controlada para muitos desses fatores, porém, apontou que intervalos entre nascimentos podem reduzir a mortalidade neonatal, a infantil e a pediátrica (Rustein, 2005). Resultados dessa pesquisa levaram à conclusão de que um intervalo de apenas três a cinco anos entre nascimentos pode prevenir em até 46% a mortalidade infantil nos países em desenvolvimento.

Evidências trazidas a partir de programas específicos de países confirmam esse achado. Pesquisa realizada na Colômbia, por exemplo, ilustra que a disponibilidade local de clínicas e leitos hospitalares e o aumento dos investimentos *per capita*, em plane-



jamento familiar estão associados a menores índices de mortalidade infantil, bem como a menores taxas de fecundidade entre mulheres de áreas urbanas (Rosenzweig e Schultz, 1982). Nas Filipinas, a disponibilidade de um programa de planejamento familiar teve efeitos diretos na saúde das crianças (Rosenzweig e Wolpin, 1986). O melhor acesso à saúde reprodutiva gerou melhorias no espaçamento entre gravidezes e na redução do número de gravidezes de risco em Bangladesh, e tudo somado contribuiu para a redução da mortalidade pediátrica e aumento da sobrevivência da criança (Phillips *et al.*, 1998; Muhuri e Preston, 1991; Muhuri, 1995; Muhuri, 1996; Joshi e Schultz, 2007). Impacto semelhante foi observado em programa realizado em Navrongo, em Gana (Binka, Nazzari e Phillips, 1995; Pence *et al.*, 2001; Phillips *et al.*, 2006; Pence, Nyarko e Phillips, 2007).

▲ *Workshop de planejamento familiar, na Costa Rica.*

© UNFPA/Álvaro Monge.

Pesquisa recente empregou medidas antropométricas de saúde, ao longo da vida, para mensurar a saúde na primeira infância. A altura individual é um exemplo particularmente interessante disto. A altura do adulto é considerada como indicador latente da nutrição nos primeiros anos e da situação de saúde ao longo da vida: as crianças com baixo peso ao nascer, por exemplo, têm baixa altura mesmo se receberem nutrição adicional durante a infância. Embora a altura seja determinada pela disposição genética, ela se desenvolve em parte através de nutrição satisfatória e atendimento e de condições relacionadas à saúde, particularmente na primeira infância. Ela aumentou nas décadas recentes, entre as populações onde a renda nacional *per capita* aumentou, como aumentaram também as ações voltadas para a saúde pública. Pesquisa realizada na província de Laguna, nas Filipinas, na qual foram coletadas informações sobre altura, peso e exposição a programas de planejamento familiar, entre 1975 e 1979, apontou que a exposição a programas de saúde e de planejamento familiar gerou melhorias nas relações de altura e idade e peso e idade. As estimativas coletadas indicam que a altura de uma criança que não contou com a assistência de clínicas de saúde seria 5% abaixo, enquanto a exposição a clínicas de planejamento familiar aumenta a altura em 7%.

Outro importante mecanismo que relaciona melhores serviços de planejamento familiar à saúde na primeira infância é a melhoria da nutrição materna que, em termos gerais, se dá em resultado de gravidezes mais espaçadas e em menor número. Vasta literatura médica, de saúde pública e ciências sociais, hoje defende que a melhoria da nutrição materna desempenha papel crítico para o desenvolvimento infantil. Várias pesquisas demonstram que a subnutrição materna — medida por deficiências debilitantes e crônicas de energia, deficiências de micronutrientes essenciais e índices de massa corporal abaixo de 18,5 — está associada a

maior risco de retardo de crescimento intrauterino, a complicações no parto e a defeitos congênitos no nascimento (Bhutta *et al.*, 2008). O crescimento fetal insatisfatório pode indiretamente contribuir para o óbito neonatal, particularmente aqueles devidos à asfixia e às infecções no nascimento (seps, pneumonia e diarreia), os quais, juntos, respondem por mais da metade dos óbitos neonatais no mundo, hoje.

Sabe-se que o declínio da fecundidade e a melhoria da saúde materna estão associados a bebês mais saudáveis, com peso mais elevado ao nascer e menor risco de óbito neonatal. Isto foi observado em pesquisa prospectiva de coortes de nascimento por amostragem, em comunidades no Nepal, Índia, Paquistão e Brasil. O trabalho demonstrou que as crianças pesando entre 1.500 e 1.999 gramas ao nascer tinham 8,1 vezes mais probabilidade de ir a óbito, enquanto aquelas que pesavam de 2.000 a 2.499 gramas tinham 2,8 vezes mais probabilidade de ir a óbito por todas as causas durante o período neonatal, em comparação com aquelas que pesavam mais de 2.499 gramas no nascimento (Bhutta *et al.*, 2008).

Escolaridade das crianças

A melhoria na saúde reprodutiva e o acesso ao planejamento familiar também podem afetar o investimento no capital humano das crianças. Isto ocorre através de vários canais. O aumento da expectativa de vida gera novos incentivos e oportunidades de investimentos no ensino. Mais ainda, a melhoria na saúde reprodutiva contribui para melhorias na saúde geral das mães durante a gravidez, o que tem impactos favoráveis sobre o desenvolvimento cognitivo dos filhos. Finalmente, o declínio da fecundidade libera os recursos das mulheres e permite que elas aumentem o investimento no ensino de seus filhos.

A melhor evidência da relação entre declínio da fecundidade, melhoria da saúde reprodutiva e esco-

laridade infantil mais uma vez vem de Matlab, em Bangladesh. O declínio da fecundidade e a melhoria da saúde materna não apenas aumentaram o investimento no ensino infantil como também tiveram impacto no conflito de escolha entre a educação das crianças e o trabalho (Sinha, 2003; Joshi e Schultz, 2007; Schultz, 2010). Também há evidência de que o programa teve impacto positivo nos resultados de testes e no desenvolvimento cognitivo das crianças (Barham, 2009).

Futura participação das crianças na força de trabalho

O declínio na fecundidade da mãe, a melhoria de sua saúde e o maior investimento no capital humano da criança devem, em última análise, ter impacto sobre sua futura participação na força de trabalho. Embora esta ligação seja intuitiva e pareça ser óbvia, a evidência empírica que apoia esta teoria até agora provou ser elusiva, em grande parte em razão do longo tempo de intervalo entre as fases em que se podem observar seus resultados.

Mais evidências que apoiam a relação entre saúde materna, saúde da criança e a participação das crianças na força de trabalho vêm de pesquisas sobre nutrição materna. Essas pesquisas demonstram que o declínio da fecundidade e a melhoria da saúde materna estão associados não apenas à melhoria da saúde da criança, à melhoria nos resultados de testes cognitivos e do nível de instrução, mas também a um melhor *status* e rendimentos ocupacionais, à reduzida ausência na força de trabalho e à redução no aparecimento de doenças crônicas e incapacidade antes dos 50 anos e mais notadamente depois dessa idade (Miguel e Kremer, 2004; Almond 2006; Almond, Edlund et al., 2007; Almond e Mazumder, 2008; Almond e Currie, 2011).

Pesquisa recente, que empregou dados sobre gêmeos univitelinos para estimar os efeitos do influxo de nutriente intrauterino na saúde adul-



ta e renda, apontou que as condições de saúde desempenham papel de maior importância na distribuição mundial de renda (Behrman e Rosenzweig, 2004). A pesquisa demonstrou considerável variação na incidência de baixo peso ao nascer entre países, e que há benefícios reais no aumento do peso corporal no nascimento. Esse aumento gera maiores níveis de instrução na idade adulta e maior altura na idade adulta de crianças com maior peso no nascimento. Ela também aponta evidências de que aumentar o peso no nascimento entre bebês de baixo peso - mas não entre aqueles de maior peso - gerou significativas compensações no mercado de trabalho.

Saúde reprodutiva, riqueza e bem-estar no domicílio

Há vários caminhos através dos quais a fecundidade declina, e a melhoria da saúde pode ser

▲ Unidade de saúde móvel, no Sri Lanka.
© UNFPA/FPASL.

traduzida em maior bem-estar social e econômico no domicílio (Bloom e Canning, 2000; Birdsall, Kelley e Sinding, 2001; Schultz, 2008; Sinding, 2009). Em primeiro lugar, conforme documentado anteriormente, pessoas mais saudáveis trabalham mais, são física e cognitivamente mais fortes e, conseqüentemente, mais produtivas; ganham mais e poupam mais. Em segundo lugar, pessoas mais saudáveis têm expectativa de vida mais longa e, portanto, têm maiores oportunidades de investir amplamente e colher os retornos de seu capital de formação escolar e humano. Essa relação positiva entre saúde e riqueza é ainda mais reforçada pela baixa fecundidade e pelo conflito de escolha entre quantidade e qualidade que induz os pais a investir mais recursos em cada criança, quando há redução no número de filhos.

Poupança, renda e patrimônio familiar

A melhoria na saúde e a maior expectativa de vida que podem resultar do melhor acesso a serviços de saúde reprodutiva, inclusive de planejamento familiar, alteram decisões não apenas sobre educação, mas também sobre gastos e poupança ao longo da vida. Com o declínio da fecundidade, é menos provável que as pessoas se apoiem nos filhos para sustentá-las e garantir sua velhice. Inclina-se mais, portanto, a poupar para a aposentadoria. O ímpeto de poupar é ainda mais reforçado pela melhoria na saúde e maior expectativa de vida, uma vez que a aposentadoria se torna uma perspectiva razoável, havendo ainda um potencial aumento em sua duração. Há amplas evidências que apoiam essa relação entre declínio da fecundidade e índices de poupança (Bloom e Canning, 2008). Várias pesquisas apontam uma correlação positiva entre declínio da fecundidade ou aumento da expectativa de vida, de um lado, e índices de poupança, de outro.

Em Taiwan, província da China, por exemplo,

os índices de poupança privados aumentaram de 5%, na década de 1950, para mais de 20%, na de 1980, quase que simultaneamente aos aumentos na expectativa de vida (Tsai, Chu e Chung, 2000). Esse efeito se amplia com a adoção de sistemas de bem-estar e previdência social.

Algumas das melhores evidências em nível micro da relação entre mais baixa fecundidade, melhor saúde reprodutiva e renda novamente vêm de Matlab, Bangladesh (Joshi e Schultz, 2007; Schultz, 2008; Barham, 2009; Schultz, 2009). No geral, as evidências sugerem que o declínio da fecundidade e da mortalidade infantil contribuiu para a redução da pobreza; os filhos receberam significativamente mais escolaridade e as filhas, melhor situação nutricional; as mulheres, mais escolarizadas, alcançaram níveis proporcionalmente mais elevados de salários e passaram a viver em residências com mais posses. As residências dos vilarejos cobertos pelo programa relataram 25% mais bens por adulto, além de menores parcelas de recursos nas formas que complementam o trabalho infantil, tais como bens semoventes e de pesca, ou mesmo terrenos para cultivo anual agrícola. Tais pessoas mantinham a maior parcela de seus ativos em poupança financeira, joias, pomares e viveiros, alojamentos e bens duráveis. E esse tipo de ativos pode ser o melhor substituto para o apoio à velhice, tradicionalmente oferecido pelos filhos.

A melhoria do acesso ao planejamento familiar, o declínio da fecundidade, a redução da morbimortalidade materna e a melhoria da saúde das crianças também geram o aumento da poupança e da renda através da redução de gastos com o enfrentamento das “crises de saúde”, como a súbita perda de rendimentos, a dissolução do lar e o abalo na saúde dos membros da família que sobrevivem a esse fato, particularmente os filhos. A melhoria na saúde também contribui para a produtividade econômica.

Mudanças na tomada de decisão dentro do lar

A disponibilidade de serviços de saúde reprodutiva, especialmente de planejamento familiar, também altera as estruturas de poder dentro do lar. Nos contextos onde o homem e a mulher têm diferentes preferências de fecundidade, e onde os serviços de planejamento familiar são independentemente acessíveis a ela, o maior controle sobre sua fecundidade se traduz em maior poder de barganha, autonomia e poder de tomada de decisão no seio da família.

Um exemplo disso em nível de país vem de Bangladesh. O rápido declínio de fecundidade, de aproximadamente seis filhos por mulher, na década de 1970, para menos de três por mulher, na década de 1990, foi acompanhado por aumentos na escolaridade e participação na força de trabalho das mulheres, particularmente na indústria do vestuário (Kabeer 1997; Kabeer 2000). O acesso ao mercado de trabalho, de crédito e à sociedade, em termos mais gerais, permitiu que essas mulheres renegociassem as normas do *purdah* (reclusão feminina) que haviam confinado aos lares as

mulheres das gerações anteriores e limitado suas vozes nas famílias patriarcalistas.

Esses processos também são ilustrados por pesquisa de nível micro em uma comunidade de trabalhadoras da área da saúde de Matlab, Bangladesh, que desempenharam papel essencial na oferta de atendimento à saúde reprodutiva e também se beneficiaram da oferta de trabalho do próprio programa. O declínio da fecundidade, a melhoria na saúde e novas oportunidades de emprego e salário que vivenciaram se somaram para elevar seu *status* e seu poder de barganha em seus lares e comunidades (Simmons, 1996).

O acesso à contracepção, em si, pode alterar o poder de barganha da mulher em seu lar. Isto melhor se ilustra no caso da África Subsaariana. Historicamente, homens e mulheres dessa região têm tido preferências divergentes com relação ao número ideal de filhos. Enquanto as mulheres incorrem em custos físicos e econômicos diretos para criá-los e sustentá-los, para os homens a prática da poligamia e da adoção dilui esses custos entre várias moradias. Como resultado, é possível que as mulheres prefiram famílias menores



◀ Casal aguarda aconselhamento de planejamento familiar em hospital regional, em Camarões.

© UNFPA/Alain Sibenaler.



▲ Ricardo e Sara, na Cidade do México, afirmam que decidiram esperar até se formar e encontrar emprego, antes de se casar e ter filhos.
© UNFPA/Ricardo Ramirez Arriola.

que seus maridos. Seu poder de fazer valer suas preferências, entretanto, pode ser restringido por normas sociais que favorecem a alta fecundidade e leis que exigem o consentimento do marido para o acesso à contracepção.

O declínio da fecundidade e a melhoria da saúde não apenas concedem às mulheres a oportunidade de transferir para o mercado de trabalho o tempo que dedicavam à criação dos filhos, mas também usá-lo para cuidar de outros membros da família, como os idosos, conforme documentado em outra pesquisa realizada em Matlab, Bangladesh (Chaudhuri, 2005; Chaudhuri, 2009).

Planejamento familiar e bem-estar de homens e meninos

É provável que o impacto do planejamento familiar não seja significativo na saúde física masculina. Entretanto, retardar e prevenir gravidezes e nascimentos indesejados pode ter impacto em sua escolaridade e oportunidades de emprego (Montgomery, 1996). Quando o homem é obrigado a assumir a responsabilidade pela gravidez de uma mulher, pode ser forçado a abandonar os

estudos (embora sem enfrentar o estigma social que a mulher enfrenta) para trabalhar e sustentá-la. Como muitas mães, um pai responsável pode abrir mão de um emprego lucrativo, aceitar trabalhos que não são o ideal, desistir de oportunidades de crescer e se desenvolver na carreira.

Dentro ou fora do casamento, a gravidez indesejada pode ter efeitos sobre a saúde mental de ambos os pais, particularmente quando estes diferem em seu comprometimento em relação a ela (Leathers e Kelley, 2000). As evidências indicam que a incidência de depressão, abuso físico e outros problemas de saúde mental são mais elevados entre os que enfrentam gravidez indesejada que nos casos contrários. Essas questões afetam não apenas os homens e mulheres envolvidos, mas também seus filhos e suas famílias (Korenman *et al.*, 2002).

As evidências também indicam que as gravidezes indesejadas estão frequentemente associadas a índices mais elevados de dissolução do casamento, a menores níveis de renda familiar e a uma variedade de efeitos psicossociais negativos para o desenvolvimento da criança (McLanahan e Sandefur, 1994).

Saúde, mudanças demográficas, riqueza das nações e desenvolvimento sustentável

O impacto da melhoria da saúde sexual e reprodutiva, inclusive do planejamento familiar, e da equidade de gênero é muito mais forte e mais direto no nível domiciliar que no nível micro ou macroeconômico. Mas os impactos dos serviços de planejamento familiar nas pessoas e nos lares - fecundidade mais baixa, melhoria na saúde, diminuição da mortalidade, maior investimento no capital humano, maior participação na força de trabalho e maior renda e poupança - também são ampliados em níveis mais agregados de comunidades e países. Esses efeitos de nível macro por vezes são difíceis de identificar, porque essas variáveis são inter-relacionadas e sofrem a influência de um enorme número de variáveis adicionais, tais como o ambiente institucional, a influência da política, das guerras e de outros eventos sociais, econômicos e políticos de maior importância. Embora ainda não existam evidências conclusivas da magnitude das relações, surgiram algumas áreas de consenso.

Uma dessas áreas de consenso entre economistas, demógrafos e responsáveis pela elaboração de políticas é o reconhecimento do papel das estruturas etárias da população no desenvolvimento econômico. Os declínios da fecundidade inicialmente reduzem a parcela jovem da população de um país. Por algum tempo, o declínio inicial desse segmento que depende de outros para suas necessidades básicas não é compensado por aumentos na parcela da população mais velha e que também depende de outros. Nesse ponto da transição demográfica, aumenta o tamanho relativo da população em idade ativa do país. Esse aumento único na proporção da população em idade ativa, que coincide com uma diminuição única nos “índices de dependência”, cria condições favoráveis para o desenvolvimento econômico e é denominado “bônus demográfico”.

No nível macroeconômico, a transição demo-

gráfica reduz inúmeros desafios nos países que não podem arcar facilmente com os investimentos necessários em saúde e educação, para uma grande população jovem em rápido crescimento, e administrar um ilimitado suprimento de mão de obra. O bônus demográfico também oferece aos países oportunidades de aumentar a participação na força de trabalho, na renda, na poupança, no investimento e nas mudanças sociais, se houver políticas adequadas em vigor para investir no capital humano desse grupo jovem (através de maiores investimentos *per capita* em saúde e educação, maior investimento em infraestrutura física

“Depois que as taxas de fecundidade declinam a um ritmo constante ao longo de 20 ou 30 anos, aumenta o número de adultos capacitados para gerar renda em relação ao número de pessoas que dependem deles para seu sustento, criando-se, assim, condições mais favoráveis para o crescimento econômico e para o desenvolvimento sustentável.”

e desenvolvimento institucional e suporte para a participação cívica, entre outros).

Foram observados bônus demográficos no Leste e Sudeste da Ásia, na América Latina, no Oriente Médio e Norte da África e nas Ilhas do Pacífico (Lee *et al.*, 2010; Lee, 2003; Lee *et al.*, 2001; Mason e Lee, 2004; Lee e Mason, 2006; Bloom *et al.*, 2009; Schultz, 2009). O bônus teve início no Leste da Ásia, na década de 1970, no Sul da Ásia, na década de 1980, e na África Subsaariana, no novo milênio.

Impactos de nível macro do planejamento familiar na poupança, no investimento e no crescimento

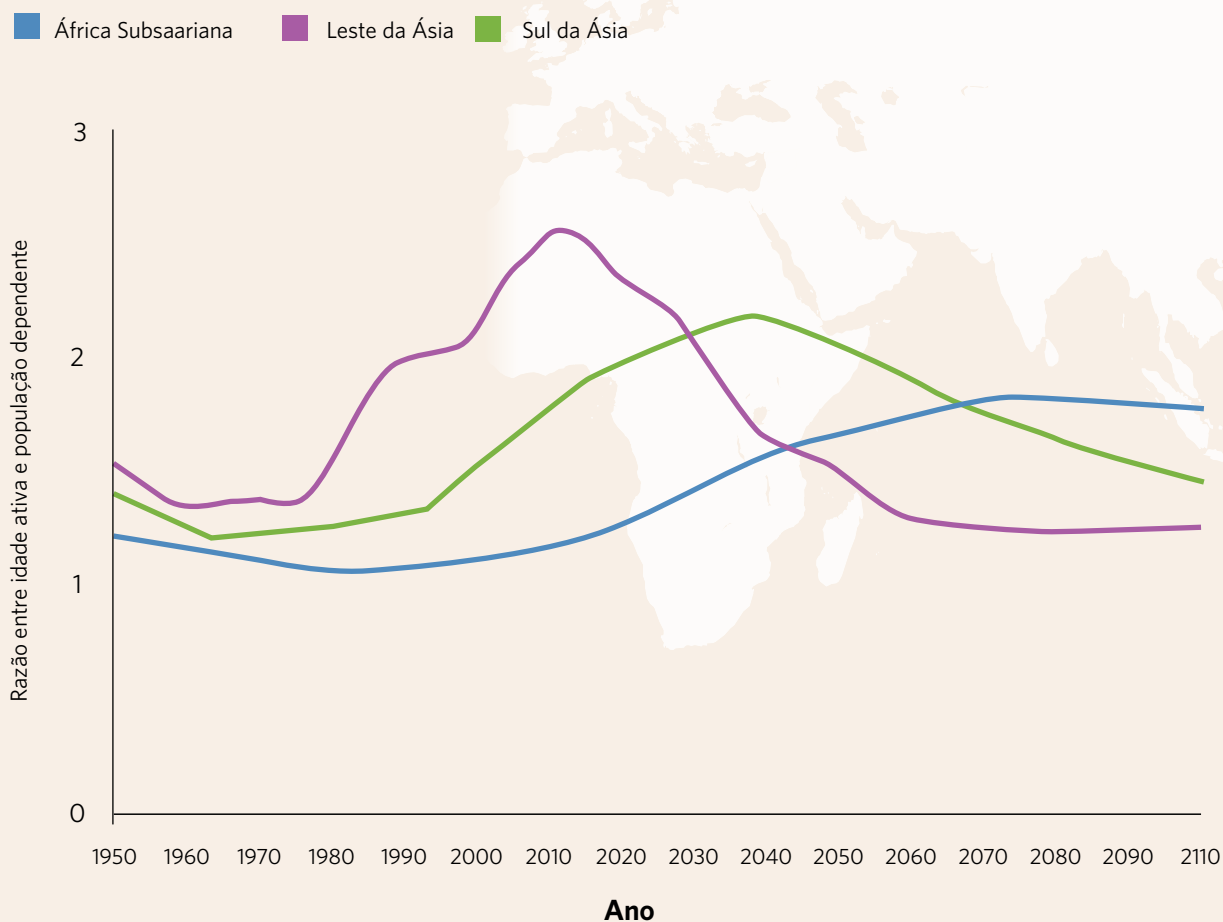
Os índices de dependência e o bônus demográfico podem afetar as economias e as sociedades de inúmeras maneiras. Nos estágios iniciais da transição demográfica — quando a parcela da população jovem começa a crescer —, pode ser exigido dos

países que eles invistam mais em ensino, unidades de saúde, moradia e outros itens de infraestrutura para garantir o bem-estar e a produtividade da futura população. Essa realocação de recursos, para os jovens que consomem, mas não produzem, pode não ser conducente a melhorias imediatas nas taxas de crescimento econômico (Coale e Hoover, 1958). Mas, depois que as taxas de fecundidade declinam a um ritmo constante ao longo de 20 ou 30 anos, aumenta o número de adultos capacitados para gerar renda em relação ao número de pessoas que dependem deles para seu sustento, criando-se, assim, condições mais favoráveis para o crescimento econômico e para o desenvolvimento sustentável.

Um dos impulsionadores essenciais da melhoria do crescimento econômico, durante a transição demográfica, é o aumento do nível de poupança e o investimento na economia. Os adultos com menos filhos podem realocar mais recursos para a poupança, com vistas à aposentadoria. Isto aumenta o valor do capital disponível para investimento.

A melhoria na saúde geral e a redução do ônus da doença também aumentam a atratividade das oportunidades de investimento. Os declínios dos índices de dependência no Leste da Ásia desde a década de 1960, por exemplo, aumentaram substancialmente os índices de poupança, criaram

RAZÃO ENTRE IDADE ATIVA E POPULAÇÃO DEPENDENTE



Fonte: Perspectivas da população mundial. Nações Unidas, 2010. Variante média da fecundidade.

novas oportunidades de investimento e auxiliaram os países da Ásia a reduzir sua dependência do capital estrangeiro (Higgins e Williamson 1996; Higgins e Williamson, 1997). O aumento dos índices de poupança também contribuiu para a implantação de sistemas de pensão e de bem-estar social: as populações de adultos em idade ativa, sempre em crescimento, puderam financiar os benefícios de um grupo relativamente pequeno de cidadãos idosos (Reher, 2011).

Melhorias na saúde, maiores investimentos no ensino, maiores índices de poupança e mais investimentos, em última palavra, se traduzem em crescimento econômico. O rápido crescimento das economias do Leste da Ásia, desde 1975, mostra estar relacionado ao seu bônus demográfico. Pesquisa apontou que as mudanças na estrutura etária respondem por mais de um terço das economias dos “tigres” asiáticos (Bloom, Canning e Malaney, 2000; Williamson, 2001).

A pesquisa, também, demonstra que a saúde inicial de uma população é um dos mais robustos e potentes motores do crescimento econômico. Outra pesquisa apontou que um ano a mais de expectativa de vida aumenta o PIB *per capita* em cerca de 4% (Bloom, Canning e Silva, 2001; Bloom, Canning e Silva, 2003).

Conclusão

O maior acesso ao planejamento familiar pode aumentar o bem-estar de mulheres, homens, crianças, seus lares e comunidades, por aumentar a expectativa de vida, diminuir a morbidade e melhorar a saúde em termos mais amplos. Ele aumenta as oportunidades de investimento no ensino e em outras formas de capital humano e de participação nos mercados de trabalho, aumentando a produtividade e a renda, a poupança, o investimento e a acumulação de riqueza.

Os declínios na mortalidade, seguidos por declínios na fecundidade, levam a mudanças na



estrutura etária da população e também produzem um “bônus demográfico” agregado em termos de país. Isto leva a melhorias no crescimento e no desenvolvimento econômico.

Deste trabalho podem-se extrair três principais conclusões. Em primeiro lugar, a melhoria na saúde reprodutiva não apenas assegura direitos e produz melhorias nas vidas de mulheres e crianças, como também reduz a pobreza e promove o crescimento. Em segundo lugar, programas integrados voltados para a melhoria da saúde reprodutiva - saúde materna, infantil, nutrição e programas de planejamento familiar - podem resultar em mudanças demográficas, como também em mudanças econômicas. Em terceiro lugar, esses programas não devem ser vistos como substitutivos para qualquer outro tipo de política voltada para aumentar o crescimento ou o desenvolvimento sustentável de uma sociedade. Ao invés disso, o planejamento familiar deve ser visto como um componente de estratégias mais amplas de investimento no capital humano, particularmente nas mulheres.

▲ Serviços abertos aos jovens, no Egito.
© UNFPA/Matthew Cassel.



Custos e economias resultantes do direito ao planejamento familiar

Apoiar os direitos humanos e colher os benefícios do planejamento familiar para o bem-estar econômico e social de indivíduos, lares, comunidades e nações, expandindo o acesso ao planejamento familiar, é essencial. Mas quanto isto custará? Tratar o planejamento familiar como um direito tem implicações importantes para a política de desenvolvimento e para o marco jurídico para o desenvolvimento sustentável que, em 2015, sucederá os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A dimensão normativa dos direitos humanos

gera uma mudança radical, ao deslocar as estratégias de planejamento familiar do reino do comprometimento político e do pragmatismo econômico para o âmbito das obrigações e da vigilância no tratamento dos complexos conflitos políticos de escolha.

O lado do pragmatismo econômico, porém, requer um olhar sobre as implicações econômicas e financeiras das obrigações de igualdade e não discriminação nas políticas fiscais e orçamentárias: por exemplo, o impacto dos preços e impostos sobre a acessibilidade dos serviços de contracepção. Requer, também, o enfoque sobre a obrigação do cumprimento progressivo, ao longo do tempo, em relação às alocações orçamentárias entre os vários setores como parte do orçamento nacional.

As estimativas de custo, de modo geral, não levam em consideração esta perspectiva de direitos, embora certamente não estejam em conflito com ela. Sua tendência tem sido a de focar, nas

características demográficas das populações, sua estrutura etária, e como estas variáveis, somadas às necessidades não atendidas, geram inúmeros clientes potenciais para o planejamento familiar.

Necessidade crescente

A necessidade de planejamento familiar aumentará na mesma medida em que, no futuro próximo, aumentará o número de pessoas que entrarão na fase reprodutiva, especialmente nos países mais pobres. Nos países em desenvolvimento, cerca de 15% das mulheres em idade reprodutiva pretendem retardar sua próxima gravidez ou deixar de engravidar, mas não estão utilizando métodos contraceptivos modernos atualmente (Singh e Darroch, 2012). Seu direito ao planejamento familiar, portanto, está em risco.

A “necessidade não atendida,” segundo a definição amplamente aceita, não é tão elevada nos países mais ricos. Por outro lado, o termo “indesejado”

◀ *Mwanasha e mais cerca de 200 mulheres se reúnem à sombra de um baobá. Elas vieram em busca de contraceptivos, os quais, para muitas delas, podem salvar suas vidas e transformar o futuro de suas famílias. No Malaui, uma em cada 36 mulheres morre no parto, comparando-se com uma em cada 4.600 no Reino Unido.*

© Lindsay Mgbor/
Departamento para
o Desenvolvimento
Internacional do Reino
Unido.

GRAVIDEZES INDESEJADAS E RESULTADOS, 2008

	Número total de gravidezes (em milhões)	Percentual de gravidezes indesejadas	Distribuição percentual de resultados de gravidezes indesejadas (como porcentagem do total de gravidezes)		
			Nascimentos	Abortos	Abortos espontâneos
Mundo	208.2	41	16	20	5
Regiões mais desenvolvidas	22.8	47	15	25	6
Regiões menos desenvolvidas	185.4	40	16	19	5
África	49.1	39	21	13	5
Leste da África	17.4	46	25	14	6
África Central	6.9	36	22	8	5
Norte da África	7.4	38	15	18	5
Sul da África	2.0	59	34	20	8
Oeste da África	15.5	30	16	10	4
Ásia	118.8	38	12	21	5
Leste da Ásia	31.7	33	4	25	3
Centro-Sul da Ásia	60.4	38	15	18	5
Sudeste da Ásia	19.2	48	14	28	6
Oeste da Ásia	7.5	44	24	15	6
Europa	13.2	44	11	28	5
Leste da Europa	6.4	48	5	38	5
Norte da Europa	1.8	41	17	18	5
Oeste da Europa	2.4	42	17	20	5
Sul da Europa	2.7	39	18	16	5
América Latina e Caribe	17.1	58	28	22	8
Caribe	1.2	63	31	23	9
América Central	4.6	43	20	17	6
América do Sul	11.3	64	31	24	9
América do Norte	7.2	48	23	18	7
Oceania	0.9	37	16	16	5

Fonte: Singh, S. et al., 2010: 244.

aplica-se a uma significativa proporção dos nascimentos, tanto em países ricos quanto pobres. A taxa mais baixa de gravidezes indesejadas é de 30% na Europa Ocidental; a mais elevada é de 64%, na América do Sul (Singh, Sedgh e Hussain, 2010). Nos Estados Unidos, estimam-se em 49% as gravidezes indesejadas, número que permaneceu inalterado entre 1994 e 2001 (Finer e Henshaw, 2006).

Nos Estados Unidos, as gravidezes indesejadas ocorrem com mais frequência entre jovens de 18 a 24 anos solteiras, pobres, negras ou hispânicas. Em 2001, 48% das concepções indesejadas se deram durante um mês em que foram usados contraceptivos (Finer e Henshaw, 2006). A razão desse fato é que algumas mulheres têm mais probabilidade de fazer sexo sem proteção, mesmo quando utilizam contracepção em outras ocasiões. Além disso, podem estar fazendo uso de métodos menos eficazes. Finalmente, aquelas que vivem em uniões informais têm mais probabilidade de ter gravidezes indesejadas, em parte porque podem ter sentimentos ambivalentes sobre o uso da contracepção – que pode ser uma preferência de seus parceiros, mas não delas próprias. As pessoas de mais baixo *status* socioeconômico têm mais probabilidade de passar pela experiência de falha do contraceptivo, em parte porque têm mais probabilidade de fazer uso de métodos menos eficazes.

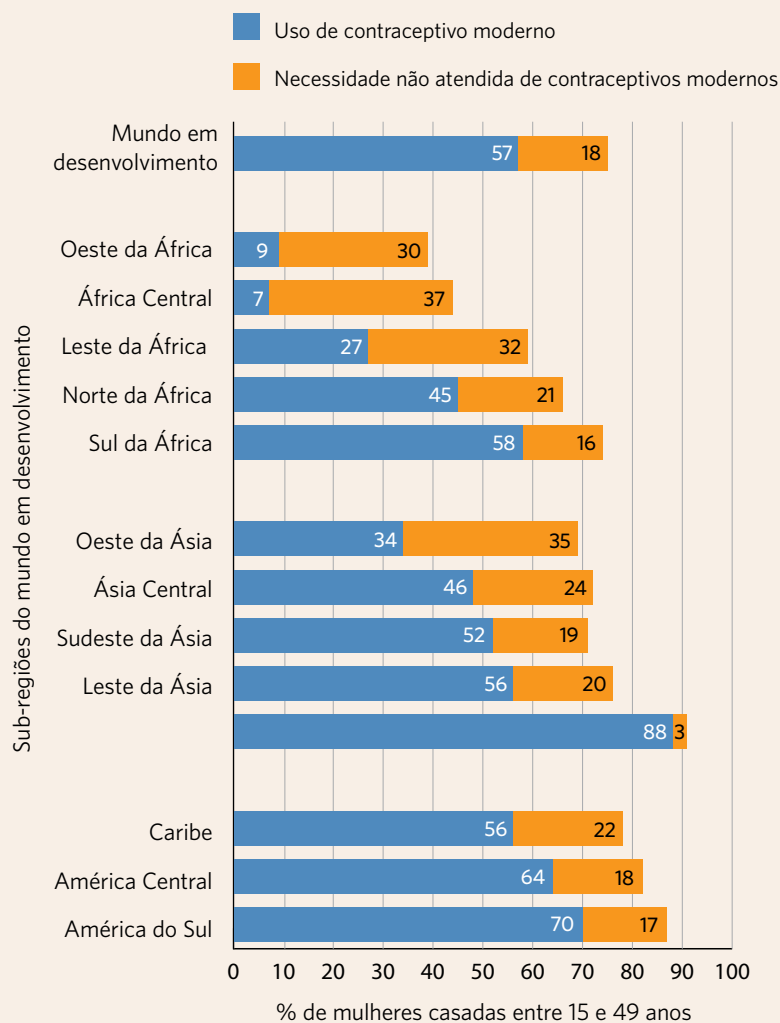
Mudanças nos níveis atuais de uso e necessidades não atendidas de contraceptivos

Conforme se descreveu nos Capítulos 2 e 3, há uma forte e crescente necessidade de serviços de saúde sexual e reprodutiva que incluem os serviços de planejamento familiar para pessoas não casadas, uma vez que aumentou a média de idade no primeiro casamento, na mesma medida em que aumentou a atividade sexual nesse grupo populacional. As mulheres não casadas e

sexualmente ativas têm maior risco de gravidez indesejada que as casadas. As que vivem em uniões informais utilizam contraceptivos em taxas iguais às das casadas, mas tendem a ter mais altos níveis de atividade sexual, sendo mais jovens; além disso, podem ser mais fecundas.

O uso de contraceptivos entre mulheres casadas na faixa etária entre 15 e 49 anos, nos

GRANDES VARIAÇÕES NO NÍVEL DE NECESSIDADES NÃO ATENDIDAS E USO DE MÉTODOS MODERNOS DE CONTRACEPÇÃO ENTRE MULHERES CASADAS, ENTRE SUB-REGIÕES DO MUNDO EM DESENVOLVIMENTO EM 2012



Fonte: Singh e Darroch, 2012.



▲ Painel dos Compromissos de Doadores na Cúpula de Planejamento Familiar de Londres.
© Russell Watkins/
Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido.

países em desenvolvimento e desenvolvidos, aumentou de quase zero, na década de 1960, para aproximadamente 47% em 1990, e para 55% em 2000, tendo se nivelado desde então (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, 2004 e 2011). No Leste da África, a taxa aumentou de 20%, em 2008, para 27% atualmente. No Sudeste da Ásia, aumentou de 50% para 56% no mesmo período. Entre 2008 e 2012, um aumento médio anual de 1,7% no número de usuárias de métodos modernos se traduziu em 42 milhões a mais de mulheres casadas que empregam planejamento familiar.

Singh e Darroch (2012), com suas novas medidas de necessidades não atendidas, recalculadas para incluir estimativas de mulheres sexualmente ativas que nunca se casaram, estimam que, de 1,52 bilhão de mulheres em idade reprodutiva nos países em desenvolvimento, 867 milhões têm necessidade de planejamento familiar em 2012.

A necessidade de cerca de três em cada quatro dessas mulheres está sendo atendida. A necessidade de uma em cada quatro delas, porém, não está.

O financiamento não consegue acompanhar a necessidade

O apoio de doadores e dos governos para a saúde sexual e reprodutiva, especialmente o planejamento familiar, vem encolhendo em um momento crítico - quando quase dois bilhões de jovens estão entrando em sua fase reprodutiva. Enquanto isso, muitos países em desenvolvimento não priorizaram a saúde sexual e reprodutiva em seus respectivos setores de saúde (Conselho de População, 2007; Birungi *et al.*, 2006). Ao mesmo tempo, a saúde sexual e reprodutiva perdeu terreno na “competição” com questões de saúde como doenças infecciosas, porque o setor não logrou convencer os intermediários do poder - tais como formuladores de políticas e doadores - a aumentar os financiamentos.

O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, CIPD, conclamou os doadores internacionais a cobrir um terço dos custos da saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, e os próprios países em desenvolvimento a contribuir com um terço do total.

Mas faltaram recursos aos países em desenvolvimento e aos países doadores para alcançar esse objetivo. Por exemplo, para atender à necessidade de planejamento familiar das usuárias de contracepção moderna em 2010, esperava-se que os doadores contribuíssem com cerca de US\$1,32 bilhão, mas, de fato, contribuíram com apenas US\$822 milhões - cerca de um terço abaixo da meta.

A defasagem pode ser atribuída a cortes orçamentários em alguns países doadores, mas também a mudanças na forma pela qual cada país decide alocar recursos. Os Estados Unidos, por exemplo, um contribuinte de maior peso para o planeja-

mento familiar internacional, classificaram um crescente número de países, segundo uma lista de “graduação”. Considera-se que os países “graduam-se”, quando não mais necessitam do mesmo nível de suporte de que desfrutavam anteriormente. Países listados para graduação são os que apresentam taxa de fecundidade total de 3,0 ou menos, e taxa de prevalência contraceptiva de 55% ou mais (Bertrand, 2011). Os países da América Latina foram especialmente afetados por esse processo, visto que alguns Ministérios da Saúde da região não puderam preencher a lacuna deixada quando o financiamento dos Estados Unidos acabou ou foi gradualmente se encerrando.

Estender o acesso para responder às necessidades não atendidas

Fornecer contraceptivos aos atuais 645 milhões de usuários no mundo em desenvolvimento custa US\$4 bilhões por ano. Melhorar a qualidade desses serviços custaria US\$1,1 bilhão a mais por ano, segundo recente estimativa do *Guttmacher Institute*. Fornecer métodos modernos de contracepção, com melhoria dos serviços, para as 222 milhões de mulheres com necessidades não atendidas custaria US\$3 bilhões a mais, anualmente. Portanto, o custo de atender integralmente à necessidade de todas as mulheres dos países em desenvolvimento para melhorar a qualidade dos serviços, em conjunto, totalizaria US\$8,1 bilhões ao ano. Atender a toda a necessidade de contracepção moderna e melhorar a qualidade dos serviços elevaria o custo médio anual por usuária, no mundo em desenvolvimento, de US\$6,15 para US\$9,31 (Singh e Darroch, 2012).

O custo da resposta às necessidades não atendidas é maior na África Subsaariana e nos países mais pobres de outras regiões, onde a capacidade de oferta de serviços é mais deficiente. O compromisso de atender a essas necessidades exigiria, portanto, uma mudança na alocação dos recursos

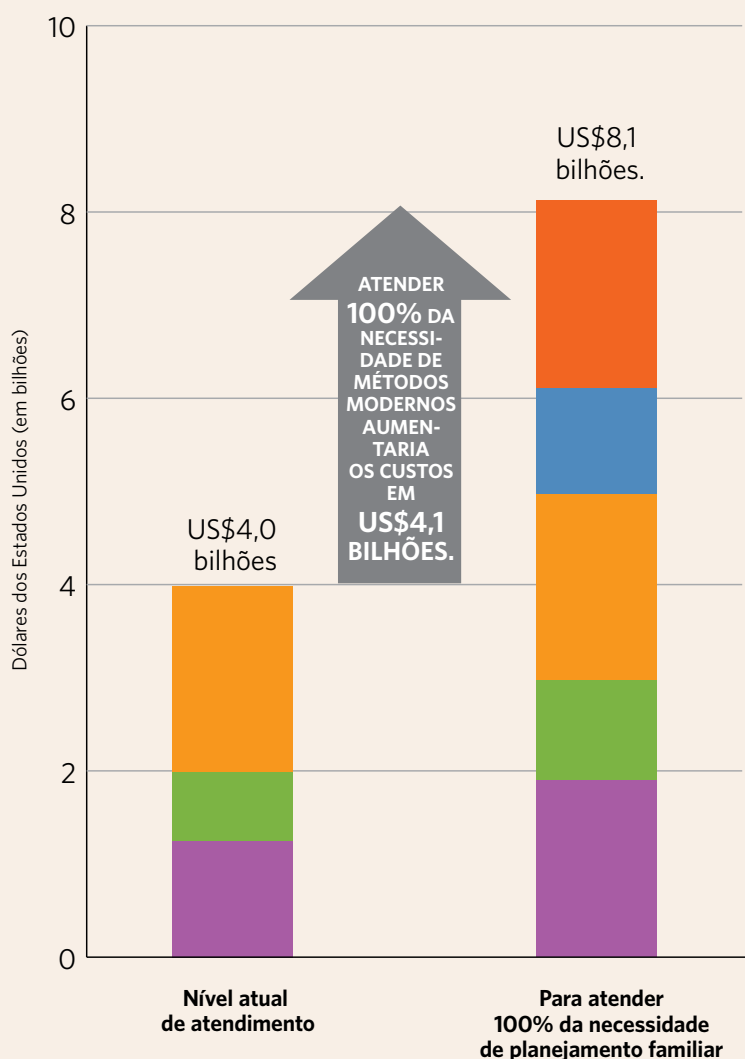
O FORNECIMENTO DE CONTRACEPTIVOS MODERNOS A TODAS E TODOS QUE DELES NECESSITAM EM 2012 SIGNIFICARIA AUMENTAR OS CUSTOS ATUAIS EM US\$4,1 BILHÕES

Custos diretos

- Insumos e suprimentos contraceptivos
- Salários dos trabalhadores da área da saúde

Custos de programas e sistemas

- Nível de custo atual de P&S
- Custo adicional de P&S para os usuários atuais
- P&S para atender mulheres com necessidades não atendidas



Fonte: Singh e Darroch, 2012.

dos doadores. Os 69 países mais pobres recebem atualmente cerca de 36% dos recursos doados para planejamento familiar. Essa parcela necessitaria aumentar para cerca de 51%.

lham no sistema de saúde reduziram seu furto e aumentaram drasticamente a responsabilização, com efeitos diretos no acesso das pessoas a métodos de planejamento familiar. ■

ESTUDO DE CASO

A responsabilização em Serra Leoa

A corrupção é extremamente custosa para qualquer sistema de saúde. Antes e depois da guerra civil de Serra Leoa, mais de 50% dos medicamentos e insumos médicos destinados a unidades de saúde pública eram desviados (UNFPA, 2011a).

Na cadeia de fornecimento, enfrentava-se ausência de transparência, os registros eram incompletos, a gestão dos medicamentos era ineficaz e estes eram furtados do sistema de saúde pública para serem revendidos a farmácias particulares.

O UNFPA dá apoio à *Health for All* (Saúde para Todos, em tradução livre), sociedade civil que trabalha para o estabelecimento de um sistema de monitoramento e avaliação forte e independente. Os monitores de medicamento que agora traba-

A economia resultante da resposta às necessidades não atendidas

Se fossem investidos US\$4,1 bilhões a mais em serviços de contracepção moderna nos países em desenvolvimento, o mundo economizaria, aproximadamente, US\$5,7 bilhões em serviços de saúde materna e neonatal em consequência da prevenção de gravidezes indesejadas e abortos inseguros (Singh e Darroch, 2012). O planejamento familiar é uma intervenção que economiza custos em termos de indivíduos, de domicílios e de nações (Cleland *et al.*, 2011; Greene e Merrick, 2005). Pesquisa recente estima que o aumento do uso de contraceptivos, nas últimas duas décadas, reduziu em 40% a mortalidade materna por reduzir as gravidezes indesejadas (Cleland *et al.*, 2012). Outros 30% de mortes maternas poderiam ser evitadas com o cumprimento das necessidades não atendi-

Serviços de planejamento familiar oferecem um leque de opções, na Guiné.

© UNFPA/Mariama Sire Kaba.



das de planejamento familiar.

O papel do “sexo inseguro” - um leque de condições relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, dentre as quais se inclui o HIV - no ônus global de doenças é enorme (Ezzati *et al.*, 2002). A má saúde sexual e reprodutiva é a quinta causa de morte no mundo, e o segundo fator que mais contribui para o ônus global de doenças, conforme mensuração pelos anos de vida ajustados por incapacidade (DALY, na sigla em inglês); a proporção de anos de vida ajustados por incapacidade e perdidos em razão do sexo inseguro é muito maior para as mulheres que para os homens.

O compromisso para com o direito ao planejamento familiar: implicações de custo

O custeio do planejamento familiar é desafiador, porque as formas de oferta dos serviços são variadas, e esses serviços de “planejamento familiar” quase sempre oferecem mais que esse planejamento específico (Janowitz e Bratt, 1994). Além disso, os custos associados a uma gravidez indesejada ou os benefícios de se evitá-la se estendem para além do indivíduo e abrangem o impacto sobre famílias, comunidades e nações.

Some-se a isso o fato de que alguns custos do planejamento familiar são arcados pelos serviços de saúde; outros, pelos indivíduos. Em algumas situações, grupos específicos são mais ou menos prejudicados por terem de arcar com esses custos. De forma geral, os custos do fornecimento de *informações* não estão incluídos na maior parte das estimativas que se centram mais na oferta de insumos e serviços.

Os que projetaram programas de planejamento familiar para os grupos iniciais, “de fácil acesso”, podem pensar que os custos para alcançar os próximos grupos são muito maiores (Janowitz e Bratt, 1994). Com efeito, pode ser necessário alcançar pessoas que estão socialmente isoladas ou se encontram em áreas geograficamente mais

remotas. Pode ser necessário que os serviços sejam estendidos ou melhorados para atender aos direitos de grupos marginalizados.

O compromisso de dar cumprimento ao direito ao planejamento familiar requer um completo entendimento de todos os custos envolvidos para se alcançar cada indivíduo. São necessárias doações de serviços para se ampliar o acesso de grupos vulneráveis? Como um Estado cumpre sua obrigação de priorizar os grupos e indivíduos de mais difícil alcance, mesmo quando isto não faz total sentido econômico? Há componentes programáticos, além dos clínicos, que deverão ser incluídos para que todas as barreiras sejam transpostas?

O Programa de Ação da CIPD reconheceu a existência de restrições sociais e culturais à saúde e estabeleceu uma análise racional para abordar algumas delas como parte dos programas de planejamento familiar. Ainda que esses tipos de programas que vão “além do planejamento familiar”

O compromisso de dar cumprimento ao direito ao planejamento familiar requer um completo entendimento de todos os custos envolvidos para se alcançar cada indivíduo.

possam ser removidos dos serviços, mesmo assim eles têm amplas consequências para a saúde e para o desenvolvimento (Singh e Darroch, 2012). Um exemplo disso seriam os esforços para trabalhar com homens e homens jovens para estimular normas e relações de gênero mais equitativas, inclusive para que eles apoiem o uso do planejamento familiar para eles mesmos ou para suas parceiras.

Atividades que apoiam o planejamento familiar também são essenciais para os direitos

O custeio tem-se centrado com mais frequência nos serviços de saúde e na geração de insumos e serviços para responder às necessidades não atendidas. Quase sempre negligenciada é a necessidade de influen-



▲ O Dr. Babatunde Osotimehin, diretor executivo do UNFPA, discursa na Cúpula de Planejamento Familiar de Londres.

© Russel Watkins/
Departamento para
o Desenvolvimento
Internacional do Reino
Unido.

ciar as condições subjacentes que configuram as perspectivas das pessoas de terem filhos e que permitem a elas empregar o planejamento familiar.

A abordagem baseada em direitos humanos para o desenvolvimento sustentável pode guiar as políticas e programas na identificação e no tratamento da rede de fatores inter-relacionados que geram uma necessidade não atendida em um dado país ou contexto local. A aplicação da abordagem baseada em direitos humanos é um contínuo que vai da análise de uma situação até a formulação da política e, daí, ao custeio de um programa que possa auxiliar a assegurar que os orçamentos públicos sejam mais sensíveis a várias formas de discriminação e que deem apoio aos direitos humanos.

Recente análise de custos do *Guttmacher*

Institute aponta que “além do planejamento familiar, são necessárias intervenções que tratem dos fatores sociais que inibem o uso da contracepção... Tratar desses tipos de barreiras requer compromisso com intervenções de longo prazo, extensivas, tais como a oferta de educação sexual abrangente, bem como esforços voltados para o ensino público amplo e bem planejado” (Singh e Darroch, 2012).

As atividades de apoio ao direito ao planejamento familiar podem incluir:

- Alteração das normas para gerar mudanças de longo prazo na demanda; por exemplo, trabalho com homens e homens jovens para retardar o casamento e dar apoio às parceiras;
- Mobilizar as pessoas para exigir seus direitos e responsabilizar os prestadores de serviços pela qualidade dos mesmos;
- Sobrepujar os obstáculos ao acesso; por exemplo, auxiliando a desenvolver os sistemas de transporte comunitário.

Algumas atividades voltadas para o aumento da demanda do planejamento familiar – tais como estimular os homens a dar mais apoio às parceiras e aumentar a consciência quanto à saúde e aos benefícios econômicos de poder espaçar as gravidezes e decidir quando ter filhos – são por vezes incluídas nas estimativas de custo, porque estão diretamente relacionadas ao emprego do planejamento familiar.

Os esforços para mudar as normas de gênero, em última análise relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, podem ser custeados, mas o “crédito” que levariam pelo aumento do uso de contraceptivos é difícil de calcular. Isto dificulta avaliar seu custo em relação ao planejamento familiar, mesmo que eles possam, no final das contas, ter efeitos não apenas para este e outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva, mas também sobre outras áreas da saúde e do desenvolvimento. Um exemplo de mudança de norma com efeitos concretos sobre os resultados clínicos é o treinamento “*Stepping*

Stones”¹, desenvolvido da África Subsaariana e agora adaptado para uso em dezenas de países (Welbourn, 2003). O treinamento trabalha para alterar o equilíbrio de poder na medida em que é articulado com base nos relacionamentos entre homens e mulheres da comunidade e como isso tem impacto sobre a saúde. O *Stepping Stones* afetou as atitudes relacionadas a gênero, levando à redução da incidência do HIV e ao aumento do uso de preservativos, entre outros resultados, mesmo medidos um ano após a intervenção.

Até agora, houve pouco discurso sobre *direitos* nas discussões sobre o custo do fornecimento do planejamento familiar a todas e todos que o desejam. Porém, tem havido algumas instâncias em outros campos onde os custos de se assegurar os direitos humanos têm sido contabilizados como

custos globais. Recente estudo de custos associados ao tratamento do HIV, por exemplo, incluiu estimativas para atividades de suporte que poderiam garantir a eficácia do investimento no fornecimento de terapias antirretrovirais. Essas atividades incluíam ações de proteção aos direitos humanos dos pacientes que se submetiam ao tratamento (Jones *et al.*, 2011).

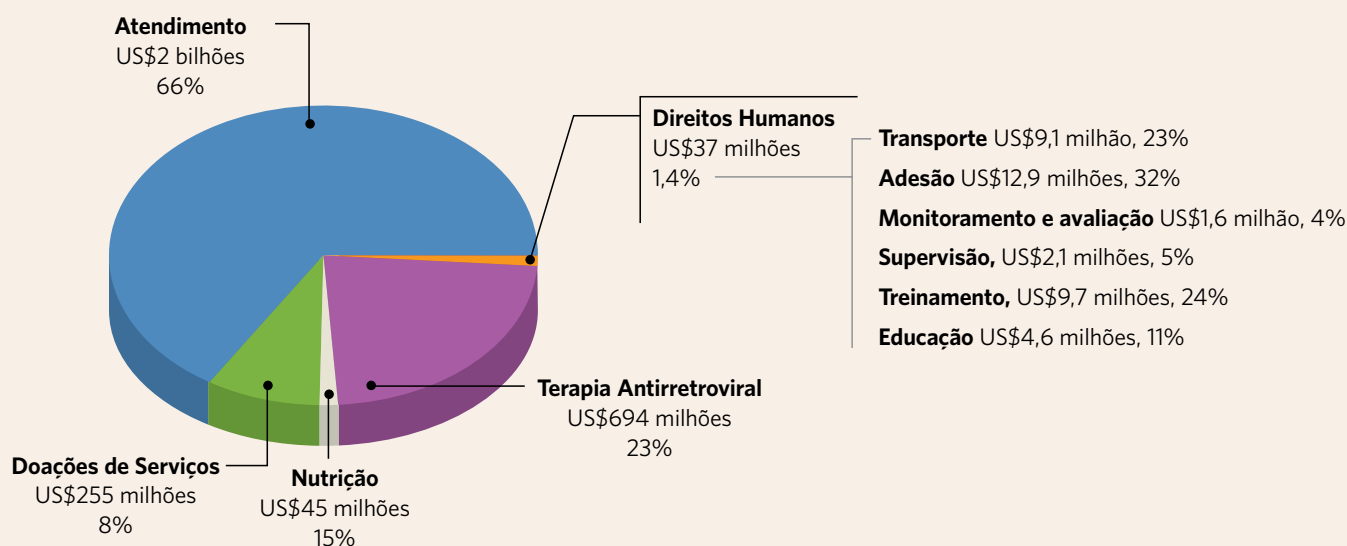
Pesquisa recente tenta calcular os custos do direito humano para a oferta de terapia antirretroviral como uma intervenção preventiva barata (Granich *et al.*, 2012).

Através da pesquisa descobriu-se que, sem envolver a comunidade e sem oferecer-lhe apoio, o programa não terá possibilidade de alcançar seus objetivos. Esse modelo apoia a importância de assegurar o “envolvimento da comunidade no

1 - “Stepping Stones” é um pacote de treinamento em gênero, HIV, comunicação e habilidades de relacionamento. Por vezes, é também descrito como um pacote de treinamento sobre habilidades para a vida, cobrindo vários aspectos, inclusive os motivos de vários comportamentos, como as questões de gênero, de geração e outras, bem como os caminhos para mudar esses comportamentos.

CUSTOS MÉDIOS ASSOCIADOS AO TRATAMENTO DO HIV POR CATEGORIA, COM SEGMENTAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS E COMPONENTE DE APOIO COMUNITÁRIO

(CUSTOS EM DÓLARES DOS ESTADOS UNIDOS)



Fonte: Granich *et al.*, 2012.

planejamento e na implementação do programa, de forma a não haver coação para que o indivíduo se submeta ao exame do HIV ou às terapias antirretrovirais, e que aqueles que tenham questões ou preocupações recebam apoio adequado. Contrariamente ao que acontece em muitas outras pesquisas similares, incluímos o custo de assegurar vários componentes de um forte marco de direitos humanos” (Granich, 2012).

O custo total da inclusão desses componentes de direitos humanos no programa em geral é de 1,4%, um pequeno investimento para o sucesso de longo prazo da iniciativa e sua contribuição para o alcance dos direitos.

Conclusão

Estimativas recentes de necessidades não atendidas indicam os significativos níveis necessários de investimento para apoiar o direito das pessoas de todo o mundo ao planejamento familiar. As altas taxas de necessidades não atendidas de planejamento familiar, nos próximos anos, serão ampliadas pela grande geração de jovens que entrará em sua fase reprodutiva. O planejamento familiar tem demonstrado ser uma das intervenções de saúde pública de melhor custo-benefício jamais desenvolvidas. Portanto, qualquer decisão relativa a como investir em planejamento familiar deve contrapor seu custo ao leque de benefícios que ele traz a indivíduos, lares e nações.



Tornar universal o direito ao planejamento familiar

Quase 20 anos se passaram desde que os 179 governos representados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a CIPD, transformaram a maneira como o mundo aborda a saúde sexual e reprodutiva, inclusive o planejamento familiar. Embora algum progresso tenha sido alcançado, há ainda muito trabalho a ser feito para se concretizar a visão orientada para os direitos da CIPD.

O Programa de Ação da CIPD definiu saúde sexual e reprodutiva e inseriu o planejamento familiar em um conjunto mais amplo de direitos inter-relacionados. Ele apontou para além dos programas, focando nas circunstâncias sociais e econômicas que definem as decisões das pessoas sobre suas vidas sexuais e reprodutivas e determinam sua capacidade de agir com base nessas decisões. Enfatizou os papéis e necessidades dos adolescentes, de homens e de outros grupos, anteriormente não abordados. E destacou a necessidade de serviços que respeitem os direitos pessoais e correspondam às preferências individuais, quando da oferta do planejamento familiar.

Para os responsáveis pela elaboração de políticas, organizações internacionais, governos e sociedade civil, esta nova abordagem baseada em direitos foi considerada revolucionária, em parte porque transformou a oferta de serviços e insumos de saúde reprodutiva para todos em obrigação para os governos. Mas as pessoas comuns, as mulheres, os

homens, os jovens de ambos os sexos que a CIPD pretendia ajudar, sentiram de fato essa mudança como revolucionária?

Nos lugares onde o direito ao planejamento familiar teve apoio, e o acesso a ele aumentou, as pessoas se beneficiaram - através da melhoria na saúde, elevação de renda, redução da pobreza e maior igualdade de gênero. Mas a CIPD ainda não mudou a realidade diária de centenas de milhões de pessoas que desejam retardar ou evitar a gravidez, mas não podem fazê-lo - ou porque ainda não dispõem de acesso confiável à contracepção, de informação e de serviços de qualidade ou porque enfrentam insuperáveis obstáculos sociais, econômicos e de logística.

Esses indivíduos perderam as melhorias em saúde, empoderamento e gozo de uma série de outros direitos que o planejamento familiar pode facilitar ou catalisar. Os desafios são mais extremados nos países em desenvolvimento, mas existem também nos desenvolvidos, onde muitas mulheres e homens não

◀ No Brasil, casal com seu bebê.
© Panos/Adam Hinton.

Quando pode exercer o direito ao planejamento familiar, a pessoa pode decidir sobre o momento e o espaçamento entre gravidezes e pode também exercer - e beneficiar-se de - vários outros direitos.

podem ter acesso ao planejamento familiar e estão mal-atendidos ou insatisfeitos com os métodos que empregam.

A visão da CIPD ainda está para ser integralmente traduzida em uma abordagem baseada em direitos nas políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva, com qualidade e acesso para todas e todos.

Em consequência, muitíssimos indivíduos não têm ainda o poder de decidir sobre o tamanho de suas famílias e não podem optar sobre o momento de gerar filhos.

Os governos que endossaram o Programa de Ação da CIPD se comprometeram a garantir que as pessoas tenham a informação, a educação e os meios para livre e responsavelmente decidir se querem filhos e quando ter filhos e concordaram que o planejamento familiar é um direito.

Esse direito está também explicitamente declarado na Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.

Além disso, o planejamento familiar está incluído no Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5, especialmente no Objetivo 5-B, voltado para o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015. Mas o progresso para o alcance desse objetivo tem sido menor que o de outros Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Assim, o que acontecerá depois de 2015, depois

de encerrado o prazo para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio?

Os valores e princípios afirmados na Declaração do Milênio fornecem uma base sólida para a abordagem dos desafios do desenvolvimento global. A agenda do desenvolvimento sustentável pós-2015 será igualmente baseada nos princípios fundamentais dos direitos humanos, na igualdade e na sustentabilidade. No contexto desses princípios, os objetivos do desenvolvimento devem ser perseguidos em linha com quatro dimensões interdependentes: desenvolvimento social inclusivo, sustentabilidade ambiental, desenvolvimento econômico inclusivo e paz e segurança.

A visão para a agenda do desenvolvimento sustentável pós-2015 é holística e global e se apoia em princípios, valores e padrões fundamentais que derivam de marcos jurídicos pactuados internacionalmente. Esses princípios contribuirão para a coerência política, em âmbito global, regional, nacional e subnacional, e garantirão que as atividades de desenvolvimento se reforcem reciprocamente.

O planejamento familiar é uma dessas atividades. Quando pode exercer o direito ao planejamento

familiar, a pessoa pode decidir sobre o momento e o espaçamento entre gravidezes e pode também exercer - e beneficiar-se de - vários outros direitos, como o direito ao ensino, à saúde e ao desenvolvimento.

O poder determinar se quer filhos, quando ter filhos e quantos filhos ter reflete a concretização da igualdade de direitos e de oportunidades. O planejamento familiar é, portanto, uma questão de equidade e de justiça social.

São traçadas aqui quatro amplas recomendações para o reconhecimento do planejamento familiar

Planejar a família é um direito humano fundamental, é algo que mulheres e homens de todas as idades, de todos os lugares do mundo anseiam por alcançar. Em 2012, a concretização desse direito para todas e todos parece estar cada vez mais ao nosso alcance.

como questão central de direitos e desenvolvimento sustentável, além de estratégias específicas para o alcance dessas recomendações. Elas apontam para a necessidade de 1) *assumir ou reforçar a abordagem baseada em direitos*; 2) *garantir a ênfase no planejamento familiar no marco jurídico para o desenvolvimento sustentável pós-2015*; 3) *garantir a igualdade através do enfoque em grupos excluídos específicos*; 4) *levantar fundos para investi-los integralmente no planejamento familiar*.

1 Expandir o alcance do planejamento familiar e melhorar os serviços mediante a adoção de uma abordagem baseada em direitos humanos para a saúde.

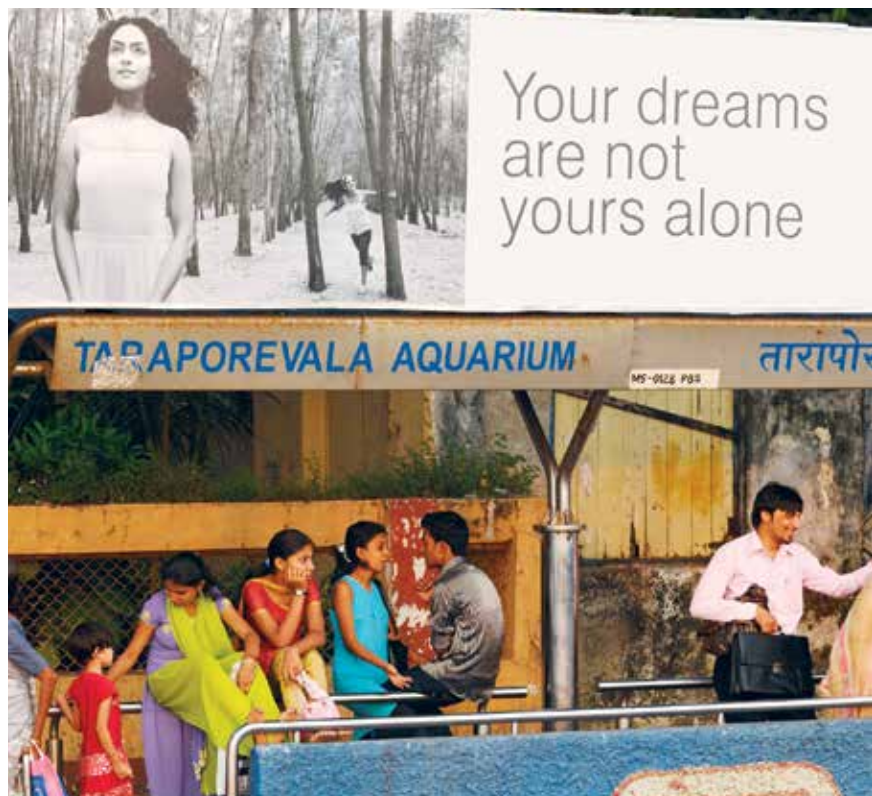
O planejamento familiar deve estar fundado em programas abrangentes de saúde sexual e reprodutiva. A abordagem baseada em direitos humanos para o planejamento familiar implica em muito mais que apenas proteger o direito de acesso a serviços desse tipo. A íntima relação entre o direito de escolher se quer filhos, quando e quantos filhos ter e demais aspectos da vida sexual e reprodutiva da pessoa requer uma ampla abordagem de serviços.

Os governos devem monitorar e eliminar qualquer uso de incentivos, metas ou estruturas de taxas que incentivem os profissionais da área da saúde a defender a adoção de métodos específicos ou estimular o uso da contracepção. O próprio fornecimento dos serviços deve atender a padrões de direitos humanos, e as barreiras ao uso devem ser reconhecidas como violações a eles. Pessoas sem recursos e com pouca escolaridade são mais vulneráveis a mal-entendidos e a informações incorretas sobre como atuam os contraceptivos, e suas escolhas podem ser direcionadas.

Ir “além do planejamento familiar” para abordar os obstáculos sociais e econômicos à saúde sexual e reprodutiva. Quase sempre as mulheres e, às vezes, os homens precisam superar normas arraigadas de gênero para exercer seu direito ao planejamento familiar. A garantia de acesso das mulheres ao planejamento familiar deve ser apoiada por atividades que abordem de forma direta as circunstâncias sociais que as circundam e ressaltem seu poder de tomada de decisão, sua mobilidade, autonomia e seu acesso aos recursos. Os programas devem abordar essas restrições diretamente, como parte de seus esforços para garantir o direito ao planejamento familiar.

Reconhecer que os homens adultos e jovens são essenciais para a concretização do direito da mulher ao planejamento familiar e para a concretização de seus próprios direitos. Como direito humano, o planejamento familiar é relevante para cada pessoa e para todos os pais e mães

▼ Parada de ônibus em Mumbai, Índia.
© Panos/Mark Henley.



em potencial. Ele é especialmente importante para a mulher, para sua saúde e bem-estar, sendo também de grande interesse e valor para o homem. O campo da saúde sexual e reprodutiva representa uma oportunidade para estimular o pleno envolvimento do homem no planejamento familiar. Homens adultos e jovens podem auxiliar a garantir o direito da mulher ao planejamento familiar, apoiando-a em sua qualidade de parceiros, fazendo uso da contracepção, evitando a violência e promovendo a igualdade de gênero. Eles têm importante função a desempenhar na transformação dos papéis e normas de gênero, de forma a facilitar o alcance de seus direitos a todas e todos.

Os programas de planejamento familiar devem refletir a realidade de que o uso do contraceptivo se dá no contexto da relação sexual. O campo do planejamento familiar reconheceu de imediato as ligações entre saúde sexual e reprodutiva, direitos reprodutivos e sexualidade. É preciso que sejam realizadas pesquisas para examinar que papel desempenha o desejo de uma vida sexual gratificante no traçado da visão que homens e mulheres têm do planejamento familiar, suas preferências por métodos específicos e sua capacidade de negociar esse uso. Os programas de planejamento familiar poderiam reconhecer e apoiar mais sistematicamente o desejo desses homens e mulheres de manter relações sexuais saudáveis e gratificantes.

O planejamento familiar deve ser disponibilizado juntamente com serviços de aborto onde estes sejam legalizados. O planejamento familiar deveria estar disponível de imediato às mulheres que tiveram abortos recentes, para que estas possam evitar gravidezes não planejadas no futuro. Ainda assim, ele tem sido frequentemente separado dos serviços

de aborto onde estes são legalizados. O mundo está unido em suas preocupações sobre aborto realizado em condições inseguras, uma importante causa de morbidade e mortalidade maternas. O planejamento familiar faz uma contribuição fundamental para tratar desse importante problema de saúde pública por reduzir a gravidez indesejada.

Garantir o acesso à contracepção de emergência é parte essencial do cumprimento ao direito ao planejamento familiar. A comunidade internacional necessita enfatizar a importância do acesso à contracepção de emergência nos casos de violência sexual, bem como nos contextos de conflito armado e emergências humanitárias.

Os governos, organizações internacionais e sociedade civil devem rastrear os níveis de satisfação com a qualidade dos métodos e serviços contraceptivos disponíveis, o impacto nos resultados na saúde, a incidência de gravidez adolescente e os custos da gravidez indesejada. As organizações internacionais e não governamentais e os governos devem considerar a adoção de indicadores mais refinados de necessidades não atendidas, tais como a “proporção de demanda satisfeita” que mostra a parcela da demanda total de contraceptivos que está sendo atendida. Tomados em conjunto, o uso de contraceptivos e a necessidade não atendida apenas definem o nível total de demanda de planejamento familiar. Medir a “demanda satisfeita” é uma forma de saber se os desejos declarados da pessoa relativos à contracepção estão sendo atendidos, sendo uma medida mais sensível sobre a extensão pela qual indivíduos, comunidades e sistemas de saúde apoiam o direito das pessoas de empregar o planejamento familiar.

2 Garantir um lugar central para o planejamento familiar no marco jurídico para o desenvolvimento sustentável pós-2015, no qual sejam reconhecidas suas contribuições para o desenvolvimento e para romper o ciclo de pobreza e desigualdade.

Tratar o planejamento familiar não como um tópico de “especialização” no setor da saúde, mas como um dos vários investimentos essenciais que contribuem para o desenvolvimento. O planejamento familiar é um investimento econômico comprovado e sólido que gera retornos para o indivíduo, para a família, para a comunidade e para a nação. A amplitude e a escala dos benefícios trazidos pelo apoio ao direito ao planejamento familiar sugerem que este pode ser incluído entre as intervenções mais eficazes e de melhor custo-benefício para a acumulação de capital humano e a diminuição da pobreza. Ao ratificar tratados de direitos humanos, os governos assumem certas obrigações de proteger uma ampla escala de direitos. O atendimento a essas obrigações será quase sempre facilitado pelo cumprimento do direito ao planejamento familiar.

O planejamento familiar desempenha papel central no alcance de uma ampla série de objetivos do desenvolvimento. Com seu enfoque especial nas disparidades e desigualdades, o marco jurídico para o desenvolvimento sustentável pós-2015 será igualmente composto de elementos que reciprocamente se reforçam. O planejamento familiar reforça, no mínimo, quatro prioridades que refletem a emergente orientação para os direitos humanos desse novo marco jurídico para o desenvolvimento pós-2015:

- **Redução da pobreza:** O planejamento familiar permite que as pessoas previnam gravidezes não planejadas, indesejadas e não saudáveis, ajudando a reduzir a pobreza por

criar condições que possibilitam às pessoas beneficiar-se de outros investimentos no setor social e investir mais em seus filhos.

- **Igualdade de gênero:** Como pode a mulher planejar sua vida se não pode decidir sobre quando e quantos filhos ter? Os esforços para o desenvolvimento devem colocar especialmente a mulher em posição de pôr em prática suas escolhas de vida. E a igualdade de gênero conclama os homens a desempenhar um papel central no planejamento de suas famílias e no apoio a mulheres e jovens.
- **Empoderamento das e dos jovens:** O planejamento familiar contribui para abrir oportunidades para as e os jovens e destaca o fato de estes poderem *planejar suas vidas*. A prevenção da gravidez indesejada protege adolescentes de ambos os sexos de terem suas oportunidades de vida roubadas. Aprender a planejar uma família é uma capacidade que será necessária durante décadas da vida

▼ A Dra. Awa Marie Coll-Seck, ministra da saúde do Senegal, discursa na Cúpula de Planejamento Familiar de Londres.

© Russell Watkins/
Departamento para
o Desenvolvimento
Internacional do Reino
Unido.



reprodutiva da pessoa. Planejar a família contribui para o planejamento de vários outros aspectos da vida: ensino, trabalho e formação da família, entre outros.

- **Saúde:** O planejamento familiar é fundamental para a saúde da mulher, porque retarda a gravidez precoce, permite o espaçamento das gravidezes e reduz as taxas elevadas de fecundidade.

Por reduzirem a mortalidade materna e aumentarem a expectativa de vida, esses programas aumentam o retorno à escola e, assim, aumentam os retornos do investimento no ensino, especialmente para as jovens. Os governos devem considerar o planejamento familiar da mesma forma como consideram e priorizam outros investimentos em capital humano no ensino, participação na força de trabalho e participação na política.

A melhoria do acesso ao planejamento familiar amplia a expectativa de vida tanto da mulher como da criança, aumenta os incentivos de investimento na escolaridade e em outras formas de capital humano, cria oportunidades de participação no mercado de trabalho, aumenta o retorno dessa participação e gera elevação de renda e de nível de acumulação de ativos. Estes se somam a significativos benefícios, particularmente se o declínio da fecundidade ocorre com rapidez suficiente para gerar o bônus demográfico. Além disso, quase todas as pesquisas sobre esse tópico confirmam que a magnitude do bônus demográfico depende não apenas do ritmo do declínio da mortalidade e da fecundidade, mas também do ambiente político, especialmente nas áreas da saúde sexual e reprodutiva e do planejamento familiar, ensino, flexibilidade do mercado de trabalho e abertura ao comércio e à poupança.

Os programas de planejamento familiar reforçam

os impactos positivos de outros programas que investem no capital humano. Por reduzirem a mortalidade materna e aumentarem a expectativa de vida, esses programas aumentam o retorno à escola e, assim, aumentam os retornos do investimento no ensino, especialmente para as jovens. Os governos devem considerar o planejamento familiar da mesma forma como consideram e priorizam outros investimentos em capital humano no ensino, participação na força de trabalho e participação na política.

A íntima relação entre declínio da fecundidade e melhoria nos direitos da mulher sugere que os governos e as instituições multilaterais não deveriam focalizar-se apenas em promover mudanças diretas nas leis referentes aos direitos da mulher, mas também investir no planejamento familiar e em outros programas de desenvolvimento de capital humano. Esta é mais uma forma de aprimorar a posição de barganha da mulher na sociedade.

Os programas de planejamento familiar, porém, não substituem outros tipos de investimentos em capital humano. De fato, esses programas e o declínio da fecundidade têm seu máximo impacto naquelas sociedades que vêm fazendo investimentos complementares no aumento da escolaridade feminina, expandindo as oportunidades no mercado de trabalho e vivendo mudanças econômicas que alteram fundamentalmente o custo-benefício envolvido no conflito de escolha da alta fecundidade. E quase sempre têm apresentado mais eficácia quando realizados em conjunto com outros tipos de contribuições para a saúde materna e infantil.

3 Garantir o direito ao planejamento familiar de grupos excluídos específicos.

Como parte essencial dos compromissos dos governos de sanar desigualdades na saúde, os programas devem abordar os fatores físicos, legais, sociais e culturais que dificultam para



tantos procurar serviços de saúde e superar as formas de discriminação que se entrecruzam, e que estes podem vir a enfrentar.

As mulheres sem recursos, que não têm acesso algum ao planejamento familiar, têm mais filhos do que pretendem. E, no entanto, as elites ricas e escolarizadas, onde quer que seja, tendem a ter acesso ao planejamento familiar, com ou sem o apoio de políticas ou programas. Em vários países, mesmo apesar de terem sido feitos esforços para superar as desigualdades sociais através de serviços voltados para os mais desfavorecidos, frequentemente os que mais se beneficiam deles são os que já desfrutam de melhores condições (Gwatkin e outros, 2007). Para melhorar o acesso a informações e a serviços contraceptivos para as classes mais baixas, os programas devem frequentemente tratar não apenas dos obstáculos financeiros, mas tam-

bém dos físicos (como distância até as unidades de saúde e o custo de oportunidade por tempo de trabalho perdido para a consulta aos profissionais da área de saúde) e dos fatores sociais e culturais (inclusive tratamento desrespeitoso ou crítico por aqueles mesmos profissionais de saúde, falta de autonomia para tomar decisões sobre serviços de saúde ou oposição familiar ou comunitária ao uso de contraceptivos).

Nos países onde for necessário, devem ser implantadas novas leis para garantir o acesso universal ao planejamento familiar; nos demais, devem ser dados passos para garantir-se a implementação equitativa da legislação, das políticas e dos programas já existentes. O apoio governamental para o planejamento familiar deve abranger ações para disponibilizar serviços a gru-

▲ Casal de Botsuana obtém informações sobre opções contraceptivas.

© Panos/Giacomo Pirozzi.

pos marginalizados, inclusive minorias indígenas e étnicas e os que vivem em comunidades urbanas e rurais difíceis de serem alcançadas (Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, 2009).

As políticas e programas de planejamento familiar devem corresponder às necessidades de pessoas não casadas de todas as idades, cujo número está aumentando em todo o mundo.

Jovens e adultos estão estabelecendo, mantendo e encerrando uniões informais de maneiras diversas das gerações anteriores, e a educação e serviços devem corresponder a essas mudanças. Os jovens têm necessidade de serviços entre sua primeira experiência sexual e o momento em que se casam. Expandir o acesso para atender às necessidades de

saúde sexual e reprodutiva dos jovens exigirá ações de convencimento e outras que mudem as posturas sobre as experiências sexuais e reprodutivas dos jovens. Devem ser oferecidos serviços e informações a adultos que se separam ou que estabelecem novas uniões consensuais em épocas mais tardias da vida. Quando as pessoas amadurecem, enfrentam diferentes pressões para atender às expectativas da comunidade e da família relacionadas a sexo, a casamento e à criação de filhos. À medida que evoluem seus papéis, sua necessidade de planejamento familiar frequentemente recua, sob o ponto de vista dos formuladores de políticas e programas.

Os programas de planejamento familiar devem ser expandidos de forma a serem disponíveis a mulheres jovens casadas e a seus maridos. As

adolescentes casadas enfrentam grandes dificuldades para acessar os serviços de planejamento familiar e, portanto, correm o risco de gravidez indesejada e seus efeitos negativos para a saúde (Ortayli e Malarcher, 2010; Godha, Hotchkiss e Gage, 2011). Quanto mais jovem é a menina ao casar, maiores são os desafios que enfrenta para controlar sua fecundidade, e mais sujeita estará a gravidezes próximas e repetidas (Rutstein 2008).

Atender adequadamente à necessidade de planejamento familiar das pessoas mais velhas requer enfrentar a difundida presunção de que essas pessoas não precisam exercer seu direito ao planejamento familiar. Os homens de mais de 49 anos são frequentemente negligenciados no desenho das políticas e programas de planejamento familiar, apesar de sua fecundidade declinar apenas gradualmente, ao longo de seu envelhecimento. Esta omissão compromete os direitos das pessoas mais velhas sexualmente ativas que pretendem proteger-se de resultados prejudiciais à saúde sexual e reprodutiva. Como afirmou a Comissão sobre População e Desenvolvimento

▼ O presidente da Nigéria, Goodluck Jonathan, anuncia plano para aumentar o acesso a insumos para salvar vidas, inclusive o planejamento familiar, em setembro. Jonathan é copresidente da Comissão de Insumos Vitais das Nações Unidas.

© Nações Unidas/J. Carrier.



em 2012, os serviços e informações devem ser oferecidos aos adultos separados ou que estabelecem novas uniões consensuais, em épocas mais tardias da vida.

Os Estados e a comunidade internacional devem fortalecer esforços para coletar dados sobre todos os grupos que possam enfrentar dificuldades para acessar o planejamento familiar. Tais grupos incluem adolescentes - inclusive de 10 a 14 anos - jovens, meninos e homens, adolescentes casados, pessoas não casadas, pessoas mais velhas, minorias étnicas, refugiados e migrantes, trabalhadoras do sexo, pessoas vivendo com HIV/Aids e mulheres e jovens em risco de violência sexual em zonas de conflito ou em áreas onde ocorreram desastres naturais ou crises humanitárias. Os dados devem ser rotineiramente desagregados por sexo, idade e etnia, analisados por quintis de riqueza e devem ser demonstradas as diferenças entre os que vivem nas áreas urbanas e rurais para lançar luz sobre como o acesso varia no seio de e entre as populações.

A mensuração e o monitoramento do acesso devem refletir as necessidades e as vivências de todas e todos. A combinação dos indicadores deve gerar maior percepção sobre as desigualdades de acesso por grupos populacionais. A análise das dimensões de igualdade social na área da saúde, por exemplo, ajudaria na centralização de esforços onde estes sejam necessários (Austveg, 2011). O enfoque nos direitos humanos para o planejamento familiar requer o custeio de uma programação do lado da demanda. Singh e Darroch (2012) recomendaram a coleta sistemática de dados dos prestadores de serviços e das unidades de atendimento, para se incluírem indicadores tais como número e treinamento da equipe, o conjunto de métodos oferecidos, a regularidade do fornecimento do leque de insumos contraceptivos e a qualidade do atendimento.

4 Aumentar o financiamento para o planejamento familiar e garantir que ele seja gasto com discernimento.

Os governos dos países em desenvolvimento e países doadores, organizações e fundações internacionais necessitam aumentar o financiamento para melhorar a qualidade e disponibilidade de contracepção, informação e serviços para todas e todos que os desejam, permitindo assim que possam exercer seu direito ao planejamento familiar. Os governos - tanto doadores quanto países em desenvolvimento - deveriam também cumprir os compromissos de financiamento que formalizaram na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, para implementar todos os aspectos do Programa de Ação.

São necessários cerca de US\$4 bilhões a cada ano para continuar a atender à necessidade de 645 milhões de mulheres que utilizam atualmente métodos modernos de planejamento familiar, nos países em desenvolvimento. Melhorar a qualidade dos serviços para essas mulheres acrescentaria outro US\$1,1 bilhão. Para atender à necessidade de mulheres que gostariam de retardar a gravidez ou deixar de ter filhos, mas que não estão empregando planejamento familiar atualmente, seriam necessários mais US\$3 bilhões por ano. Portanto, o atendimento integral das atuais necessidades não atendidas de planejamento familiar das mulheres dos países em desenvolvimento custaria US\$8,1 bilhões anuais. Os países desenvolvidos devem calcular seus próprios custos de cumprir esse direito, com todos os benefícios que ele traz a seus cidadãos e ao desenvolvimento nacional.

Ao defender o planejamento familiar, governos, organizações internacionais e a sociedade civil devem enfatizar as ligações entre essa área e outras iniciativas globais, tais como aquelas voltadas para a redução da mortalidade materna,

para dar fim ao casamento precoce, para o combate à violência de gênero e para a prevenção da gravidez adolescente. Inúmeras iniciativas específicas, dentre as quais a *Women Deliver* (enfocada na saúde e bem-estar de mulheres e jovens), a *Girls Not Brides* (enfocada no fim do casamento precoce) e a *MenEngage* (rede global de organizações comprometidas com a redução da desigualdade de gênero e com a melhoria do bem-estar de homens, mulheres e crianças), são aliadas naturais para a concretização do direito ao planejamento familiar.

Investimentos multissetoriais e coordenação são essenciais para o uso eficaz dos financiamentos.

Escolhas informadas sobre espaçamento, número e momento das gravidezes têm mais probabilidade de serem feitas quando os governos investem em um leque de políticas e programas nos quais se incluem esforços para a eliminação do casamento precoce, promoção da escolarização de meninas e mulheres jovens e criação de oportunidade de emprego para jovens de ambos os sexos (Greene, 2000 em Cohen e Burger, 2000). Em razão de uma abordagem abrangente para o desenvolvimento, saúde, ensino e direitos tender a gerar a

diminuição das taxas de fecundidade, os governos devem, também, adotar uma abordagem abrangente que inclua melhor coordenação e cooperação entre ministérios. Isto também requer trabalhar com múltiplos setores comunitários. Por exemplo, trabalhar conjuntamente com educadores e líderes religiosos para auxiliar a eliminar os preconceitos de gênero e de idade que fazem os homens questionarem o planejamento familiar, minam os direitos das mulheres e subestimam ou ignoram a sexualidade das e dos adolescentes.

Em cúpula realizada em Londres, em 11 de julho de 2012, países doadores e fundações, em conjunto, comprometeram aportar mais US\$2,6 bilhões até 2020 para disponibilizar o planejamento familiar para 120 milhões das 222 milhões de mulheres dos países em desenvolvimento com necessidades não atendidas. No evento, os países em desenvolvimento, em conjunto, comprometeram US\$2 bilhões para esta iniciativa. As partes interessadas denominaram o financiamento adicional como “um começo,” com o objetivo de posteriormente mobilizar recursos suficientes para eliminar totalmente as necessidades não atendidas, nos países em desenvolvimento.

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos				Saúde Sexual e Reprodutiva			Educação			
	Razão de mortalidade materna (mortes a cada 100.000 nascidos vivos), 2010	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%), 2000/2010	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1991/2010	Taxa de mortalidade até cinco anos para cada 1.000 nascidos vivos, 2010 - 2015	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos	Necessidade não atendida de planejamento familiar (%), 1988/2011	1. Matrícula no ensino fundamental, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2011		Matrícula no ensino médio, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2011	
								Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Afganistão	460	34	90	184	22	16				34	13
Albânia	27	99	11	19	69	10	13	80	80	75	73
Argélia	97	95	4	27	61	52		98	96	65	69
Angola	450	49	165	156	6	5		93	78	12	11
Antígua e Barbuda			67					91	84	85	85
Argentina	77	98	68	14	79	70		100	99	78	87
Armênia	30	100	28	27	55	27	19	95	98	85	88
Austrália¹	7	99	16	5	72	68		97	98	85	86
Áustria	4	99	10	5	51	47					
Azerbaijão	43	88	41	43	51	13	15	85	84	81	78
Bahamas	47	99	41	18				94	96	82	88
Barein	20	97	12	9	62	31		99	100	92	97
Bangladesh	240	27	133	51	56	48	17			45	50
Barbados	51	100	50	14				90	97	81	88
Bielorússia	4	100	21	9	73	56					
Bélgica	8	99	11	5	75	73	3	99	99	90	87
Belize	53	88	90	21	34	31	21	100	91	64	65
Benin	350	74	114	121	17	6	27			27	13
Butão	180	58	59	52	66	65	12	88	91	50	57
Bolívia (Estado Plurinacional da)	190	71	89	54	61	34	20	95	96	68	69
Bósnia-Herzegovina	8	99	17	16	36	11					
Botsuana	160	95	51	46	53	51	27	87	88	57	65
Brasil	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
Brunei Darussalam	24	100	18	6						95	99
Bulgária	11	99	48	11	63	40	30	99	100	84	82
Burquina Fasso	300	67	130	147	16	15	30	65	61	19	16
Burundi	800	60	65	152	22	18	29	91	89	18	15
Camboja	250	71	48	69	51	35	24	96	95	37	33
Camarões, República de	690	64	127	136	23	14	21				
Canadá	12	99	14	6	74	72		100	100		
Cabo Verde	79	76	92	22	61	57	17	95	92	61	71
República Centro-Africana	890	41	133	155	19	9	19	78	60	18	10
Chade	1100	14	193	195	3	2	21	74	51	16	5
Chile	25	100	54	8	64			94	94	81	84
China	37	96	6	24	85	84	2				
Colômbia	92	95	85	23	79	73	8	92	91	72	77

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos				Saúde Sexual e Reprodutiva			Educação			
	Razão de mortalidade materna (mortes a cada 100.000 nascidos vivos), 2010	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%), 2000/2010	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1991/2010	Taxa de mortalidade até cinco anos para cada 1.000 nascidos vivos, 2010 - 2015	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos	Necessidade não atendida de planejamento familiar (%), 1988/2011	1. Matrícula no ensino fundamental, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2011		Matrícula no ensino médio, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2011	
								Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Comores	280	47	95	86	26	19	36	81	75		
Congo, República Democrática do ²	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
Congo, República do	560	83	132	104	44	13	20	92	89		
Costa Rica	40	95	67	11	82	80	5				
Costa do Marfim	400	57	111	107	13	8	29	67	56		
Croácia	17	100	13	7				95	97	88	94
Cuba	73	100	51	6	73	72		100	99	87	87
Chipre	10	98	4	5				99	99	96	96
República Tcheca	5	100	11	4	72	63	11	96	96		
Dinamarca	12	98	6	5				95	97	88	91
Djibuti	200	78	27	104	18	17		47	42	28	20
Dominica			48					95	96	84	93
República Dominicana	150	94	98	28	73	70	11	96	90	58	67
Equador	110	89	100	23	73	59	7	99	100	58	59
Egito	66	79	50	25	60	58	12	100	96	71	69
El Salvador	81	85	65	23	73	66	9	95	95	57	59
Guiné Equatorial	240	65	128	151	10	6	29	57	56		
Eritreia	240	28	85	62	8	5		37	33	32	25
Estônia	2	99	21	7	70	56	25	96	96	91	93
Etiópia	350	10	79	96	29	27		85	80	17	11
Fiji	26	100	31	22				99	99	79	88
Finlândia	5	99	8	3				98	98	94	94
França	8	98	12	4	77	75	2	99	99	98	99
Gabão	230	86	144	64	33	12	28				
Gâmbia	360	52	104	93	18	13		68	70		
Geórgia	67	100	44	27	47	27	16	96	94	84	80
Alemanha	7	99	9	4	70	66					
Gana	350	55	70	63	24	17	36	84	85	51	47
Grécia	3		12	5	76	46		98	99	91	90
Granada	24	100	53	15	54	52		96	99	95	86
Guatemala	120	51	92	34	43	34	28	100	98	43	40
Guiné	610	46	153	134	9	4	22	83	70	36	22
Guiné-Bissau	790	44	137	181	14			77	73	12	7
Guiana	280	87	97	46	43	40	29	82	86	78	83
Haiti	350	26	69	76	32	24	37				
Honduras	100	66	108	33	65	56	17	95	97		
Hungria	21	100	19	7	81	71	7	98	98	91	91
Islândia	5		15	3				99	100	87	89
Índia	200	58	39	65	55	48	21	99	98		
Indonésia	220	77	52	31	61	57	13	97	93	68	67

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos				Saúde Sexual e Reprodutiva				Educação			
	Razão de mortalidade materna (mortes a cada 100.000 nascidos vivos), 2010	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%), 2000/2010	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1991/2010	Taxa de mortalidade até cinco anos para cada 1.000 nascidos vivos, 2010 - 2015	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos	Necessidade não atendida de planejamento familiar (%), 1988/2011	1. Matrícula no ensino fundamental, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2011			Matrícula no ensino médio, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2011	
									Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Irã (República Islâmica do)	21	99	31	31	73	59		98	96			
Iraque	63	80	68	41	50	33		94	84	49	39	
Irlanda	6	100	16	4	65	61		99	100	98	100	
Israel	7		14	4				97	97	97	100	
Itália	4	100	7	4	63	41	12	100	99	94	94	
Jamaica	110	98	72	26	69	66	12	83	81	80	87	
Japão	5	100	5	3	54	44				99	100	
Jordânia	63	99	32	22	59	41	13	91	91	83	88	
Cazaquistão	51	99	31	29	51	49	12	99	100	90	89	
Quênia	360	44	106	89	46	39	26	84	85	52	48	
Kiribati			39	44	36	31	12			65	72	
Coreia, República Democrática Popular da	81	100	1	32	69	58						
Coreia, República da	16	100	2	5	80	70		99	98	96	95	
Kuwait	14	99	14	10	52	39		97	100	86	93	
Quirguistão	71	97	31	42	48	46		95	95	79	79	
Laos, República Democrática Popular do	470	37	110	46	27	98	95	42	38			
Letônia	34	99	15	8	68	56	17	95	97	83	84	
Líbano	25	97	18	24	58	34		94	93	71	79	
Lesoto	620	62	92	89	47	46	23	72	75	23	37	
Libéria	770	46	177	107	11	10	36	52	41			
Líbia (Jamahira Árabe da)	58	100	4	15	45	26						
Lituânia	8	100	17	9	51	33	18	96	96	91	91	
Luxemburgo	20	100	7	3				96	98	84	86	
Madagáscar	240	44	147	58	40	28	19	79	80	23	24	
Malauí	460	71	157	119	46	42	26	91	98	28	27	
Malásia	29	99	14	9	49	32		96	96	65	71	
Maldivas	60	95	19	12	35	27	29	97	97	46	52	
Mali	540	49	190	173	8	6	28	72	63	36	25	
Malta	8	100	20	7	86	46		93	94	82	80	
Martinica			20	8								
Mauritânia	510	57	88	106	9	8	32	73	76	17	15	
Maurício ³	60	100	31	15	76	39	4	92	94	74	74	
México	50	95	87	17	71	67	12	99	100	70	73	
Micronésia, Estados Federados da	100	100	52	38								
Moldávia, República da	41	100	26	19	68	43	11	90	90	78	79	
Mongólia	63	99	20	37	55	50	14	100	99	77	85	
Montenegro	8	100	24	9	39	17						
Marrocos	100	74	18	31	63	52	12	97	96	38	32	
Moçambique	490	55	193	123	16	12	19	92	88	18	17	
Mianmar	200	71	17	57	41	38	19			49	52	

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos				Saúde Sexual e Reprodutiva			Educação			
	Razão de mortalidade materna (mortes a cada 100.000 nascidos vivos), 2010	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%), 2000/2010	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1991/2010	Taxa de mortalidade até cinco anos para cada 1.000 nascidos vivos, 2010 - 2015	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos	Necessidade não atendida de planejamento familiar (%), 1988/2011	1. Matrícula no ensino fundamental, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2011		Matrícula no ensino médio, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2011	
								Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Namíbia	200	81	74	39	55	54	21	84	89	44	57
Nepal	170	36	81	39	50	43	25	78	64		
Holanda	6		5	5	69	67		100	99	87	88
Nova Zelândia	15	96	29	6	75	72		99	100	94	95
Nicarágua	95	74	109	22	72	69	8	93	95	43	49
Niger	590	18	199	144	11	5	16	68	57	13	8
Nigéria	630	34	123	141	14	9	19	60	55		
Noruega	7	99	10	4	88	82		99	99	94	94
Território Palestino Ocupado	64		60	22	50	39		90	88	81	87
Omã	32	99	12	11	32	25		100	97		
Paquistão	260	45	16	86	27	19	25	81	67	38	29
Panamá	92	89	88	21				99	98	66	72
Papua-Nova Guiné	230	40	70	58	36						
Paraguai	99	85	63	33	79	70	5	86	86	58	62
Peru	67	84	72	28	74	50	7	98	98	77	78
Filipinas	99	62	53	27	51	34	22	88	90	56	67
Polônia	5	100	16	7	73	28		96	96	90	92
Portugal	8		16	5	87	83		99	100	78	86
Catar	7	100	15	10	43	32		96	97	76	93
Romênia	27	99	41	15	70	38	12	88	87	82	83
Federação Russa	34	100	30	16	80	65		95	96		
Ruanda	340	69	41	114	52	44	19	89	92		
São Cristóvão e Neves			67					86	86	89	88
Santa Lúcia	35	100	49	16				90	89	85	85
São Vicente e Granadinas	48	98	70	25				100	97	85	96
Samoa			29	24	29	27	48	93	97	73	83
São Tomé e Príncipe	70	81	110	69	38	33	38	97	98	44	52
Arábia Saudita	24	100	7	19	24			90	89	78	83
Senegal	370	65	93	85	13	12	29	76	80	24	19
Sérvia	12	100	22	13	61	22	7	95	94	89	91
Seychelles			62					96	94	92	100
Serra Leoa	890	31	98	157	8	6	28				
Cingapura	3	100	6	2	62	55					
Eslováquia	6	100	21	7	80	66					
Eslovênia	12	100	5	4	79	63	9	97	97	91	92
Ilhas Salomão	93	70	70	43	35	27	11	83	81	32	29
Somália	1000	9	123	162	15	1					
África do Sul	300	91	54	64	60	60	14	90	91	59	65
Espanha	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
Sri Lanka	35	99	24	13	68	53	7	94	94		

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos				Saúde Sexual e Reprodutiva			Educação			
	Razão de mortalidade materna (mortes a cada 100.000 nascidos vivos), 2010	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%), 2000/2010	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1991/2010	Taxa de mortalidade até cinco anos para cada 1.000 nascidos vivos, 2010 - 2015	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos	Necessidade não atendida de planejamento familiar (%), 1988/2011	1. Matrícula no ensino fundamental, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2011		Matrícula no ensino médio, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2011	
								Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Sudão ⁴	730	23	70	87	9		29				
Suriname	130	87	66	27	46	45		91	91	46	55
Suazilândia	320	82	111	92	65	63	13	86	85	29	37
Suécia	4		6	3	75	65		100	99	94	94
Suíça	8	100	4	5	82	78		99	99	84	82
República Árabe da Síria	70	96	75	16	58	43		100	98	67	67
Tadjiquistão	65	88	27	65	37	32		99	96	90	80
Tanzânia, República Unida da	460	49	128	81	34	26	25	98	98		
Tailândia	48	99	47	13	80	78	3	90	89	70	78
Antiga República Iugoslava da Macedônia	10	100	20	15				97	99	82	81
Timor Leste, República Democrática do	300	30	54	76	22	21	32	86	86	34	39
Togo	300	60	89	104	15	13	31			33	16
Tonga	110	98	16	25				94	89	67	80
Trinidad e Tobago	46	97	33	31	43	38		98	97	66	70
Tunísia	56	95	6	23	60	52	12	99	96	64	66
Turquia	20	91	38	23	73	46	6	98	97	77	71
Turcomenistão	67	100	21	62	62	45	10				
Ilhas Turcos e Caicos			26		31	22		77	84	72	69
Tuvalu			28				24				
Uganda	310	42	159	114	24	18	38	90	92	17	15
Ucrânia	32	99	30	15	67	48	10	91	91	86	86
Emirados Árabes Unidos	12	100	34	8	28	24		94	98	80	82
Reino Unido	12		25	6	84	84		100	100	95	97
Estados Unidos da América	21	99	39	8	79	73	7	95	96	89	90
Uruguai	29	100	60	15	77	75		100	99	66	73
Uzbequistão	28	100	26	53	65	59	14	94	91	93	91
Vanuatu	110	74	92	29	38	37		98	97	46	49
Venezuela (República Bolivariana da)	92	95	101	20	70	62	19	95	95	68	76
Vietnã	59	84	35	23	78	60	4				
Iêmen	200	36	80	57	28	19	39	86	70	49	31
Zâmbia	440	47	151	130	41	27	27	91	94		
Zimbábue	570	66	115	71	59	57	16				

Dados mundiais e regionais¹⁴

	Saúde Materna e de Recém-Nascidos				Saúde Sexual e Reprodutiva			Educação			
	Razão de mortalidade materna (mortes a cada 100.000 nascidos vivos), 2010	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%), 2000/2010	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1991/2010	Taxa de mortalidade até cinco anos para cada 1.000 nascidos vivos, 2010 - 2015	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos	Necessidade não atendida de planejamento familiar (%), 1988/2011	1. Matrícula no ensino fundamental, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2011		Matrícula no ensino médio, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2011	
								Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Total Mundial	210	70	49	60,0	63	57	12	92	90	64	61
Regiões mais desenvolvidas⁶	26		23	7,7	72	62		97	97	90	91
Regiões menos desenvolvidas⁷	240	65	52	66,1	62	56	13	91	89	60	57
Países minimamente desenvolvidos⁸	430	42	116	112,0	35	28	24	82	78	35	29
Estados Árabes⁹	140	76	43	49,1	51	42	18	89	82	61	58
Ásia e o Pacífico¹⁰	160	69	33	51,4	67	62	11	95	94	63	60
Leste Europeu e Ásia Central¹¹	32	97	30	26,1	70	54	10	94	94	85	85
América Latina e Caribe¹²	81	91	79	23,9	73	67	10	96	95	71	76
África Subsaariana¹³	500	47	120	122,6	25	20	25	79	76	33	26

Indicadores demográficos, sociais e econômicos

■ Masculino ■ Feminino

País, território ou outra área

	População total em milhões, 2012	Taxa média anual de mudança populacional (%), 2010-2015	Expectativa de vida ao nascer, 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010-2015
Afganistão	33,4	3,1	49	49	6,0
Albânia	3,2	0,3	74	80	1,5
Argélia	36,5	1,4	72	75	2,1
Angola	20,2	2,7	50	53	5,1
Antígua e Barbuda	0,1	1,0			
Argentina	41,1	0,9	72	80	2,2
Armênia	3,1	0,3	71	77	1,7
Austrália¹	22,9	1,3	80	84	1,9
Áustria	8,4	0,2	78	84	1,3
Azerbaijão	9,4	1,2	68	74	2,1
Bahamas	0,4	1,1	73	79	1,9
Barein	1,4	2,1	75	76	2,4
Bangladesh	152,4	1,3	69	70	2,2
Barbados	0,3	0,2	74	80	1,6
Bielorrússia	9,5	-0,3	65	76	1,5
Bélgica	10,8	0,3	77	83	1,8
Belize	0,3	2,0	75	78	2,7
Benin	9,4	2,7	55	59	5,1
Butão	0,8	1,5	66	70	2,3
Bolívia (Estado Plurinacional da)	10,2	1,6	65	69	3,2
Bósnia-Herzegovina	3,7	-0,2	73	78	1,1
Botsuana	2,1	1,1	54	51	2,6
Brasil	198,4	0,8	71	77	1,8
Brunei Darussalam	0,4	1,7	76	81	2,0
Bulgária	7,4	-0,7	70	77	1,5
Burquina Fasso	17,5	3,0	55	57	5,8
Burundi	8,7	1,9	50	53	4,1
Camboja	14,5	1,2	62	65	2,4
Camarões, República de	20,5	2,1	51	54	4,3
Canadá	34,7	0,9	79	83	1,7
Cabo Verde	0,5	0,9	71	78	2,3
República Centro-Africana	4,6	2,0	48	51	4,4
Chad	11,8	2,6	49	52	5,7
Chile	17,4	0,9	76	82	1,8
China	1.353,6	0,4	72	76	1,6
Colômbia	47,6	1,3	70	78	2,3
Comores	0,8	2,5	60	63	4,7
Congo, República Democrática do²	69,6	2,6	47	51	5,5
Congo, República do	4,2	2,2	57	59	4,4

País, território ou outra área

	População total em milhões, 2012	Taxa média anual de mudança populacional (%), 2010-2015	Expectativa de vida ao nascer, 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010-2015
Costa Rica	4,8	1,4	77	82	1,8
Costa do Marfim	20,6	2,2	55	58	4,2
Croácia	4,4	-0,2	73	80	1,5
Cuba	11,2	0,0	77	81	1,5
Chipre	1,1	1,1	78	82	1,5
República Tcheca	10,6	0,3	75	81	1,5
Dinamarca	5,6	0,3	77	81	1,9
Djibuti	0,9	1,9	57	60	3,6
Dominica	0,1	0,0			
República Dominicana	10,2	1,2	71	77	2,5
Equador	14,9	1,3	73	79	2,42
Egito	84,0	1,7	72	76	2,6
El Salvador	6,3	0,6	68	77	2,2
Guiné Equatorial	0,7	2,7	50	53	5,0
Eritreia	5,6	2,9	60	64	4,2
Estônia	1,3	-0,1	70	80	1,7
Etiópia	86,5	2,1	58	62	3,8
Fiji	0,9	0,8	67	72	2,6
Finlândia	5,4	0,3	77	83	1,9
França	63,5	0,5	78	85	2,0
Gabão	1,6	1,9	62	64	3,2
Gâmbia	1,8	2,7	58	60	4,7
Geórgia	4,3	-0,6	71	77	1,5
Alemanha	82,0	-0,2	78	83	1,5
Gana	25,5	2,3	64	66	4,0
Grécia	11,4	0,2	78	83	1,5
Granada	0,1	0,4	74	78	2,2
Guatemala	15,1	2,5	68	75	3,8
Guiné	10,5	2,5	53	56	5,0
Guiné-Bissau	1,6	2,1	47	50	4,9
Guiana	0,8	0,2	67	73	2,2
Haiti	10,3	1,3	61	64	3,2
Honduras	7,9	2,0	71	76	3,0
Hungria	9,9	-0,2	71	78	1,4
Islândia	0,3	1,2	80	84	2,1
Índia	1.258,4	1,3	64	68	2,5
Indonésia	244,8	1,0	68	72	2,1
Irã (República Islâmica do)	75,6	1,0	72	75	1,6
Iraque	33,7	3,1	68	73	4,5

País, território ou outra área	População total em milhões, 2012	Taxa média anual de mudança populacional (%), 2010-2015	Expectativa de vida ao nascer, 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010-2015
Irlanda	4,6	1,1	78	83	2,1
Israel	7,7	1,7	80	84	2,9
Itália	61,0	0,2	79	85	1,5
Jamaica	2,8	0,4	71	76	2,3
Japão	126,4	-0,1	80	87	1,4
Jordânia	6,5	1,9	72	75	2,9
Cazaquistão	16,4	1,0	62	73	2,5
Quênia	42,7	2,7	57	59	4,6
Kiribati	0,1	1,5	66	71	2,9
Coreia, República Democrática Popular da	24,6	0,4	66	72	2,0
Coreia, República da	48,6	0,4	77	84	1,4
Kuwait	2,9	2,4	74	76	2,3
Quirguistão	5,4	1,1	64	72	2,6
Laos, República Democrática Popular do	6,4	1,3	66	69	2,5
Letônia	2,2	-0,4	69	79	1,5
Líbano	4,3	0,7	71	75	1,8
Lesoto	2,2	1,0	50	48	3,1
Libéria	4,2	2,6	56	59	5,0
Líbia (Jamahira Árabe da)	6,5	0,8	73	78	2,4
Lituânia	3,3	-0,4	67	78	1,5
Luxemburgo	0,5	1,4	78	83	1,7
Madagáscar	21,9	2,8	65	69	4,5
Malawi	15,9	3,2	55	55	6,0
Malásia	29,3	1,6	73	77	2,6
Maldivas	0,3	1,3	76	79	1,7
Mali	16,3	3,0	51	53	6,1
Malta	0,4	0,3	78	82	1,3
Martinica	0,4	0,3	77	84	1,8
Mauritânia	3,6	2,2	57	61	4,4
Maurício ³	1,3	0,5	70	77	1,6
México	116,1	1,1	75	80	2,2
Micronésia, Estados Federados da	0,1	0,5	68	70	3,3
Moldávia, República da	3,5	-0,7	66	73	1,4
Mongólia	2,8	1,5	65	73	2,4
Montenegro	0,6	0,1	73	77	1,6
Marrocos	32,6	1,0	70	75	2,2
Moçambique	24,5	2,2	50	52	4,7
Mianmar	48,7	0,8	64	68	1,9
Namíbia	2,4	1,7	62	63	3,1

País, território ou outra área	População total em milhões, 2012	Taxa média anual de mudança populacional (%), 2010-2015	Expectativa de vida ao nascer, 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010-2015
Nepal	31,0	1,7	68	70	2,6
Holanda	16,7	0,3	79	83	1,8
Nova Zelândia	4,5	1,0	79	83	2,1
Nicarágua	6,0	1,4	71	77	2,5
Niger	16,6	3,5	55	56	6,9
Nigéria	166,6	2,5	52	53	5,4
Noruega	5,0	0,7	79	83	1,9
Território Palestino Ocupado	4,3	2,8	72	75	4,3
Omã	2,9	1,9	71	76	2,1
Paquistão	180,0	1,8	65	67	3,2
Panamá	3,6	1,5	74	79	2,4
Papua-Nova Guiné	7,2	2,2	61	66	3,8
Paraguai	6,7	1,7	71	75	2,9
Peru	29,7	1,1	72	77	2,4
Filipinas	96,5	1,7	66	73	3,1
Polônia	38,3	0,0	72	81	1,4
Portugal	10,7	0,0	77	83	1,3
Catar	1,9	2,9	79	78	2,2
Romênia	21,4	-0,2	71	78	1,4
Federação Russa	142,7	-0,1	63	75	1,5
Ruanda	11,3	2,9	54	57	5,3
São Cristóvão e Neves	0,1	1,2			
Santa Lúcia	0,2	1,0	72	78	1,9
São Vicente e Granadinas	0,1	0,0	70	75	2,0
Samoa	0,2	0,5	70	76	3,8
São Tomé e Príncipe	0,2	2,0	64	66	3,5
Arábia Saudita	28,7	2,1	73	76	2,6
Senegal	13,1	2,6	59	61	4,6
Sérvia	9,8	-0,1	72	77	1,6
Seychelles	0,1	0,3			
Serra Leoa	6,1	2,1	48	49	4,7
Cingapura	5,3	1,1	79	84	1,4
Eslováquia	5,5	0,2	72	80	1,4
Eslovênia	2,0	0,2	76	83	1,5
Ilhas Salomão	0,6	2,5	67	70	4,0
Somália	9,8	2,6	50	53	6,3
África do Sul	50,7	0,5	53	54	2,4
Sudão do Sul	10,7	3,2			
Espanha	46,8	0,6	79	85	1,5

País, território ou outra área	População total em milhões, 2012	Taxa média anual de mudança populacional (%), 2010-2015	Expectativa de vida ao nascer, 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010-2015
Sri Lanka	21,2	0,8	72	78	2,2
Sudão ⁵	35,0	2,2			
Suriname	0,5	0,9	68	74	2,3
Suazilândia	1,2	1,4	50	49	3,2
Suécia	9,5	0,6	80	84	1,9
Suíça	7,7	0,4	80	85	1,5
República Árabe da Síria	21,1	1,7	74	78	2,8
Tadjiquistão	7,1	1,5	65	71	3,2
Tanzânia, República Unida da	47,7	3,1	58	60	5,5
Tailândia	69,9	0,5	71	78	1,5
Antiga República Iugoslava da Macedônia	2,1	0,1	73	77	1,4
Timor Leste, República Democrática do	1,2	2,9	62	64	5,9
Togo	6,3	2,0	56	59	3,9
Tonga	0,1	0,4	70	75	3,8
Trinidad e Tobago	1,4	0,3	67	74	1,6
Tunísia	10,7	1,0	73	77	1,9
Turquia	74,5	1,1	72	77	2,0
Turcomenistão	5,2	1,2	61	69	2,3
Ilhas Turcos e Caicos	0,0	1,2			
Tuvalu	0,0	0,2			
Uganda	35,6	3,1	54	55	5,9
Ucrânia	44,9	-0,5	64	75	1,5
Emirados Árabes Unidos	8,1	2,2	76	78	1,7
Reino Unido	62,8	0,6	78	82	1,9
Estados Unidos da América	315,8	0,9	76	81	2,1
Uruguai	3,4	0,3	74	81	2,0
Uzbequistão	28,1	1,1	66	72	2,3
Vanuatu	0,3	2,4	70	74	3,7
Venezuela (República Bolivariana da)	29,9	1,5	72	78	2,4
Vietnã	89,7	1,0	73	77	1,7
Iêmen	25,6	3,0	65	68	4,9
Zâmbia	13,9	3,0	49	50	6,3
Zimbábue	13,0	2,2	54	53	3,1

Dados mundiais e regionais¹⁴

	População total em milhões, 2012	Taxa média anual de mudança populacional (%), 2010-2015	Expectativa de vida ao nascer, 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010-2015
Total Mundial	7.052,1	1,1	67	72	2
Regiões mais desenvolvidas ⁶	1.244,6	0,3	75	81	2
Regiões menos desenvolvidas ⁷	5.807,6	1,3	66	69	3
Países minimamente desenvolvidos ⁸	870,4	2,2	58	60	4
Estados Árabes ⁹	318,5	1,9	68	72	3
Ásia e o Pacífico ¹⁰	3.744,5	1,0	68	71	2
Leste Europeu e Ásia Central ¹	401,9	0,3	66	75	2
América Latina e Caribe ¹²	598,3	1,1	72	78	2
África Subsaariana ¹³	841,8	2,4	54	56	5

Notas para os indicadores

- * Dados mais recentes disponíveis e empregados para cada país no período especificado.
- 1 Inclui Ilha Christmas ou Ilha do Natal, Ilhas Cocos (Keeling) e Ilha Norfolk.
 - 2 Antigo Zaire.
 - 3 Inclui Agalesa, Rodrigues e St. Brandon.
 - 4 Devido à formação, em julho de 2011, da República do Sudão do Sul e sua subsequente admissão nas Nações Unidas em 14 de julho de 2011, os dados desagregados referentes ao Sudão e Sudão do Sul como Estados separados ainda não estão disponíveis para a maior parte dos indicadores. Os dados agregados apresentados referem-se ao Sudão, antes da independência do Sudão do Sul.
 - 5 Não abrange o Sudão do Sul.
 - 6 Regiões mais desenvolvidas compreendem: América do Norte, Japão, Europa, Austrália e Nova Zelândia.
 - 7 Regiões menos desenvolvidas compreendem todas as regiões da África, América Latina e Caribe, Ásia (exceto Japão), Melanésia, Micronésia e Polinésia.
 - 8 Países de menor desenvolvimento, de acordo com a designação-padrão das Nações Unidas.
 - 9 Abrange Argélia, Barein, Djibuti, Egito, Iraque, Jordânia, Kuwait, Líbano, Jamahira Árabe da Líbia, Marrocos, Território Palestino Ocupado, Omã, Catar, Arábia Saudita, Somália, Sudão, República Árabe da Síria, Tunísia, Emirados Árabes Unidos e Iêmen.
 - 10 Inclui somente países, territórios ou outras áreas atendidas pelos programas do UNFPA: Afeganistão, Bangladesh, Butão, Camboja, China, Ilhas Cook, República Democrática Popular da Coreia, Fiji, Índia, Indonésia, República Islâmica do Irã, Kiribati, República Democrática Popular do Laos, Malásia, Ilhas Maldivas, Ilhas Marshall, Micronésia, Mongólia, Mianmar, Nauru, Nepal, Niue, Paquistão, Palau, Papua-Nova Guiné, Filipinas, Samoa, Ilhas Salomão, Sri Lanka, Tailândia, Timor Leste, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnã.
 - 11 Inclui somente países, territórios ou outras áreas atendidas pelos programas do UNFPA: Albânia, Armênia, Azerbaijão, Bielorrússia, Bósnia-Herzegovina, Bulgária, Geórgia, Cazaquistão, Quirguistão, República da Moldávia, Romênia, Federação Russa, Sérvia, Tadjiquistão, Antiga República Iugoslava da Macedônia, Turcomenistão, Ucrânia, Uzbequistão.
 - 12 Inclui somente países, territórios ou outras áreas atendidas pelos programas do UNFPA: Anguilla, Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bermudas, Estado Plurinacional da Bolívia, Brasil, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Montserrat, Antilhas Holandesas, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, São Cristóvão e Neves, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Ilhas Turcos e Caicos, Uruguai, República Bolivariana da Venezuela.
 - 13 Inclui somente países, territórios ou outras áreas atendidas pelos programas do UNFPA: Angola, Benin, Botsuana, Burkina Fasso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República da África Central, Chade, Comores, Congo, Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritània, Maurício, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Sudão do Sul, Suazilândia, Togo, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia, Zimbábue.
 - 14 Os agregados regionais são médias ponderadas baseadas nos países com dados disponíveis.

Notas técnicas:

Fontes dos dados e definições

As tabelas de estatísticas mostradas no relatório “A Situação da População Mundial 2012” incluem indicadores que traçam o progresso para o alcance dos objetivos do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) nas áreas de saúde materna, acesso ao ensino, saúde sexual e reprodutiva. Além disso, essas tabelas incluem vários indicadores demográficos.

É possível que diferentes autoridades nacionais e organizações internacionais venham a empregar metodologias diversas na coleta, extrapolação ou na análise de dados. Para facilitar a comparabilidade internacional dos mesmos, o UNFPA se baseia nas metodologias-padrão empregadas pelas principais fontes de dados, especialmente a Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. Em alguns casos, portanto, os dados dessas tabelas diferem daqueles geralmente produzidos pelas autoridades nacionais.

As médias regionais são baseadas nos dados referentes a países e territórios onde o UNFPA trabalha, ao invés de definições geográficas estritas empregadas pela Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. Para uma lista de países incluídos em cada categoria regional neste relatório, consulte as “Notas para os indicadores”.

Monitoramento das metas da CIPD

Saúde Materna e de Recém-Nascidos

Razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos. Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS), UNICEF, UNFPA e Banco Mundial. 2010. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010: WHO* (Tendências na mortalidade materna: 1990 a 2010: OMS, em tradução livre). Este indicador apresenta o número de óbitos de mulheres por 100.000 nascidos vivos, óbitos

resultantes de condições relacionadas à gravidez, ao parto e pós-parto e a complicações relacionadas. As estimativas entre 100 e 999 são arredondadas para o 10 mais próximo, e acima de 1.000, para o 100 mais próximo. Várias das estimativas diferem dos números oficiais. Sempre que possível, elas se baseiam nos números reportados, com o emprego de abordagens que melhoraram a comparabilidade das informações procedentes de diferentes fontes. Consulte a fonte para verificar detalhes sobre a origem de estimativas nacionais específicas. As estimativas e as metodologias são revistas regularmente pela OMS, pelo UNICEF, pelo UNFPA, por instituições acadêmicas e outras agências e, quando necessário, são revisadas como parte do processo contínuo de melhoria dos dados sobre mortalidade materna. Em razão de mudanças metodológicas, as estimativas anteriores, referentes a 1995 e 2000, podem não ser estritamente comparáveis com estas últimas. As estimativas de mortalidade materna reportadas aqui estão baseadas no banco de dados global sobre mortalidade materna, que é atualizado periodicamente.

Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde, percentual, 2000/2010. Fonte: Banco de dados global da OMS sobre indicadores de saúde materna, atualização em 2012. Genebra, Organização Mundial da Saúde (<http://www.who.int/gho>). Porcentagem de partos atendidos por profissionais capacitados da área de saúde (médicos, enfermeiras (os) ou parteiras e (os) profissionais/enfermeiras (os) especializadas (os) em obstetrícia) é o percentual de partos atendidos por profissionais da área da saúde treinados para oferecer atendimento obstétrico vital de emergência, inclusive oferecendo a necessária supervisão, o atendimento e o aconselhamento às gestantes durante a gravidez, trabalho de parto e período pós-parto; por pessoal apto a conduzir partos sem supervisão; e capaz de prover atendimento ao recém-nascido. Parteiras tradicionais, mesmo com curso rápido de treinamento, não estão incluídas.

Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos,

1991/2010. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2012). Atualização em 2012 para o Banco de Dados dos ODMs: *Adolescent Birth Rate* (Índice de Partos entre Adolescentes, em tradução livre) (POP/DB/Fert/A/MDG2012). O índice de partos entre adolescentes mede a quantidade anual de partos entre jovens de 15 a 19 anos de idade para cada 1.000 jovens nessa faixa etária. Ele representa o risco de gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos. Para fins de registro civil, os índices estão sujeitos a limitações que dependem da suficiência dos dados inscritos no registro de nascimento, do tratamento das informações referentes às crianças nascidas vivas, mas que falecem antes de serem registradas ou dentro das primeiras 24 horas de vida, da qualidade da informação relativa à idade da mãe e da inclusão de partos de períodos anteriores. As estimativas de população podem sofrer limitações ligadas à inadequação das informações sobre a idade e cobertura. Para dados de pesquisa e censitários, tanto o numerador quanto o denominador se referem à mesma população. As principais limitações dizem respeito a imprecisões referentes à idade, a omissões de parto, a imprecisões quanto à data de nascimento da criança e à variabilidade da amostragem, no caso de pesquisas.

Mortalidade até 5 anos, por 1.000 nascidos vivos. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision*. (Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2010) Edição em DVD - Dataset disponível nos formatos Excel e ASCII (publicação das Nações Unidas, ST/ESA/SER.A/306). Mortalidade até 5 anos é a probabilidade (expressa como taxa para cada 1.000 nascidos vivos) de uma criança nascida em um determinado ano morrer antes de chegar aos 5 anos de idade, uma vez que está sujeita às taxas de mortalidade correntes e específicas para a idade.

Saúde sexual e reprodutiva

Prevalência contraceptiva. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2012). Atualização em 2012 para o Banco de Dados dos ODMs: *Contraceptive Prevalence* (Prevalência Contraceptiva, em tradução livre) (POP/DB/CP/A/MDG2012). Esses dados derivam de relatórios de pesquisa por amostragem e estimam a proporção de mulheres casadas (inclusive aquelas que vivem em uniões consensuais) que atualmente utilizam, respectivamente, qualquer método ou métodos modernos de contracepção. Métodos modernos ou métodos clínicos/de insumos incluem esterilização masculina e feminina, DIU, pílulas anticoncepcionais, injeções, implantes hormonais, preservativos e métodos femininos de barreira. Esses números se aproximam, mas não são completamente comparáveis para todos os países, devido a variações quanto ao momento em que foram realizados as pesquisas e o detalhamento das questões. Todos os dados referentes a países e regiões se aplicam a mulheres entre 15 e 49 anos. São citados os mais recentes dados de pesquisa disponíveis, que vão de 1990 a 2011.

Necessidade não atendida de planejamento familiar. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2012). Atualização em 2012 para o Banco de Dados dos ODMs: *Unmet Need for Family Planning* (Necessidade não Atendida de Planejamento Familiar, em tradução livre) (POP/DB/CP/B/MDG2012). As mulheres com necessidades não atendidas para espaçamento da gravidez são aquelas que são fecundas e sexualmente ativas, mas não estão utilizando qualquer método de contracepção e relatam desejar retardar a próxima gravidez. Esta é uma subcategoria da necessidade não atendida total de planejamento familiar, que também inclui necessidades não atendidas de limitar as gravidezes. O conceito de necessidade

não atendida aponta para a lacuna entre as intenções reprodutivas das mulheres e seu comportamento contraceptivo. Para o monitoramento dos ODMs, a necessidade não atendida é expressa como um percentual baseado nas mulheres casadas ou em união consensual. Para análise adicional, consultar também: *Adding it Up: Cost and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012*. (Acréscimo: Custos e Benefícios dos Serviços de Contracepção: Estimativas para 2012, em tradução livre) *Guttmacher Institute* e UNFPA.

Educação

Taxa líquida de matrícula masculina e feminina no ensino fundamental (ajustada), taxa líquida de matrícula masculina e feminina no ensino médio, 2010 ou último ano disponível. Fonte: Instituto de Estatísticas da UNESCO, dados divulgados em maio de 2012. Disponível em: stats.uis.unesco.org. A taxa líquida de matrícula indica a matrícula do grupo na faixa etária oficial para um dado grau do ensino expressa como percentual da população correspondente. A taxa líquida de matrícula ajustada no ensino fundamental também inclui crianças em idade escolar adequada para essa etapa e que estão matriculadas no ensino médio. Os dados apresentados são as mais recentes estimativas anuais disponíveis, para o período de 1999 a 2011.

Indicadores demográficos

População total, 2012. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision*. (Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2010). Edição em DVD - Dataset disponível nos formatos Excel e ASCII (publicação das Nações Unidas, ST/ESA/SER.A/306). Esses indicadores apresentam o tamanho estimado da população por país em meados do ano.

Taxa média anual de mudança populacional (%) Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision*. (Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2010) Edição em DVD - Dataset disponível nos formatos Excel e ASCII (publicação das Nações Unidas, ST/ESA/SER.A/306). Taxa média anual de mudança populacional é a taxa média exponencial de crescimento da população em um dado período. Baseia-se em projeção de variante média.

Expectativa de vida ao nascer, masculina e feminina. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision*. (Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2010) Edição em DVD - Dataset disponível nos formatos Excel e ASCII (publicação das Nações Unidas, ST/ESA/SER.A/306). Esses indicadores são medidas dos índices de mortalidade, respectivamente, e representam o número médio esperado de anos de vida de uma coorte hipotética de indivíduos que estariam sujeitos, durante toda a sua vida, aos índices de mortalidade de um dado período. Os dados se referem ao período de 2010 a 2015 e estão expressos em anos.

Taxa de fecundidade total. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision*. (Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2010) Edição em DVD - Dataset disponível nos formatos Excel e ASCII (publicação das Nações Unidas, ST/ESA/SER.A/306). A medida indica o número de filhos que uma mulher terá durante seus anos reprodutivos, se der à luz à taxa estimada para diferentes grupos etários, no período de tempo especificado. Os países podem alcançar o nível projetado em diferentes pontos no mesmo período. As estimativas se referem ao período entre 2010 e 2015.

Bibliografia

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, Peter McDonald e Meimanat Hosseini-Chavoshi. 2011. "The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction." *Studies in Family Planning* 42(3): 233-235.
- Abdel-Tawab, Nahla, Dale Huntington, Ezzeldin Osman, Hala Youssef e Laila Nawar. 2002. "Recovery from Abortion and Miscarriage in Egypt: Does Counseling Husbands Help?" Em Haberland, Nicole e Diana Measham, eds., *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. Nova York: Population Council (Conselho de População)*.
- Abma, Joyce C., Gladys Martinez e Casey E. Copen. 2010. "Teenagers in the United States: Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing. National Survey of Family Growth 2006-2008." *Vital and Health Statistics*. 23(30): 1-47.
- AbouZahr, Carla e outros. 1996. "Quality Health Care for Women: A Global Challenge." *Health Care for Women International*. 17(5): 449-467.
- Abraham, W., A. Adamu e D. Deresse. 2010. "The Involvement of Men in Family Planning An Application of Transtheoretical Model in Wolaita Soddo Town South Ehtiopia." *Asian Journal of Medical Sciences*. 2(2): 44-50.
- Advocates for Youth. 2011. "Adolescent Sexual Health in Europe and the United States: The Case for a Rights. Respect. Responsibility. Approach." Documento. Washington, DC: Advocates for Youth.
- Aka-Dago-Akribi, H, A. Desgrees Du Lou, Philippe Msellati e outros. 1999. "Issues Surrounding Reproductive Choice for Women Living with HIV in Abidjan, Cote d'Ivoire." *Reproductive Health Matters*. 7(13): 20-29.
- Alderman, Harold, Jere R. Behrman, Victor Lavy e outros. 2001. "Child Health and School Enrollment: A Longitudinal Analysis." *The Journal of Human Resources*. 36(1): 185-205.
- Almond, Douglas. 2006. "Is the 1918 Influenza Pandemic Over? Long-Term Effects of In Utero Influenza Exposure in the Post-1940 U.S. Population." *Journal of Political Economy*. 114(4): 672-712.
- Almond, Douglas e Janet Currie. 2011. "Killing Me Softly: The Fetal Origins Hypothesis." *Journal of Economic Perspectives*. 25(3): 153-172.
- Almond, Douglas, Lena Edlund, Hongbin Li e outros. 2007. "Long-Term Effects of the 1959-1961 China Famine: Mainland China and Hong Kong." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. Nº. 13384.
- Almond, Douglas e Bhashkar Mazumder. 2008. "Health Capital and the Prenatal Environment: The Effect of Maternal Fasting During Pregnancy." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. Nº. 14428.
- Anderson, John E., Denise J. Jamieson, Lee Warner e outros. 2012. "Contraceptive Sterilization Among Married Adults: National Data on Who Chooses Vasectomy and Tubal Sterilization." *Contraception*. 85(6): 552-557.
- Angusto E. Semprini, Simona Fiore, Giorgio Pardi. 1997. "Reproductive Counseling for HIV Discordant Couples." *The Lancet*. 349(9062): 1401-1402.
- Bailey, Martha J. 2006. "More Power to the Pill: The Impact of Contraceptive Freedom on Women's Life Cycle Labor Supply." *The Quarterly Journal of Economics*. 121(1): 289-320.
- Bankole A e Singh S. 1998. *Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice, International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1): 15-24.
- Barham, Tania. 2009. "Effects of Early Childhood Health and Family Planning Interventions on Adolescent Cognitive Functioning: Evidence from Matlab in Bangladesh." Documento de Trabalho.
- Barker, Gary T. 2005. *Dying to Be Men: Youth, Masculinity, and Social Exclusion*. Abingdon: Routledge.
- Barker, Gary, Margaret E. Greene, Eve Goldstein Siegel e outros. 2010. *What Men Have to Do With It: Public Policies to Promote Gender Equality*. Washington, DC: International Center for Research on Women (Centro Internacional de Pesquisa sobre a Mulher)*.
- Barker, Gary e Peter Pawlak. 2011. "Evolving Men? Men, Families, Gender Equality and Care" (Os Homens Estão Evoluindo? Homem, Família, Igualdade de Gênero e Atendimento)* Em: *Men in Families and Family Policy in a Changing World* (O Homem na Família e a Política da Família em um Mundo em Mutação)*. Nova York: Divisão de Política Social e Desenvolvimento do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas.
- Barker, Gary e Christine Ricardo. 2005. *Young Men and the Construction of Masculinity in Sub-Saharan Africa: Implication for HIV/AIDS, Conflict, and Violence. Social Development Papers: Conflict Prevention and Reconstruction. Paper Nº. 26*.
- Barker, Gary, Christine Ricardo e Marcos Nascimento. 2007. *Engaging Men and Boys in Changing Gender-Based Inequity in Health: Evidence from Programme Interventions* (O Envolvimento do Homem e do Jovem na Mudança da Desigualdade Baseada no Gênero: Evidências a Partir de Intervenções Programáticas)*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Batini, Nicoletta, Tim Callen e Warwick McKibbin. 2006. *The Global Impact of Demographic Change*. Documento de Trabalho do Fundo Monetário Internacional. Washington, DC: FMI.
- Behrman, Jere R. e Mark R. Rosenzweig. 2004. "Returns to Birthweight." *The Review of Economics and Statistics*. 86(2): 586-601.
- Bertrand, Jane T. 2011. *USAID Graduation from Family Planning Assistance: Implications for Latin America*. Washington, DC: Instituto de População e Escola de Saúde Pública e Medicina Tropical da Universidade de Tulane.
- Bertrand, Jane T., Karen Hardee, Robert J. Magnani e outros. 1995. "Access, Quality of Care and Medical Barriers in Family Planning Programs." *International Family Planning Services*. 21(2): 64-69, 74.
- Bhutta, Zulfiqar A., Tahmeed Ahmed, Robert E. Black e outros. 2008. "What Works? Interventions for Maternal and Child Undernutrition and Survival." *The Lancet*. 371(9610): 417-440.

- Biddlecom, Ann E. e Bolaji M. Fapohunda. 1998. "Covert Contraceptive Use: Prevalence, Motivations, and Consequences." *Studies in Family Planning*. 29(4): 360-372.
- Biddlecom, Ann E., Richard Gregory, Cynthia B. Lloyd e Barbara S. Mensch. 2008. "Associations between Premarital Sex and Leaving School in Four Sub-Saharan African Countries." *Studies in Family Planning*. 39(4): 337-350.
- Binka, Fred N., Alex Nazzar e James F. Phillips. 1995. "The Navrongo Community Health and Family Planning Project." *Studies in Family Planning*. 26(3): 121-139.
- Birdsall, Nancy, Allen Kelley e Stephen Sinding. 2001. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. Nova York: Oxford University Press.
- Birungi, Harriet, Philomena Nyarko, Ian Askew e outros. 2006. *Priority Setting for Reproductive Health at the District Level in the context of Health Sector Reforms in Ghana*. Washington, DC: Conselho de População.
- Blanc, Ann K., Amy O. Tsui, Trevor N. Croft e Jamie L. Trevitt. 2009. "Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons with Adult Women." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(2): 63-71.
- Bloom, David E. e David Canning. 2008. "Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance." *Population and Development Review*. 34:17-51.
- Bloom, David E. e David Canning. 2003. "The Health and Poverty of Nations: from Theory to Practice." *Journal of Human Development*. 4(1): 47-71.
- Bloom, David E. e David Canning. 2000. "The Health and Wealth of Nations." *Science*. 287(5456): 1207-1209.
- Bloom, David E., David Canning, Gunther Fink e outros. 2009. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." *Journal of Economic Growth*. 14(2): 79-101.
- Bloom, David E., David Canning e Pia N. Malaney. 2000. "Population Dynamics and Economic Growth in Asia." *Population and Development Review*. 26 (Suplemento: *Population and Economic Change in East Asia*): 257-290.
- Bloom, David E., David Canning, Jaypee Silva. 2001. "Economic Growth and the Demographic Transition." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. Nº. 8685.
- Bloom, David E., David Canning e Jaypee Silva. 2003. "The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach." *World Development*. 32(1): 1-13.
- Bongaarts, John. 2010. *The Causes of Educational Difference in Fertility in sub-Saharan Africa*. Nova York: Conselho de População.
- Bongaarts, John. 1987. "Does Family Planning Reduce Infant Mortality Rates?" *Population and Development Review*. 13(2): 323-334.
- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin e James F. Phillips. 1990. "The Demographic Impact of Family Planning Programs." *Studies in Family Planning*. 21(6): 299-310.
- Bradley, Sarah E.K., Hilary M. Schwandt e Shane Khan. 2009. *Levels, Trends, and Reason for Contraceptive Discontinuation. DHS Analytical Studies Nº. 20*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- Braunschweig, Scott e Manuel Carballo. 2001. *Health and Human Rights of Migrants*. Genebra: Centro internacional de Migração e Saúde.
- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning*. 21 (2): 61-91.
- Bruce, Judith e Shelley Clark. 2003. *Including Married Adolescents in Adolescent Reproductive Health and HIV/AIDS Policy* (Inclusão de Adolescentes Casadas na Saúde Reprodutiva Adolescente e na Política de HIV/AIDS)*. Paper preparado para a Consulta Técnica sobre Adolescentes Casadas da OMS, UNFPA e Conselho de População. OMS, Genebra, 9 a 12 de dezembro de 2003.
- Bunce, Arwen, Greg Guest, Hannah Searing e outros. 2007. "Factors Affecting Vasectomy Acceptability in Tanzania." *International Family Planning Perspectives*. 33 (1):13-21.
- Canning, David, Jocelyn E. Finlay e Emre Ozaltin. 2009. *Adolescent Girls Health Agenda: Study on Intergenerational Health Impacts*. Boston: Escola de Saúde Pública de Harvard.
- Caro, Deborah, para o *Interagency Gender Working Group*. 2009. *A Manual for Integrating Gender Into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action* (2ª Edição). Washington, DC: *Population Reference Bureau*
- Centers for Disease Control and Prevention*. 2010. *Youth Risk Behavior Surveillance: Estados Unidos, 2009. Surveillance Summaries. MMWR* 2010; 59 (No. SS-5).
- Center for Reproductive Law and Policy* (Centro de Legislação e Política Reprodutiva).* 1998. *Silence and Complicity: Violence Against Women in Peruvian Public Health Facilities*. Nova York: CRLP.
- Center for Reproductive Rights* (Centro para os Direitos Reprodutivos).* 2009. *Reproductive Rights are Human Rights*. Nova York: CRR.
- Centro para os Direitos Reprodutivos. 2010. "Facts on Abortion in the Philippines: Criminalization and a General Ban on Abortion." Nova York: CRR.
- Centro para os Direitos Reprodutivos. 2011. *Calculated Injustice—The Slovak Republic's Failure to Ensure Access to Contraceptives*. Nova York: CRR.
- Centro para os Direitos Reprodutivos. 2011a. *The CEDAW Committee Urges States to Protect and Promote Sexual and Reproductive Rights* (O Comitê da CEDAW Conclama os Estados a Proteger e Promover os Direitos Reprodutivos).* Julho de 2011. Disponível em: <http://reproductiverights.org/en/feature/the-cedaw-committee-urges-states-to-protect-and-promote-sexual-and-reproductive-rights> (Acessado em 30 de agosto de 2012).
- Centro para os Direitos Reprodutivos. 2008. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. Nova York: CRR.
- Centro para os Direitos Reprodutivos. 2012. "Over 700,000 Petitioners Demand Honduran Congress Reject Law Criminalizing Emergency Contraception" (Mais de 700.000 Subscritos Exigem que o Congresso Hondurenho Rejeite a Lei que Criminaliza a Contracepção de Emergência).* Press Release. 16 de maio de 2012.
- Centro para os Direitos Reprodutivos e Fundo de População das Nações Unidas. 2010. "The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents" Nova York: CRR.

- Chaudhuri, Anoshua. 2005. "Direct and Indirect Effects of a Maternal and Child Health Program in Rural Bangladesh." *Journal of Developing Societies*. 21(1-2): 143-173.
- Chaudhuri, Anoshua. 2009. "Spillover Impacts of a Reproductive Health Program on Elderly Women in Rural Bangladesh." *Journal of Family and Economic Issues*. 30(2): 113-125.
- Chowdhury, M.E., R. Botlero, M. Koblinsky e outros. 2007. "Determinants of Reduction in Maternal Mortality in Matlab, Bangladesh: a 30-year march." *The Lancet*. 370(9595): 1320-1328.
- Chun, Hyunbae e Jeungil Oh. 2002. "An Instrumental Variable Estimate of the Effect of Fertility on the Labour Force Participation of Married Women." *Applied Economics Letters*. 9(10): 631-634.
- Clark, Shelley, Judith Bruce e Annie Dude. 2006. "Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case Against Child and Adolescent Marriage." *International Family Planning Perspectives*. 32(2): 79-88.
- Cleland, John, Mohamed M. Ali e Iqbal Shah. 2006. "Trends in Protective Behavior Among Single Versus Married Young Women in sub-Saharan Africa." *Reproductive Health Matters*. 14(28): 17-22.
- Cleland, John, Agustin Conde-Agudelo, Herbert Peterson e outros. 2012. "Contraception and Health." *The Lancet*. 380(9837): 149-156.
- Cleland, Kelly, Jeffrey F. Peipert, Carolyn Westoff e outros. 2011. "Family Planning as a Cost-Saving Preventive Health Service." *The New England Journal of Medicine*. 364(18):e37.
- Coale, Ansley J. e Edgar M. Hoover. 1958. *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton, Nova Jersey: Princeton University Press.
- Cohen, Susan A. 2011. "The World at Seven Billion: Global Milestone A Reflection of Individual Needs." *Guttmacher Policy Review*. 14(3): 2-5.
- Conde-Agudelo, A., A. Rosas-Bermudez, A.C. Kafury-Goeta. 2007. "Effects of Birth Spacing on Maternal Health: A Systematic Review." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 196(4): 297-308.
- Connell, Robert W. 1987. *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*. Stanford: Stanford University Press.
- Connell, Robert W. 1994. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Connell, Robert W. 1998. "Masculinities and Globalization." *Men and Masculinities*. 1(1): 3-23.
- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher da CEDAW, na sigla em inglês. UN News Center. Site da ONU, 30 de maio de 2012. Acessível no site <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
- Cooper, Diane, Hillary Bracken, Landon Myer e outros. 2005. *Reproductive Intentions and Choices among HIV-infected individuals in Cape Town, South Africa: Lessons for Reproductive Policy and Service Provision from a qualitative Study (Policy Brief)*. Nova York: Conselho de População.
- Cooper, D., J. Harries, L. Myer e outros. 2007. "Life is Still Going on": *Reproductive Intentions Among HIV-Positive Women and Men in South Africa*. *Social Science Medicine*. 65(2): 274-283.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentença T-841/2011. 10 de maio de 2012. Acessível pelo site: http://www.promsex.org/docs/varios/Sentencia_T-841_de_2011.pdf (Acessado em 30 de agosto de 2012).
- Cottingham, Jane, Adrienne Germain e Paul Hunt. 2012. "Use of Human Rights to Meet the Unmet Need for Family Planning." *The Lancet* 380 (9837): 172-180.
- Craft, Shonda M., Robin O. Delaney, Dianne T. Bautista e outros. 2007. "Pregnancy Decisions among Women with HIV." *AIDS and Behavior*. 11(6): 927-935.
- Creanga, Andreea A., Duff Gillespie, Sabrina Karklins e Amy O. Tsui. 2011. "Low Use of Contraception Among Poor Women in Africa: An Equity Issue" (Baixo Uso da Contracepção entre Mulheres Pobres na África: Uma Questão de Equidade). * Boletim da Organização Mundial da Saúde. 89(4): 241-316.
- Creel, Liz C., Justine C. Sass e Nancy V. Yinger. 2002. *Overview of Quality of Care in Reproductive Health: Definitions and Measurements of Quality*. Washington, DC: Conselho de População e Population Reference Bureau (Escritório de Referência em População)*.
- Darroch, Jacqueline. 2007. *Family Planning: Overview of Epidemiologic and Medical Events*. Em: JW Ward e C Warren, eds., *Silent Victories: The History and Practice of Public Health in Twentieth Century America*. Nova York: Oxford University Press. pp. 253-278.
- Darroch, Jacqueline E., Gilda Sedgh e Haley Ball. 2011. *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs*. Nova York: The Guttmacher Institute.
- Dixon-Mueller, Ruth. 2008. "How Young is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions." *Studies in Family Planning*. 39 (4): 247-262.
- Doepke, Matthias e Michele Tertilt. 2009. "Women's Liberation: What's in It for Men?" *The Quarterly Journal of Economics*. 11(92): 379-420.
- Donohue, John J. e Steven D. Levitt. 2001. "The Impact of Legalized Abortion on Crime." *The Quarterly Journal of Economics*. 116(2): 379-420.
- Eaton, Danice K., Laura Kann, Steve Kinchen e outros. 2012. "Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2011." *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*. 61(4): 1-164.
- The Economist*. 2001. "Righting Wrongs—Human Rights." Nova York: *The Economist*.
- EnGenderHealth. 2002. *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends*. Nova York: EnGenderHealth.
- EnGendeRights. 2009. *Advancing reproductive rights using the inquiry procedure of the OP CEDAW and the UN special procedures: the Philippine experience*. Manila: EnGendeRights, Inc.
- Erfani, Amir. 2010. *The Use of Withdrawal among Birth Limiters in Iran and Turkey*. Documentos de Trabalho da DHS Nº. 71. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- Erulkar, Annabel S. e Eunice Muthengi. 2007. *Evaluation of Berhane Hewan: A Pilot Program to Promote Education and Delay Marriage in Rural Ethiopia*. Nova York: Conselho de População.
- Comissão Europeia. 2008. *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*. Bruxelas: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

- Ezeh, Alex C., Ivy Kodzi, Jacques Emina. 2010. "Reaching the Urban Poor with Family Planning Services." *Studies in Family Planning*. 41(2): 109-116.
- Ezzati, Majid, AD Lopez, A Rodgers, S Vander Hoorn, CJ Murray e Comparative Risk Assessment Collaborating Group. 2002. "Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease." *Lancet*, 2 de Novembro; 360(9343): 1347-60. *Lancet*, 2 de novembro de 2002; 360(9343): 1347-60.
- Fahimi-Roudi, Farzaneh, Ahmed Abdul Monem, Lori Ashford e Maha El-Adawy. 2012. *Women's Need for Family Planning in Arab Countries* (Necessidade de Planejamento Familiar entre as Mulheres dos Países Árabes). * Cairo: Escritórios Regionais do UNFPA nos Estados Árabes e *Pan Arab Project for Family Health* (Projeto Pan Árabe de Planejamento Familiar). * Washington, DC: Escritório de Referência em População.
- Feldman, R. e C. Maposhere. 2003. "Safer Sex and Reproductive Choice: Findings from "Positive Women: Voices and Choices" in Zimbabwe." *Reproductive Health Matters*. 11(22): 162-173.
- Finer, Lawrence B. e Stanley K. Henshaw. 2006. "Disparities in Rates of Unintended Pregnancy in the United States, 1994 and 2001." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 38(2): 90-96.
- Fletcher, Jason M. e Barbara L. Wolfe. 2008. "Education and Labor Market Consequences of Teenage Childbearing." *The Journal of Human Resources*. 44(2): 303-325.
- Flood, Michael. 2007. "Involving Men in Gender Policy and Practice." *Critical Half*. 5(1): 9-13.
- Foreit, Karen G. 2012. *Addressing Poverty: A Guide for Considering Poverty-Related and Other Inequities in Health*. Washington, DC: USAID e MEASURE Evaluation.
- Foreit, Karen, M. Karra e T. Pandit-Rajani. 2010. *Disentangling the Effects of Poverty and Place of Residence for Strategic Planning*. Washington, DC: *Futures Group*, Iniciativa de Política de Saúde da USAID, Ordem de Tarefa 1.
- Frost, Jennifer J. e Jacqueline E. Darroch. 2008. "Factors Associated with Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 40(2): 94-104.
- Galston, William A. e Melissa Rogers. 2012. *Health Care Providers' Consciences and Patients' Needs: The Quest for Balance*. Washington, DC: *The Brookings Institution*.
- Glasier, Anna. 2010. *Acceptability of contraception for men: a review*. *Contraception*. 82 (5): 453-456.
- Glasier, Anna, A. Metin Gulmezoglu, George P. Schmid e outros. "Sexual and Reproductive Health." *The Lancet*. 368(9547): 1595-1607.
- Godha, Deepali, David Hotchkiss e Anastasia Gage. 2011. *The Influence of Child Marriage on Fertility, Fertility-Control, and Maternal Health Care Utilization: A Multicountry Study from South Asia. Measure Evaluation PRH Working Paper Series*. Tulane: *Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine*.
- Granich, Reuben, James G. Kahn, Rod Bennett e outros. 2012. "Expanding ART for Treatment and Prevention of HIV in South Africa: Estimated Cost and Cost-Effectiveness 2011-2050." *PLoS ONE*. 7(2): e30216.
- Grant, Monica e Kelly Hallman. 2006. *Pregnancy-related School Dropout and Prior School Performance in South Africa*. Nova York: Conselho de População.
- Greene, Margaret E. e Alison M. Gold. S/d. "Gender and Sterilization in International Reproductive Health Programs." Manuscrito inédito.
- Greene, Margaret E., e Andrew Levack. 2010. *Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations*. Washington, DC: Escritório de Referência em População para o *Interagency Gender Working Group* (Grupo de Trabalho Interagencial de Gênero)* da USAID.
- Greene, Margaret E., Manisha Mehta, Julie Pulerwitz e outros. S/d. *Involving Men in Reproductive Health: Contributions to Development* (Envolvendo Homens na Saúde Reprodutiva: Contribuições para o Desenvolvimento). * Nova York: Projeto do Milênio das Nações Unidas.
- Greene, Margaret E. e Thomas W. Merrick. S/d. "Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Developing Countries: Challenges and Support for Girls (Minuta)." Washington, DC: Banco Mundial.
- Greene, Margaret E, Omar J Robles e Krista Stout. 2012. *A Girl's Right to Learn Without Fear: Working to End Gender-Based Violence at School*. Toronto: Plan Canadá.
- Greene, Margaret E. e Thomas W. Merrick. 2005. *Poverty Reduction: Does Reproductive Health Matter? Em HNP Discussion Paper Series*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Greene, Margaret E., Zohra Rasekh e KaliAhset Amen. 2002. *In this Generation: Sexual and Reproductive Health Policies for a Youthful World*. Washington, DC: *Population Action International*.
- Grover S.R. 2002. "Menstrual and Contraceptive Management in Women with an Intellectual Disability." *The Medical Journal of Australia*. 176(3): 108-110.
- Ministério da Saúde Pública e Assistência Social da Guatemala. 2003. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil* (Pesquisa Nacional de Saúde Materna e Infantil). * Cidade da Guatemala: MSPAS.
- The Guttmacher Institute*. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. Nova York: *The Guttmacher Institute*.
- The Guttmacher Institute*. *The Guttmacher Institute*. 2012. "Are you in the know?" Nova York: *Guttmacher Insitute*. Site: <http://www.guttmacher.org/in-the-know/contraceptive-use.html>. Acessado em 25 de julho de 2012.
- The Guttmacher Institute e International Planned Parenthood Federation*. 2010. *Facts on Satisfying the Need for Contraception in Developing Countries*. Nova York e Londres: *The Guttmacher Institute e IPPF*. Acessível pelo site: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Unmet-Need-Intl.pdf>.
- The Guttmacher Institute e International Planned Parenthood Federation*. 2010a. *In Brief: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. Nova York: *Guttmacher Institute e IPPF*.
- Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson e outros. 2007. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population Within Developing Countries: An Overview. Country Reports on Health, Nutrition, and Population and Poverty*. Washington, DC: Banco Mundial.

- Gwatkin, Davidson R., Adam Wagstaff, Abdo S. Yazbeck. 2005. *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*. Washington, D.C.: Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e Banco Mundial.
- Haberland, Nicole e Diana Measham. 2002. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. Nova York: Conselho de População.
- Hamilton, Brady E. e Stephanie J. Ventura. 2012. *Birth Rates for U.S. Teenagers Reach Historic Lows for All Age and Ethnic Groups*. NCHS Data Brief, Nº. 89. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Hardon, Anita. 2001. *Monitoring Family Planning and Reproductive Rights*. Nova York: Zed Books.
- Harper, Michael J.K. 2005. "In Search of a Second Contraceptive Revolution." *Sexuality, Reproduction, and Menopause*. 3(2): 59-67.
- Haupt, A., T.T. Kane e C. Haub. 2011. *PRB's Population Handbook. A Quick Guide to Population Dynamics for Journalists, Policymakers, Teachers, Students, and other People Interested in Demographics*. Washington, DC: Escritório de Referência em População.
- Iniciativa de Política de Saúde da USAID, Ordem de Tarefa 1. 2010. *"Quantify Inequalities in Access to Health Services and Health Status."* Washington, DC: Futures Group. Iniciativa de Política de Saúde da USAID, Ordem de Tarefa 1.
- Hervish, Alexandra Charlotte Feldman Jacobs. 2011. *Who Speaks for Me?: Ending Child Marriage. Policy Brief*. Washington, DC: Escritório de Referência em População.
- Higgins JA e HS Hirsch JS. 2008. "Pleasure and power: incorporating sexuality, agency, and inequality into research on contraceptive use and unintended pregnancy." *American Journal of Public Health*. 98(10): 1803-1813.
- Higgins, Jenny A. and Jennifer S. Hirsch. 2007. "The Pleasure Deficit: Revisiting the 'Sexuality Connection' in Reproductive Health." *International Family Planning Perspectives*. 33(3): 133-139.
- Higgins, Matthew e Jeffrey G. Williamson. 1997. "Age Structure Dynamics in Asia and Dependence on Foreign Capital." *Population and Development Review*. 23(2):261-293.
- Higgins, Matthew e Jeffrey G. Williamson. 1996. "Asian Demography and Foreign Capital Dependence." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. Nº. 5560.
- Hirsch, Jennifer S. 2008. "Catholics Using Contraceptives: Religion, Family Planning, and Interpretive Agency in Rural Mexico." *Studies in Family Planning*. 39(2): 93-104.
- Hirsch, Jennifer S. e Nathanson, Constance A. 2001. "Some Traditional Methods are More Modern than Others: Rhythm, Withdrawal and the Changing Meanings of Sexual Intimacy in Mexican Companionate Marriage." *Culture, Health, and Sexuality*. 3 (4): 413-428.
- Hobcraft, J. 1991. *Child Spacing and Child Mortality*. Columbia, MD: Macro International, Inc.
- Human Rights Watch. 2004. "Testimonies from 'Unprotected: Sex, Condoms, and the Human Right to Health in the Philippines.'" Acessível no site: <http://www.hrw.org/news/2004/05/04/testimonies-unprotected-sex-condoms-and-human-right-health-philippines>.
- Human Rights Watch. 2011. "Landmark UN Vote on Sexual Orientation." Acessível no site: <http://www.hrw.org/news/2011/06/17/landmark-un-vote-sexual-orientation>. Acessado em 30 de agosto de 2012.
- Hunt, Paul e Judith Bueno de Mesquita. 2007. *The Rights to Sexual and Reproductive Health*. Essex: Centro de Direitos Humanos da Universidade de Essex.
- ICF Macro e Uganda Bureau of Statistics. 2007. *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- ICF Macro e Uganda Bureau of Statistics. 2012. *Uganda Demographic and Health Survey 2011*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- International Center for Research on Women e Promundo. 2011. *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey*. Washington, DC: ICRW e Promundo.
- International Consortium for Emergency Contraception. 2012. "What is Emergency Contraception?" Nova York: ICEC. Acessível no site: <http://www.cecinfo.org/what/index.htm>. Acessado em 25 de junho de 2012.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health (Comitê da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia para Estudo dos Aspectos Éticos da Reprodução Humana e da Saúde da Mulher).* 2009. *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. Londres: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia.
- International Planned Parenthood Federation, European Network (Federação Internacional da Paternidade Planejada, Rede Europeia).* 2006. *Sexuality Education in Europe: a Reference Guide to Policies and Practices*. Bruxelas: Projeto SAFE: parceria europeia para promover a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos de pessoas jovens.
- International Planned Parenthood Federation. 2005. *Fulfilling Fatherhood: Experiences from HIV-Positive Fathers*. Londres: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation. 1996. *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. Londres: IPPF.
- Jaccard, James; Blanton, Hart; Dodge, Tonya (2005). *Developmental Psychology*, Vol. 41(1). 135-147.
- Janowitz, Barbara e John H. Bratt. 1994. *Methods for Costing Family Planning Services (Métodos para o Custeio de Serviços de Planejamento Familiar)*.* Nova York: Fundo de População das Nações Unidas e Family Health International.
- Jayachandran, Seema e Adriana Lleras Muney. 2009. "Life Expectancy and Human Capital Investments: Evidence from Maternal Mortality Declines." *The Quarterly Journal of Economics*. 124(1): 349-397.
- Jewkes, R. e H. Rees. 2005. "Dramatic Decline in Abortion Mortality Due to the Choice on Termination of Pregnancy Act." *South African Medical Journal*. 95(4): 250
- Jones, Louisa, Paula Akugizibwe, Michaela Clayton e outros. 2011. "Costing Human Rights and Community Support Interventions as a Part of Universal Access to HIV Treatment and Care in a Southern African Setting." *Current HIV Research*. 9(6):416-428.
- Jones, Rachel K. e Joerg Dreweke. 2011. *Countering Conventional Wisdom: New Evidence on Religion and Contraceptive Use*. Nova York: Guttmacher Institute.

- Joshi, Shareen, T. Paul Schultz. 2007. *Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh*. New Haven, CT: Universidade de Yale.
- Kabeer, Naila. 2000. *Bangladeshi Women and Labour Market Decisions in London and Dhaka*. Londres: Verso.
- Kabeer, Naila. 1997. "Women, Wages, and Intra-Household Power Relations in Urban Bangladesh." *Development and Change*. 28(2):261-302.
- Kamphausen, W. 2000. *Health Status of Minority Women Living in Europe. Report of a meeting in Gothenburg, Sweden, November 2000*. Bruxelas: Comissão Europeia.
- Karki, Yagya B. e Radha Krishna. 2008. *Factors Responsible for the Rapid Decline of Fertility in Nepal—An Interpretation: Further Analysis of the 2006 Nepal Demographic and Health Survey*. Calverton, Maryland: Macro International.
- Ketting, Evert e Visser, Adriaan P. 1994. "Contraception in the Netherlands: The Low Abortion Rate Explained." *Patient Education and Counseling*. 23 (3): 161-171.
- Kim, Young Mi, Caroline Marangwanda e Adrienne Kols. 1996. *Involving Men in Family Planning: The Zimbabwe Male Motivation and Family Planning Method Expansion Project, 1993-1994*. Baltimore: Centro para Programas de Comunicação, Escola de Saúde Pública Johns Hopkins.
- Kimmel, Michael S. 2000. *The Gendered Society*. Nova York: Oxford University Press.
- Kinsman, John; Nyanzi, Stella; Pool, Robert (2000). *Socializing Influences and the Value of Sex: The Experience of Adolescent School Girls in Rural Masaka, Uganda Culture, Health & Sexuality*. Vol. 2, Nº. 2 (Abr. - Jun., 2000): 151-166.
- Kirby, Douglas. 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research and Social Policy*. 5(3): 18-27.
- Koenig, Michael A., Mian Bazle Hossain e Maxine Whittaker. 1997. "The Influence of Quality of Care upon Contraceptive Use in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 28 (4): 278-289.
- Korenman, Sanders, Robert Kaestner e Ted Joyce. 2002. "Consequences for Infants of Parental Disagreement In Pregnancy Intention." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* Volume 34, Nº. 4, Julho/Agosto.
- Kruger, Diana, Matias Berthelon e Rodrigo Navia. 2009. *Adolescent Motherhood and Secondary Schooling in Chile*. IZA Discussion Paper Series Paper Nº. 4552.
- Kulczyk, Andrzej. 2011. "Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments." *Studies in Family Planning*. 42(3): 199-220.
- Lam, David, Leticia Marteleto e Vimal Ranchhod. 2009. *Schooling and Sexual Behavior in South Africa: The Role of Peer Effects*. Apresentação à XXVI Conferência Internacional sobre População da IUSSP - International Union for Scientific Study of Population, realizada em Marrakesh, Marrocos, em setembro de 2009.
- Landry, Evelyn e Victoria Ward. 1997. "Perspectives from Couples on the Vasectomy Decision." *Reproductive Health Matters*. Londres: Reproductive Health Matters.
- Leathers, Sonya J. e Michele A. Kelley. 2000. "Unintended Pregnancy and Depressive Symptoms Among First-Time Mothers and Fathers." *American Journal of Orthopsychiatry*. 70(4): 523-531.
- Lee, Ronald. 2003. "The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change." *Journal of Economic Perspectives*. 17(4): 167-190.
- Lee, Ronald e Andrew Mason. 2006. "What is the Demographic Dividend?" *Finance and Development*. 43(3): 16.
- Lee, Ronald, Andrew Mason e Timothy Miller. 2000. "Life Cycle and the Demographic Transition: The Case of Taiwan." *Population and Development Review*. 26 (Suplemento: Population and Economic Change in East Asia): 194-219.
- Lee, Ronald, Andrew Mason e Timothy Miller. 1997. *Saving, Wealth, and the Demographic Transition in East Asia*. Honolulu: East-West Center.
- Levine, Ruth, *The What Works Working Group, with Molly Kinder*. 2004. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Washington, DC: Center for Global Development (Centro para o Desenvolvimento Global).*
- Levine, Ruth, Cynthia B. Lloyd, Margaret Greene e outros. 2008. *Girls Count: A Global Investment and Action Agenda*. Washington, DC: Centro para o Desenvolvimento Global.
- Lewis, Maureen e Marlaine Lockheed. 2007. *Inexcusable Absence: Why 60 Million Girls Aren't in School and What to Do About It*. Washington, DC: Centro para o Desenvolvimento Global.
- Lin, Yim Yuet. 2007. "Working from a RightsBased Approach to Health Service Delivery to Sex Workers." *Exchange*. Acessível pelo site: http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1277.
- Lloyd, Cynthia B., ed. 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: Academia Nacional de Ciências.
- Lloyd, Cynthia B. 2009. *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls-A Girls Count Report on Educating Adolescent Girls*. Nova York: Conselho de População.
- Lloyd, Cynthia B. 2007. *The Role of Schools in Promoting Sexual and Reproductive Health Among Adolescents in Developing Countries. Poverty, Gender, and Youth* Documento de Trabalho Nº. 6. Nova York: Conselho de População.
- Lloyd, Cynthia B. e Barbara S. Mensch. 2008. *Marriage and childbirth as factors in dropping out from school: an analysis of DHS data from sub-Saharan Africa*. *Population Studies* Mar; 62(1):1-13.
- Loaiza, Edilberto e Sarah Blake. 2010. *How Universal is Access to Reproductive Health?: A Review of the Evidence* (Quão Universal é o Acesso à Saúde Reprodutiva? Uma Revisão das Evidências).* Nova York: Fundo de População das Nações Unidas.
- Lyerly, Anne Drapkin e Jean Anderson. 2001. "Human Immunodeficiency Virus and Assisted Reproduction: Reconsidering Evidence, Reframing Ethics." *Fertility and Sterility*. 75(5): 843-858.

- Maart, S e J Jelsma. 2010. "The Sexual Behaviour of Physically Disabled Adolescents." *Disability and Rehabilitation*. 32(6):438-443.
- Maine, Deborah, Murat Z. Akalin, Jyotsnamoy Chakraborty e outros. 1996. "Why did Maternal Mortality Decline in Matlab." *Studies in Family Planning*. 27(4): 179-187.
- Malhotra, Anju, Ann Warner, Aliison McGonagle e outros. 2011. *Solutions to End Child Marriage: What the Evidence Shows*. Washington, DC: Centro Internacional de Pesquisa sobre a Mulher.
- Mason, Andrew e Sang-Hyop Lee. 2004. *The Demographic Dividend and Poverty Reduction*. Apresentação no Seminário sobre Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millenium Development Goals (Relevância de Aspectos Populacionais para a Realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio). Nova York, NY, 17 a 19 de novembro de 2004. Honolulu: East-West Center.
- Marsiglio, William. 1988. "Adolescent Male Sexuality and Heterosexual Masculinity: A Conceptual Model and Review." *Journal of Adolescent Research*. 3 (3-4): 285-303.
- McCleary-Sills, Jennifer, Allison McGonagle e Anju Malhotra. 2012. *Women's Demand for Reproductive Control: Understanding and Addressing Gender Barriers*. Washington, DC: Centro Internacional de Pesquisa sobre a Mulher.
- McLanahan, Sara e Gary Sandefur. 1994. *Growing Up With a Single Parent: What Hurts, What Helps*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McQueston, Kate, Rachel Silverman e Amanda Glassman. 2012. *Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions*. Documento de Trabalho 295. Washington, DC: Centro para o Desenvolvimento Global.
- Meekers, Dominique. 1994. "Sexual Initiation and Premarital Childbearing in Sub-Saharan Africa." *Population Studies*. 48 (1): 47-67.
- Mensch, Barbara S., Judith Bruce, Margaret E. Greene. 1999. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. Nova York: Conselho de População.
- Mensch, Barbara S., Monica J. Grant e Ann K. Blanc. 2005. *The Changing Context of Sexual Initiation in Sub-Saharan Africa*. Nova York: Conselho de População.
- Mgbako, Chi, Meghan Gabriel, Laura Garr e outros. 2008. *Rights-Based Sex Worker Empowerment Guidelines: An Alternative HIV/AIDS Intervention Approach to the 100% Condom Use Programme*. Maharashtra: Center for Advocacy on Stigma and Marginalization.
- Michau, Lori, Dipak Naker e Zahara Swalehe. 2002. "Mobilizing Communities to End Violence Against Women in Tanzania." Em *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, Nicole Haberland e Diana Measham, eds. Nova York: Conselho de População.
- Miguel, Edward e Michael Kremer. 2004. "Worms: Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities." *Econometrica*. 72(1): 159-217.
- Miller, Grant. 2009. "Contraception as Development? New Evidence from Family Planning in Colombia." *The Economic Journal*. 120(545):709-736.
- Miller, S., F. Lester, M. Webster, B. Cowan. "Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy." *Journal of Midwifery and Women's Health*. 50(4): 286-294.
- "Monitoring MDG Target 5B". *MDG5 at 10. Commonwealth Medical Trust, 01 January 2010*. Acessado em 10 de julho de 2012: http://mdg5at10.org/index.php?option=com_content&view=category&id=3:mdg-target-5b&layout=blog&Itemid=4.
- Montgomery, Mark R. 1996. "Comments on Men, Women, and Unintended Pregnancy." *Population and Development Review*. 22 (Suplemento: *Fertility in the United States: New Patterns, New Theories*): 100-106.
- Mora G., C. Betts, J. Gay e outros. 1993. *Quality of Care in Women's Reproductive Health: A Framework for Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Muhuri, Pradip K. 1996. "Estimating Seasonality Effects on Child Mortality in Matlab, Bangladesh." *Demography*. 33(1): 98-110.
- Muhuri, Pradip K. 1995. "Health Programs, Maternal Education, and Differential Child Mortality in Matlab, Bangladesh." *Population and Development Review*. 21(4): 813-834.
- Muhuri, Pradip K. e Samuel H. Preston. 1991. "Effects of Family Composition on Mortality Differentials by Sex Among Children in Matlab, Bangladesh." *Population and Development Review*. 17(3): 415-434.
- Murthy, Nirmala, Lakshmi Ramachandar, Pertti Pelto e Akhila Vasan. 2002. "Dismantling India's Contraceptive Target System: An Overview and Three Case Studies." Em: *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, Nicole Haberland e Diana Measham, eds. Nova York: Conselho de População.
- "Namibia: Women Take Legal Action Over Alleged Sterilisations." *Irin Plus News*. 25 de junho de 2009. Acessível pelo site: <http://www.irinnews.org/Report/85012/NAMIBIA-Women-takelegal-action-over-alleged-sterilisations>.
- Conselho Nacional de Pesquisa e Instituto de Medicina dos Estados Unidos, painel sobre *Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Cynthia B. Lloyd (ed.). 2005. *Growing up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: National Academies Press.
- Escritório do Alto Comissariado para Direitos Humanos. Convenção sobre os Direitos da Criança. 3 de junho de 2012.
- Oosterhoff, P., NT Anh, NT, Hanh e outros. 2008. "Holding the Line: Family Responses to Pregnancy and the Desire for a Child in the Context of HIV in Vietnam." *Culture, Health, and Sexuality*. 10(4): 403-416.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. 2011. *Doing Better for Families*. Apresentação para a Reunião Ministerial da OCDE sobre Política Social realizada em Paris, de 2 a 3 de maio de 2011. Paris: OCDE.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. 2010. "Marriage and Divorce Rates". * Banco de Dados da Família da OCDE. Paris: OCDE, Divisão de Política Social, Diretoria de Emprego, Trabalho e Assuntos Sociais. Acessível pelo site: <http://www.oecd.org/els/familiesandchildren/40321815.pdf>.
- Ortayli, Nuriye e Shawn Malarcher. 2010. "Equity Analysis: Identifying Who Benefits from Family Planning Programs". *Studies in Family Planning*. 41(2): 101-108.

- Ortega, José Antonio. 2012. "A Characterization of World Union Patterns at the National and Regional Level." Trabalho apresentado no Seminário Internacional *First Union Patterns around the World* realizado pela *International Union for the Scientific Study of Population* em Madri, Espanha, de 20 a 22 de junho de 2012.
- PATH. 2012. "Sharing Experiences and Changing Lives—Communication Influences Informed Choice for Nepali Women." Seattle: PATH. Site: http://www.path.org/projects/safe_abortion_nepal.php. Acessado em 14 de julho de 2012.
- Patton, George C., Carolyn Coffey, Susan M. Sawyer e outros. 2009. "Global Patterns of Mortality in Young People: A Systematic Analysis of Population Health Data." *The Lancet*. 374(9693): 881-892.
- Pence, Brian, Philomena Nyarko, Cornelius Debpuur e outros. 2001. *The Impact of the Navrongo Community Health and Family Planning Project on Child Mortality, 1993-2000*.
- Pence, Brian W., Philomena Nyarko e James F. Phillips. 2007. "The Effect of Community Nurses and Health Volunteers on Child Mortality: The Navrongo Community Health and Family Planning Project." *Scandinavian Journal of Public Health*. 35(6): 599-608.
- Penteado, Luis Guilherme, Francisco Cabral, Margarita Diaz e outros. 2001. "Organizing a Public-sector Vasectomy Program in Brazil." *Studies in Family Planning*. 32(4):315-328.
- Perper K, Peterson K, Manlove J. 2010. *Diploma Attainment Among Teen Mothers. Child Trends, Fact Sheet Publication #2010-01*: Washington, DC: *Child Trends*.
- Phillips, James F., Ayaga A. Bawah e Fred N. Binka. 2006. "Accelerating Reproductive and Child Health Programme Impact with Community-Based Services: the Navrongo Experiment in Ghana" (Aceleração do Impacto do Programa de Saúde Reprodutiva e Saúde Infantil por Meio de Serviços Comunitários: o Experimento Navrongo em Gana). * Boletim da Organização Mundial da Saúde. 84: 949-955.
- Phillips, James F., Ruth Simmons, Michael A. Koenig e outros. 1988. "Determinants of Reproductive Change in a Traditional Society: Evidence from Matlab, Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 19(6): 313-334.
- Philpott, Anne, Wendy Knerr e Dermot Maher. 2006. "Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy." *The Lancet*. 368(9551): 2028-2031.
- Planned Parenthood Federation of America. 2012. "Fertility Awareness-Based Methods." Nova York: Planned Parenthood Federation of America. Site: <http://www.plannedparenthood.org/health-topics/birth-control/fertility-awareness-4217.htm>. Acessado em 25 de julho de 2012.
- Population Action International. 2003. *Emergency Contraception and the Global Gag Rule: An Unofficial Guide*. Nova York: Population Action International.
- Conselho de População. 2007. "Financial Sustainability of Reproductive Health Services." *Frontiers in Reproductive Health (Legacy Series)*. Washington, DC: Conselho de População.
- Population Reference Bureau (Escritório de Referência em População)*. 2011. *2011 World Population Datasheet*. Washington, DC: PRB.
- Escritório de Referência em População. 2011. *Population Bulletin: The World at 7 Billion*. Washington, DC: PRB.
- Pradhan Ajit, Subedi Bal Krishna, Barnett Sarah, Sharma Sharad Kumar, Puri Mahesh, Poudel Pradeep, Rai Shovana, KC Naresh Pratap, Hulton Louise. 2010. *Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009*. Divisão de Saúde da Família do Departamento de Serviços de Saúde do Ministério da Saúde e População do Governo do Nepal: Kathmandu, Nepal.
- Pulerwitz, Julie e Gary Barker. 2006. "Promoting More Gender-equitable Norms and Behaviors Among Young Men as an HIV/AIDS Prevention Strategy." *Horizons Final Report*. Washington, DC: Conselho de População.
- Pulerwitz, Julie e Gary Barker. 2008. "Measuring Attitudes toward Gender Norms among Young Men in Brazil." *Men and Masculinities*. 10(3): 322-338.
- Raj, Anita, Niranjana Saggurti, Donta Balaiah e outros. 2009. "Prevalence of Child Marriage and its Effect on Fertility and Fertility-Control Outcomes of Young Women in India: A Cross-Sectional, Observational Study." *The Lancet*. 373(9678):1883-1889.
- Ravindran, TK Sundari. 1995. *A Study of User Perspectives on the Diaphragm in an Urban Indian Setting*. Nova York: Conselho de População.
- Reher, David S. 2011. "Economic and Social Implications of the Demographic Transition." *Population and Development Review*. 37 (Suplemento s1): 11-33.
- Reprohealthlaw. 2012. *Colombia: Constitutional Court Upholds Abortion Rights*, 23 de fevereiro de 2012. Disponível no site: <http://reprohealthlaw.wordpress.com>. (Acessado em 30 de agosto de 2012).
- Ringheim, Karin. 2007. "Ethical and Human Rights Perspectives on Providers' Obligation to Ensure Adolescents' Rights to Privacy." *Ethical Issues in Reproductive Health*. 38(4): 245-252.
- Rogow, Deborah. 1995. "Withdrawal: A Review of the Literature and an Agenda for Research." *Studies in Family Planning*. 26(3): 140-153.
- Rohleder P., SH Braathen, LSwartz, AH Eide. 2009. "HIV/AIDS and Disability in Southern Africa: A Review of Relevant Literature." *Disability and Rehabilitation*. 31(1): 51-59.
- Ronsmans, Carine e Myriam Khat. 1999. "Adolescence and Risk of Violent Death during Pregnancy in Matlab, Bangladesh." *The Lancet*. 354(9188): 1448.
- Rosenzweig, Mark R. e T. Paul Schultz. 1982. "Child Mortality and Fertility in Colombia: Individual and Community Effects." *Health Policy and Education*. 2(3-4):305-348.
- Rosenzweig, Mark R. e Kenneth I. Wolpin. 1986. "Evaluating the Effects of Optimally Distributed Public Programs: Child Health and Family Planning Interventions." *The American Economic Review*. 76(3):470-482.
- Ross, John, Eva Weissman e John Stover. 2009. *Contraceptive Projections and the Donor Gap: Meeting the Challenge*. Washington, DC: Reproductive Health Supplies Coalition.
- Rottach, Elisabeth, Sidney Schuler e Karen Hardee. 2009. *Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence*. Washington, DC: Escritório de Referência em População.

- Rutenberg, Naomi, Duff Gillespie, Elizabeth Flanagan e outros. 2006. *HIV Status, Fertility Intentions, and the Demand for Contraception: Assessing the Current Research to Improve the Integration of Reproductive Health and HIV Programs*. Apresentação para *Population Association of America Meetings* em Los Angeles, CA, em 30 de março de 2006. Princeton: Universidade de Princeton.
- Rutstein, Shea. 2000. "Effects of Birth Intervals on Mortality and Health: Multivariate Cross-Country Analyses." Apresentação em Power Point. Washington DC: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).
- Rutstein, Shea. 2005. "Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and Under-five years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 89: 57-524.
- Sanogo, Diouratie, Saumya RamaRao, Heidi Jones, Penda N'diaye, Bineta M'bow e Cheikh Bamba Diop. 2003. "Improving Quality of Care and Use of Contraceptives in Senegal." *African Journal of Reproductive Health*. 7 (2): 57-73.
- Schalet, Amy. 2004. "Must We Fear Adolescent Sexuality?" *MedGenMed*. 6(4):44.
- Schalet, Amy. 2010. "Sexual Subjectivity Revisited: The Significance of Relationships in Dutch and American Girls' Experiences of Sexuality." *Gender and Society*. 24(3):304-329.
- Scheer, Jessica, Thilo Kroll, Melinda T. Neri, Phillip Beatty. 2003. "Access Barriers for Persons with Disabilities: The Consumer's Perspective." *Journal of Disability Policy Studies*. 14(4):221-230.
- Schmidt, Brita. 1998. "Forced Sterilization in Peru." *Political Environments*. 6. Acessível pelo site: <http://cwpe.org/node/49>.
- Schultz, Paul T. 2009. "The Gender and Intergenerational Consequences of the Demographic Dividend: An Assessment of the Micro- and Macrolinkages between the Demographic Transition and Economic Development." *The World Bank Economic Review*. 23(3): 427-442.
- Schultz, Paul T. 2008. "Health Disabilities and Labor Productivity in Russia in 2004: Health Consequences beyond Premature Death." Em: *Economic Implications of Chronic Illness and Disability in Eastern Europe and the Former Soviet Union*, editado por C. Mete. Washington, DC: Banco Mundial.
- Schultz, Paul T. 2010. "Health Human Capital and Economic Development." *Journal of African Economies*. 19(3): iii12-iii80.
- Schultz, Paul T. 2009a. *How Does Family Planning Promote Development? Evidence from a Social Experiment in Matlab, Bangladesh, 1977-1996*. Apresentação para as reuniões da *Population Association of America*. Detroit MI, 20 de abril de 2009. New Haven: Universidade de Yale.
- Schultz, Paul T. 2003. "Human Capital, Schooling and Health." *Economics and Human Biology*. 1(2):207-221.
- Schultz, Paul T. 1997. "Wage and Labor Supply Effects of Illness in Cote d'Ivoire and Ghana: Instrumental Variable Estimates for Days Disabled." *Journal of Development Economics*. 53(2): 251-286.
- Sedgh, Gilda, Susheela Singh e Iqbal H. Shah. 2012. "Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008." *The Lancet*. 379(9816): 625-632.
- Seneviratne, H.R. e L.C. Rajapaksa. 2000. "Safe Motherhood in Sri Lanka: a 100 year march." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 70(1): 113-124.
- Servais, L. 2006. "Sexual Health Care in Persons with Intellectual Disabilities." *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 12(1): 48-56.
- Shah, Iqbal e Elisabeth Ahman. 2010. "Unsafe Abortion in 2008: Global and Regional Levels and Trends." *Reproductive Health Matters*. 18(36): 90-101.
- Sharma, Sudha. 2003. "Legalization of Abortion in Nepal: The Way Forward." *Kathmandu University Medical Journal*. 2(3): 177-178.
- Shih, Grace, David Turok e Willie Parker. 2011. "Vasectomy: the Other (Better) Form of Sterilization." *Contraception*. 83(4): 310-315.
- Silva, Erika e Ricardo Batista. 2010. *Bolivian Maternal and Child Health Policies: Successes and Failures (Paper sobre Políticas)*. Ottawa, ON: FOCAL - Canadian Foundation for the Americas (Fundação Canadense para as Américas)*.
- Simmons, Ruth. 1996. "Women's Lives in Transition: A Qualitative Analysis of the Fertility Decline in Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 27(5):251-268.
- Sinding, Steven W. 2009. "Population, Poverty, and Economic Development." *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 364(1532): 3023-3030.
- Singh, Susheela. 2006. "Hospital Admissions Resulting from Unsafe Abortion: Estimates from 13 Developing Countries." *The Lancet*. 368(9550):1887-92.
- Singh, Susheela e outros. 2009. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health* (Acréscitar: Custos e Benefícios do Investimento no Planejamento Familiar e na Saúde Materna e Neonatal).* Nova York: *Guttmacher Institute* e Fundo de População das Nações Unidas.
- Singh, Susheela e Jacqueline E. Darroch. 2012. *Adding it Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services-Estimates for 2012* (Acréscitar: Custos e Benefícios dos Serviços Contraceptivos - Estimativas para 2012).* Nova York: *Guttmacher Institute* e Fundo de População das Nações Unidas.
- Singh, Susheela, Gilda Sedgh e Rubina Hussain. 2010. "Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes." *Studies in Family Planning*. 41(4): 241-250.
- Sinha, Nistha. 2003. "Fertility, Child Work and Schooling Consequences of Family Planning Programs: Evidence from an Experiment in Rural Bangladesh." *Economic Development and Cultural Change*. 54(1): 97-128.
- Sonenstein, Freya L. (ed). *Young Men's Sexual and Reproductive Health: Toward a National Strategy-Framework and Recommendations*. Washington, DC: *Urban Institute*.

Declaração do Dr. Kisamba Mugerwa, Presidente da Autoridade Nacional de Planejamento de Uganda, na 45ª Sessão da Comissão sobre População e Desenvolvimento do Conselho de Economia e Assuntos Sociais das Nações Unidas sobre o Item 4 da Agenda, "Adolescentes e Juventude".* Acessível pelo site: http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2012/Agenda%20item%204/Country%20statements/Uganda_Item4.pdf.

Steward N.R., G. Farkas e J.B. Bingenheimer. 2009. "Detailed Educational Pathways Among Females After Very Early Sexual Intercourse." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 41(4):244-252.

Suvedi, Bal Krishna, Ajit Pradhan, Sarah Barnett e outros. 2009. *Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings*. Kathmandu, Nepal: Divisão da Saúde da Família do Departamento de Serviços da Saúde do Ministério da Saúde e População do Governo do Nepal.

Swann C., K. Bowe, G. McCormick, M. Kosmin. 2003. *Teenage Pregnancy and Parenthood: A Review of Reviews*. Londres: Health Development Agency.

Taylor, Joan. 2008. *Revitalizing Underutilized Family Planning Methods Using Communication and Community Engagement to Stimulate Demand for the IUD in Uganda*. Nova York: Projeto ACQUIRE e EnGender Health.

Comissão de Aids da Tanzânia. 2009. *The Forgotten: HIV and Disability in Tanzania. Dar es Salaam*, Tanzânia: Comissão de Aids da Tanzânia. Disponível no site: <http://www.gtz.de/de/dokumente/gtz2009-en-hiv-and-disabilitytanzania.pdf> (acessado em 14 de junho de 2012).

Tensou, Biruk e Michelle J. Hindin. 2010. *Covert Contraceptive Use and Discordant Fertility Preferences among Ethiopian Couples*. Apresentação para a *Population Association of America*. Dallas, TX, 17 de abril de 2010. Princeton, Nova Jersey: Universidade de Princeton.

Trussell, James. 2011. "Contraceptive Efficacy." Em Hatcher R.A., J. Trussell, A.L. Nelson, W. Cates, D. Kowal e M. Policar (eds). *Contraceptive Technology*: 20ª Edição revisada. Nova York: Ardent Media.

Trussell, James e Elizabeth G. Raymond. 2012. *Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy*. Princeton, Nova Jersey: Escritório de Pesquisa em População da Universidade de Princeton.

Tsai, I-Ju, C. Y. Cyrus Chu e Ching-Fan Chung. 2000. "Demographic Transition and Household Saving in Taiwan." *Population and Development Review*. 26 (Suplemento: *Population and Economic Change in East Asia*): 174-193.

UNAIDS. 2000. *Men and AIDS—A Gendered Approach*. (Homens e Aids – uma abordagem de gênero).* Genebra: UNAIDS.

UNFPA. 1994. Programa de Ação da Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento. Nova York: UNFPA.

UNFPA. 2003. *Enlisting the Armed Forces to Protect Reproductive Health and Rights: Lessons Learned from Nine Countries-Technical Report* (Convocação das Forças Armadas para a Proteção da Saúde e Direitos Reprodutivos: Lições Aprendidas em Nove Países – Relatório Técnico).* Nova York: UNFPA.

UNFPA. 2005. *Rights into Action: UNFPA Implements Human Rights-Based Approach* (Direitos em Ação: o UNFPA Implementa uma Abordagem Baseada em Direitos Humanos).* Nova York: UNFPA.

UNFPA. 2005a. *ICPD at Ten – The World Reaffirms Cairo: Official Outcomes of the ICPD at Ten Review* (10 Anos da CIPD – O Mundo Reafirma o Cairo: Resultados Oficiais da CIPD na Revisão dos 10 Anos).* Nova York: UNFPA.

UNFPA. 2007. "RHIYA Programme Officially Ends, But Its Legacy Continues-Making a Decade of Investment in the Youth in Asia." (O Programa RHIYA Termina Oficialmente, mas seu Legado Continua – Uma Década de Investimento na Juventude Asiática).* Bruxelas: UNFPA. Site: <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=1038&Language=1>. Acessado em 25 de julho de 2012.

UNFPA. 2007a. Relatório sobre a Situação da População Mundial. Nova York: UNFPA.

UNFPA. 2009. *Do all pregnant women have the right to live?* (Todas as mulheres grávidas têm o direito de viver?).* Coletado em 8 de junho no documento: *Motherhood and Human Rights* (Maternidade e Direitos Humanos)*: <http://www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/factsheets/pid/3851>.

UNFPA. 2010. *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights* (Saúde Sexual e Reprodutiva para Todas e Todos: Redução da Pobreza, Progresso do Desenvolvimento e Proteção dos Direitos Humanos).* Nova York: UNFPA.

UNFPA. 2010a. *Monitoring ICPD Goals: Select Indicators* (Monitoração dos Objetivos da CIPD: Indicadores Seleccionados).* Nova York: UNFPA. http://www.unfpa.org/swp/2010/web/en/pdf/EN_SOWP10_ICPD.pdf Fundo de População das Nações Unidas. 2011. "Issues Brief: Comprehensive Condom Programming" (Resumo Temático: Programação Abrangente do Uso de Preservativos).* Nova York: UNFPA.

UNFPA. 2011. Relatório sobre a Situação da População Mundial. Nova York: UNFPA.

UNFPA. 2011a. *The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security* (Programa Global para a Melhoria da Segurança em Insumos para Saúde Reprodutiva)*: Relatório Anual de 2011. Nova York: UNFPA.

UNFPA. 2011b. *Population Dynamics in the Least Developed Countries: Challenges and Opportunities for Development and Poverty Reduction* (Dinâmica Populacional nos Países Minimamente Desenvolvidos: Desafios e Oportunidades para o Desenvolvimento e Redução da Pobreza).* Nova York: UNFPA.

UNFPA. 2012. *Marrying Too Young: End Child Marriage* (Casar Cedo Demais: o Fim do Casamento Infantil).* Nova York: UNFPA.

UNFPA. 2012a. *The Family Planning Programme in the Islamic Republic of Iran* (O Programa de Planejamento Familiar na República Islâmica do Irã).* Teerã: UNFPA.

UNFPA. 2012b. "Promoting Gender Equality Frequently Asked Questions about Gender." (A Promoção da Igualdade de Gênero: Perguntas Frequentes sobre Gênero)*. Nova York: UNFPA. Site: http://www.unfpa.org/gender/resources_faq.htm. Acessado em 12 de julho de 2012.

UNFPA. 2012c. "So Many Mouths to Feed: Addressing High Fertility in Famine-Stricken Somalia." (Tantas Bocas para Alimentar: Enfocando a Fecundidade Elevada na Somália, País Atingido pela Fome)*. Acessado em 30 de agosto no site: <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/10333>.

UNFPA. 2012d. *"Statement of UNFPA for the Eleventh Session of the Permanent Forum on Indigenous Peoples Issues,"* (Declaração do UNFPA na 11ª Sessão do Fórum Permanente sobre as Questões dos Povos Indígenas)*. 9 de maio de 2012.

UNFPA. Sem data. *"Young People and Times of Change."* (Os Jovens em Tempo de Mudança)*. Documento. Nova York: UNFPA. Acessível pelo site: http://www.unfpa.org/public/home/factsheets/young_people, Acessado em 4/12/11.

ONU-Habitat. 2003. *The Challenge of Slums—Global Report on Human Settlements* (Os Desafios das Favelas – Relatório Global sobre os Assentamentos Humanos)*. Virginia: *Earthscan*.

UNICEF. 2011. *Boys and Girls in the Life Cycle: Sex Disaggregated data on a selection of wellbeing indicators, from early childhood to young adulthood* (Meninos e Meninas no Ciclo da Vida: Dados Desagregados de Sexo numa Seleção de Indicadores de Bem-Estar, da Primeira Infância até a Juventude Adulta)*. Nova York: UNICEF, Divisão de Política e Prática.

UNICEF. 2010. *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity* (Progresso para as Crianças: O Alcance dos ODMs com Equidade)*. Nova York: UNICEF.

UNICEF em conjunto com UNAIDS, UNESCO, UNFPA, OIT, OMS e Banco Mundial. 2011a. *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Early Adulthood* (Oportunidade na Crise: A Prevenção do HIV da Pré-Adolescência à Juventude)*. Nova York: UNICEF.

Nações Unidas. 2006. *Levels and Trends in Contraceptive Use as Assessed in 2002* (Níveis e Tendências no Uso de Contraceptivos Conforme Avaliação realizada em 2002)*. Nova York: Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais.

Nações Unidas. 2007. Relatório Mundial da Juventude. Nova York: Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais.

Nações Unidas. 2008. *Official List of Millennium Development Goals Indicators* (Lista Oficial dos Indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio)*. Nova York: Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. Acessível pelo site: <http://mdgs.un.org/> (Acessado em 30 de agosto de 2012).

Nações Unidas. 2008a. *Trends in International Migrant Stock: The 2008 Revision* (Tendências no Estoque Internacional de Migrantes: Revisão de 2008)*. Nova York: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais.

Nações Unidas. 2009. *World Marriage Data* (Dados Mundiais sobre Matrimônio)* 2008. Nova York: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. Acessível pelo site: http://www.un.org/esa/population/publications/WMD2008/WP_WMD_2008/Documentation.html.

Nações Unidas. 2009a. *Analysis prepared by the secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues: indigenous women* (Análise preparada pela Secretaria do Fórum Permanente sobre as Questões dos Povos Indígenas: as Mulheres Indígenas)*. E/C.19/2009/8. Nova York: Conselho Econômico e Social.

Nações Unidas. 2009b. *"The Millennium Development Goals Report 2009."* (Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de 2009)*. Nova York: ONU.

Nações Unidas. 2010. *World Fertility Report 2007* (Relatório Mundial sobre Fecundidade de 2007)*. Nova York: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais.

Nações Unidas. 2011. *"World Contraceptive use."* (Uso Mundial de Contraceptivos)*. Painel. Nova York: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. Acessível pelo site: http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_front.pdf

Nações Unidas. 2011a. *World Population Prospects: The 2010 Revision, Highlights and Advance Tables* (Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2010, Destaques e Tabelas de Avanços)*. Nova York: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais.

Nações Unidas. 2011b. *"World Marriage Patterns"* (Padrões Mundiais de Matrimônio)*. *Population Facts*. Nº. 2011/1. Nova York: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. Acessível pelo site: http://www.un.org/esa/population/publications/popfacts/PopFacts_2011-1.pdf.

Nações Unidas. 2011c. *"The Millennium Development Goals Report 2011."* (Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de 2011)*. Nova York: ONU.

Nações Unidas. 2011d. *Social Panorama of Latin America 2011* (Panorama Social da América Latina – 2011)*. Santiago: Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina (CEPAL).

Nações Unidas. 2012. *Millennium Development Goals: 2012 Progress Chart* (Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Mapa do Progresso de 2012)*. Nova York: Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais.

Assembleia Geral das Nações Unidas. 1999. *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-First Special Session of the General Assembly. Key Actions for Further Implementation of the ICPD Programme of Action* (Relatório do Comitê Ad Hoc sobre a Totalidade da 21ª Sessão Especial da Assembleia Geral. Ações Essenciais para a Posterior Implementação do Programa de Ação da CIPD)*. Nova York: Nações Unidas.

Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (2010). *UNGASS Report on HIV and AIDS* (Relatório UNGASS sobre HIV e Aids)*. Zimbábue. Harare: Conselho Nacional para a Aids do Zimbábue.

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. 2011. *Refocusing Family Planning in Refugee Settings: Findings and Recommendations from a Multi-Country Baseline Study* (Reenfoque do Planejamento Familiar em Situações de Refugiados: Descobertas e Recomendações Resultantes de um Estudo de Base Envolvendo Vários Países)*. Genebra: ACNUR.

Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. 2008. Declaração da Sra. Navanetham Pillay perante a Assembleia Geral da ONU. Nova York, N.Y., 18 de dezembro de 2008. Disponível no site: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/49997ae312.html> (acessado em 30 de agosto de 2012).

Divisão de População das Nações Unidas. 2012. Dados não publicados sobre médias regionais.

Portal das Nações Unidas em Abordagens de Programação com Enfoque de Direitos Humanos para Praticantes. *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation: Towards a Common Understanding Among UN Agencies* (A Abordagem com Enfoque em Direitos Humanos na Cooperação para o Desenvolvimento: Rumo a um Entendimento Comum entre as Agências da ONU)*. Disponível no site: <http://hrbportal.org/> (Acessado em 30 de agosto de 2012).

Força Tarefa do Sistema ONU sobre a Agenda de Desenvolvimento das Nações Unidas Pós-2015. 2012. *Realizing the Future We Want for All: Report to the Secretary General* (Realizar o Futuro que Desejamos para Todas e Todos: Relatório para o Secretário-Geral)*. (Nova York, Nações Unidas).

ONU Mulheres. 2008. *The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality* (O Papel de Homens e Meninos no Alcance da Igualdade de Gênero)*. Nova York: Divisão para o Avanço da Mulher do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais.

Van Landingham, Mark e John E. Knodel. 2007. "Sex and the Single (Older) Guy: Sexual Lives of Older Unmarried Thai Men During the AIDS Era." *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22(4): 375-388.

Ventura, Stephanie J., Joyce A. Martin, Sally C. Curtin e T.J. Mathews. 1997. "Report of Final Natality Statistics." *Monthly Vital Statistics Report*. 45(11):1-84.

Welbourn, Alice. 2003. *Stepping Stones*. Oxford, UK: *Strategies for Hope Trust*.

Westoff, Charles F. 2008. *A New Approach to Estimating Abortion Rates. DHS Analytical Studies* Nº. 13. Calverton, Maryland: *Macro International, Inc.*

Westoff, Charles F. 2005. *Recent Trends in Abortion and Contraception in Twelve Countries. DHS Analytical Studies* Nº. 8. Calverton, Maryland: *ORC Macro*.

Westoff, Charles F. e Akinrinola Bankole. 2002. *Reproductive Preferences in Developing Countries at the Turn of the Century. DHS Comparative Reports* Nº. 2. Calverton, Maryland: *ORC Macro*.

Williamson, Jeffrey G. 2001. "Demographic Change, Economic Growth and Inequality." *Population Matters*. 1(9): 106-137.

Organização Mundial da Saúde. 1995. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry—Report of a WHO Expert Committee* (Condição Física: Emprego e Interpretação da Antropometria – Relatório de Comitê de Peritos da OMS)*. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2003. *International Migration, Health, and Human Rights* (Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos)*. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2004. *Basic Indicators: Health Situation in South-East Asia* (Indicadores Básicos: Situação da Saúde no Sudeste Asiático)*. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2004a. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings* (Drogas antirretrovirais para tratamento da mulher grávida e prevenção do HIV na criança: diretrizes sobre tratamento e apoio à mulher vivendo com HIV e Aids e seus filhos em ambientes com recursos limitados)*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. 2005. *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experience* (Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde: Aprendizado com a Experiências Prévias)*. Documento de Contextualização. Genebra: Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. 2005a. "Emergency Contraception." (Contracepção de Emergência)* Documento Nº. 244. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2005b. *Violence against Sex Workers and HIV Prevention* (Violência Contra Trabalhadoras do Sexo e Prevenção do HIV)*. *Information Bulletin Series, Number 3*. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2006. *Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2006a. *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope* (Adolescentes Grávidas: Honrar Premissas Globais de Esperança)*. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2008. "Adolescent Pregnancy." (Gravidez Adolescente)* *Making Pregnancy Safer (MPS)*. Notas. 1(1). Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2008a. "Why is Giving Special Attention to Adolescents Important for Achieving Millennium Development Goal 5?" (Por que dar Atenção Especial aos Adolescentes é Importante para o Alcance do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5?)*. Documento. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2009. *Strategy for Integrating Gender Analysis and Actions into the work of WHO* (Estratégia para a Integração da Análise e Ações de Gênero no Trabalho da OMS)*. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2010. "10 Facts on Obstetric Fistula" (10 Fatos sobre a Fístula Obstétrica)*. Genebra: OMS. Disponível no site: http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/.

Organização Mundial da Saúde. 2010a. *Accountability for Women's and Children's Health* (Responsabilização pela Saúde de Mulheres e Crianças)*. Genebra: OMS. Disponível no site: http://www.who.int/woman_child_accountability/about/en/ (Acessado em 30 de agosto de 2012).

Organização Mundial da Saúde. 2011. *Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access: Progress Report 2011* (Resposta Global para o HIV e para a Aids: Atualização sobre a Epidemia e Progresso no Setor da Saúde para o Acesso Universal: Relatório de Progresso de 2011)*. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2011a. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008* (Aborto Inseguro: Estimativas Globais e Regionais da Incidência do Aborto Inseguro e da Mortalidade Associada em 2008)*. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2011b. *"Reproductive Health at a Glance: Uganda."* (Saúde Reprodutiva em Um Só Olhar: Uganda)*. Acessível pelo site: <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1303736328719/Uganda42111WEB.pdf>, acessado em 15 de julho de 2012.

Organização Mundial da Saúde. 2011c. *World Report on Disability* (Relatório Mundial sobre Deficiência)*. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2012. *"WHO Upholds Guidance on Hormonal Contraceptive Use and HIV: Women Living with HIV or at Risk of HIV can safely continue to use Hormonal Contraceptives to Prevent Pregnancy"* (A OMS Apoia a Orientação sobre o Uso de Contraceptivo Hormonal e o HIV: Mulheres Vivendo com o HIV ou em Risco do HIV Podem Continuar a Usar com Segurança Contraceptivos Hormonais para Evitar a Gravidez)*. Nota para a Mídia. 16 de fevereiro de 2012. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2012a. *Early Marriages, Adolescent and Young Pregnancies* (Casamentos Precoces, Adolescentes e Gravidez entre Jovens)*. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. 2012b. *"Maternal Mortality"* (Mortalidade Materna)*. Documento N.º. 348. Genebra: OMS. Acessível pelo site: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>.

Organização Mundial da Saúde e Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. 2010. *A Human Rights-Based Approach to Health* (Uma Abordagem com Enfoque de Direitos Humanos para a Saúde)*. Genebra: OMS e ACNUDH.

Organização Mundial da Saúde, UNAIDS, UNICEF. 2010. *Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress Report 2010* (Escalonamento da prioridade do HIV/Aids nas intervenções no setor da saúde: Relatório de Progresso de 2010)*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial da Saúde e UNFPA. 2009. *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities* (Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva para Pessoas com Deficiência)*. Genebra: OMS e UNFPA.

Organização Mundial da Saúde, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), *Family Health International*. 2009. *Community-Based Health Workers Can Safely and Effectively Administer Injectable Contraceptives: Conclusions from a Technical Consultation* (Trabalhadores em Saúde Comunitária Podem Administrar Contraceptivos Injetáveis com Segurança e Eficácia: Conclusões de uma Consulta Técnica)*. *Research Triangle Park*, Carolina do Norte: *FHI*.

* Títulos de publicações da ONU e de suas agências, e denominações de entidades, traduzidos livremente.



O UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas, é uma agência de desenvolvimento internacional que cria um mundo onde cada gestação seja desejada, cada parto seja seguro e cada jovem alcance seu potencial.

**Fundo de População das Nações
Unidas**

605 Third Avenue
Nova York, NY 10158 EUA
Tel. +1-212 297-5000
www.unfpa.org
©UNFPA 2012

ISBN 978-1-61800-009-5

