



VIDAS ENTRELAÇADAS, FIOS DE ESPERANÇA

Eliminar as desigualdades
na Saúde e nos Direitos
Sexuais e Reprodutivos

VIDAS ENTRELAÇADAS, FIOS DE ESPERANÇA

Eliminar as desigualdades na
Saúde e nos Direitos Sexuais e
Reprodutivos

Estado da População Mundial Relatório 2024

Este relatório foi desenvolvido em parceria entre as divisões de Comunicação e Parcerias Estratégicas do UNFPA.

Editor-Chefe

Ian McFarlane

EQUIPE EDITORIAL

Editor sênior: Rebecca Zerzan

Editor de Produção/Direção Criativa: Katherine Black

Editor de Reportagens: Richard Kollodge

Redatores de Reportagens: Katherine Black,

Richard Kollodge, Dalia Rabie, Lisa Ratcliffe,

Catherine Trautwein, Rebecca Zerzan

Apoio e Orientação Editorial: Jacqueline Daldin, Lisa

Ratcliffe, Catherine Trautwein

Gerente de Edição Digital: Katherine Black

Conselheiro de Edição Digital: Enes Champo

Checagem de Fatos: Ralph Hakkert

CONSELHEIRO SÊNIOR DE PESQUISA

Dr. Gita Sen

PESQUISADORES E REDATORES

Daniel Baker, Ann Garbett, Gretchen Luchsinger, Dr.

Tlaleng Mofokeng, Lethogonolo Mokgoroane, Gilda

Sedgh, Claire Thomas

CONSELHEIROS TÉCNICOS

PRINCIPAIS DA UNFPA

Emilie Filmer-Wilson, Mengjia Liang

ARTISTAS E CONSELHEIROS DE ARTE

Bayombe Endani, Philip Fimmano, Higinia

Gonzáles, Iain Guest at the Advocacy Project, Nadia

Hamid at the International Folk Art Market, Rosie

James, Nneka Jones, Cristin Knight-Sethi, Rosalia

Sciortino, Pankaja Sethi, The Sussex Archaeological

Society (www.sussexpast.co.uk), Tally Assuit

Women's Collective, Woza Moya

MAPAS E DENOMINAÇÕES:

As designações empregadas e a apresentação de material em mapas não implicam a expressão de qualquer opinião por parte do UNFPA com relação ao status legal de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou com relação à delimitação de suas fronteiras ou limites.

Arte da Linha do Tempo: Associação Americana de Mulheres Universitárias, Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento/Robert Rauschenber

Capa: Nneka Jones (@artyouhungry)

Todas as outras obras de arte de Rosie James

(@rosiejamestextileartist), a menos que esteja

creditado de outra forma.

RECONHECIMENTOS

O UNFPA agradece às seguintes pessoas por compartilharem vislumbres de suas vidas e trabalho para este relatório: Alia, Turcomenistão; Ellen Amster, Canadá; Adel Botros, Egito; Eira Carrera, Panamá; Isaac Chirwa, Malawi; Francisca Córdoba, Colômbia; Carolyn DeFord, Estados Unidos da América; Maïmouna Déné, Burkina Faso; Duha, República Árabe da Síria; Eneida, Panamá; Dr. Eda Gülüm, Turquia; Ceylan Güzey, Turquia; Sharron Hinchliff, Reino Unido; Seif Kuchengo, Tanzânia; Jonas Lubago, Tanzânia; Shirley Maturana Obregón, Colômbia; Thivya Rakini, Índia; Rama, República Árabe da Síria; Humberto Rodríguez, Panama; Syrah Sy Savané, Costa do Marfim; Nandita Shivakumar, Índia; Gertrudis Sire, Panama; Audrey Tang, Reindo Unido; Luhui Whitebear, Estados Unidos da América; Jose Luis Wilches Gutiérrez, Colômbia.

A chefe da Seção de Mídia e Comunicação do UNFPA, Selinde Dulckeit, forneceu informações valiosas para a versão preliminar, assim como os membros da Divisão Técnica do UNFPA, incluindo Michael Herrmann, Priscilla Idele, Dra. Julitta Onabanjo, Leyla Sharafi e Dr. Willibald Zeck. Também contamos com o apoio de Arthur Erken e do Dr. Nkeiruka Didigu, da Divisão de Política e Estratégia do UNFPA, e de membros do Gabinete do Diretor Executivo, incluindo Teresa Buerkle, Samuel Choritz, Dra. Nigina Muntean, Alana Nghoh e Horst Rutsch. Membros dos escritórios do Diretor Executivo Adjunto Diene Keita e do Diretor Executivo Adjunto Andrew Saberton, assim como colegas do UNFPA SWEDD, incluindo Moussa Bagayoko, Nafissatou Diop, Emmanuelle Landais Lopez e Waly Sene.

Colegas do UNFPA e outros em todo o mundo apoiaram o desenvolvimento de reportagens e outros conteúdos ou forneceram orientação técnica: Samir Aldarabi, Vannie Arrocha, Zeynep Atilgan, Adolfo Ballina, Ana De Obaldia, Jens-Hagen Eschenbaecher, Rose Marie Gad, Eren Korkmaz, Lilian Landau, Daisy Leoncio, Nouran Makhlof, Julia Novichenok, Demetra Pollinari, Norha Restrepo e Siaka Traore.

A autora Ann Garbett liderou a análise dos dados da Pesquisa Demográfica e de Saúde para analisar o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva e informações por etnia e categorias socioeconômicas.

Impressão e design interativo: Prographics, Inc.

Os editores agradecem as contribuições de parceiros, incluindo pesquisadores do Guttmacher Institute, particularmente Jacqueline Darroch e Elizabeth Sully; especialistas da Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, em especial Giulia Gonnella, Yumiko Kamiya, Vladimíra Kantorová, e Karoline Schmid; especialistas do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR), em especial Nicolas Fasel e Yekaterina Spassova; especialistas do Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA), em especial Lilian Barajas, Jaspreet Kindra, April Pham e Barbara Wachter; o Especialista independente da ONU em proteção contra violência e discriminação com base em orientação sexual e identidade de gênero, Victor Madrigal-Borloz; e especialistas do Centro de Pesquisa e Recursos para Mulheres da Ásia-Pacífico (ARROW), em especial (ARROW), em especial Sivananthi Thanenthiran.

UMA OBSERVAÇÃO SOBRE O IDIOMA

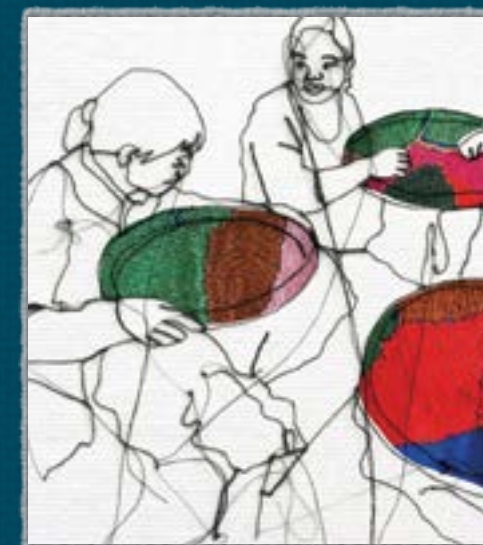
Neste relatório, "Negro" é usado em maiúsculas quando se refere a grupos ou indivíduos em termos raciais, étnicos ou culturais. O termo "negro" é frequentemente usado para transmitir um senso compartilhado de história e identidade, enquanto "branco" é menos comumente usado dessa forma. Como o termo "indígena" pode ser usado para se referir, de modo geral, a povos de muitas culturas e tradições, o termo não está em letra maiúscula neste relatório, a menos que seja usado para se referir a um grupo ou nação específica. Este relatório também tende a se referir a mulheres e meninas ao discutir questões como violência sexual e gravidez; os dados sobre essas questões são, em geral, provenientes de pesquisas e estudos que identificam os participantes como mulheres ou meninas. É importante observar que homens transgêneros e pessoas não binárias também vivenciam a gravidez e que pessoas de gênero diverso vivenciam violência sexual e barreiras à assistência à saúde sexual e reprodutiva em números desproporcionais e inaceitáveis.

UMA NOTA SOBRE ARTE

Há milhares de anos, as mulheres e as comunidades indígenas usam a tecelagem e o bordado para borrar os limites entre arte e função, praticidade e beleza. No entanto, seu trabalho foi por muito tempo considerado artesanato em vez de belas artes, e excluído das instituições e mercados formais de arte. Por esse motivo, os movimentos de mulheres e os povos indígenas adotaram essa forma de arte para chamar a atenção para questões relacionadas à sua exclusão, como a violência de gênero, a justiça reprodutiva e o racismo sistêmico - e também para pedir solidariedade entre as comunidades. Os artistas e coletivos têxteis apresentados neste relatório dão continuidade a essa tradição, expressando preocupações contemporâneas com habilidades transmitidas por gerações de mulheres. Juntas, sua arte mostra como os direitos, a dignidade e o futuro de cada mulher estão entrelaçados com os de suas irmãs, filhas, mães e amigas.



Garantir direitos e escolhas para todos



CAPÍTULO 1

Um trabalho em progresso

PÁGINA 6

REPORTAGEM: Quando as crises interrompem os cuidados de saúde, os membros da comunidade preenchem as lacunas 16

REPORTAGEM: Trabalhadoras do setor do vestuário se organizam contra a violência baseada em gênero 22

EM FOCO: Problemas autorrelatados no acesso aos cuidados de saúde, ao longo do tempo, por status socioeconômico e etnia 28

CRONOLOGIA 34-39

CAPÍTULO 2

Desvendar a desigualdade

PÁGINA 32

REPORTAGEM: Parto seguro, culturalmente sensível e empoderador para as mulheres afrodescendentes da Colômbia. 46

REPORTAGEM: Ativistas populares dão visibilidade às mulheres indígenas desaparecidas e assassinadas 52

EM FOCO: Descolonização das normas sexuais e de gênero 60

CAPÍTULO 3

Contar todos os pontos

PÁGINA 62

REPORTAGEM: Mulheres com deficiência no Turquemenistão reclamam os seus direitos ... 70

REPORTAGEM: Os censos africanos se esforçam para contar todas as pessoas. 76

EM FOCO: Quem é suficientemente importante para ser medido? O caso das mães adolescentes 82

CAPÍTULO 4

As mulheres são o fio condutor

PÁGINA 86

REPORTAGEM: A sífilis põe em evidência uma ameaça à saúde e aos direitos humanos: o estigma 92

REPORTAGEM: A liderança local chega às meninas mais necessitadas. 104

CAPÍTULO 5

Tecendo um futuro coletivo

PÁGINA 110

REPORTAGEM: A saúde sexual dos idosos deixando de ser tabu... 118

REPORTAGEM: As mulheres Ngãbe desencadeiam uma revolução na saúde e na igualdade das mulheres 124

INDICADORES 133

NOTAS TÉCNICAS 152

REFERÊNCIAS 157

PREFÁCIO

Há trinta anos, governos de todo o mundo concordaram que a saúde e os direitos reprodutivos têm papel fundamental no desenvolvimento global - um consenso inovador que abriu caminho para décadas de progresso. Desde então, a taxa global de gravidezes indesejadas diminuiu quase 20% a nível mundial. O número de mulheres que utilizam métodos contraceptivos modernos duplicou. Atualmente, pelo menos 162 países adotaram leis contra a violência doméstica e, desde 2000, as mortes maternas diminuíram 34%.

No entanto, esse progresso não foi suficientemente rápido nem abrangente. A Violência Baseada no Gênero continua a ser uma constante em praticamente todos os países e comunidades. Não se registou qualquer redução da mortalidade materna desde 2016 e, em um número alarmante de países, as taxas estão aumentando. Quase metade das mulheres continuam a não poder tomar decisões sobre o seu próprio corpo - incapazes de desfrutar da saúde e de exercer seus direitos sexuais e reprodutivos.

Uma das razões importantes é a desigualdade. Os novos dados apresentados neste relatório mostram que, embora as mulheres de todas as classes socioeconômicas e etnias afirmem que as barreiras aos cuidados de saúde têm

diminuído ao longo do tempo, as mulheres mais marginalizadas são aquelas que menos se beneficiaram dessas melhorias. Em outras palavras, enquanto o mundo se concentrou em apoiar as pessoas mais fáceis de alcançar, negligenciamos o confronto com as desigualdades e disparidades existentes nos nossos sistemas e sociedades, o que permitiu que as lacunas se transformassem em abismos.

Em todo o mundo, as pessoas que procuram cuidados de saúde sexual e reprodutiva essenciais são obrigadas a ultrapassar obstáculos que se acumulam devido ao seu gênero, status econômico e etnia, orientação sexual, deficiência e outros. Nos poucos locais onde são recolhidos dados, as mulheres de ascendência africana são as mais vulneráveis aos maus-tratos obstétricos e resultados negativos para a saúde materna. Às mulheres indígenas são frequentemente negados cuidados de saúde materna culturalmente adequados e as suas próprias práticas de parto podem ser criminalizadas, o que resulta em um risco significativamente mais elevado de morte durante a gravidez e o parto.

As normas de desigualdade de gênero continuam a ser incorporadas nas infra-estruturas de cuidados de saúde, incluindo

o persistente sub-investimento na força de trabalho de parteiras, majoritariamente feminina. As mulheres e as meninas com deficiência enfrentam cerca de 10 vezes mais Violência Baseada em Gênero, enfrentando também maiores barreiras à informação e aos cuidados sexuais e reprodutivos. As pessoas LGBTQIA+ enfrentam graves disparidades no domínio da saúde, para além da discriminação e do estigma - e também em resultado destes.

O caminho a seguir para cumprir a promessa da Conferência Internacional do Cairo sobre População e Desenvolvimento de saúde e direitos sexuais e reprodutivos universais é claro: é preciso eliminar as desigualdades dos nossos sistemas e políticas de saúde e concentrar nossos esforços prioritariamente nas mulheres e nos jovens que são mais marginalizados e excluídos.

Precisamos de cuidados de saúde abrangentes, universais e inclusivos, baseados nos direitos humanos e nas evidências daquilo que funciona. Esse trabalho é de importância vital, é justo e é possível.

Este relatório contém muitos exemplos de programas e esforços que ampliaram o acesso e a utilização de cuidados de qualidade, geralmente com intervenções

adaptadas por e para os mais necessitados. Para acelerar o sucesso, precisaremos de mais dados e de melhor qualidade. Esses dados devem ser desagregados, de forma que possamos compreender exatamente quem está sendo deixado para trás, e devem ser coletados de forma segura e com a participação das pessoas interessadas.

Um conjunto diversificado de pessoas, desde grupos feministas a indígenas, passando por ativistas pelo clima e os jovens no geral, já estão indicando o caminho para um futuro mais justo. No final, garantir um progresso equitativo beneficiará toda a sociedade. E isso é importante por si só, mas os dividendos de um mundo mais justo e mais igualitário em termos de gênero têm o potencial também de acrescentar trilhões de dólares à economia global.

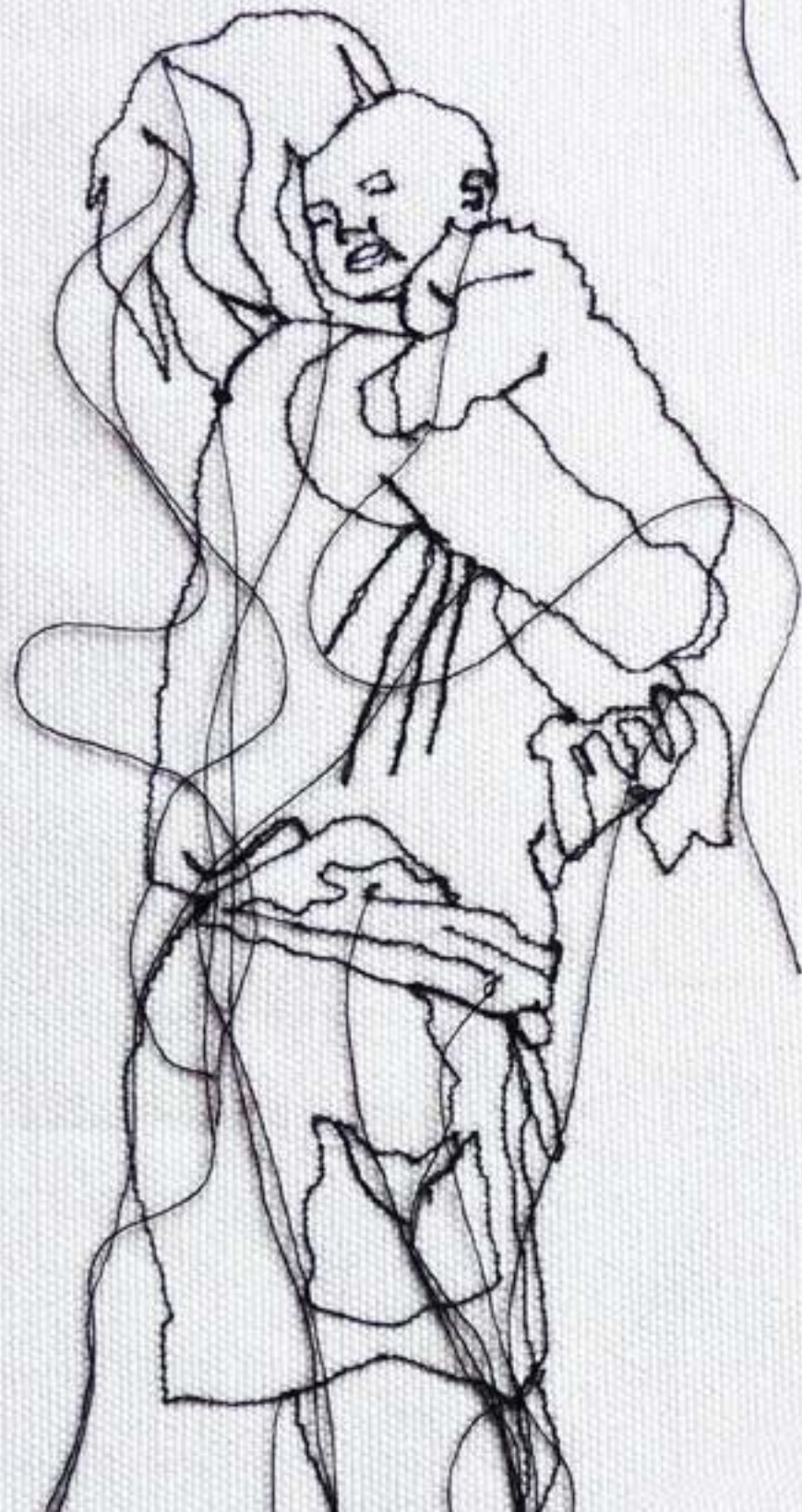
O tecido da humanidade é rico e belo, uma tapeçaria composta por mais de 8 bilhões de fios, cada um de nós é único. A nossa resiliência não vem de um indivíduo, mas emana do todo o coletivo, entrelaçado. É essa a nossa força, e é assim que vamos avançar e ter sucesso -trabalhando em conjunto.

Dra. Natalia Kanem

Directora Executiva

Fundo das Nações Unidas para a População

Um trabalho em **PROGRESSO**



Um parto seguro. Poder escolher entre diferentes métodos contraceptivos. Proteção contra a Violência Baseada em Gênero. Hoje, mais pessoas do que nunca estão usufruindo desses direitos essenciais e vitais. No entanto, o número de indivíduos a quem esses direitos são negados ainda não chegou a zero - como pode e deve chegar.

De modo geral, as pessoas estão vivendo vidas mais longas e mais saudáveis. No entanto, milhões continuam ficando para trás na trajetória do progresso, encurraladas por múltiplas formas de marginalização e discriminação. Em um mundo com uma enorme riqueza e soluções comprovadas no campo dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, esta disparidade sugere mais uma falta de vontade do que um déficit de ideias ou de recursos. É importante ter isso em mente, pois significa que um progresso muito mais rápido para acabar com a marginalização e a discriminação não é apenas desejável, mas possível, e deve começar agora mesmo.

Em 2024, o mundo assinala o trigésimo aniversário da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994. Essa conferência resultou em um acordo global decisivo que coloca as pessoas no centro do desenvolvimento, comprometendo-se a melhorar a saúde, os direitos e as escolhas para todos. Afirmou uma visão do potencial humano que tem inspirado progressos significativos desde então, ecoados e ampliados pela Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, acordada em 2015.

No entanto, a agenda da CIPD continua a ser cumprida apenas parcialmente, sobretudo para as pessoas mais marginalizadas. As disparidades atravessam todas as sociedades, privando alguns seres humanos de serviços de saúde e direitos

sexuais e reprodutivos fundamentais. As diferenças no poder e nas oportunidades relacionadas ao gênero, raça e etnia, entre muitos outros fatores, tanto isolados como combinados, continuam a condicionar largamente as escolhas e o acesso. Essas dinâmicas se manifestam quando informação sobre saúde sexual é recusada a uma mulher com deficiência ou quando uma menina de uma aldeia pobre é forçada a se casar, mesmo ainda sendo criança. Entre tantas outras, essas dinâmicas surgem ainda quando uma mulher grávida ou uma pessoa de uma minoria étnica se depara com práticas abusivas que não são questionadas nos sistemas de saúde.

Avançar mais rapidamente para tornar viva a promessa da CIPD para as pessoas que foram deixadas para trás é uma das prioridades mais urgentes do mundo. É uma prioridade porque, para cada indivíduo, a autonomia corporal - o poder e a capacidade para fazer escolhas sobre o seu corpo e o seu futuro, sem violência ou coerção (UNFPA, 2021) - depende da concretização da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. Esse fato determina os ganhos que os indivíduos podem obter ao longo da vida, em termos de saúde, mas também de educação, emprego e participação política. Por sua vez, sociedades pacíficas, resilientes e justas dependem de pessoas saudáveis e capacitadas, sem exclusões.

Existe uma base sólida para cumprir os compromissos da CIPD. A compreensão do mundo sobre a forma de dismantlar as barreiras e os tipos de discriminação que ainda subsistem é maior do que nunca. A comunidade internacional concordou durante décadas que o desenvolvimento centrado nas pessoas requer acesso universal a cuidados de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, e está se aproximando cada vez mais dos objetivos holísticos do movimento de justiça reprodutiva (McGovern e outros, 2022). Este relatório

argumenta que o trigésimo aniversário da CIPD é uma oportunidade para orientar os sistemas sociais e de saúde para a prestação de serviços que capacitem todas as pessoas, respeitem a sua diversidade, defendam a sua dignidade e as apoiem na realização dos seus direitos e autonomia corporal. Apela também a compromissos renovados para eliminar as disparidades e desigualdades que ainda dividem as sociedades. Essas desigualdades criam e reforçam barreiras sistêmicas e estruturais que marginalizam cronicamente as mulheres e outros grupos em quase todos os aspectos de suas vidas, desde os mercados de trabalho à educação ou à participação política. Chegou o momento de tomar medidas decisivas para dismantlar essas barreiras.

A polarização política e social, muitas vezes ligada a disparidades econômicas, está impulsionando a insegurança em todo o mundo (Nações Unidas, 2018), com questões de direitos reprodutivos - incluindo educação sexual abrangente, direitos LGBTQIA+, acesso à contracepção, ao aborto e igualdade de gênero - apanhadas no fogo cruzado (Kanem, 2023). No entanto, a redução das desigualdades em matéria de saúde e direitos sexuais e reprodutivos poderia ajudar a diminuir as disparidades econômicas (UNFPA, 2017), contribuindo assim para a estabilidade, a prevenção de conflitos (Nyård, 2018) e a aceleração do desenvolvimento. E, em muitos aspectos, a oportunidade de mobilizar apoio para a igualdade de gênero e os direitos reprodutivos é acessível: este ano poderá significar o maior ato cumulativo de democracia participativa da história, com mais de 50 países a realizarem eleições importantes que vão afetar os destinos de bilhões de pessoas (Harbath, 2023; IFES, n.d.) - entre elas, bilhões de mulheres e meninas, e inúmeras comunidades marginalizadas.

A oportunidade de mobilizar apoio para a igualdade de gênero e os direitos reprodutivos é acessível.



Progresso - mas não para todos

Desde a CIPD, registaram-se progressos notáveis em áreas fundamentais da saúde sexual e reprodutiva, impulsionados pela mobilização social, liderança, parcerias e o empenho de pessoas, desde os prestadores de serviços de saúde dos lugares mais remotos no mundo até aos mais altos escalões de governos, empresas e filantropia. A defesa incansável da sociedade civil e dos movimentos de base tem sido fundamental para garantir estes ganhos impressionantes (ver cronologia nas páginas 34-39).

Entre 2000 e 2020, a mortalidade materna global diminuiu 34% (UNICEF, 2023), uma história de sucesso que pode ser atribuída, em grande medida, a um melhor acesso a cuidados obstétricos qualificados e de emergência. De 1990 a 2021, o número de mulheres que utilizam métodos contraceptivos modernos duplicou (UN DESA, 2022). Registrou-se um declínio de 19% na taxa de gravidez indesejada entre 1990-1994 e 2015-2019 (Bearak e outros, 2018). Os nascimentos entre adolescentes com idades entre 15 e 19 anos diminuíram cerca de um terço desde 2000 (UNFPA, 2023). As taxas de infeção pelo HIV/AIDS diminuíram significativamente. O número de novas infeções em 2021 foi quase um terço menor do que em 2010 (Nações Unidas, 2023). A proporção de meninas submetidas à mutilação genital feminina também diminuiu significativamente, devido à mudança de atitudes em relação à prática (UNICEF, 2022).

À medida que o status das mulheres aumentou - evidenciado, por exemplo, por ganhos

lentos, mas constantes em cargos de liderança (Nações Unidas, 2023a) - também aumentou o reconhecimento da importância da autonomia corporal como um direito humano (OHCHR, 2017). Com a adoção em 2015 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a comunidade internacional procurou, pela primeira vez, medir a capacidade das mulheres para exercerem a autonomia corporal, uma afirmação global inovadora de que a autonomia corporal é um imperativo dos direitos humanos. Os governos de todo o mundo também procuraram proteger as mulheres e as meninas por meio de legislação: um número histórico de 162 países aprovou leis contra a violência doméstica (Banco Mundial, n.d.). Como mais um avanço na autonomia do corpo, o mundo está rejeitando cada vez mais a criminalização da sexualidade LGBTQIA+. No início da pandemia da HIV/AIDS, a maioria dos países criminalizava a sexualidade entre pessoas do mesmo sexo, enquanto hoje dois terços dos países não o fazem - e este progresso pode estar se acelerando, com mais países eliminando leis punitivas em 2022 do que em qualquer outro ano nos últimos 25 anos (HIV Policy Lab e outros, 2023).

Outros sinais de esperança vêm de novos modelos de cuidados de saúde apoiados em provas sólidas e no reconhecimento dos direitos humanos. Esses modelos estão alcançando mais pessoas e respondem melhor a diversos contextos e necessidades humanas. Por exemplo, os modelos de cuidados de saúde de autocuidado foram aprovados pelo UNFPA, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por outras organizações de saúde pública, na sequência de rápidos avanços nas novas tecnologias que permitem aos utilizadores promover e manter a sua própria saúde e lidar com a doença e a

deficiência, sem a intervenção direta de um profissional de saúde. Esses avanços poderão aumentar consideravelmente o acesso à saúde sexual e reprodutiva (UNFPA, 2024). Também é promissor o reconhecimento crescente de que os cuidados de saúde prestados por parteiras qualificadas - cuja antiga profissão foi durante muito tempo marginalizada pela medicina moderna (ver Capítulo 2) - salvam vidas e poupam custos (UNFPA e outros, 2021).

A igualdade de gênero é cada vez mais entendida como um dos investimentos mais inteligentes no desenvolvimento, gerando enormes ganhos sociais e econômicos (UNFPA, 2023a), enquanto os retornos econômicos do investimento na saúde sexual e reprodutiva também são convincentes. De acordo com um cálculo do UNFPA, gastar mais 79 bilhões de dólares em países de baixo e médio rendimento até 2030, por exemplo, evitaria 400 milhões de gestações não planejadas, salvaria a vida de 1 milhão de mães e 4 milhões de recém-nascidos e geraria 660 bilhões de dólares em benefícios econômicos (UNFPA, 2022).

No entanto, apesar de tudo o que foi alcançado, milhões de pessoas continuam a ver pouca diferença na sua vida cotidiana e continuam a lutar pela concretização dos seus direitos, em grande parte porque as raízes da discriminação de gênero e de outras formas de marginalização são profundas.

Os dados mais recentes revelam que, em 69 países, um quarto das mulheres ainda não podem fazer a suas próprias decisões sobre cuidados de saúde. Um quarto não pode dizer não ao sexo com o seu marido ou parceiro. Quase 1 em cada 10 não tem escolha na utilização de

contraceptivos (UNFPA, 2024a). Mas esses dados ainda não motivaram melhorias significativas na autonomia corporal das mulheres. Apenas cerca de um terço dos países os comunicam. E, pela primeira vez, os dados de tendências sobre o indicador 5.6.1 dos ODS estão disponíveis para mais de 30 países e, enquanto 19 países registraram uma tendência positiva na capacidade das mulheres de exercerem a tomada de decisões sobre a sua própria saúde sexual e reprodutiva, 13 países registraram uma tendência negativa nesta mesma medida (UNFPA, n.d.).

Os progressos outrora promissores na redução das mortes maternas evitáveis estagnaram em grande medida. Entre 2016 e 2020, a redução anual global das mortes maternas foi efetivamente nula (UNFPA, 2023b). Isso significa que cerca de 800 mulheres ainda morrem todos os dias durante o parto, e quase todas essas mortes são evitáveis. Tal como o Dr. Mahmoud Fathalla, antigo diretor do Programa Especial das Nações Unidas para a Reprodução Humana, afirmou com veemência: "As mães não estão morrendo devido a doenças que não podemos tratar. Estão morrendo porque as sociedades ainda não tomaram a decisão de que vale a pena salvar as suas vidas" (Fathalla, 2012).

E as mortes maternas são um microcosmo revelador das desigualdades que afetam todos os aspectos da saúde sexual e reprodutiva, devido às disparidades gritantes que existem - entre países e dentro deles. A diferença entre viver e morrer pode depender do local onde a mulher dá à luz, uma vez que a grande maioria das mortes maternas, mais de 70%, ocorre na África Subsaariana, onde se encontram muitos dos países menos desenvolvidos do mundo e os sistemas de saúde mais frágeis. Uma mulher dessa região que tenha complicações na gravidez e no parto tem cerca de 130 vezes mais

chances de morrer devido a essas complicações do que uma mulher na Europa e na América do Norte. As desigualdades dentro das regiões e dos países também são grandes e profundas. Em Madagáscar, por exemplo, as mulheres mais ricas têm cinco vezes mais chances de receber assistência qualificada durante o parto do que as mulheres mais pobres de receber assistência qualificada durante o parto (ONU Mulheres e outros, 2023); e nas Américas, as pessoas de ascendência africana têm mais chances de sofrer maus-tratos obstétricos (UNFPA e outros, 2023).

Também se verificam desigualdades no acesso a contraceptivos modernos, incluindo disparidades com base na raça e etnia (Jackson e outros, 2017), status de refugiado e migração (Raben e outros, 2018), educação, status socioeconômico e localização rural versus urbana (Makumbi e outros, 2023). E embora a violência de gênero seja generalizada e subnotificada, também aqui há sinais de desigualdades - incluindo

disparidades com base na idade (Decker e outros, 2015) e na sexualidade (Evens e outros, 2019), bem como disparidades raciais, étnicas e de gênero nos anos de vida perdidos devido à violência por parceiro íntimo (Graham e outros, 2021).

Apesar destas desigualdades - ou talvez por causa delas - são muito poucos os países que recolhem dados sobre as necessidades e as barreiras em matéria de saúde sexual e reprodutiva; são ainda menos os que desagregam estes dados por fatores que sabidamente contribuem para a negligência, a discriminação e a marginalização, fatores esses que incluem a cultura, a etnia, a raça, a casta, a língua e a religião, o status de deficiência, o estatuto de HIV/AIDS, o status de migração e a orientação sexual e identidade de gênero.

Ao mesmo tempo, novos desafios no domínio digital estão surgindo rapidamente. As tecnologias dos cuidados de saúde estão

evoluindo rapidamente e são extremamente promissoras para melhorar a informação, reduzir a burocracia e aumentar o acesso aos cuidados. No entanto, milhões de pessoas continuam a estar do lado errado de um fosso digital. Tecnologias como a inteligência artificial podem reproduzir preconceitos e normas discriminatórias existentes, agravando potencialmente as desigualdades. Alguns sistemas de diagnóstico assistido por computador, por exemplo, revelam-se mais precisos para os homens brancos do que para as pessoas de outras raças e gêneros (Muro e Egbokhare, 2023). Novos estudos sublinham também que a tecnologia oferece uma nova e perigosa via para a exploração e o abuso com base no gênero (UNFPA, 2024b). A desigualdade de gênero pode ser incorporada na própria concepção das tecnologias, com as mulheres sub-representadas nas decisões relativas aos algoritmos de formação. As tecnologias de saúde com preconceitos de gênero podem ser especialmente problemáticas, conduzindo a diagnósticos e tratamentos atrasados ou incorretos. A representação das mulheres, especialmente nos ensaios clínicos de fase inicial, chega a 22%, e as mulheres grávidas e lactantes continuam a ser excluídas mesmo dos ensaios clínicos na fase pós-comercialização (BMJ, 2022; Shields & Lyerly, 2013).

Recuar - e avançar

A agenda da CIPD nasceu do compromisso de pessoas de todas as esferas da vida para se reunirem e encontrarem soluções para preocupações comuns sobre população e desenvolvimento, refletindo "grandes mudanças de atitude entre a população mundial e os seus líderes no que diz respeito à saúde reprodutiva, ao planejamento familiar e ao crescimento

populacional" (UNFPA, 1994). O poderoso impulso que desencadeou tem, desde então, sustentado e renovado os progressos em matéria de saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Embora nenhum país possa ainda afirmar que alcançou toda a sua população, quase todos os países podem celebrar avanços significativos. Muitos se comprometeram a acelerar o progresso, reconhecendo que ele é parte integrante da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e seus 17 ODS.

No entanto, as múltiplas crises, incluindo os conflitos, as consequências climáticas e a pandemia de COVID-19, puseram em risco décadas de conquistas e ameaçam os progressos futuros. Além disso, está em curso um esforço implacável e bem organizado para contrariar os direitos humanos e a igualdade de gênero. Embora a oposição à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos seja frequentemente racionalizada em nome da tradição e envolta em nostalgia, contradiz consensos há muito acordados e acordos fundamentais em matéria de direitos humanos, nega conhecimentos científicos e médicos bem estabelecidos e contribui para a divisão política e a instabilidade (Kanem, 2023; Guttmacher Institute, 2017).

A resistência à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos está resultando em uma maior marginalização das comunidades já deixadas - ou empurradas - para trás. Os esforços para controlar a fertilidade e restringir a autonomia do corpo afetam desproporcionalmente os migrantes, as pessoas com deficiência e as comunidades minoritárias e indígenas, entre muitos outros. A falta de uma educação sexual abrangente limita os direitos à informação e à educação e pode ter maior probabilidade de



inviabilizar as oportunidades dos jovens com menos recursos de buscar respostas precisas para suas perguntas. A negação gritante dos direitos das pessoas com diversas orientações sexuais e identidades de gênero tem aumentado (El Chamaa, 2023). No meio da tendência global para a descriminalização da sexualidade e identidade LGBTQIA+, tem havido uma intensificação das penas nos países que continuam a criminalizar as pessoas LGBTQIA+ - incluindo punições tão severas como a pena de morte - apesar da evidência clara de que a criminalização não só aumenta as taxas de HIV/AIDS e conduz a violações dos direitos humanos, mas também tem um impacto negativo nas economias (HIV Policy Lab e outros, 2023).

A regressão e a polarização deixam as sociedades menos estáveis e confiantes e, além disso, mais propensas à desinformação e às falsidades (Gupta e outros, 2023; Osmundsen e outros, 2021). Para avançar, podemos começar por aquilo em que estamos de acordo: que nenhuma mulher deve morrer enquanto dá à luz; que cada indivíduo tem o direito de decidir quando, se e com quem constituir família; que cada pessoa deve poder fazer escolhas sobre o seu corpo sem violência ou coerção; que quando as mulheres e as meninas podem traçar o seu próprio destino, elas e as suas sociedades prosperam. Além disso, tal como a CIPD reconhece implicitamente, os direitos e o bem-estar de qualquer pessoa estão indissociavelmente ligados aos direitos e ao bem-estar dos outros. Quando os direitos estão em risco para uma pessoa, estão efetivamente em risco para todos nós (Nações Unidas, 2020).

Esse princípio foi bem compreendido pelos movimentos feministas e outros que se juntaram aos Estados-Membros para forjar a agenda da

CIPD: No período que antecedeu a conferência de setembro de 1994, no Cairo, reuniu-se um vasto leque de mulheres de todo o mundo. Mobilizaram-se para fazer da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos uma pedra angular do ativismo pelos direitos das mulheres e um elemento central para a erradicação da pobreza, o desenvolvimento sustentável e a realização dos direitos humanos no seu conjunto (Corrêa e outros, 2015). Nove meses antes da CIPD, mulheres de 79 países participaram numa conferência preparatória global no Rio de Janeiro, onde assumiram uma posição forte contra as políticas populacionais coercivas e apontaram as desigualdades estruturais inerentes como a "base subjacente do aumento da pobreza e da marginalização das mulheres, da degradação ambiental, do número crescente de migrantes e refugiados e da ascensão do fundamentalismo em toda parte" (Anon, 1994). Quatro meses antes da CIPD, um coletivo de feministas Negras nos Estados Unidos respondeu ao impulso internacional lançando um apelo à justiça reprodutiva - um conceito que vai além do acesso aos cuidados de saúde reprodutiva para enfrentar múltiplas formas de injustiça econômica, social, política e ambiental, todas elas com impacto na saúde e nos direitos sexuais e reprodutivos e que devem ser abordadas para produzir resultados holísticos aos mais marginalizados (Ross, 2017).

Atualmente, um vasto conjunto de movimentos populares está reiterando essas ideias em um apelo renovado à justiça e ao desenvolvimento. Diversos círculos eleitorais, muitas vezes liderados por pessoas marginalizadas, estão se unindo e conectando preocupações que estão a convergir em todo o mundo, desde o direito à autonomia do corpo ao desejo de um planeta habitável. O seu alcance partilhado é poderoso e promissor, com pesquisas sugerindo

que a mudança social em larga escala pode decolar assim que cerca de 25% das pessoas se manifestem a favor dela (Sloane, 2018).

Entre os muitos pontos positivos, cabe destacar o crescente alinhamento de diversos movimentos de base e organizações da sociedade civil com os esforços para garantir a saúde e os direitos reprodutivos, e vice-versa. As mulheres indígenas estão se mobilizando para acabar com a destruição dos recursos ambientais, por exemplo, porque isso ameaça não só a sua cultura e o seu sentido de conexão à terra, mas também a sua saúde e as suas opções para ter filhos. Os jovens ativistas estão fazendo campanha pela justiça climática com um reconhecimento crescente de que a justiça climática é também justiça reprodutiva (McGovern e outros, 2022). Eles têm insistido

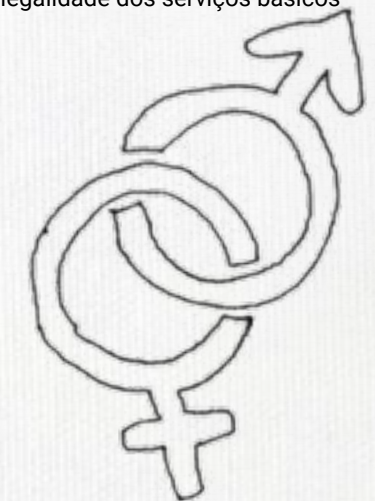
sobre o fato de que as comunidades pobres mais afetadas pelas mudanças climáticas são também falsamente culpadas pelo agravamento da crise devido às suas elevadas taxas de fertilidade - mesmo quando a maior parte das emissões de gases do efeito de estufa ainda provém de países mais ricos e com menores taxas de fertilidade.

Na Índia, os ativistas Dalit defenderam proteções legais para as mulheres, que enfrentam a discriminação baseada na casta nos locais de trabalho e na educação. Caso contrário, muitas continuarão a ser demasiado pobres para sustentar as suas famílias e dar aos seus filhos uma vida digna, contribuindo para um ciclo que perpetua uma saúde sexual e reprodutiva deficiente (McGovern e outros, 2022).

O retrocesso como resposta ao progresso

Após décadas de progresso, também se registrou um retrocesso recente na saúde e nos direitos sexuais e reprodutivos. A educação sexual abrangente, outrora objeto de um acordo quase universal, tem sido cada vez mais contestada nas negociações internacionais, por exemplo (Nações Unidas, 2023b). As organizações de defesa dos direitos humanos relatam que as restrições ao aborto em um país estão a ter um efeito cascata em outros (Fòs Feminista, 2023), com os profissionais de saúde cada vez mais inseguros quanto à legalidade dos serviços básicos de saúde sexual e reprodutiva (Kanem, 2023).

Mas o retrocesso pode ser uma resposta comum ao progresso. Como refere o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, "Em vários países, as autoridades registraram um aumento dramático da violência homofóbica e transfóbica na sequência imediata de avanços legislativos de grande visibilidade destinados a proteger melhor os direitos das pessoas LGBTQIA+. Trata-se de um fenômeno com paralelos históricos: as tentativas do passado para erradicar a segregação e a discriminação raciais terão desencadeado uma reação semelhante dirigida aos membros das minorias raciais" (OHCHR, n.d.). O desafio, por conseguinte, consiste em manter a esperança e a dinâmica face à oposição.



Quando as crises interrompem os cuidados de saúde, os membros da comunidade preenchem as lacunas

Duha, uma mãe solteira de 28 anos, já era refugiada da guerra na Síria e vivia na província de Hatay, na Turquia, quando dois fortes terremotos a atingiram em fevereiro de 2023. A catástrofe a obrigou a abandonar, juntamente com seus três filhos pequenos, o que já era um alojamento temporário, passando a viver em uma tenda improvisada.

Duha engravidou um pouco após a crise e sofreu durante meses de uma infecção urinária dolorosa; diz que isto é comum entre os sobreviventes do terremoto, dada a falta de higiene das instalações sanitárias. “A falta de água potável provocou muitos tipos de infecções”.

Uma de suas maiores preocupações é a falta de acesso a cuidados de saúde: a legislação turca permite que os refugiados sírios registrados com status de proteção temporária tenham acesso aos centros de saúde para famílias e migrantes sem pagar. Mas em Hatay, perto do epicentro dos tremores de terra, muitos serviços estavam incapacitados e outros corriam o risco de colapsar perante o aumento da procura.

Felizmente, Duha conseguiu receber tratamento da Dra. Eda Gülüm, uma médica que trabalha com a HASUDER, a Associação Turca de Especialistas em Saúde Pública, cujos membros têm feito visitas frequentes a mulheres e meninas nas áreas afetadas pelo terremoto.

As unidades móveis da HASUDER, apoiadas pelo UNFPA, prestam consultas pré-natais e pós-natais, bem como aconselhamento em matéria de planejamento familiar e tratamento de doenças comuns como a cistite, a vaginite e as infecções do trato urinário. Também realizam sessões de informação em grupo sobre sensibilização para o câncer de mama, higiene pessoal, planejamento familiar e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

“ Fizemos um exame abdominal e verificamos os sinais vitais”, diz o Dr. Gülüm. “Também nos certificamos de que ela não perderia as consultas pré-natais de rotina e oferecemos um ‘kit de maternidade’, que inclui roupa de bebê, um cobertor e artigos de higiene pessoal.”

Duha começou a organizar outras pessoas para buscar cuidados. “Duha era fluente em turco e estava muito ansiosa para ajudar o pessoal de saúde a comunicar com mais mulheres, contatando médicos e ginecologistas sempre que uma mulher do seu bairro precisava deles”, afirma o Dr. Gülüm.

A nível mundial, o direito humano à saúde está consagrado em muitos acordos internacionais, mas em situações de deslocamentos, conflitos e outras situações de crise, esse direito é frequentemente ameaçado ou violado. Os sistemas de saúde existentes podem ficar comprometidos, as populações de doentes podem ser desenraizadas e as respostas de emergência podem não dar prioridade aos serviços de saúde sexual e reprodutiva - com consequências desproporcionadas para as mulheres e as meninas.

O Dr. Gülüm e a HASUDER estão tentando preencher as lacunas. A Dra. Gülüm é fluente em árabe e inglês, bem como em turco. Desde agosto de 2023, tem estado a serviço das comunidades afetadas pelo terremoto, atendendo

normalmente de 10 a 30 mulheres por dia. Quando está com a unidade móvel, pode visitar até 80.

“O hospital mais próximo fica a cerca de 20 minutos de carro”, explica. “Sem transportes públicos na zona, a unidade móvel também apoia os doentes com necessidades urgentes.”

É uma situação que Rama (nome alterado), de 22 anos, proveniente da Síria, enfrentou. Ela também ela está vivendo em uma tenda desde o terremoto. Contactou a HASUDER quando descobriu que tinha abortado no início da gravidez, o que a colocou em risco de contrair uma sépsis potencialmente fatal. A equipe móvel a ajudou a ter acesso a um hospital público, onde foi tratada. Alguns dias depois, ligou para a equipe móvel: “Só quero que saibam que consegui ultrapassar isso”, disse ela.

Para as que não pretendem engravidar, o fato de estarem desabrigados e não terem acesso a instalações de saúde básicas também representa riscos críticos. “As doenças mais comuns que vejo são as infecções sexualmente transmissíveis, as infecções do trato urinário e as gestações indesejadas”, diz Ceylan Güzey, enfermeira e formadora de saúde da Associação de Abordagens Juvenis à Saúde (Y-Peer Türkiye), apoiada pelo UNFPA, em Hatay. “Também faço formação e sensibilização sobre essas questões e sobre planejamento familiar.”

Desde maio de 2023, Güzey tem trabalhado principalmente com pessoas desabrigadas pela catástrofe; explica que a equipe



A enfermeira Ceylan Güzey diz que houve um aumento da gravidez infantil e indesejada desde os terremotos de 2023, bem como dos relatos de abuso sexual, coerção e tráfico. © UNFPA Türkiye

descobre frequentemente outros problemas subjacentes. Durante a distribuição de kits de maternidade, por exemplo, a equipe pode identificar infecções sexualmente transmissíveis não tratadas, violência ou coerção.

“Temos observado um aumento das gestações infantis e indesejadas desde a crise, bem como denúncias de abusos sexuais, coerção e tráfico... tem havido um aumento muito visível”.

Para resolver o problema da prevalência de gestações indesejadas, Güzey está tendo muito mais contato com os homens do que antes. “Trabalho principalmente com mulheres, mas temos visto mais

casais pedindo conselhos juntos - isso é incomum, normalmente os homens não querem pedir contraceptivos”.

Embora a interrupção dos serviços esteja levando a resultados prejudiciais, Güzey tem visto uma vantagem surpreendente em levar o apoio diretamente às pessoas desabrigadas. “Antes do terremoto, o trabalho na área da saúde sexual e reprodutiva estava mais escondido, era uma espécie de segredo - agora os homens são mais compreensivos em relação a essas questões. Pensavam que os contraceptivos eram, de alguma forma, uma ameaça contra eles, e parece que hoje isso já não é uma grande questão”.

A linguagem da desigualdade

A linguagem que utilizamos para abordar a desigualdade é importante. É crucial que evitemos descrever qualquer indivíduo ou comunidade como impotente ou periférico. Embora tenha havido uma tendência para descrever grupos inteiros como marginalizados ou oprimidos, cada vez mais esforços estão sendo feitos para nomear as condições específicas que podem impedir o acesso a direitos e escolhas. Por essas razões, o UNFPA deixou de se concentrar nos grupos mais desfavorecidos e passou a se concentrar nos fatores mais desfavorecidos. Alguns especialistas e organizações se referem agora às pessoas "empurradas para trás" (Kharas e outros, 2019) em vez de "deixadas para trás", evitando a implicação de que a marginalização é o resultado das próprias falhas ou inadequações de uma comunidade. Muitos utilizam as frases "não deixar ninguém para trás" e "chegar primeiro aos mais afastados"; ambos os princípios são centrais para a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (UNFPA, 2021a). O relatório utiliza muitos desses termos, não para refletir uma preferência por um ou outro, mas para aderir ao material de origem e/ou para reunir a pesquisa num texto coeso e compreensível. Os autores reconhecem que, de modo geral, a linguagem da desigualdade e da inequidade está sempre mudando. Temos de nos empenhar em ouvir e aprender continuamente com todos os membros das nossas sociedades.

Este relatório utiliza os seguintes termos com as seguintes definições:

Não deixar ninguém para trás – da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (Nações Unidas, 2015). Não deixar ninguém para trás representa o compromisso de todos os Estados Membros das Nações Unidas de erradicar a pobreza em todas as suas formas, reduzir as desigualdades e acabar com todos os tipos de discriminação e exclusão.

Deixados para trás/empurrados para trás – indivíduos que, devido a desigualdades sistêmicas, enfrentam barreiras no acesso aos seus direitos e escolhas. No presente relatório, utilizam-se os termos "deixados para trás" e "empurrados para trás".

Os mais desfavorecidos – indivíduos que são os mais excluídos do acesso aos seus direitos e escolhas. As pessoas mais afastadas enfrentam frequentemente desvantagens intersectoriais que se combinam para produzir dificuldades extremas ou ostracização. É importante notar que se trata de um contexto específico; as circunstâncias que levam os indivíduos a ficar para trás são determinadas por fatores sociais, políticos e culturais mais vastos, que podem diferir substancialmente de um local para outro.

Igualdade – o estado de ser igual, nomeadamente em termos de valor, estatuto, direitos ou tratamento perante a lei.

Equidade – justiça; o termo "equidade" é frequentemente utilizado para sublinhar que uma distribuição igual de recursos ou oportunidades pode ainda assim resultar em resultados injustos devido aos privilégios e desvantagens existentes.

Desigualdade – o estado de falta de igualdade, nomeadamente em termos de status, direitos ou tratamento perante a lei.

Inequidade – o estado de falta de equidade.

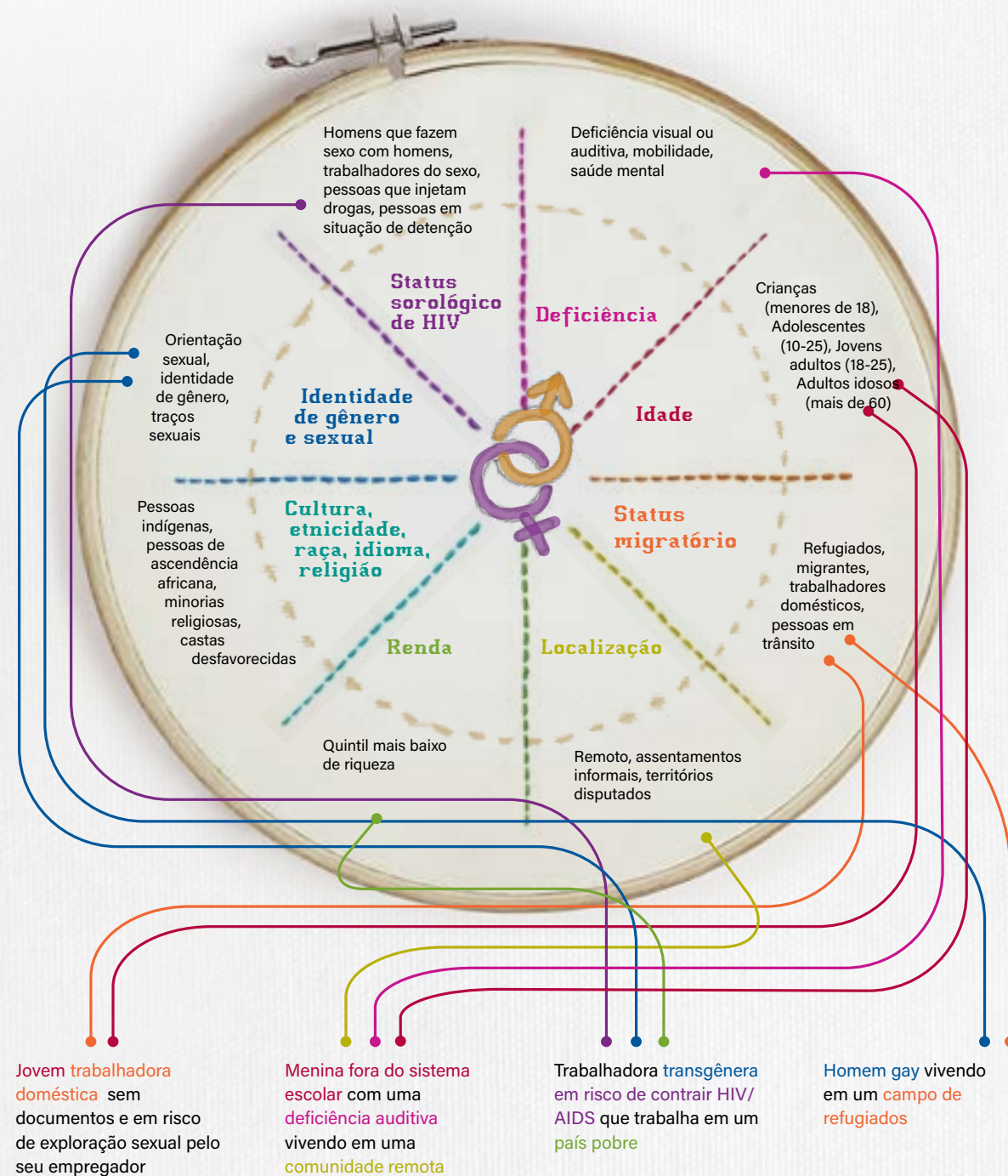
Marginalizado – uma pessoa ou grupo tratado como insignificante, inferior ou periférico em virtude de sua identidade. Uma pessoa pode ser marginalizada por causa de sua identidade sexual, raça, identidade étnica, identidade religiosa, classe, casta, nível de educação ou status econômico, entre outras coisas.

Vulnerável – suscetível de exploração, abuso ou outras formas de dano; este termo é amplamente utilizado, mas pode ser problemático se os fatores que conduzem à vulnerabilidade, como a negação de oportunidades ou barreiras aos serviços, não forem reconhecidos.

FIGURA 1

Fatores que, para além do gênero, empurram as pessoas para trás

Muitos fatores interagem com o gênero para marginalizar pessoas e comunidades. Estes incluem, entre outros, a etnia, a raça, a casta, a língua e a religião, o status de deficiência, a condição sorológica com respeito ao HIV/AIDS, o status migratório, a orientação sexual e a identidade de gênero.



Fonte: Adaptado do Plano Estratégico 2022-2025 do UNFPA "Não deixar ninguém para trás e alcançar os mais desfavorecidos"

Casos em que os direitos das mulheres foram em grande parte obliterados, como no Afeganistão, uniram mulheres ativistas, defensores dos direitos humanos, políticos e juristas proeminentes em torno de uma iniciativa para definir o apartheid de gênero e torná-lo um crime contra a humanidade (Bahous, 2023; Nia, 2023). O movimento Onda Verde, que se estende por toda a América Latina, surgiu de protestos contra as chocantes taxas elevadas de feminicídio, transformou o ativismo, bem como as leis do aborto em uma região outrora conhecida por algumas das limitações mais rigorosas (Carpenter, 2019). Como disse uma ativista, "os gritos de raiva, dor, alegria e irmandade nas ruas colocaram certamente o movimento feminista no centro da atenção pública como um movimento forte e necessário que está pedindo por mudanças radicais na vida tal como a conhecemos" (Kharas e outros, 2019).

Uma melhor compreensão dos motores da mudança

Se algumas pessoas continuam a ser deixadas para trás, há margem - e esperança - para um rápido progresso com base em acordos globais para alcançar a equidade, nomeadamente um tema central da Agenda 2030 (Conselho de Diretores Executivos do Sistema das Nações Unidas para a Coordenação, 2017). Entre as razões para o otimismo são pesquisas que mostram que as melhorias na saúde reprodutiva e materna avançaram mais rapidamente entre as populações mais pobres nos últimos anos (Ghebreyesus e outros, 2020), embora os progressos tenham sido desiguais, com os grupos mais abastados continuando a manter níveis substancialmente mais elevados de cobertura de saúde (Amouzou e outros, 2020).

Igualmente encorajador é o crescente conjunto de conhecimentos sobre quem fica para trás e porquê, e o que fazer para o evitar. A pobreza é cada vez mais vista como apenas um dos fatores de desigualdade. Os progressos também divergem significativamente (Ghebreyesus e outros, 2020) quando se consideram outros fatores que criam barreiras aos serviços, conduzem a resultados de saúde mais fracos ou limitam de outra forma a realização da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. Estes fatores incluem o gênero, bem como a idade; a cultura, a etnia, a raça, a língua e a religião; o status de deficiência; a condição sorológica com respeito ao HIV/AIDS; o local de residência; o status migratório, de asilo e deslocamento; e a orientação sexual e a identidade de gênero. Esta lista não é exaustiva - e mesmo entre pessoas que partilham uma desvantagem, circunstâncias complexas e diversas podem revogar o seu direito à saúde sexual e reprodutiva (UNFPA, 2021a). Em todos os casos, um princípio fundamental dos direitos humanos permanece: independente de onde e como a discriminação, o preconceito, a vulnerabilidade e a desigualdade surgem, sempre justificam uma ação corretiva.

Desde 1994, os principais acordos internacionais definiram claramente as responsabilidades e obrigações para eliminar as disparidades em matéria de saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Codificaram os direitos das pessoas com deficiência e dos povos indígenas, complementando as convenções existentes sobre os direitos das mulheres e a eliminação da discriminação racial. Entre os acordos regionais voltados para o futuro, há o Consenso de Montevideu sobre População e Desenvolvimento, com o seu compromisso de promover e proteger os direitos sexuais e os direitos reprodutivos como essenciais para a justiça social e o

As crises humanitárias conduzem à marginalização

As emergências humanitárias afetam de forma desproporcional as mulheres e as meninas, as pessoas com deficiência, os indígenas, as pessoas com identidade de gênero e orientação sexual diferentes, os idosos e os adolescentes. As desigualdades de gênero pré-existent e a discriminação contra os grupos marginalizados são exacerbadas durante as crises. A violência baseada em gênero também aumenta - no entanto, este continua a ser um dos setores humanitários mais subfinanciados (UN OCHA, n.d.). O financiamento insuficiente durante uma crise aumenta as vulnerabilidades das pessoas em risco: os sobreviventes podem ficar sem acesso a cuidados vitais, por exemplo, e os cortes na assistência alimentar e em outros tipos de auxílio estão intimamente ligados ao aumento da violência baseada em gênero; no Chade, muitos refugiados não tiveram outra alternativa senão se abrigar em um campo superlotado, com proteção insuficiente contra a violência, quando não foi possível estabelecer dois novos locais de acolhimento (UN OCHA, n.d.a.).

A escassez de recursos também limita o acesso aos cuidados de saúde para as pessoas em zonas de difícil acesso. Na Etiópia, isto significou que as equipes de saúde móveis só conseguiram chegar a 36% das pessoas visadas, com muitas comunidades remotas ficando mal servidas. E no Afeganistão, cerca de 170 instalações de saúde fixas e móveis tiveram de ser descontinuadas, limitando os cuidados de saúde primários a um milhão de pessoas, incluindo mulheres grávidas, crianças e pessoas com deficiência (UN OCHA, n.d.a.).

Mas estes desafios podem - e devem - ser ultrapassados. O apoio às organizações locais lideradas por mulheres na linha da frente das emergências pode ajudar a garantir que as necessidades das comunidades marginalizadas sejam satisfeitas. Embora essas organizações continuem a ser subfinanciadas e subrepresentadas na tomada de decisões humanitárias, o progresso está ocorrendo. Em 2023, dez equipes nacionais humanitárias tinham pelo menos uma organização local liderada por mulheres como membro. No Iémen, a equipe humanitária nacional incluía duas organizações locais lideradas por mulheres e uma organização local para pessoas com deficiência. Treze dos 19 conselhos consultivos para fundos comuns baseados no país, que atribuem financiamento a atores humanitários, tinham representação de pelo menos uma organização local liderada por mulheres. Estes são passos promissores, mas são necessários muitos mais.

Este texto foi contribuído pelo Gabinete de Coordenação dos Assuntos Humanitários das Nações Unidas.

Trabalhadoras do setor do vestuário se organizam contra a violência baseada em gênero

“As trabalhadoras do setor de vestuário podem levantar a voz contra a violência no local de trabalho sem a ameaça de represálias”, afirma Thivya Rakini.

Isso representa uma mudança radical para milhares de trabalhadoras da indústria do vestuário, predominantemente jovens do sexo feminino, explica Rakini, presidente do Tamil Nadu Textile and Common Labour Union (TTCU). Com mais de 2.000 fábricas que empregam 280.000 trabalhadores, Tamil Nadu é o maior produtor de fio de algodão da Índia, abastecendo os mercados nacional e internacional, incluindo marcas de moda bem conhecidas. A maioria destes trabalhadores são mulheres jovens, enquanto a direção e os supervisores são majoritariamente homens. Esta dinâmica de poder desigual é exacerbada pela casta e pelo status de migrante dos trabalhadores do setor do vestuário, bem como pelos esforços das empresas para evitar a responsabilização por atos ilícitos.

Os sindicatos existentes estavam relutantes em abordar questões como a violência e o assédio com base no gênero. “Em Tamil Nadu, a indústria do vestuário é dominada por sindicatos

liderados por homens, e a direção e a liderança sênior também são homens. As questões das mulheres nunca tiveram espaço”, afirma Nandita Shivakumar, conselheira do TTCU. “O que as mulheres trabalhadoras queriam era que o movimento laboral garantisse que as questões relacionadas ao gênero fizessem parte da agenda principal; não se trata apenas de salários”.

“A força de trabalho é constituída por 80% de mulheres, 60% das quais pertencem à comunidade Dalit” - uma casta marginalizada na Índia, explica Rakini. “Mas a direção e os chefes de linha são homens das castas superiores. Não é fácil para eles ouvir quando um trabalhador Dalit diz: ‘Vocês estão fazendo isto mal’. Isso é muito difícil para eles”.

Frustradas, as trabalhadoras do setor do vestuário decidiram começar a se organizar e nasceu o TTCU, um dos primeiros sindicatos de trabalhadores liderados por mulheres em Tamil Nadu que também é liderado por Dalit. O número de membros cresceu rapidamente; atualmente representa mais de 11.000 trabalhadores. A confiança entre os seus dirigentes e membros permitiu que o sindicato atuasse de forma decisiva quando ocorreu uma tragédia: em janeiro

de 2021, Jeyasre Kathiravel, uma mulher Dalit e membro do TTCU, foi assassinada pelo seu supervisor em uma fábrica de vestuário de Dindigul, propriedade da Eastman Exports, após meses de assédio sexual. A sua morte marcou um ponto de ruptura; suas colegas queriam não só justiça para Kathiravel, mas também uma mudança sistêmica para proteger todas as trabalhadoras do setor do vestuário.

“O que foi diferente no caso de Jeyasre foi o fato de se tratar de uma aldeia onde o TTCU tinha uma presença sindical muito forte”, diz Shivakumar. “As mulheres estavam no sindicato há muito tempo. A mãe de Jeyasre estava no sindicato, e Jeyasre estava no sindicato. Por isso, como se tratava de uma aldeia e de circunstâncias como estas, havia uma forte solidariedade e a tendência geral de cair na autoculpa não existia [...] Era como se acontecesse o que acontecesse, não nos importávamos, íamos lutar. Foi o momento ‘Me Too’, sabe, para as trabalhadoras das fábricas”.

A dor e frustração alimentaram uma campanha global, “Justiça para Jeyasre”. Culminou com a assinatura, em abril de 2022, do Acordo de Dindigul para Eliminar a Violência e o Assédio Baseado em

no Gênero, um acordo histórico que consagra vários níveis de proteção no local de trabalho por meio de um conjunto de acordos da cadeia de abastecimento com um sistema de controles e equilíbrios destinados a garantir a responsabilização pela violência e assédio com base no gênero a todos os níveis. Se a direção não aderir às estipulações do acordo, os signatários da marca serão legalmente obrigados a impor consequências comerciais à Eastman Exports para garantir o cumprimento. Os signatários incluem o fornecedor, o TTCU e os aliados do sindicato, incluindo a Asia Floor Wage Alliance e o Global Labor Justice-International Labor Rights Forum. O acordo também foi assinado por marcas de moda internacionais que compram vestuário das fábricas, incluindo o Grupo H&M e a Gap Inc.

Atualmente, explica Shivakumar, “há mulheres líderes em cada linha de produção que atuam como monitoras do chão de fábrica. Elas têm muito poder para levantar questões e não sofrem retaliações”.

E os impactos se estendem para além do local de trabalho. Muitos dos trabalhadores do setor de vestuário em Tamil Nadu são migrantes domésticos que ficam em albergues organizados pela fábrica e utilizam ônibus organizados pela fábrica; ambos foram locais de exploração. “Os motoristas assediam as mulheres, dizendo: ‘Se você me fizer um favor sexual, eu espero cinco minutos mesmo se você chegar atrasada’”, diz Shivakumar. Os proprietários das empresas costumavam se eximir de qualquer responsabilidade. “Costumavam dizer: ‘Estes serviços são contratados. Não é da nossa responsabilidade’”.



Membros do TTCU comemoram a assinatura do Acordo de Dindigul. © TTCU

O Acordo de Dindigul aborda esta questão. “Tentamos abranger não só os locais de trabalho, mas também os ônibus que transportam os trabalhadores e os albergues, porque muitos dos problemas acontecem neles ... Agora temos monitores nos ônibus”.

Um ano depois, os resultados do acordo excederam as expectativas até dos seus fundadores. Noventa e oito por cento do total das queixas foram resolvidas (Asia Floor Wage Alliance e outros, 2023), incluindo 100% das queixas relacionadas com violência e assédio com baseadas em gênero. Mais de 2.000 trabalhadores receberam formação sobre a identificação e prevenção de abusos, incluindo a direção, o pessoal de apoio e os contratantes externos. O acordo também teve resultados positivos para o fabricante. Em setembro de 2022, a fábrica de vestuário de Dindigul foi retirada de uma lista de fabricantes proibidos pelos Estados Unidos por suspeita

de trabalho forçado; o Acordo de Dindigul foi creditado na decisão.

“Em um ano, fizemos com que os trabalhadores compreendessem que somos a favor deles”, diz Rakini. “Mas agora a alta gerência também compreende que não estamos apenas a favor dos trabalhadores, que protestam contra a gerência. Também estamos a favor da empresa”.

Agora, o TTCU está negociando para que estas proteções sejam estendidas a outros fornecedores - mas está determinado que cada novo acordo deve ser adaptado às necessidades dos trabalhadores que abrange. “Para onde quer que vá, o acordo deve abordar as questões locais das mulheres trabalhadoras. Foi essa a lição que aprendemos”, afirma Shivakumar. “Agora, o que precisamos é expandir o acordo a mais locais para que estas proteções estejam disponíveis em todas as fábricas e se tornem a norma. É isso que precisamos de fazer.”

desenvolvimento sustentável. O inovador Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres na África, mais conhecido como Protocolo de Maputo, levou à eliminação das restrições ao aborto em mais de meia dúzia de países, incluindo proibições da era colonial diretamente ligadas a elevados níveis de mortalidade materna (ver página 60 sobre a história colonial) (McGovern e outros, 2022).

Compreender e concordar em corrigir os fatores que empurram as pessoas e as comunidades para trás pode impulsionar novas escolhas - e com as escolhas certas, a corrida para chegar a todas as pessoas pode começar, ao ritmo e à escala necessários. Muitos motores de mudança são bem conhecidos e estão bem demonstrados. Estes começam com a correção dos desequilíbrios de poder incorporados nas sociedades, leis, economia e cuidados de saúde, porque será difícil, se não impossível, conseguir a inclusão em sistemas que continuam a

ser intrinsecamente discriminatórios. É necessário um reequilíbrio deliberado das relações de poder baseadas no gênero a todos os níveis, por exemplo, desde as famílias aos parlamentos, a par de esforços para alargar e melhorar a qualidade dos serviços e para alterar normas e comportamentos (George e outros, 2020; Herten-Crabb e Davies, 2020). Conceitos como a justiça sexual e reprodutiva foram desenvolvidos para reconhecer e atuar sobre os múltiplos fatores de discriminação e desigualdade, nomeadamente através de um apelo deliberado às próprias pessoas para que definam o que é e o que exige a equidade (McGovern e outros, 2022).

Exemplos de como as mudanças estruturais podem ocorrer incluem o declínio do casamento infantil no Sul da Ásia, que surgiu através de mais educação para as meninas, bem como de mudanças econômicas que abriram opções para o emprego das mulheres (Herten-Crabb e Davies, 2020). Um compromisso

recente para acabar com o casamento infantil por parte de quatro países que abrigam um quinto de todas as crianças noivas se baseou em provas emergentes de um pacote integrado de soluções que inclui assistência social sensível ao gênero, políticas inclusivas no mercado de trabalho e ensino secundário universal, entre outros (Indira e outros, 2023).

Desde a CIPD, dados muito melhores têm sido recolhidos. Esses dados ajudam a orientar novos programas e investimentos. Em 1994, sabíamos pouco sobre a escala da mortalidade materna, por exemplo; os dados eram frequentemente pouco confiáveis ou não eram recolhidos. Hoje em dia, os números estão em grande parte disponíveis a nível agregado. Além disso, os dados sobre a população e a saúde recolhidos pelas instituições internacionais e pelos governos nacionais são agora geralmente desagregados por sexo, renda, localização e idade. Os dados sobre a deficiência estão aumentando rapidamente. Há ainda muito a fazer para obter uma imagem completa de todas as formas de marginalização. Os dados sobre etnia, raça, língua, religião, indigeneidade, status migratório e identidade LGBTQIA+ continuam a ser escassos. É possível fazer mais, com os compromissos certos, nomeadamente através do aproveitamento contínuo das novas tecnologias.

Existe uma compreensão incipiente, mas crescente, da forma como os serviços de saúde podem ajudar a dismantlar a discriminação e as barreiras estruturais para aqueles que foram deixados para trás. As parteiras têm se mostrado promissoras tanto na prestação de serviços, como na capacitação de mulheres em comunidades marginalizadas. Evidências crescentes indicam que intervenções de saúde sexual positivas para o sexo podem reduzir o estigma; atrair pessoas marginalizadas para utilizar serviços, inclusive para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e HIV/AIDS; e aumentar o uso de contraceptivos (Ford e outros, 2022; Zaneva e outros, 2022; Starrs e outros, 2018). Os grupos de autoajuda de mulheres em comunidades pobres têm demonstrado mérito em fornecer informações sobre cuidados de saúde e microfinanciamento para responder às necessidades econômicas, resultando em melhorias significativas nos cuidados pré-natais e nos indicadores de planejamento familiar. Um componente crítico destes grupos é o fato de as mulheres membros determinarem, a nível local, os termos em que operam - uma lição que deve ser aplicada de forma geral, assegurando que a participação na tomada de decisões sobre o futuro de cada um é a norma e não a exceção.



Os dados sobre a população e a saúde recolhidos pelas instituições internacionais e pelos governos nacionais são agora geralmente desagregados por sexo, renda, localização e idade

O nosso passado, o nosso presente, o nosso futuro

Ninguém quer um mundo onde metade de todas as gestações não são planejadas, onde as mulheres são maltratadas em casa ou morrem de causas evitáveis durante o parto. Todos nós queremos um futuro em que as meninas e mulheres saibam que podem completar a sua escolaridade, ter empregos decentes, constituir família se assim o desejarem e fazer parte de uma sociedade saudável e próspera e contribuir significativamente para ela. Este é o desenvolvimento centrado nas pessoas - robusto, justo e resistente às crises.

A pesquisa original contida neste relatório (página 28) salienta como as barreiras ao acesso aos cuidados de saúde diminuíram mais rapidamente para as mulheres mais privilegiadas em termos de status socioeconômico e para as que pertencem a grupos étnicos que já se encontravam em melhor situação. Esta pesquisa mostra também que as disparidades dentro dos países são maiores do que as disparidades entre países - implicando todas as sociedades na perpetuação destas injustiças e exigindo uma reparação em todos os níveis.

O capítulo 2 do relatório destaca os motivos para isso. Apesar de 30 anos de consenso sobre o poder emancipatório da saúde sexual e reprodutiva, os sistemas que prestam estes cuidados de saúde continuam contaminados por heranças profundas de desigualdade de gênero, discriminação racial e desinformação. No entanto, o processo de exposição destas injustiças oferece oportunidades para desenvolver sistemas e práticas enraizados na dignidade comum de *todas* as pessoas.

O terceiro capítulo explora a revolução mundial de dados - desencadeada, de certa forma, pela

própria CIPD, que apelou à desagregação dos dados para identificar onde, e para quem, as necessidades de saúde sexual e reprodutiva não satisfeitas são mais graves. Esta diretiva não foi, em grande parte, cumprida. Se o mundo quiser alcançar a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos universais, o elemento dados da CIPD não pode continuar a ser ignorado.

O capítulo 4 destaca os ganhos sociais, sanitários e de produtividade que ainda estão por realizar e os investimentos que podem aumentar os ganhos. O argumento a favor da contracepção é agora incontestável. Economistas e defensores, e as próprias mulheres, estabeleceram que o desenvolvimento do capital humano é grandemente acelerado quando os indivíduos são capazes de planejar as suas famílias. Mas os investimentos na contracepção, por si só, são insuficientes. Este capítulo aborda os benefícios desencadeados pela autonomia reprodutiva de forma mais ampla.

O capítulo final olha para o futuro, recorrendo a análises de um consórcio de especialistas e líderes de pensamento nos domínios da demografia, das mudanças climáticas, da saúde e da tecnologia, para antecipar alguns dos maiores desafios tanto para a agenda da CIPD como para o mundo em geral. Este capítulo mostra que, mesmo entre as nuvens de tempestade do populismo, da desinformação, da catástrofe climática e dos deslocamentos em grande escala, os cuidados e os direitos universais e inclusivos em matéria de saúde sexual e reprodutiva continuarão a ser cruciais, ou se tornarão ainda mais cruciais, para garantir um futuro sustentável e baseado em direitos para todos.

Cada capítulo começa com uma reflexão sobre os últimos 30 anos de progresso, uma chamada de atenção crítica para o fato de que, apesar dos desafios atuais e iminentes, a trajetória mais geral é no sentido da concretização dos direitos

humanos e da igualdade de gênero. Em seguida, os capítulos têm como objetivo estabelecer uma base de entendimento comum sobre a importância de combater a discriminação, antes de apontar caminhos para o futuro.

A luta pela saúde é uma luta pela igualdade e pela autonomia do corpo (Ghebreyesus e outros, 2020), pela justiça e pelo desenvolvimento centrado nas pessoas. Deve elevar as pessoas e as sociedades, e não as empurrar para trás, por meio de escolhas que todas as pessoas merecem ter sobre os seus corpos e as suas vidas. Para o fazer, temos de lidar com a complexidade.

Teremos que ir além de medir a experiência humana em médias amplas que obscurecem as experiências dos grupos marginalizados. E teremos que ir além de uma contabilidade de soma zero, em que algumas pessoas sempre ganham e outras sempre perdem. Podemos olhar para a geometria da tecelagem como inspiração para uma visão alternativa do potencial humano. Na tecelagem - que é inerente às culturas e comunidades de todo o mundo - a força de um único fio é amplamente multiplicada pela trança. Do mesmo modo, a educação, a autonomia, a saúde e o potencial de cada indivíduo são tênues quando isolados, mas muito mais fortes quando entrelaçados com os direitos, a saúde e o bem-estar dos outros. Na verdade, há 30 anos, o Programa de Ação da CIPD afirmou por consenso que a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos estão interligados e são inseparáveis dos objetivos mais amplos do desenvolvimento sustentável. Esta é uma nova e antiga forma de compreender o nosso mundo, em que diversos fios se juntam numa tapeçaria holística, em que cada vida contribui para o tecido da nossa humanidade coletiva, embelezando e fortalecendo o todo.



Os Boruca são um povo indígena que vive na Costa Rica. Eles coletam sementes, flores, cascas de árvores, caracóis marinhos e outros elementos naturais para criar os corantes para seus tecidos, mas primeiro pedem permissão à Mãe Natureza para garantir que suas práticas e tradições permaneçam sustentáveis. © Christian Moon/UNFPA Costa Rica

Problemas autorrelatados no acesso aos cuidados de saúde, ao longo do tempo, por status socioeconômico e etnia

Os últimos anos trouxeram uma proliferação de formas de acompanhar e medir o progresso no sentido da expansão global de cuidados de saúde acessíveis e econômicos (OMS e outros, 2023). Nomeadamente, o relatório para a meta 3.8.1 dos ODS, cobertura de serviços de saúde essenciais, fornece uma visão crítica sobre a percentagem de indivíduos que recebem cuidados essenciais, o número de instalações e pessoal de saúde per capita e outras medidas comparáveis internacionalmente. No entanto, como mostra este relatório, também é importante deixar que as pessoas falem por si próprias. A análise original aqui elaborada destaca a forma como a mudança no acesso aos cuidados de saúde foi vivida por mulheres de diferentes origens socioeconômicas e étnicas, como elas próprias relatam.

Em 69 países de todo o mundo, as Pesquisas Demográficas e de Saúde fizeram exatamente isso. As pesquisas pedem às mulheres que relatem se têm problemas graves no acesso aos cuidados de saúde quando estão doentes. Entre uma lista mais vasta de vários tipos de problemas, há quatro questões específicas que foram colocadas

em todos os contextos nacionais, nomeadamente, se as mulheres têm um problema grave: (1) com a distância até uma unidade de saúde; (2) com a obtenção do dinheiro necessário para o tratamento; (3) com o fato de não quererem ir sozinhas; ou (4) com a obtenção de autorização para ir. Apenas em 25 dos 69 países - cerca de um terço do total - as perguntas foram feitas em mais do que um questionário, identificando também a etnia da mulher. Este conjunto de dados oferece uma oportunidade para examinar os problemas de acesso aos cuidados de saúde comunicados pelas mulheres, tanto ao longo do tempo, por fatores socioeconômicos (quintil de riqueza, nível de escolaridade e residência urbana ou rural), como por etnia. Em conjunto, estes 25 países representam cerca de um terço da população feminina mundial e identificam quase 300 grupos étnicos diferentes.

Vale a pena sublinhar que estas respostas autorrelatadas a perguntas sobre o acesso à saúde são muito diferentes das medidas de Cobertura Universal de Saúde (OMS e outros, 2023) e, o que é importante, os níveis e as tendências de ambos podem, por vezes, estar em conflito

uns com os outros. Estes são alguns dos vários estudos e pesquisas que estão sendo utilizados para avaliar o acesso à saúde e que, em conjunto, podem trazer nuances a este importante tópico.

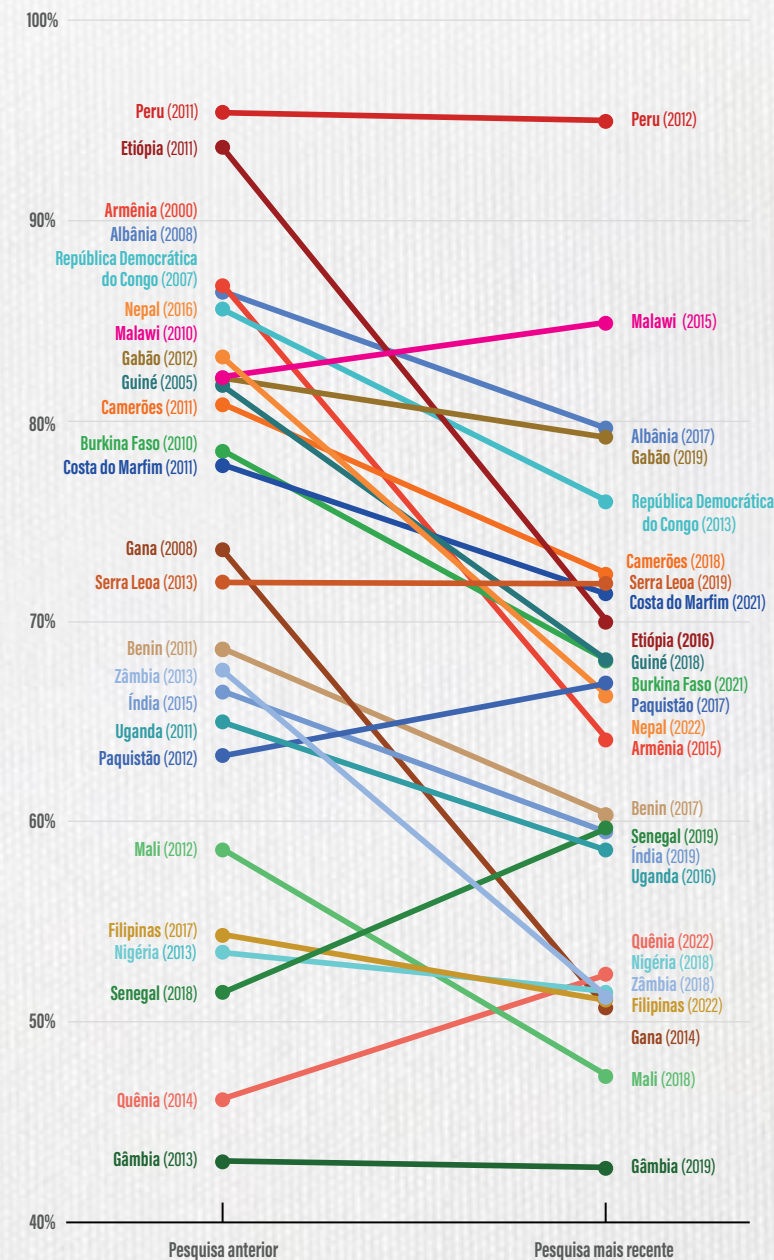
Melhoria global, ritmo desigual

Os resultados revelam uma tendência global promissora de redução dos problemas de acesso aos cuidados de saúde. De acordo com as pesquisas mais recentes (realizadas entre 2012 e 2022, dependendo do país), 61% das mulheres referiram um ou mais problemas graves no acesso aos cuidados de saúde para si próprias quando estavam doentes - uma melhoria em relação ao primeiro período de pesquisa (2000-2018), em que 67% das mulheres referiram problemas graves no acesso aos cuidados de saúde.

No entanto, a análise também revela desigualdades consideráveis entre países. Por exemplo, no período da pesquisa mais recente, 43% das mulheres na Gâmbia tiveram problemas graves para obter cuidados de saúde, enquanto 95% das mulheres no Peru tiveram esses problemas. E, embora na maioria dos países as mulheres tenham relatado uma melhoria no

FIGURA 2

Proporção de mulheres com problemas significativos no acesso a cuidados quando estão doentes, por país



Source: Pesquisa Demográfica sobre a Saúde

Note: Existe uma tendência global positiva na redução dos problemas de acesso aos cuidados de saúde. (No caso do Malawi, que apresenta poucas alterações ao longo do tempo, as margens de erro são suficientemente grandes para tornar o resultado incerto.)

acesso entre a primeira e a segunda pesquisas, alguns países registraram poucas alterações (Gabão, Gâmbia, Malawi, Nigéria, Peru e Serra Leoa) ou mostraram indícios de regressão (Quênia, Paquistão e Senegal).

Além disso, as desigualdades dentro dos países são frequentemente maiores do que a diferença entre países. Ou seja, as diferenças que surgem entre grupos socioeconômicos e etnias dentro do mesmo país excedem normalmente a diferença observada nas médias entre países (ou seja, a Gâmbia em comparação com o Peru). Por exemplo, em 2017, na Albânia, 91% das mulheres de etnia cigana com o status socioeconômico mais marginalizado - mulheres urbanas sem educação e no quintil de riqueza mais pobre - tiveram problemas graves no acesso aos cuidados de saúde, enquanto apenas 5% das mulheres de etnia albanesa com o status socioeconômico mais privilegiado - mulheres rurais com educação superior e no quintil de riqueza mais rico - tiveram problemas graves. Da mesma forma, enquanto 18% das mulheres urbanas de Senoufo com ensino superior e no quintil de riqueza mais rico tiveram problemas graves no acesso aos cuidados de saúde no Burkina Faso em 2021, 95% das mulheres rurais de Touareg/Bella sem educação e no quintil de riqueza mais pobre tiveram problemas graves.

A riqueza, a educação e a residência contribuem para o aumento das disparidades

As mulheres com o status socioeconômico mais marginalizado,

que começaram na primeira pesquisa com uma prevalência mais elevada de problemas graves no acesso aos cuidados de saúde, foram as que, em média, menos mudaram ao longo do tempo. As mulheres com o status socioeconômico *menos marginalizado*, que relataram a menor prevalência de problemas graves de acesso, foram as que, em geral, registaram mais melhorias ao longo do tempo, uma conclusão que faz lembrar outras investigações no domínio da saúde que revelam padrões semelhantes de equidade inversa (Victoria e outros, 2018). Estas designações socioeconômicas - que analisam a riqueza, a educação e a residência - são todas específicas de cada país, com alguns países a registarem mais vantagens entre os residentes rurais e outros a registarem mais vantagens entre os residentes urbanos, por exemplo. (Ver nota técnica x.)

Em média, os grupos socioeconômicos *mais marginalizados* registaram um declínio de 5 pontos percentuais na proporção de mulheres com problemas graves no acesso aos cuidados de saúde entre as pesquisas anteriores e posteriores. Em contrapartida, no grupo socioeconômico *menos marginalizado*, a proporção de mulheres com problemas graves no acesso aos cuidados de saúde diminuiu 8 pontos percentuais.

A etnia desempenha um papel persistente na desigualdade

As disparidades no domínio da saúde ocorrem em um vasto leque de dimensões. A etnia é uma dessas

dimensões, e as diferenças baseadas na etnia persistem mesmo depois de se ter em conta os diferentes níveis de educação, riqueza e residência urbana/rural. Em linguagem simples, as mulheres com os mesmos níveis de educação, riqueza e local de residência, mas com etnias diferentes, relatam frequentemente realidades muito diferentes quando se trata de acessar os cuidados de saúde. Em todos os países, 43% das mulheres do perfil socioeconômico mais desfavorecido e da etnia *menos marginalizada* do seu país enfrentaram sérios problemas de acesso aos cuidados de saúde; para as mulheres do perfil socioeconômico mais desfavorecido e da etnia *mais marginalizada* do seu país, esta percentagem foi de 83 - uma diferença de 40 pontos percentuais entre mulheres que partilhavam os mesmos desafios socioeconômicos e apenas diferiam pela sua etnia.

Além disso, apesar de a maioria dos países registar melhorias globais no acesso, mais de metade dos países analisados viram as disparidades étnicas aumentar entre os dois períodos de pesquisa. Nos 14 países com aumento da diferença étnica, os inquéritos anteriores revelaram uma diferença de 41 pontos percentuais entre as mulheres socioeconomicamente desfavorecidas dos grupos étnicos mais e menos marginalizados, enquanto nas pesquisas mais recentes a diferença aumentou para 48 pontos percentuais.

As tendências entre todos os grupos étnicos identificados nos 25 países

são diversas, mas a tendência geral é clara: existem disparidades étnicas nos problemas de acesso aos cuidados de saúde comunicados pelas próprias mulheres em quase todos os países e sociedades onde os dados são desagregados por etnia. Ou seja, quando ouvimos os relatos das próprias mulheres sobre os problemas de acesso aos cuidados de saúde quando estão doentes - utilizando pesquisas que representam um terço da população feminina do planeta - verificamos que as disparidades étnicas no acesso aos cuidados de saúde são generalizadas e, em vários casos, estão aumentando.

É possível reduzir a diferença

No entanto, há algumas boas notícias. As diferenças étnicas não são extremas em todos os lugares e há sinais promissores de que é possível reduzir a diferença. Na Guiné, as mulheres Guerzé rurais mais pobres e sem instrução registaram a maior proporção de problemas de acesso aos cuidados de saúde de todos os grupos étnicos, 96%, na pesquisa anterior, mas na pesquisa mais recente a proporção de problemas graves tinha diminuído para 72% - melhor do que as mulheres rurais de todos os outros grupos étnicos com níveis semelhantes de pobreza e escolaridade. Na pesquisa nigeriana anterior, entre as mulheres rurais mais pobres e sem instrução, 87% das mulheres Ekoi relataram problemas graves no acesso aos cuidados de saúde. Na pesquisa mais recente, essa proporção tinha caído para 64%, quase o mesmo que as mulheres pobres das zonas rurais

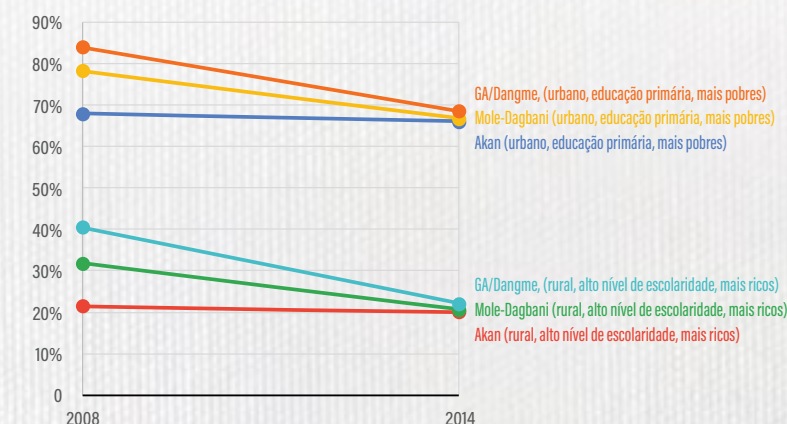
Hausa, o grupo étnico que relatou o melhor acesso. (Ainda assim, estas melhorias não foram partilhadas universalmente entre todos os grupos étnicos destes países).

Um ponto particularmente positivo foi em Gana, onde se registou uma diferença de apenas 3 pontos percentuais na proporção de mulheres Akan com o perfil socioeconômico mais marginalizado que enfrentam problemas graves no acesso aos cuidados de saúde, em comparação com as mulheres Ga e Dangme, enquanto na pesquisa anterior essa diferença era de 16 pontos percentuais. De fato, a desigualdade entre vários outros grupos étnicos e socioeconômicos no Gana também diminuiu entre as pesquisas anteriores e posteriores, um sinal não só de um melhor acesso aos cuidados de saúde, mas também de uma maior equidade.

Por que o Gana foi tão bem-sucedido na redução das disparidades de equidade em comparação a outros países? Uma explicação possível está relacionada com a expansão do acesso aos cuidados de saúde no Gana durante o período abrangido por estes inquéritos, incluindo a introdução de uma política de cuidados de saúde maternos gratuitos e a continuação da implementação de um regime nacional de seguro de saúde (Aikins e Koram, 2017; Blanchet e outros, 2012). Muitos outros países também adotaram regimes nacionais de seguro de saúde,

FIGURA 3

Gana. Proporção de mulheres com um ou mais problemas graves no acesso à assistência médica: extremos socioeconômicos, por etnia



Fonte: UNFPA

Nota: Apenas dois grupos étnicos (Ga/Dangme e Mole-Dagbani) registraram alterações no acesso aos cuidados de saúde diferentes do maior grupo étnico (os Akan). Em ambos os grupos, as mulheres relataram que o acesso aos cuidados de saúde melhorou ao longo do tempo, eliminando as lacunas observadas na pesquisa anterior.

mas no Gana a equidade parece ter sido um princípio deliberado dos esforços de acesso aos cuidados de saúde - não só na forma como as iniciativas foram concebidas, mas também na priorização da avaliação e reforma baseadas em provas (Phillips e outros, 2020). Por exemplo, enquanto outros países com regimes nacionais de seguro de saúde podem depender fortemente de despesas privadas diretas, o Gana aumentou drasticamente a parte do financiamento da saúde proveniente de fundos públicos (Odeyemi e Nixon, 2013).

Insistir no progresso para todos

De modo geral, a análise destes 25 países oferece lições importantes a todas as nações e comunidades. Nomeadamente, o progresso global na melhoria do acesso aos cuidados de saúde tem sido

desigual e, em muitos casos, os mais afastados continuam a ser dos últimos a ser alcançados.

Além disso, as disparidades étnicas não se limitam a determinados países, mas são identificáveis em todos os locais onde são recolhidos dados adequados sobre a etnia. Por conseguinte, salientar a existência de disparidades étnicas e socioeconômicas no acesso aos cuidados de saúde não deve ser considerado como uma acusação de parcialidade ou um apelo à política. Pelo contrário, as disparidades étnicas e socioeconômicas são aparentemente universais - enquanto os progressos no sentido de eliminá-las não o são. Mas o progresso é possível. E começa por dar às pessoas a oportunidade de identificar, em primeiro lugar, as suas experiências de desigualdade.

DESVENDAR A DESIGUALDADE



O Programa de Ação da CIPD surgiu após a Guerra Fria, uma época de agitação e incerteza. No ano de 1994, assistiu-se simultaneamente ao fim do apartheid na África do Sul, que realizou as suas primeiras eleições democráticas multirraciais em abril, e à eclosão do genocídio em Ruanda nesse mesmo mês. A Suécia legalizou as uniões civis entre parceiros do mesmo sexo - tornando-se o terceiro país a fazê-lo – em um momento em que a taxa global de novas infecções por HIV/AIDS estava a atingir o seu pico mais elevado na história (UNAIDS, n.d.). A promessa de ação

coletiva, assim como os perigos de não a adotar, não podiam ter sido mais proeminentes nas mentes dos participantes da CIPD no Cairo.

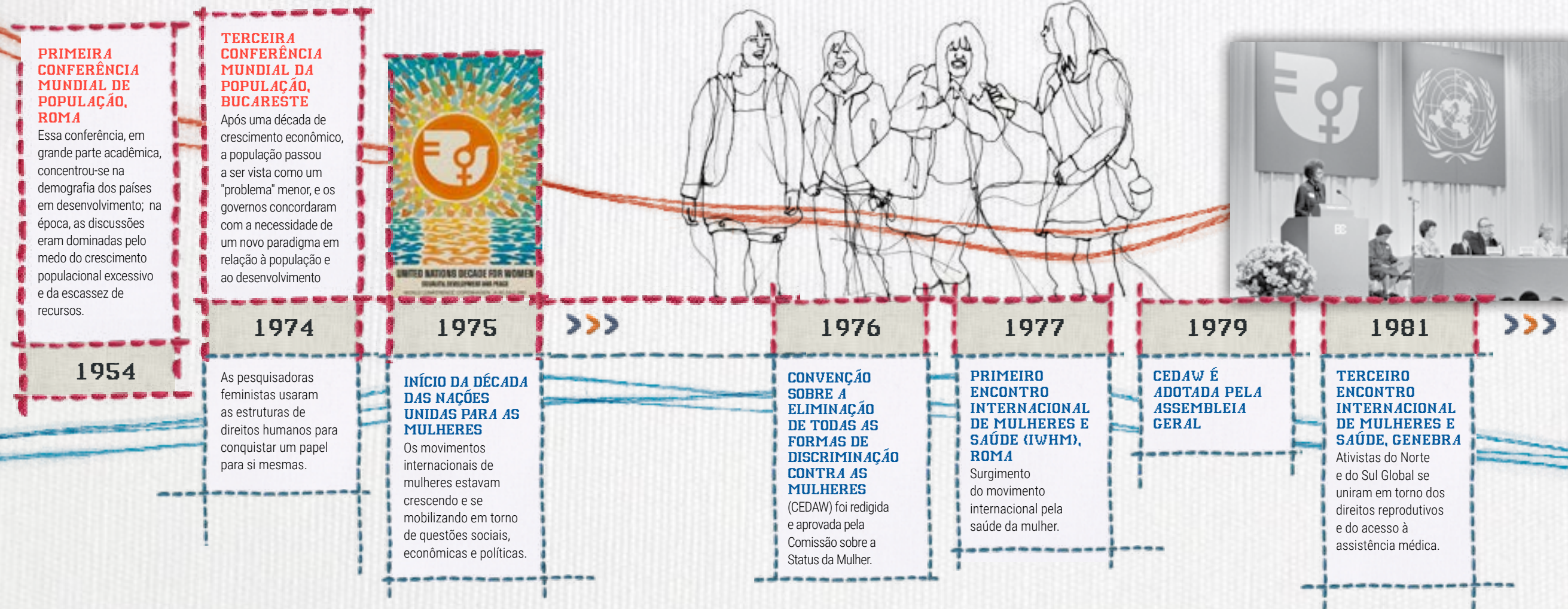
E, de fato, uma realização central da CIPD, a mudança de paradigma na compreensão mundial das questões da população e do desenvolvimento, resultou dos esforços coletivos dos Estados-Membros e dos movimentos populares. O Programa de Ação introduziu os conceitos de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos - ambos os termos já utilizados pelo movimento

de mulheres e pelos defensores da saúde pública - à comunidade internacional mais ampla (Berro Pizzarossa, 2018), e situou-os dentro dos "direitos humanos que já são reconhecidos nas leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outros documentos de consenso" (UNFPA, 1994). Ao invocar a sabedoria dos defensores populares e ao se basear no direito humano à saúde existente, o Programa de Ação conseguiu assegurar, por consenso, o reconhecimento de que os Estados e os sistemas de saúde são obrigados a defender a saúde sexual

e reprodutiva e os direitos reprodutivos e o bem-estar de todas as pessoas.

Este papel dos sistemas de saúde como facilitadores dos direitos humanos - não só o direito ao mais elevado nível de saúde possível, mas também um conjunto de outros direitos – já era bem conhecido, mas, na arena contestada da saúde sexual e reprodutiva, este reconhecimento foi inovador. O Programa de Ação chegou mesmo a um acordo sobre a questão do aborto, que era muito disputada, determinando que "nas

Os movimentos internacionais de mulheres e feministas lideraram a inclusão dos direitos das mulheres nas agendas de desenvolvimento global, começando antes da CIPD em 1994 e acelerando o progresso depois disso. Esta linha do tempo ilustra como a CIPD reuniu a agenda de população e desenvolvimento e os movimentos feministas para consolidar o apoio à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos em nível global.



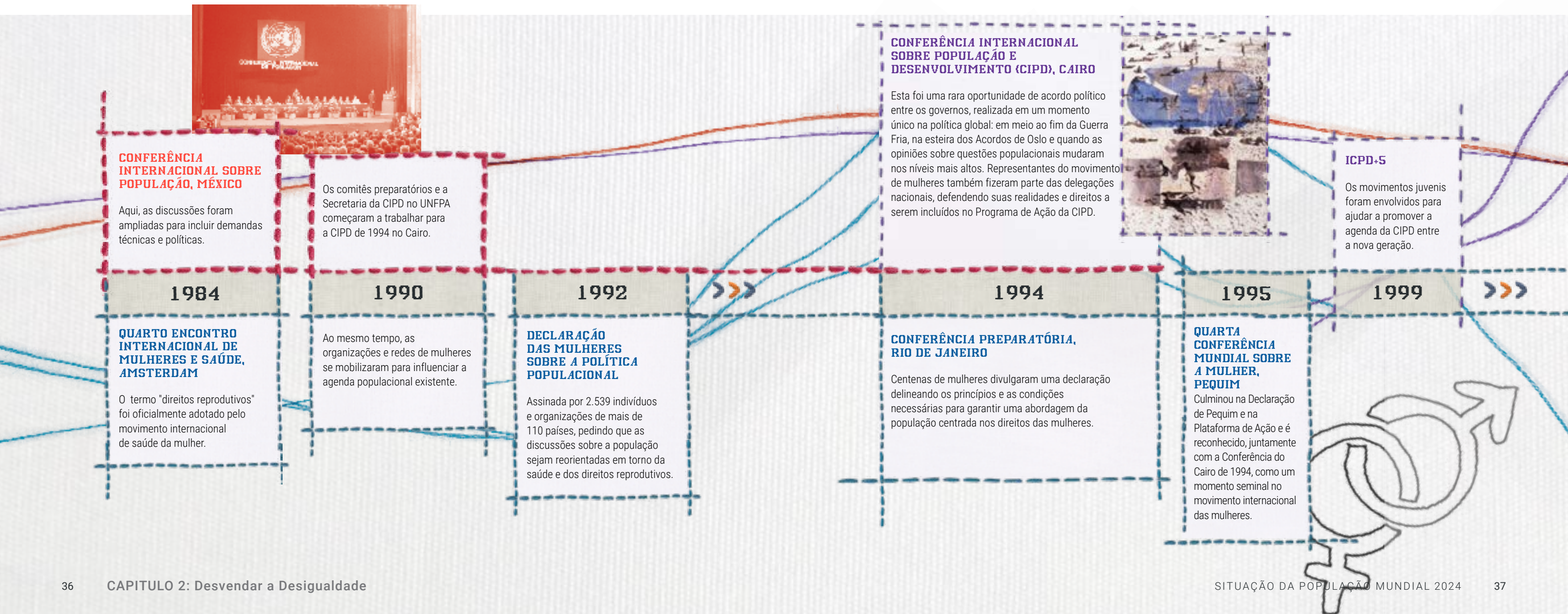
circunstâncias em que o aborto não é proibido por lei, deve ser seguro" e que "em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para a gestão das complicações decorrentes do aborto". O texto final mostrava que "a saúde e o desenvolvimento pessoal de uma mulher dependem crucialmente da qualidade dos serviços que lhe são oferecidos e das escolhas disponíveis", como descreveu a então Diretora Executiva da UNFPA, Nafis Sadik, no ano seguinte, em Pequim, na Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, sublinhando o papel dos sistemas de saúde, dos médicos, da contracepção e da

informação na "libertação das mulheres de um sistema de valores que insiste em que a reprodução é a sua única função".

Nos 30 anos que se seguiram à conferência do Cairo, os sistemas de saúde, os sistemas educativos e os governos - e os grupos da sociedade civil que os responsabilizam - cumpriram a sua missão. Quando as leis são avaliadas para determinar se garantem suficientemente o acesso pleno e igualitário a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação - incluindo cuidados de

maternidade, aborto, contracepção, educação HIV/AIDS - verifica-se que 76% dessas leis estão em vigor em 115 países, conforme medido no indicador 5.6.2 dos ODS (UNFPA, 2024a). Para além disso, desde 1994, o direito ao aborto foi reconhecido a milhões de pessoas em todo o mundo, uma vez que mais de 60 países reviram as suas leis sobre o aborto para remover restrições (Center for Reproductive Rights, n.d.), em comparação com apenas quatro que reverteram a legalidade do aborto.

A CIPD também apelou a que os jovens tivessem acesso a, e participassem no desenvolvimento de, "atividades e serviços de informação, educação e comunicação relativos à saúde reprodutiva e sexual" - reconhecendo que esta informação ajudaria a capacitar as gerações atuais e futuras para realizarem o seu potencial. Desde então, foram desenvolvidas normas internacionais e, atualmente, dois terços dos países que apresentam relatórios declaram que 76% ou mais das suas escolas fornecem alguma forma de educação sexual (UNESCO e outros, 2021). As tecnologias de reprodução assistida se



tornaram quase omnipresentes, permitindo que mais pessoas realizem as suas aspirações de fertilidade e expandindo as oportunidades para famílias mais diversificadas.

Mas ainda há muito a fazer.

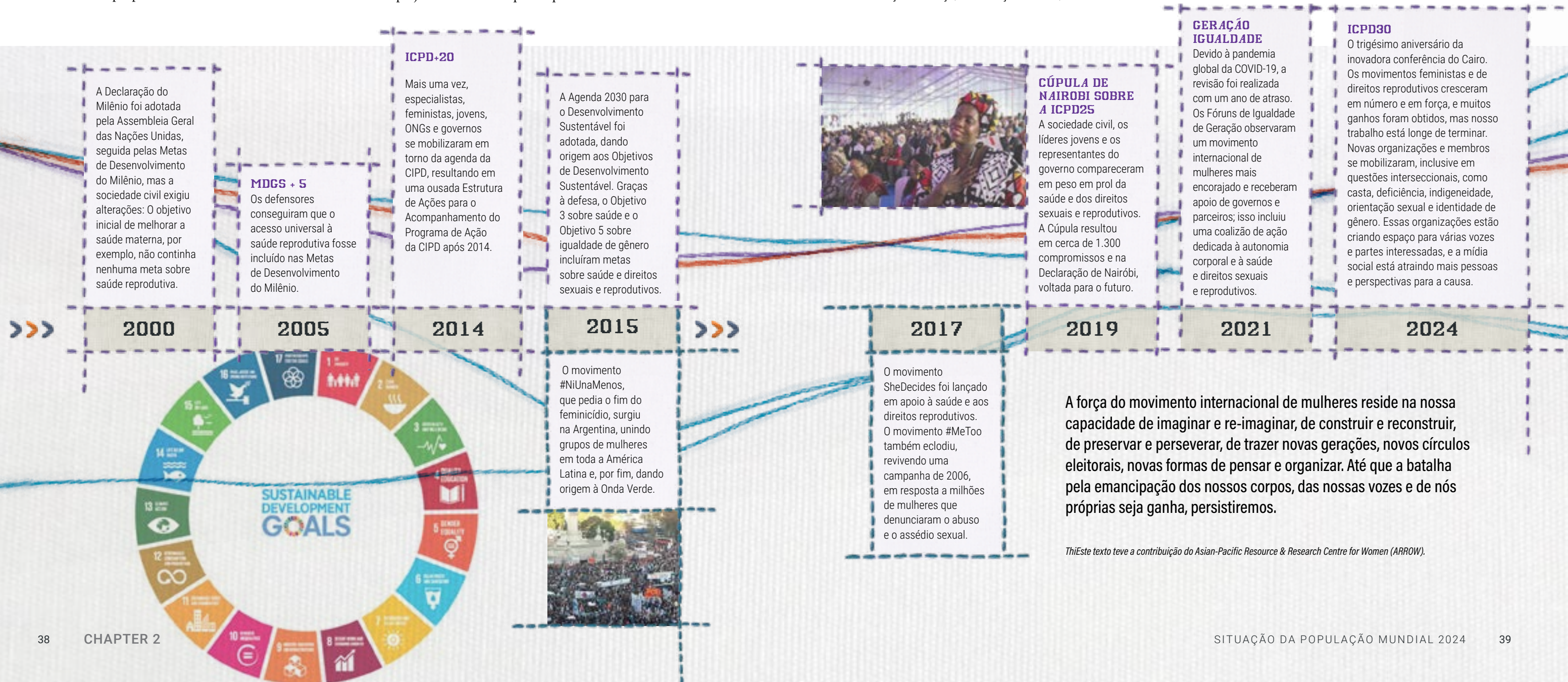
A autonomia do corpo é uma realidade para muito poucas mulheres a nível mundial. Atualmente, pouco mais de metade (56%) das mulheres do mundo podem tomar as suas próprias decisões informadas sobre

sexo e reprodução. Isto significa a liberdade de fazer escolhas sobre cuidados de saúde e a utilização de contraceptivos, bem como de dizer não ao sexo com um marido ou parceiro, informação recolhida nos relatórios dos países para o indicador 5.6.1 dos ODS (UNFPA, 2024a). E, embora os dados sejam limitados (explorados mais detalhadamente no Capítulo 3), um conjunto crescente de evidências indica que a autonomia corporal e a saúde reprodutiva são mais frequentemente, e mais severamente, prejudicadas entre aqueles que enfrentam uma

ou mais formas de opressão, como aqueles que sofrem discriminação étnica ou racial, perseguição devido ao status de ser portador do HIV ou de alguma deficiência, ou discriminação devido à sua orientação sexual ou identidade de gênero, por exemplo. Reconhece-se cada vez mais que a capacidade de determinar o futuro reprodutivo de cada um - incluindo o acesso a contracepção moderna, aborto seguro quando legal, cuidados médicos pré-natais, cuidados infantis - está desigualmente distribuída em função da raça, orientação sexual, identidade de

gênero, características sexuais, classe e status socioeconômico.

De fato, o mundo está apenas a começando a aceitar o legado de múltiplas formas de discriminação na medicina e nos sistemas de saúde. À medida que este legado é descoberto, estão sendo feitas perguntas sobre pessoas que foram marginalizadas, os mecanismos dessa marginalização e a persistência das suas consequências. Os



especialistas estão chamando atenção para as estruturas que perpetuam a discriminação, por vezes de forma invisível - um contraste com os esforços anteriores que tendiam a se centrar nos comportamentos individuais (OHCHR, 2021). Consequentemente, a discriminação está sendo cada vez mais identificada por meio de resultados desiguais, em vez de exigir provas de que esses resultados foram motivados por animosidade individual.

Este reconhecimento tem sido mais proeminente nos sistemas de justiça. O

movimento Ni Una Menos na América Latina, por exemplo, destacou a passividade das autoridades em casos de feminicídio e outras formas de violência de gênero. O movimento Black Lives Matter chamou a atenção para a experiência desproporcional de violência policial entre os Negros a nível mundial (ACNUDH, 2023). Outros setores também foram afetados: No setor da educação, o movimento de protesto Rhodes Must Fall chamou atenção para as desigualdades no ensino superior, primeiro na

África do Sul e depois a nível internacional (Knudsen e Andersen, 2019).

Esse tipo de avaliação é igualmente relevante para os sistemas de saúde, um fato profundamente sublinhado durante a pandemia da COVID-19. Em muitas partes do mundo, as medidas de emergência da pandemia não estavam em conformidade com a legislação em matéria de direitos humanos (OHCHR, 2020). As populações já marginalizadas registraram taxas mais elevadas de doença e morte relacionadas com a pandemia da COVID-19 e maiores perturbações em outros serviços de saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2020). O discurso contemporâneo em torno dos movimentos de justiça de gênero, social e racial pode sugerir que estas questões são controversas ou políticas, mas é um erro ver este processo apenas pela lente da política. Podemos reconhecer que a história da saúde reprodutiva inclui tragédias lamentáveis e erros sem diminuir os muitos avanços que foram feitos na ciência e na tecnologia. Pelo contrário, isso nos permite aprender com o passado, criando oportunidades de conhecimento e progresso - para todas as pessoas.

os especialistas. "As mulheres eram consideradas como meios no processo de reprodução e como alvos no processo de controle da fertilidade. Os serviços não eram prestados às mulheres como fins em si mesmos. As mulheres se beneficiavam do processo, mas não estavam no seu centro. Eram objetos, e não sujeitos" (Cook e outros, 2003).

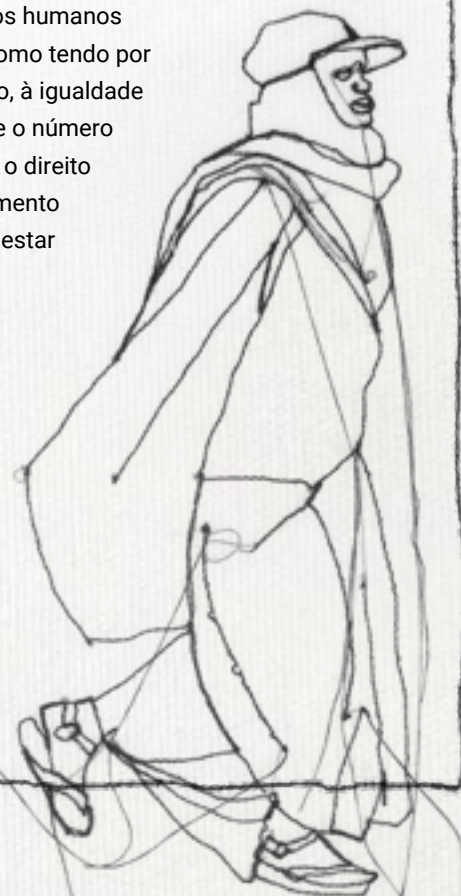
Os sistemas e estruturas de controle da sexualidade, especialmente (mas não exclusivamente) da sexualidade das mulheres, têm sido universais, permeando todas as sociedades em todo o mundo. Os corpos das mulheres, das meninas e das pessoas com diversidade de gênero foram frequentemente sujeitos a discriminação, práticas nocivas, controle e exploração, violência e opressão - violações dos direitos humanos que, historicamente, têm sido incentivadas pelos sistemas de saúde (OHCHR, 2021a). E estas questões são demasiado persistentes hoje em dia. Muitos obstáculos continuam a se interpor entre os indivíduos e o gozo da sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos, operando a diferentes níveis: nos cuidados clínicos, ao nível dos sistemas de saúde e no contexto dos determinantes subjacentes da saúde. E atuam de forma diferente para as pessoas que sofrem diferentes formas de marginalização.

Hoje em dia, os profissionais de saúde estão entre aqueles em melhor posição para identificar o valor transformador da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, uma vez que veem em primeira mão como o planejamento familiar, a proteção contra a violência, a segurança contra a doença e o acesso a cuidados de saúde materna resultam em famílias e comunidades mais saudáveis e com melhor educação. Muitos profissionais de saúde reprodutiva contemporâneos abraçam o seu papel na defesa

O direito humano à saúde sexual e reprodutiva

A saúde e os direitos sexuais e reprodutivos são agora amplamente entendidos e reconhecidos numa série de quadros de direitos humanos (Organização da Unidade Africana, 1981; ACNUDH, 1966), como tendo por base o direito à vida, à dignidade, à educação e à informação, à igualdade perante a lei e à não discriminação; o direito de decidir sobre o número e quando ter filhos; o direito à privacidade; o direito à saúde; o direito à liberdade de opinião e de expressão; o direito ao consentimento para o casamento e à igualdade no casamento; e o direito a estar livre de violência baseada em gênero, de práticas nocivas e de tortura e maus tratos, bem como o direito a um recurso efetivo em caso de violação dos direitos fundamentais.

É também bem aceite (ACNUDH, 2019; FNUAP, 2019; Shalev, 1998) que os princípios fundamentais que enformam os direitos humanos - especialmente a não discriminação, a igualdade e a privacidade, o direito à informação, bem como a integridade, a autonomia, a dignidade e o bem-estar dos indivíduos, em especial no que se refere à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos - são parte integrante da realização do direito à saúde.



dos direitos dos seus pacientes (e o tópico dos direitos dos pacientes é, de fato, um elemento básico na educação dos profissionais de saúde a nível global [Rostami-Moez e outros, 2021; Karakuş e outros, 2015; Lewkonja, 2011]). Por meio da prestação de contracepção, informação e cuidados, os profissionais de saúde reprodutiva estão frequentemente na linha da frente dos esforços dos indivíduos para garantir a autonomia corporal (ver destaque na página 16) (Kalra e outros, 2021). No entanto, podem estar sujeitos a abusos por o fazerem. Uma nova investigação mostra que, "à medida que os trabalhadores [da saúde e direitos sexuais e reprodutivos] procuram cumprir os direitos humanos dos outros, os seus próprios direitos humanos são postos em risco", uma vez que enfrentam "ostracismo e assédio no local de trabalho", "ameaças verbais e violência física" e

hostilidades nas suas vidas pessoais (Boydell e outros, 2023).

As seções a seguir ilustram a forma como a discriminação sexual, a discriminação racial e étnica e a desinformação continuam a ter impacto nos serviços de saúde e na informação nos dias de hoje, defendendo que tanto os direitos humanos como a saúde pública exigem a reconciliação com esta história. Para que os profissionais de saúde se tornem promotores dos direitos humanos, os sistemas de saúde que os empregam - que historicamente têm sido tão cúmplices da exploração e do abuso, e que hoje em dia deixam muitos profissionais de saúde sexual e reprodutiva vulneráveis a maus-tratos - podem e devem ser reformados para realizarem o seu objetivo original e mais nobre, para os indivíduos, os profissionais de saúde e a sociedade como um todo: a cura.

Os profissionais de saúde como defensores da autonomia do corpo

Existe uma relação recíproca entre a prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva dignos e de qualidade e a experiência de capacitação econômica, social e pessoal. Os profissionais de saúde, em particular, observam em primeira mão como a autonomia reprodutiva - a capacidade de escolher se, quando e com quem ter relações sexuais ou engravidar, a capacidade de viver sem coação, violência e infecções sexualmente transmissíveis evitáveis etc. - permite aos indivíduos prosseguir os seus estudos, adiar ou constituir família, construir a sua carreira e/ou contribuir para a sua própria vida - permite que os indivíduos prossigam a sua educação, adiem ou iniciem a sua família, construam a sua carreira e/ou contribuam para a sua comunidade. E veem em primeira mão como os indivíduos capacitados - aqueles que são capazes de prosseguir os estudos, as carreiras e/ou as famílias - são mais capazes de acessar os serviços de saúde reprodutiva. O ciclo virtuoso é uma verdade incontestável para aqueles que o testemunham. "Ensinamos-lhes a esperar respeito", diz Víctor Cazorla, um parteiro que trabalha nas montanhas dos Andes, no Peru, e que sensibiliza os seus pacientes, majoritariamente indígenas, para os seus direitos (UNFPA, 2021). "Ninguém tem o direito de tocar nos seus corpos: nem eu, nem as suas tias, nem os seus pais, nem as suas mães, nem a equipe, nem a polícia, ninguém."

O legado da discriminação sexual nos cuidados de saúde reprodutiva

Compreender o legado do sexismo nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva pode, de fato, ajudar a identificar soluções - incluindo soluções rentáveis e prontamente alcançáveis - para problemas persistentes.

Um exemplo importante é a história da assistência ao parto, que, durante séculos, foi considerada, em grande medida, um domínio das mulheres. As parteiras tratavam dos partos, enquanto os médicos, uma profissão reservada aos homens, geralmente os evitavam. O parto foi durante muito tempo considerado um mistério feminino, e só as mulheres tinham conhecimentos e compreensão especiais sobre ele, incluindo a utilização de ervas como medicamentos. Com o tempo, os médicos começaram a ajudar as parturientes, inicialmente apenas em partos complicados e de alto risco (Litoff 1982).

Eventualmente, os médicos e outras instituições dominadas por homens assumiram autoridade sobre as parteiras. Na Indonésia pré-colonial, por exemplo, as mulheres dependiam das parteiras tradicionais, ou assistentes de parto, conhecidas como *dukun*, que forneciam contracepção, cuidados no parto e aborto. Quando a Indonésia se tornou uma colônia, no século XIX, as autoridades procuraram substituir as *dukun* por parteiras formadas sob a liderança masculina do serviço médico holandês (Adnani e outros, 2023). Por volta da mesma época, na Índia, os médicos do sexo masculino propuseram a prestação de formação formal às parteiras tradicionais conhecidas como *dai*,

esforços que acabaram por levar à substituição das *dai* por parteiras e médicos formados que trabalhavam sob a alçada da instituição médica (Samanta, 2016).

As parteiras foram também colocadas sob a jurisdição de líderes masculinos na Europa nos séculos XVI e XVII, quando foram licenciadas por autoridades eclesíásticas dominadas por homens e, em alguns casos, obrigadas a servir como testemunhas especializadas em casos de "infanticídio, virgindade contestada, aborto e esterilidade" (Sprecher e Karras, 2011). Foi durante esse período que os "accoucheurs" (parteiros) se tornaram moda na França, criando concorrência com as parteiras ditas "naturais" e popularizando a utilização de instrumentos como o fórceps. O gênero e o status dos homens estabeleceram a sua autoridade no terreno, apesar de terem pouca ou nenhuma experiência prática (Martucci, 2017). Na época, os homens que se preparavam para ser médicos eram largamente influenciados por escritos sobre o parto, redigidos por profissionais que talvez nunca tivessem assistido a um parto ou nascimento (Hobby, 1999), em vez de conhecimentos práticos (Thomas, 2016).

A emergente "ciência da natureza" deu origem a uma visão da medicina como sendo objetiva, parte de um sistema universal de conhecimento, do qual as parteiras estavam largamente excluídas (Shiva, 1996). Ao contrário dos médicos do sexo masculino, elas não tinham formação nem estavam envolvidas nos métodos científicos de investigação e experimentação. No século XVIII, a profissão médica era majoritariamente constituída por homens e as parteiras eram acusadas de utilizar práticas antigas, perigosas e desatualizadas. A investigação sobre a África do Sul da era colonial,

por exemplo, mostra que a experiência e os conhecimentos reais das parteiras - especialmente das parteiras Negras - foram largamente omitidos dos registros históricos (Deacon, 1998). Em contrapartida, as contribuições dos homens para essa área foram mais bem documentadas, o que permitiu a prevalência de visões masculinas do parto. As novas teorias do parto comparavam o corpo a uma máquina e o parto a um processo mecânico, uma visão que alienava ainda mais as parteiras enquanto profissionais, uma vez que as mulheres eram vistas como não tendo o conhecimento e a capacidade de compreender os mecanismos do parto (Murphy-Lawless, 1998). Os corpos que dão à luz eram cada vez mais vistos como incontroláveis, incontidos, sem limites, indisciplinados, com fugas e rebeldes (Carter, 2010). Em 1915, o Dr. Joseph DeLee, autor do mais importante livro de obstetrícia da época, descreveu o parto como um processo patológico que prejudicava tanto as mães como os bebês. "Se a profissão (obstetrícia) se percebesse que o parto, visto com olhos modernos, já não é uma função normal... a parteira não poderia nem ser mencionada", escreveu ele (DeLee, 1915). Mais tarde, DeLee viria a propor intervenções, incluindo a utilização rotineira de sedativos, éter, episiotomias e fórceps - todos eles atualmente conhecidos por serem prejudiciais quando utilizados de forma rotineira - para salvar as mulheres dos "males" naturais do trabalho de parto (Leavitt, 1988).

A marginalização das parteiras no âmbito da medicina obstétrica foi um fenômeno global, mas atualmente as consequências são mais graves nos países de baixo e médio rendimento. A OMS identificou a África e o Sudeste Asiático como as regiões com proporcionalmente menos países que reconhecem a obstetrícia como uma profissão distinta. Os educadores de obstetrícia nestas

regiões referem persistentemente a falta de acesso a instalações sanitárias e, na África Ocidental francófona, três quartos dos educadores de obstetrícia não têm acesso a água potável pelo menos durante parte do tempo. Além disso, a região africana da OMS é responsável por 56% da escassez mundial de profissionais de saúde dedicados à prestação de cuidados de saúde sexual, reprodutiva, materna, neonatal e de adolescentes (UNFPA e outros, 2021).

E embora a obstetrícia seja hoje amplamente entendida como uma profissão moderna, regulamentada e técnica, bem integrada nas infraestruturas de cuidados de saúde, continua a ser predominantemente feminina na maioria dos locais. A investigação mostra que a força de trabalho da obstetrícia sofre de grave segregação ocupacional, disparidades salariais entre gêneros, falta de oportunidades de liderança e múltiplas formas de discriminação e assédio, incluindo assédio sexual (UNFPA e outros, 2021). Um relatório da OMS de 2019 concluiu que as disparidades salariais entre homens e mulheres nos cuidados de saúde eram maiores do que em outros sectores, com as trabalhadoras da saúde ganhando, em média, 28% menos do que os trabalhadores da saúde do sexo masculino - e persistiu uma disparidade salarial de 11% entre enfermeiros e parteiras, mesmo após o ajuste para a segregação profissional (Boniol e outros, 2019).

A subvalorização da obstetrícia "resulta na restrição de escolhas e oportunidades de emprego para as parteiras e reforça estruturas de poder desiguais na sociedade", incluindo a falta de autonomia profissional (UNFPA e outros, 2021), que as próprias parteiras identificam como uma barreira à prestação de cuidados de elevada qualidade (Confederação Internacional de Parteiras e outros, 2016). O relatório de

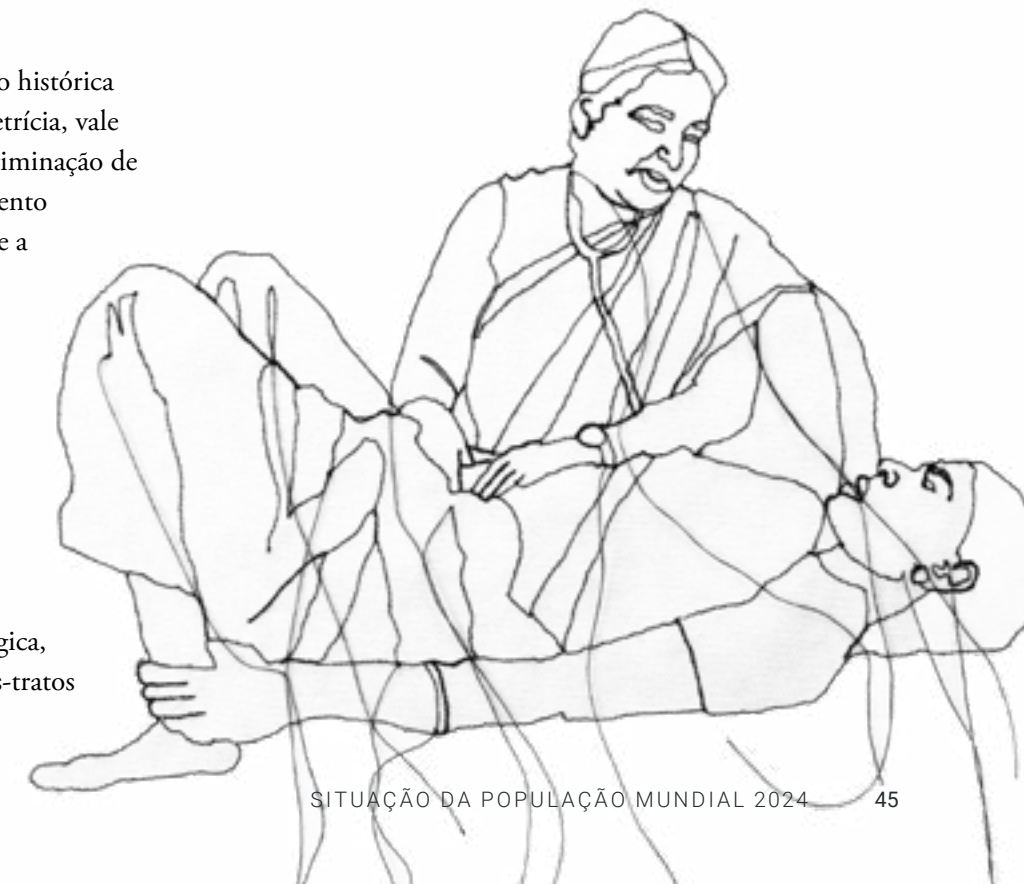
2021 sobre o estado da obstetrícia no mundo observou que, nos países de baixa e média renda, muitas parteiras lutam ou não conseguem ser reembolsadas pelos programas de seguro do governo, o que as obriga a absorver as perdas financeiras ou a dar prioridade aos cuidados prestados a pacientes mais abastados.

No entanto, os pesquisadores há muito observaram que os investimentos em treinamento e cuidados obstétricos renderiam dividendos significativos para a saúde materna e neonatal, com custos mais baixos e melhores resultados do que modelos de atendimento mais medicalizados (UNFPA e outros, 2021). Um estudo da Lancet Global Health de 2021, apoiado pelo UNFPA, concluiu que o aumento substancial da cobertura das intervenções realizadas por parteiras poderia evitar 41% das mortes maternas, 39% das mortes neonatais e 26% dos natimortos - o que equivale a 2,2 milhões de mortes evitadas anualmente até 2035, e a maioria delas em países de baixa e média renda (Nove e outros, 2021).

Tendo em conta a marginalização histórica das mulheres no âmbito da obstetrícia, vale a pena examinar o papel da discriminação de gênero no contínuo subinvestimento mundial nessa área. Também vale a pena examinar as consequências dessas hierarquias de gênero na medicina, que afetam não só os profissionais de saúde, mas também as pessoas que recebem serviços de saúde (e, no caso da negligência e da exclusão, as que não recebem esses serviços).

A violência obstétrica e ginecológica, amplamente descrita como maus-tratos

e violência sofridos durante os cuidados de saúde reprodutiva, incluindo durante o parto, é uma questão de preocupação crescente para a comunidade internacional (OHCHR, 2019a). O conceito é abrangente, incluindo abuso verbal e físico - exemplos são deboche, ameaças, socos, pontapés, amordaçamento e contenção física (Downe e outros, 2023) - bem como intervenção excessiva, como episiotomia medicamente desnecessária, falta de consentimento informado, negação de alívio da dor (UNFPA, 2019a) e esterilização forçada. A investigação destaca que essas formas de maus-tratos tendem a ocorrer em "contextos em que os prestadores de serviços, principalmente as parteiras, se sentem sem apoio ou mesmo vitimizados nas suas hierarquias profissionais" (Schaaf e outros, 2023). Os maus-tratos em contextos de saúde reprodutiva contribuem significativamente para a mortalidade materna e criam barreiras aos serviços de saúde para mulheres e meninas marginalizadas (UNFPA e outros, 2023).



Parto seguro, culturalmente sensível e empoderador para as mulheres afrodescendentes da Colômbia.

Há mais de duas décadas, Shirley Maturana Obregón, de 18 anos, visitou um hospital em Chocó, na região do Pacífico colombiano, em busca de cuidados para um caso de gastrite. Apesar de estar grávida de nove meses na época, Shirley nunca pensou em ficar e dar à luz no local.

“Não era o ambiente que eu queria”, diz Obregón ao UNFPA. “Queria que a minha mãe estivesse lá, e o que ouvi [no hospital] foi que ia ficar sozinha.”

Assim, voltou para casa e entrou em trabalho de parto. A mãe e as irmãs a apoiaram durante o parto, tal como uma *partera*, uma parteira tradicional e praticante de conhecimentos ancestrais da comunidade afrodescendente da Colômbia. “Foi lindo e inesquecível”, diz ela.

Para Obregón, a decisão de dar à luz com uma *partera* refletiu as suas prioridades pessoais e culturais. Mas os partos em casa também refletem, muitas vezes, a falta de outras opções. A população de Chocó - da qual 80 por cento se identifica como afrodescendente - é desproporcionalmente pobre e continua largamente desligada do sistema de saúde formal da

Colômbia. Chegar a um médico pode exigir viagens através de terrenos perigosos e afetados por conflitos, ou pode simplesmente custar demasiadamente caro.

As consequências de um parto não seguro podem ser mortais, especialmente para as mulheres e meninas afrodescendentes. Na Colômbia, elas correm mais do que o dobro do risco de morrer devido à gravidez e ao parto do que suas conterrâneas não afrodescendentes. No entanto, ao procurar melhorar os resultados da saúde materna, o sistema de saúde colombiano tem por vezes alienado as *parteras* e os valores culturais que representam.

As *parteras* foram ridicularizadas como bruxas e herbalistas, ou retratadas como anti-higiênicas e pouco profissionais. Historicamente, as leis colombianas exigiam que qualquer pessoa que assistisse a um parto fosse oficialmente licenciada por uma instituição médica, regras que levaram ao apagamento do trabalho que as *parteras* fazem, isolando-as do estabelecimento médico. No entanto, ao longo da costa do Pacífico colombiano, as *parteras* são muitas vezes as únicas prestadoras de cuidados de saúde

disponíveis. Numa cidade de Chocó, em 2021, as estatísticas nacionais mostram que cada nascimento foi apoiado por uma parteira tradicional (DANE e UNFPA, 2023).

“Os médicos nos tratam como se tudo [o que fazemos] fosse sujo”, diz a *partera* Francisca Córdoba, mais conhecida por Pacha Pasmó. “Como já disse a vários médicos, vocês podem ter cinco anos de experiência, mas não têm a experiência que eu tenho - comecei a assistir a partos antes de vocês nascerem.”

Mas uma nova iniciativa está unindo mais estreitamente os profissionais de saúde e as *parteras*. Em 2020, foi lançado o projeto Partera Vital, com o objetivo de validar o trabalho, muitas vezes invisível, das *parteras* na prestação de cuidados culturalmente afirmativos às mulheres grávidas e no pós-parto, ao mesmo tempo que lhes fornece as ferramentas e competências para prestarem os seus serviços como parceiras do sistema médico formal.

Através do Partera Vital, a agência nacional de estatísticas da



O projeto Partera Vital do UNFPA busca empoderar parteiras tradicionais, como Shirley Maturana Obregón (à esquerda) e Pacha Pasmó (à direita), para apoiar mulheres grávidas em Chocó, Colômbia. © UNFPA Colômbia/Sara Chavarriaga

Colômbia trabalhou em conjunto com o UNFPA e as associações locais de *parteras* para alterar as regras que impedem as parteiras tradicionais de registrar os recém-nascidos. As *parteras* receberam um aplicativo para celular que lhes permite registrar os nascimentos no registro nacional de nascimentos; também se reuniram para sessões de formação destinadas a melhorar a identificação de riscos durante a gravidez e o parto.

O projeto foi implementado pela primeira vez em 30 parteiras tradicionais de Chocó. As *parteras* também receberam balanças para pesar os recém-nascidos, kits de parto seguro contendo itens como lençóis limpos e luvas, e monitores de pressão arterial, que podem ajudá-las a identificar complicações na gravidez que podem ser fatais.

“Se uma *partera* vê que a pressão arterial de uma mulher grávida está alta, ela corre para encaminhá-la”, diz Pacha.

O impacto do projeto foi imediatamente evidente durante a pandemia da COVID-19 em 2020, quando as estatísticas mostraram que 34% dos partos em Chocó foram apoiados por *parteras* - quase 50% mais do que tinha sido registrado no ano anterior. As *parteras* fizeram uma petição ao governo para serem reconhecidas como trabalhadores essenciais em meio à crise, uma mudança que as levou a receberem recursos e equipamentos para cuidar de suas comunidades. Mais recentemente, a UNESCO, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, designou a *partería* - a parteira tradicional da Colômbia - como parte integrante

do patrimônio cultural imaterial da humanidade.

A introdução da Partera Vital em Chocó também correspondeu a um grande avanço na área da saúde na região: a redução das mortes maternas. “Ainda não sabemos se é uma coincidência - se está relacionada com o empoderamento das *parteras* ou não - mas, este ano, as mortes maternas caíram quase 40%”, diz o assessor de saúde sexual e reprodutiva do UNFPA Colômbia, José Luis Wilches Gutiérrez.

Desde que deu à luz com uma *partera*, Obregón se tornou uma. “As pessoas que servimos - queremos experimentar ter os seus filhos com uma *partera*, porque a *partera* a coloca na posição em que ela quer dar à luz”, diz ela. “Nós estamos lá, tornando os sonhos dessas mulheres realidade.”

O legado da discriminação étnica e racial

Uma das consequências da pandemia de COVID-19 tem sido uma consciência renovada das disparidades raciais que continuam a persistir nos sistemas de saúde e um esforço crescente para compreender essas disparidades no contexto das desigualdades históricas. Embora muitas conversas em torno da desigualdade racial tenham sido controversas, o avanço da equidade e da justiça na saúde está, em muitos casos, produzindo soluções valiosas e baseadas em provas para estas questões. Em suma, a compreensão do legado da discriminação racial, bem como do papel do colonialismo na exportação das hierarquias raciais, está revelando as muitas possibilidades que existem para alcançar a equidade e a justiça no âmbito da medicina.

Historicamente, muitos governos têm encarado a reprodução sobretudo em termos instrumentais. A procriação tem sido promovida quando é considerada útil para objetivos econômicos ou políticos (Juan Bautista Alberdi, da Argentina, disse a famosa frase: "Governar é povoar"), e tem sido desencorajado (muitas vezes de forma seletiva, entre grupos considerados "inferiores") quando considerado indesejável. Durante os regimes coloniais, e especialmente no comércio transatlântico de escravos, o parto era visto, tanto figurativa como literalmente, como uma forma de produção de bens (UNFPA, 2023c). Na África e no Caribe, no início do século XX, os programas de saúde materna foram impulsionados, em grande medida, pela percepção da escassez de mão de obra necessária para trabalhar nas plantações

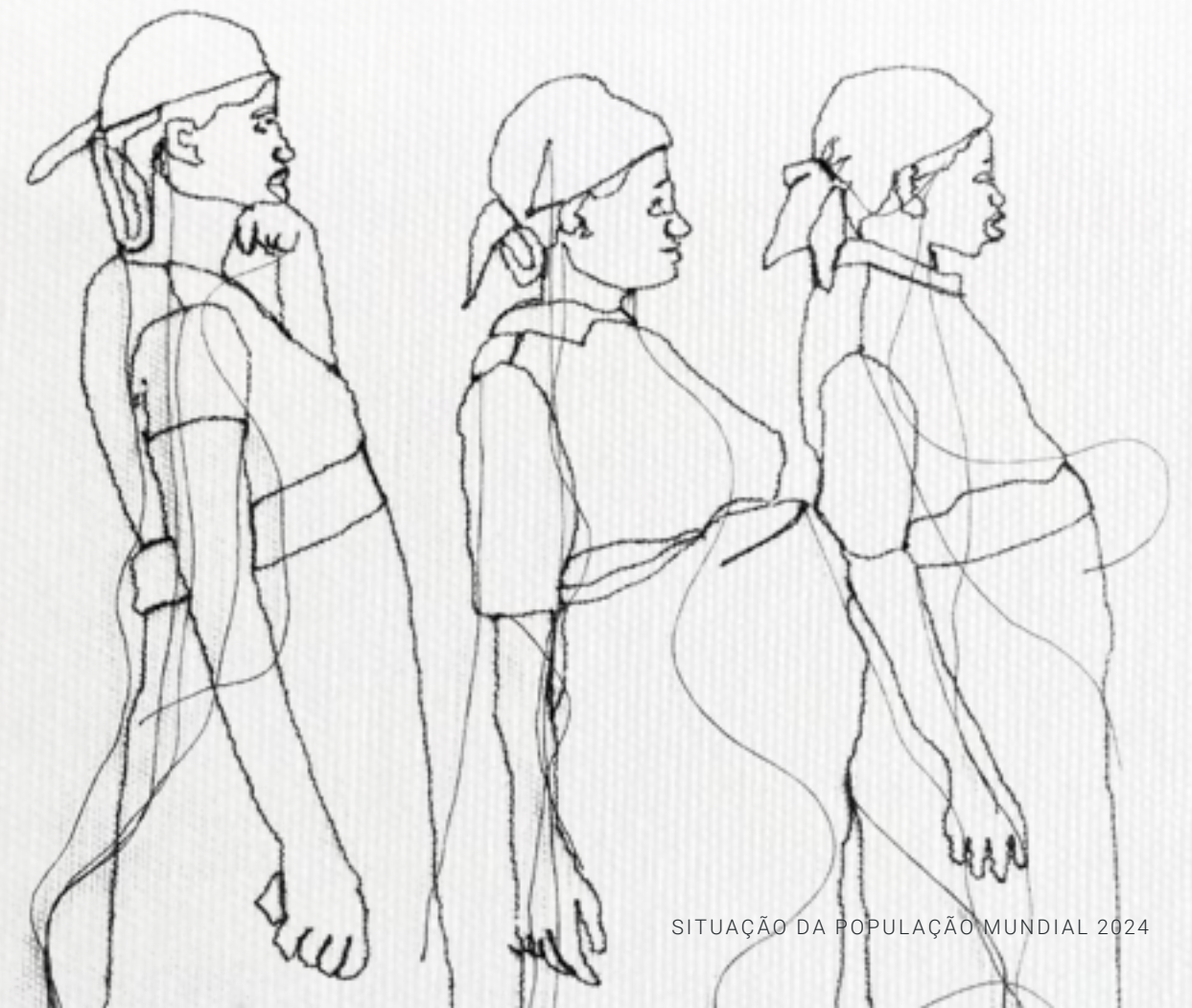
e nas indústrias de exportação (De Barros, 2014; Thomas, 2003). A perspectiva mudou para a promoção do planejamento familiar em meados do século XX, uma vez que as famílias mais pequenas eram vistas como mais propícias ao desenvolvimento econômico nacional e à segurança global, e também porque os líderes e as organizações internacionais reagiram aos receios de uma iminente "bomba populacional" que explodia nos países em desenvolvimento (UNFPA, 2023c; Bourbonnais, 2016; Solinger e Nakachi, 2016; Ahluwalia, 2008; Connelly, 2008; Klausen, 2004; Briggs, 2003; Hartmann, 1995). Nomeadamente, a retórica instrumentalista em torno da maternidade mudança climáticas (referência a seguir), que podem atribuir a destruição ambiental às taxas de fertilidade entre as pessoas do Sul Global, como nos receios de "subpopulação" quando se trata de sociedades envelhecidas (UNFPA, 2023c).

Por essas razões, o campo da saúde reprodutiva carrega cicatrizes particularmente profundas da história colonial racializada do mundo. A escravatura institucionalizou a perda de autonomia corporal e reprodutiva das mulheres Negras e incentivou o controle da capacidade de reprodução das pessoas escravizadas (Johnson e outros, 1999). Para muitas mulheres Negras, a reprodução era uma área de controle e exploração, incluindo a violação, a esterilização forçada, a experimentação médica e a investigação e formação médicas não consentidas. Um dos exemplos mais conhecidos é o caso de J. Marion Sims, um ginecologista que efetuou cirurgias experimentais em mulheres Negras escravizadas sem anestesia ou sem o seu consentimento informado (Owens, 2017) - mas, de fato, este não foi um

incidente isolado. Os hospitais de escravos da época facilitaram sobretudo a produção de conhecimento biomédico sobre a negritude e normalizaram a ideia de que os corpos Negros eram fisiologicamente distintos, inferiores e impermeáveis à dor (Hogarth, 2017).

Desta forma, os avanços na medicina obstétrica e ginecológica contêm uma contradição inerente para algumas das mulheres e meninas mais marginalizadas - esses campos da medicina são compostos, por um lado, por conhecimentos e tecnologias que podem salvar vidas e aliviar o sofrimento, enquanto, por outro lado, emergem de, e até perpetuam, danos significativos. Essa dualidade também se manifestou no advento da

contraceção moderna, que foi revolucionária para a autonomia corporal e reprodutiva das mulheres, mas que também foi promovida como um instrumento para a aplicação das teorias eugênicas. O controle moderno da fertilidade foi amplamente visto, incluindo pelos seus primeiros proponentes, como um meio para travar a reprodução de populações "indesejadas", particularmente mulheres pobres, mulheres com deficiência, mulheres Negras, mulheres de etnias marginalizadas no Sul Global e povos indígenas no Norte Global (Ross e Solinger, 2017; Ginsburg e Rapp, 1995). A utilização da contraceção como instrumento de controle reprodutivo persistiu durante décadas. Na África do Sul da era do apartheid, por exemplo, as



mulheres Negras eram frequentemente sujeitas a programas agressivos de contracepção, que eram levados a cabo sob o pretexto de controle populacional (Klugman, 1993).

As mulheres Negras que viviam sob o regime do apartheid sul-africano também tinham maior probabilidade de sofrer violência obstétrica e maus-tratos no sistema de saúde. Os cuidados não consentidos e a violência obstétrica foram particularmente notados em hospitais públicos que serviam predominantemente comunidades com baixos rendimentos, onde se conjugavam múltiplos fatores de marginalização - gênero, pobreza, raça. Estas populações foram afetadas pela falta de consentimento informado, pela falta de sensibilização para os direitos dos doentes e pela falta de formação dos prestadores de cuidados de saúde sobre como obter o consentimento informado e prestar cuidados respeitosos (Jewkes e outros, 2015).

O tratamento inferior das pessoas Negras e de outras pessoas desfavorecidas no campo da medicina continua até hoje (UNFPA e outros, 2023). Por exemplo, os organismos internacionais de direitos humanos expressaram repetidamente a sua preocupação com a discriminação persistente e as violações dos direitos humanos enfrentadas pelas mulheres Ciganas, particularmente nos cuidados de saúde reprodutiva (Comitê para a Eliminação da Discriminação Racial, 2017; Comitê dos Direitos Humanos, 2016; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, 2015). Um relatório de 2020 do Centro Europeu para os Direitos dos Ciganos sobre os direitos reprodutivos das mulheres Ciganas concluiu que muitas entrevistadas tinham sido imobilizadas durante o parto, sujeitas a abusos físicos e a quem foi negada anestesia (ERRC, 2020). Esse legado persiste também nas atuais disparidades em matéria de saúde entre as mulheres Negras e das minorias étnicas no Reino Unido (MBRRACE-UK, 2020) e nos Estados Unidos (Hoyert, 2023), e entre as migrantes e os membros de certas castas na Índia (Allard e outros, 2022) e em outros países do Sul da Ásia (Kapilashrami e John, 2023).

Mas um desenvolvimento positivo pode ser encontrado na atenção crescente, e no crescente conjunto de provas, sobre a discriminação e os danos em contextos de saúde sexual e reprodutiva (Downe e outros, 2023). Essas conclusões observam que a discriminação está associada à normalização dos danos e que é frequentemente invisível para os profissionais de saúde, para os sistemas de saúde e até para os próprios pacientes. Quando a violência é um "fato da vida" cotidiano e até trivial... torna-se esperada, invisível e, por conseguinte, estruturalmente

enraizada", observam os investigadores. Além disso, os esforços para reduzir ou eliminar a violência são ineficazes quando a discriminação e o estigma não são abordados (Bohren e outros, 2022), uma observação que também pode ser vista como um apelo à ação para erradicar o preconceito nos espaços de cuidados de saúde.

Essas conclusões podem, e devem, ser aplicadas nos sistemas de saúde em geral, onde as desigualdades nos cuidados são racializadas ou

podem ser atribuídas à etnia, às diferenças culturais, ao status de migração ou a formas de marginalização. Para abordar o tratamento desrespeitoso e abusivo das mulheres durante o parto, por exemplo, a OMS apelou a que os governos, os prestadores de cuidados de saúde, as associações profissionais e as instituições de ensino tomassem medidas - incluindo pesquisa, alinhamento dos direitos humanos e maior participação das mulheres das comunidades afetadas (OMS, 2015).

Esterilização forçada - uma violação contínua

Embora a qualidade dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva contribua para - e seja apoiada por - a capacitação individual, o inverso também é verdadeiro. Os cuidados de saúde sexual e reprodutiva de qualidade inferior ou mal adaptados, a negação de serviços e as violações dos direitos reprodutivos podem resultar em uma cascata de danos ao longo da vida, e as desvantagens contribuem reciprocamente para a vulnerabilidade a cuidados de qualidade inferior, negação de cuidados e violações de direitos. Talvez em nenhum outro lugar isto seja mais pronunciado do que no caso da esterilização forçada, uma das formas mais extremas de controle da autonomia reprodutiva de uma pessoa. Ao negar permanentemente às mulheres o direito de ter filhos, a esterilização não consentida reforça a visão da sociedade de que certas mulheres não merecem ser mães. Mulheres Negras, mulheres indígenas, mulheres de minorias religiosas, mulheres com deficiência, mulheres institucionalizadas, mulheres migrantes e mulheres empobrecidas em ambientes rurais foram todas sujeitas a abusos de esterilização (Roberts, 1991), tanto historicamente como atualmente. Em 2015, por exemplo, foi apresentada uma queixa à Comissão para a Igualdade de Gênero em nome de 48 mulheres sul-africanas que tinham sido submetidas a esterilização forçada ou coagidas em hospitais públicos. Todas eram mulheres Negras grávidas, e a maioria era soropositiva. Descreveram ter sido coagidas ou forçadas a assinar formulários de consentimento que alegadamente permitiam a esterilização enquanto estavam em sofrimento extremo ou em trabalho de parto ativo. A Comissão concluiu que os direitos dessas mulheres à igualdade, à ausência de discriminação, à dignidade, à integridade física, à liberdade e segurança sobre os seus corpos e aos mais elevados padrões de saúde, incluindo a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, tinham sido violados (Comissão para a Igualdade de Gênero, 2020). Em outro exemplo, um relatório de 2022 para o Conselho dos Direitos Humanos salientou que a esterilização forçada é uma prática comum em todo o mundo (Assembleia Geral das Nações Unidas, 2022).

Ativistas populares dão visibilidade às mulheres indígenas desaparecidas e assassinadas

Embora a mãe de Carolyn DeFord tenha desaparecido em 1999, só em 2011 é que ela aprendeu finalmente o termo para descrever o luto complicado que sentia desde esse dia: perda ambígua.

“Ficamos presos e não conseguimos seguir em frente, e a dúvida é constante”, diz DeFord, que é membro da tribo Puyallup no Estado de Washington e membro da direção da Missing and Murdered Indigenous Women USA (MMIWUSA). “Imaginei tudo o que poderia ter acontecido à minha mãe, de todas as formas, repetidas vezes.”

Esta falta de encerramento é vivida por milhares de indígenas nos Estados Unidos, cujos familiares são dados como desaparecidos todos os anos. A taxa de homicídio de mulheres indígenas americanas que vivem em reservas pode ser até 10 vezes superior à média nacional (Urban Indian Health Institute, 2018), o que faz do homicídio a terceira principal causa de morte entre as mulheres indígenas. Apesar de as estatísticas serem impressionantes, existem enormes lacunas nos dados, o que significa que os números afetados estão provavelmente

subestimados. Em 2016, o Centro Nacional de Informação Criminal registou 5 712 casos de mulheres e meninas indígenas americanas e do Alasca desaparecidas; no mesmo ano, o Departamento de Justiça dos EUA registou apenas 116 casos na sua base de dados de pessoas desaparecidas.

A subnotificação de casos, a classificação racial incorreta e as más relações entre as forças da ordem e as comunidades indígenas contribuem para a falta de dados confiáveis (Urban Indian Health Institute, 2018). Uma teia jurisdicional agrava o problema. Em 1978, o Supremo Tribunal dos EUA decidiu que as nações tribais já não podiam processar os não-nativos que cometessem crimes contra indivíduos nativos em terras tribais. Consequentemente, quando um indígena é vítima de um crime violento, as identidades nativas ou não nativas da vítima e do(s) perpetrador(es), o local do crime, dentro ou fora da reserva, e a natureza e gravidade do ato têm de ser estabelecidos antes mesmo de se saber quais autoridades devem tratar do caso.

Muitos acreditam que os perpetradores têm conseguido tirar partido da confusão para atingir mulheres e meninas indígenas. “Precisamos ter jurisdição sobre os crimes cometidos nas nossas terras. Somos nações dentro de nações, nações soberanas dentro de uma nação, e temos a menor capacidade de proteger o nosso povo”, diz DeFord.

As famílias de pessoas desaparecidas e os defensores dos nativos dizem que, mesmo quando investigações são realizadas, não recebem o rigor que merecem. “Parece que todo mundo está tentando passar a batata quente para que ninguém tenha de sujar as mãos”, diz DeFord. “Provavelmente não é esse o caso, mas é o que parece.”

Em 2013, a reautorização da Lei da Violência contra as Mulheres (VAWA) restaurou a jurisdição penal tribal sobre indivíduos não nativos que cometessem crimes de violência doméstica em terras tribais. A mais recente reautorização, em 2022, expandiu a lista de crimes que poderiam ser processados para incluir violência

sexual, tráfico sexual e perseguição, entre outros. A Dra. Luhui Whitebear, professora de Estudos Indígenas na Universidade Estadual do Oregon e membro do conselho da MMIWUSA, diz que as nações tribais agora têm acesso a uma nova gama de ferramentas para proteger suas comunidades de danos. Ainda assim, diz ela, as reformas legais só vão até certo ponto. As pessoas pensam “Sim, conseguimos!”. Mas isso nem sempre é o fim da história”.

Whitebear ressalta que a reautorização da VAWA em 2022 não abrange todas as nações tribais - apenas as reconhecidas pelo governo federal. Isso significa que nações como a da própria Whitebear, a Coastal Band Chumash, não estão cobertas pela lei. Há também a questão dos recursos, com as tribos raramente tendo acesso a financiamento ou treinamento suficientes para conduzir investigações completas.

Organizações de base como a MMIWUSA estão intervindo para ajudar. Muitas vezes, o que as famílias mais precisam quando um ente querido desaparece são coisas básicas - um bilhete de avião, equipes para efetuar uma busca ou dinheiro para contratar uma babá para as crianças cujos pais desapareceram. “Estou muito grato por haver pessoas que dedicam tanto tempo a fazer buscas no terreno e a criar panfletos de desaparecimento, porque às vezes as famílias têm de escolher: ‘Janto ou procuro a minha pessoa desaparecida? Porque não tenho



Carolyn DeFord, cuja mãe desapareceu em 1999, trabalha com a MMIWUSA para defender os direitos e o bem-estar de mulheres e meninas indígenas nos Estados Unidos. Cortesia da imagem de Carolyn DeFord

apoio para uma busca”. Por isso, é fundamental que as organizações possam fornecer recursos para essas buscas”, afirma Whitebear.

Outro passo crucial é acabar com os estereótipos dos povos e comunidades indígenas. “Não normalizar essa exploração dos corpos das pessoas e a visão de nós como descartáveis ajudaria imensamente”, diz Whitebear. “Eu diria que o que ajuda a acabar com a violência contra as mulheres indígenas é ver que não se trata apenas de uma questão indígena. É um problema de todos”.

Para DeFord, nos anos que se seguiram ao desaparecimento da sua mãe, ela aprendeu a usar sua dor para ajudar outras famílias que lutam por respostas: “Tem sido muito benéfico partilhar a minha história,

poder utilizar a minha experiência para ajudar outras pessoas, tal como estes outros defensores estão me ajudando”, afirma. “Poder fazer um pouco desse trabalho de base para que as famílias possam cuidar de si próprias e estar onde se sentem mais úteis - isso tem sido útil, poder realmente sentir que esta experiência horrível e traumatizante não foi em vão. Se eu puder usar isso para ajudar outras pessoas, então sinto que, pelo menos, há um objetivo”.

Os defensores locais também estão ajudando a reformular as leis. “Algumas das primeiras leis do país foram aprovadas aqui”, diz DeFord, “e isso foi graças a vozes populares, a famílias que foram testemunhar e partilhar as nossas histórias, as nossas frustrações e aquilo de que precisávamos.”

O legado da desinformação

Apesar dos progressos registrados na ciência médica e nos acordos internacionais sobre direitos humanos, as falsidades e as suposições continuam a ser generalizadas, permeando não só as normas sociais e as leis nacionais, mas também os sistemas de saúde e de educação. Como resultado, esses conceitos errôneos vestigiais continuam a causar danos. Muitas dessas concepções errôneas se baseiam em uma compreensão excessivamente simples do desenvolvimento sexual humano. Quando se assume que o desenvolvimento, os traços e a identidade sexuais seguem um caminho padrão, a variação natural da experiência humana pode parecer errada ou desordenada, e as pessoas que não se conformam com as expectativas podem não ser atendidas ou mesmo ser prejudicadas por políticas e práticas.

A título de exemplo, a menarca - o início da menstruação - foi em tempos amplamente considerada como um sinal biologicamente incontestável de que uma menina estava pronta para engravidar. Presumia-se que a capacidade de menstruar indicava a fertilidade e a capacidade de ter filhos. A capacidade de casar de uma menina podia ser social ou legalmente determinada pelo fato de ela ter ou não menstruado. Ainda na década de 1970, um manual de ginecologia utilizado internacionalmente ensinava que a menstruação era "o choro de um útero desiludido" (Jeffcoate, 1975), o que implicava que a menstruação assinalava a incapacidade do corpo feminino para engravidar.

As perspectivas sobre a menarca evoluíram ao longo do tempo, e as visões contemporâneas reconhecem uma compreensão mais abrangente da maturidade física e emocional.

Atualmente, sabe-se que muitos ciclos menstruais precoces não são acompanhados pela liberação de um óvulo e, por conseguinte, a menarca não indica necessariamente que a gravidez é possível (Carlson e Shaw, 2019). A idade da menarca também se altera com base em fatores como a genética, o estado nutricional e a exposição a poluentes ambientais (Forman e outros, 2013), e entende-se agora que a maturidade mental e psicológica ocorre anos - até uma década - após a idade média da menarca (Arain e outros, 2013). Atualmente, entende-se que a gravidez e a maternidade no início da adolescência representam riscos para a saúde fisiológica e mental que ameaçam a vida.

No entanto, em vez de ensinar que a menarca é um fator entre muitos no processo de desenvolvimento da fertilidade, ela continua a ser ensinada como significando que o corpo está "preparado" para a gravidez. Esta simplificação excessiva pode ser utilizada para apoiar crenças incorretas, como a noção de que as adolescentes mais jovens não necessitam de educação sobre a menstruação ou a presunção de que as adolescentes grávidas estão fisiologicamente preparadas para o parto.

Outra simplificação excessiva envolve o essencialismo de gênero - a ideia ultrapassada de que homens e mulheres são distintos biologicamente, fisiologicamente e nas suas capacidades inatas, e que essas diferenças são imutáveis (Meyer e Gelman, 2016). Os investigadores de várias disciplinas desacreditaram essa noção: "[A]s evidências incluem descobertas neurocientíficas que refutam o dimorfismo sexual", ou seja, a existência de duas categorias distintas e fixas, "sugerindo que a tendência para ver o gênero/

sexo como uma categoria binária significativa é culturalmente determinada e maleável" (Hyde e outros, 2019).

A realidade é muito mais complicada, tanto para o sexo como para o gênero, termos que são frequentemente confundidos, mas que têm significados diferentes. O sexo, que se refere às características biológicas e fisiológicas das mulheres e dos homens, como os cromossomos, os hormônios e os órgãos reprodutores, é frequentemente visto como pertencendo apenas a duas categorias. No entanto, estudos estimam que cerca de 2% das pessoas têm variações intersexuais (com alguns números que chegam aos 4% [Jones, 2018]), o que significa que possuem anatomia, cromossomos, hormônios

ou outros traços físicos que não se enquadram perfeitamente na dicotomia homem-mulher. O gênero, por outro lado, pode ser descrito como as características socialmente construídas de mulheres, homens, meninas e rapazes, e o processo de conformidade com estas expectativas sociais por meio de normas, comportamentos, papéis e outros meios (OMS, n.d.). O gênero também desafia a dualidade - comunidades de países de todo o mundo (incluindo Argentina, Austrália, Bangladesh, Canadá, Fiji, Índia, México, Nepal, Nova Zelândia, Paquistão, Filipinas, Samoa, Tailândia, Tonga e Estados Unidos) reconhecem identidades que não correspondem ao binário masculino/feminino (OHCHR, 2023a).

Quando as expectativas de gênero são um alvo em movimento

Enquanto muitas pessoas que nascem com traços sexuais não-dimórficos são forçadas pelos sistemas legais, sociais e de saúde a se enquadrarem no binarismo de gênero, aqueles que *vivem* dentro do binarismo de gênero enfrentam frequentemente deboche, estigma e exclusão por não incorporarem *suficientemente* essas normas.

A corredora de elite sul-africana Caster Semenya foi designada do sexo feminino quando nasceu e tem se identificado continuamente como tal, mas a sua feminilidade tem sido repetidamente questionada por concorrentes e instituições desportivas, uma situação comum a mulheres e meninas atletas consideradas demasiadamente masculinas. A Sra. Semenya foi coagida a efetuar tratamentos hormonais para "corrigir" o seu corpo natural. Continuou a ganhar corridas durante o tratamento hormonal, mas se sentia cansada, com náuseas e como se, segundo ela, "tivesse estado correndo em um corpo que não era o meu" (Semenya, 2023). Foi também sujeita a repetidos testes sexuais invasivos, o que constitui uma violação de uma série de direitos fundamentais protegidos internacionalmente. O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos decidiu recentemente que o seu direito à não discriminação e à vida privada tinha sido violado (Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, 2023), mas continua a ser impedida de participar em eventos desportivos pelo organismo que rege o atletismo mundial (Reid e Worden, 2023). E ela é apenas uma de uma série de corredoras de nível mundial (muitas de países em desenvolvimento) que foram proibidas de competir, pressionadas a fazer cirurgias e/ou submetidas a exames genitais, tudo porque os seus traços sexuais naturais são considerados inaceitáveis pelas autoridades do atletismo (Longman, 2024).

Não há nada de intrinsecamente político ou ideológico em reconhecer a existência da diversidade de gênero, ou em constatar a prevalência de traços sexuais não-dimórficos. Esta complexidade *não exige* a eliminação das categorias "homens" e "mulheres". De fato, o consenso global sobre a consecução da igualdade de gênero *exige* que os danos predominantemente associados a homens e rapazes ou a mulheres e meninas sejam identificados como tal. Mas os danos majoritariamente associados a pessoas que não se conformam com o binarismo de sexo ou gênero também devem ser identificados com precisão, caso contrário, esses danos persistirão - e são significativos. O Alto Comissariado para os Direitos Humanos refere que as pessoas intersexuais são sujeitas a infanticídio; intervenções médicas forçadas e coercivas; discriminação na educação, no esporte, no emprego e em outros serviços; e falta de acesso à justiça e ao reconhecimento legal (OHCHR, n.d.a). As pessoas de diversas orientações sexuais e expressões de gênero, incluindo lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros, também enfrentam uma discriminação e violência desenfreadas, incluindo violência legalizada e aplicada pelos Estados (ACNUDH, n.d.b). O não reconhecimento da diversidade sexual - como a negação da existência da diversidade sexual e a recusa em recolher dados sobre as minorias sexuais - não elimina, nem pode eliminar, essa brutalidade e exclusão.

A desinformação sobre as diferenças anatômicas baseadas na raça também continua profundamente enraizada nos sistemas de ensino, incluindo os sistemas de ensino médico. Por exemplo, muitos manuais contemporâneos de obstetrícia continuam a utilizar a classificação da forma pélvica proposta em 1938 por W.E. Caldwell e H.C. Moloy, médicos que acreditavam que certas formas pélvicas eram "ultra-humanas" - o padrão percebido para o desenvolvimento

humano - enquanto outras representavam uma "parada na evolução a partir da forma do macaco". Hoje em dia, os investigadores observam: "Há boas provas de que a forma do canal de parto é altamente variável e tende a diferir tanto dentro como entre as populações humanas, e que a utilização da forma ginecoide como modelo para todas as mulheres é empiricamente infundada, factualmente incorreta e potencialmente perigosa, especialmente para as mulheres de ascendência não europeia" (Betti, 2021).

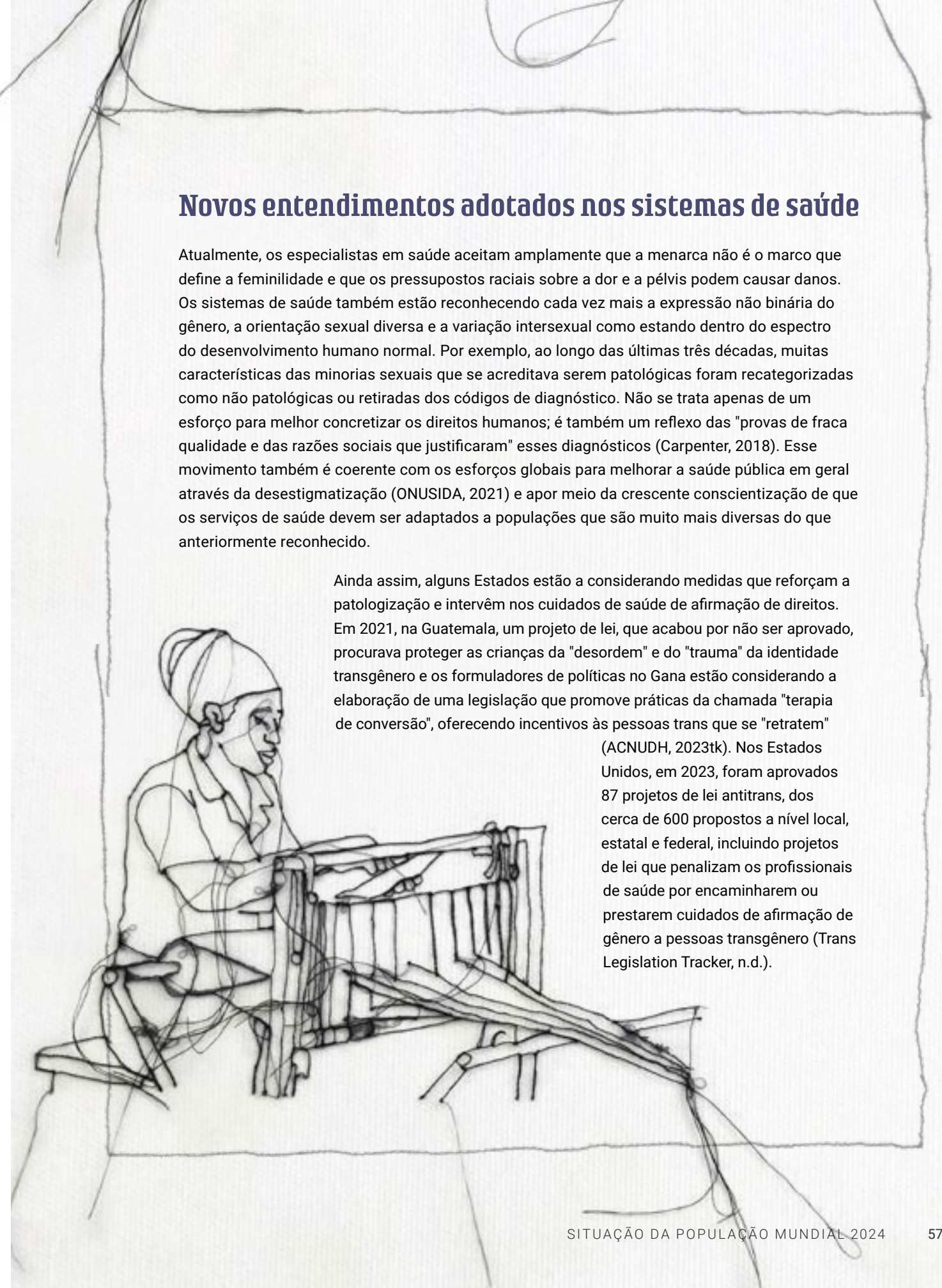
Idênticas ideias erradas afetam o acesso ao alívio da dor e a outros cuidados. Um estudo realizado em 2016 nos Estados Unidos revelou que cerca de metade dos estudantes de medicina e residentes de medicina que participaram no estudo tinham pelo menos uma crença falsa sobre as diferenças biológicas entre pessoas Negras e brancas, como a de que as pessoas Negras têm terminações nervosas menos sensíveis, pele mais espessa ou maior fertilidade (Hoffman e outros, 2016).

Como último exemplo, os equívocos sobre a história também são generalizados, com consequências contínuas para o acesso a serviços que devem permitir a autonomia corporal e a saúde sexual e reprodutiva. Por exemplo, muitas narrativas populares sugerem que o avanço dos direitos sexuais e do direito ao aborto a nível internacional são formas de influência ocidental (OHCHR, 2023a). De fato, muitas evidências apontam para o fato de os regimes coloniais terem decretado e aplicado normas e leis homofóbicas e restrições à autonomia corporal das mulheres (ver página 60). Muitas vezes, estas normas e leis permanecem em vigor mesmo depois de os países se tornarem independentes do controle colonial, mesmo nos casos em que as culturas pré-coloniais eram comparativamente abertas à diversidade da expressão do gênero e da orientação sexual.

Novos entendimentos adotados nos sistemas de saúde

Atualmente, os especialistas em saúde aceitam amplamente que a menarca não é o marco que define a feminilidade e que os pressupostos raciais sobre a dor e a pélvis podem causar danos. Os sistemas de saúde também estão reconhecendo cada vez mais a expressão não binária do gênero, a orientação sexual diversa e a variação intersexual como estando dentro do espectro do desenvolvimento humano normal. Por exemplo, ao longo das últimas três décadas, muitas características das minorias sexuais que se acreditava serem patológicas foram recategorizadas como não patológicas ou retiradas dos códigos de diagnóstico. Não se trata apenas de um esforço para melhor concretizar os direitos humanos; é também um reflexo das "provas de fraca qualidade e das razões sociais que justificaram" esses diagnósticos (Carpenter, 2018). Esse movimento também é coerente com os esforços globais para melhorar a saúde pública em geral através da desestigmatização (ONUSIDA, 2021) e apor meio da crescente conscientização de que os serviços de saúde devem ser adaptados a populações que são muito mais diversas do que anteriormente reconhecido.

Ainda assim, alguns Estados estão a considerando medidas que reforçam a patologização e intervêm nos cuidados de saúde de afirmação de direitos. Em 2021, na Guatemala, um projeto de lei, que acabou por não ser aprovado, procurava proteger as crianças da "desordem" e do "trauma" da identidade transgênero e os formuladores de políticas no Gana estão considerando a elaboração de uma legislação que promove práticas da chamada "terapia de conversão", oferecendo incentivos às pessoas trans que se "retratam" (ACNUDH, 2023tk). Nos Estados Unidos, em 2023, foram aprovados 87 projetos de lei antitrans, dos cerca de 600 propostos a nível local, estatal e federal, incluindo projetos de lei que penalizam os profissionais de saúde por encaminharem ou prestarem cuidados de afirmação de gênero a pessoas transgênero (Trans Legislation Tracker, n.d.).



Uma ponte para um futuro melhor

A reconciliação dos sistemas de saúde modernos com esses legados não precisa de ser dolorosa ou punitiva. Como mostra a história da CIPD, existe uma agenda comum acordada a nível mundial para garantir a igualdade de gênero e a saúde e direitos sexuais e reprodutivos para todas as pessoas. Os benefícios dessa agenda comum são sentidos individualmente, na concretização dos direitos humanos, na obtenção de padrões de saúde mais elevados e na expansão do potencial humano, e são sentidos em todas as comunidades, sociedades, nações e regiões. Para alcançar esses objetivos acordados, é necessário fazer um esforço concertado e bem financiado, não para empurrar para baixo aqueles que já sentiram os ganhos do progresso, mas para elevar aqueles que ainda não tiveram acesso a esses ganhos.

Não deveria ser controverso constatar que muitos avanços médicos e sociais foram possibilitados por uma longa história de maus-tratos nos sistemas de saúde, desde a invenção de instrumentos como o espelho de Sims até aos motivos eugênicos que acabaram por desempenhar um papel na expansão do acesso ao planejamento familiar. E não deve ser controverso reconhecer que os descendentes daqueles que foram maltratados continuam a suportar alguns dos acessos mais atenuados a estes serviços, tecnologias e direitos.

De fato, é urgente aprender com os erros do passado. As tecnologias da saúde reprodutiva continuam a avançar rapidamente, criando oportunidades tanto para beneficiar indivíduos como para perpetuar abusos. Por exemplo,

ferramentas de diagnóstico valiosas como os testes pré-natais já são frequentemente utilizadas de forma abusiva para a seleção do sexo com base no gênero. Os utilizadores de novas e poderosas tecnologias digitais já estão dando acesso a dados profundamente privados, muitas vezes sem o saberem. E, no horizonte, estão as tecnologias artificiais diagnósticas com inteligência reforçada, transferências citoplasmáticas que podem produzir embriões com três pais, gametogênese in vitro que pode produzir espermatozoides ou óvulos a partir de células não reprodutivas - inovações que podem mudar a natureza da reprodução, do sexo e da configuração familiar - e muitos outros avanços. O potencial para danos graves, incluindo questões de segurança e privacidade dos pacientes, bem como "preocupações éticas e de direitos humanos sobre a mercantilização da reprodução humana", existe, como sempre, a par de ganhos positivos significativos (UNFPA, 2024). Por mais que essas tecnologias possam ser utilizadas para maltratar ou excluir grupos marginalizados, também podem ser ferramentas de inclusão e capacitação, por exemplo, para expandir serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade àqueles que estão atualmente fora do seu alcance e permitir que indivíduos com diversidade de gênero e pessoas excluídas dos serviços de tratamento da infertilidade (Perritt e Eugene, 2022) criem as famílias de sua escolha.

Movimentos de todo o mundo estão nos ajudando a nos reconciliar com os males do passado, esforços que podem - e devem - informar a nossa visão do futuro. Os doadores mundiais estão direcionando o investimento para algumas das comunidades mais gravemente abandonadas, investindo em iniciativas de obstetrícia, igualdade de gênero e educação

sexual abrangente (ver página 108). O aumento da inclusão na medicina e na investigação está melhorando a qualidade do conhecimento humano. Hoje em dia, compreendemos muito melhor a diversidade da expressão do gênero, a forma como as normas de gênero variam dentro de cada país e entre países e a complexidade e diversidade das características sexuais. Compreendemos muito melhor a forma como as mulheres de cor, as mulheres indígenas e as mulheres do Sul Global têm sido excluídas de grande parte dos progressos registados na saúde e nos direitos sexuais e reprodutivos.

A análise deste relatório sobre as barreiras aos cuidados de saúde, tal como são relatadas pelas próprias mulheres (página 28), conclui que o

progresso é de fato possível e que, embora, em geral, os grupos de mulheres que enfrentaram a maior prevalência de barreiras aos cuidados de saúde tenham registrado menos progressos, eles *registraram* progressos. E, em alguns países, as melhorias mais acentuadas no acesso aos cuidados de saúde foram verificadas entre os grupos étnicos que anteriormente tinham registrado os piores níveis de barreiras aos cuidados de saúde - indicações animadoras de que o progresso pode, de fato, ser acelerado. E embora sejam necessárias muito mais provas para conceber políticas e programas que cheguem a todas as pessoas (ver Capítulo 3), a clareza da percepção da desigualdade e, por conseguinte, a possibilidade de alcançar uma verdadeira justiça nunca foi tão grande.



Bilums são sacolas usadas em Papua Nova Guiné. As pessoas as usam como carregadores de bebês - "bilum" significa "útero" na língua Tok Pisin - e para transportar mercadorias para o mercado, bem como nas cerimônias fúnebres de membros importantes da comunidade. Dessa forma, os bilums acompanham muitos papuásios ao longo da vida. Esta estampa, o desenho da pele de um porco, representa a luta das mulheres para serem vistas, ouvidas e respeitadas. © UNFPA Papua Nova Guiné/PidginProductions

Descolonização das normas sexuais e de gênero

Em julho de 2023, o Secretário-Geral das Nações Unidas publicou um relatório que chamava atenção para o papel do colonialismo na perpetuação da violência e da discriminação contra populações com diversidade de gênero (OHCHR, 2023a). O relatório, elaborado pelo Perito Independente em matéria de proteção contra a violência e a discriminação com base na orientação sexual e na identidade de gênero, baseou-se em centenas de reuniões, visitas e intercâmbios com intervenientes estatais e não estatais de todo o mundo. As provas cumulativas revelaram que as estratégias específicas para exercer controle sobre as pessoas colonizadas - utilizadas por diversas potências coloniais - resultaram na estigmatização, criminalização e patologização da atração pelo mesmo sexo, das identidades transgênero e de outras formas de expressão de gênero diversas.

Diversidade pré-colonial

Desde os protetores espirituais *babaylan* da comunidade indígena filipina até os indivíduos *ogbanje* na Nigéria, a diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero tem existido em todo os lugares ao longo da história. Os indivíduos que incorporam identidades de gênero variadas têm sido acarinhados e respeitados em muitas sociedades, como as "pessoas com dois espíritos" na América do Norte,

os *bonju* na Europa, os *muxes* no México, os *hijra* na Índia e em Bangladesh, os *takatāpui* na Nova Zelândia e as "sistergirls" dos povos aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres na Austrália.

De fato, o significado social atribuído às características sexuais é tão variado como as culturas de todo o mundo. É certo que as estruturas sociais patriarcais e heteronormativas existiam em muitas sociedades pré-coloniais, mas também há amplos indícios de variação normalizada de gênero em muitas delas. Algumas comunidades tinham mesmo funções específicas para pessoas com características sexuais e de gênero diversas, incluindo posições como conselheiros, comandantes militares, membros da corte real, curandeiros e guardiões de práticas tradicionais.

Estratégias de controle colonial

Embora os projetos coloniais recentes não tenham inventado normas binárias de gênero, resultaram na imposição sistemática de um binarismo de gênero por meio de leis e práticas que afetaram as pessoas colonizadas ao longo de séculos de controle. As estratégias coloniais incluíram a conversão dos povos colonizados a instituições religiosas, a criminalização da não-conformidade sexual

e de gênero e a imposição de hierarquias sociais rígidas.

Os códigos morais impostos pelas potências coloniais eram justificados tanto por razões religiosas como seculares. Entre os exemplos estão o "pecado nefando", ou o crime de "pecado nefando", aplicado pelos tribunais inquisitoriais portugueses e espanhóis; as leis francesas que criminalizavam "atos lascivos ou antinaturais", que se destinavam a inculcar a moral cristã aos colonizados; e as leis coloniais britânicas que puniam a "indecência grosseira" entre dois homens. Outras leis incluíam a "sodomia", a "cornificação", o "conhecimento carnal contra a ordem da natureza", bem como infrações como a "indecência pública" e o "incentivo à devassidão". Existiam também "leis de vadiagem" que não restringiam diretamente a conduta sexual ou divergente do gênero, mas que tinham um impacto desproporcional nas pessoas que viviam na pobreza, nas minorias sexuais e de gênero e nas pessoas com deficiência.

De forma notável, as mesmas leis, ou leis semelhantes, foram aplicadas nas sociedades das potências coloniais. Nos países europeus, por exemplo, ocorreram momentos de "pânico sexual" ou "pânico moral", durante os quais os governos, as autoridades médicas e os principais

meios de comunicação social identificaram como desviantes os grupos que não seguiam as práticas sexuais "corretas" dominantes; a aplicação destas leis nas colônias estava ligada à percepção dos decisores políticos - muitas vezes baseada em relatos de exploradores - de que as relações entre pessoas do mesmo sexo eram generalizadas no mundo colonizado.

Embora a lei fosse o principal meio de aplicação, constituía também a base de sistemas complexos de socialização que incluíam o policiamento, a medicina, a literatura e a educação. A sexualidade Negra, por exemplo, era considerada "desenfreada e insaciável e, por isso, necessitava de regulamentação" (Westman, 2023). De fato, nos contextos coloniais, a capacidade de prosperar estava fortemente dependente da capacidade de uma pessoa se assimilar aos costumes brancos, patriarcais e heteronormativos.

Impacto duradouro

As leis e normas coloniais tiveram impacto muito para além das atuais e antigas colônias. Em 1908, a Tailândia - que nunca foi uma colônia europeia - adotou uma linguagem do código penal indiano para proibir atos "contra a natureza humana". Em alguns casos, a dinâmica colonial influenciou os processos de reforma legislativa e política mesmo em contextos pós-coloniais. Por exemplo, o Camarões e o Senegal, ambas antigas colônias francesas, criminalizaram as relações entre pessoas do

mesmo sexo depois de se tornarem independentes em 1960.

Atualmente, 64 países ainda criminalizam atos consensuais entre pessoas do mesmo sexo, muitas vezes se referindo explicitamente à intimidade sexual entre homens; 41 países criminalizam a intimidade sexual entre mulheres; e 20 países criminalizam e/ou perseguem explicitamente pessoas transgênero por meio de leis que visam o "travestimento", a "personificação" e o "disfarce". E embora muitos dos quadros legais anti-LGBTQIA+ do mundo tenham origem na legislação colonial e nos costumes sociais, atualmente é a defesa dos direitos humanos das pessoas LGBTQIA+ que é frequentemente retratada como colonial ou como uma agenda ocidental (OHCHR, 2023).

Um passo importante para a concretização dos direitos de todas as pessoas, em todas a sua diversidade, é rejeitar a visão de que o Ocidente ou o Norte Global são arquétipos de progresso inevitável, enquanto o Sul ou o Leste Global são considerados atrasados. Na verdade, é a persistência de enquadramentos legais e normas sociais da era colonial, herdados do Ocidente e do Norte Globais, que continuam a restringir os direitos humanos internacionalmente aceitos das pessoas LGBTQIA+, em particular das que vivem no Sul ou no Leste Globais.

Outras vias de investigação

O resumo acima do relatório do Perito Independente exclui necessariamente o impacto das leis e normas coloniais em aspectos da

saúde sexual e reprodutiva para além do gênero e da diversidade sexual. No entanto, as conclusões levantam importantes questões relacionadas ao legado do colonialismo sobre a igualdade de gênero e a saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

Por exemplo, há provas de que o aborto era praticado em muitas comunidades pré-coloniais, mas proibido por leis da era colonial (OHCHR, 2021b; Malvern e Macleod, 2018). De fato, as potências coloniais europeias têm sido consideradas "as fontes mais importantes" de leis que restringem o aborto; tais leis estavam em vigor em quase todos os países do mundo no final do século XIX (Berer, 2017). Do mesmo modo, as leis sobre obscenidade, vício e indecência - muitas das quais datam do domínio colonial europeu - foram amplamente utilizadas para proibir a informação sobre planejamento familiar desde o início até meados do século XX (Stepan e Kellogg, 1974). Estas e outras consequências do colonialismo sobre a saúde e os direitos reprodutivos das mulheres merecem ser mais exploradas, especialmente tendo em conta a persistência de violações da saúde e dos direitos reprodutivos em todo o mundo.

Este texto é uma contribuição de Victor Madrigal-Borloz, que, de 2018 a 2023, foi perito independente das Nações Unidas em matéria de proteção contra a violência e a discriminação com base na orientação sexual e na identidade de gênero.

CONTAR TODOS OS PONTOS



A CIPD de 1994, e o seu Programa de Ação resultante, não só representou um momento de notável consenso em torno do valor da saúde sexual e reprodutiva universal e dos direitos reprodutivos (Brown e outros, 2019; Sen e outros, 2019; Corrêa e outros, 2015), como também representou um poderoso apelo a dados melhores e mais transparentes - uma contribuição para as normas globais que raramente tem sido reconhecida. De fato, um capítulo inteiro do Programa de Ação, o Capítulo XII (UNFPA, 1994), é dedicado à necessidade de "dados válidos, confiáveis, oportunos, culturalmente relevantes e internacionalmente comparáveis", incluindo "informação específica sobre gênero e etnia". Apelou também à investigação sobre os pontos de vista de grupos de pessoas com menos poder e de pessoas em diferentes contextos culturais.

Este apelo à obtenção de dados teve lugar em um momento em que pouco se sabia, de fato, sobre a saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres ou sobre a realização dos seus direitos. Por exemplo, na década de 1990, não existiam dados confiáveis - e, na maioria dos casos, quaisquer dados - sobre a mortalidade materna na grande maioria dos países (OMS e outros, 2001). Na época da CIPD, as estimativas mais recentes da OMS sobre a mortalidade materna (já com mais de meia década) eram aproximadas, já que muitos dados a nível nacional eram espalhados, com amostras não representativas e problemas de sub-registro (OMS, 1991). Mesmo sem uma estimativa globalmente acordada da mortalidade materna para 1990, o Programa de Ação da CIPD apelou a uma redução cumulativa de 75% das mortes maternas entre 1990 e 2015 e se comprometeu a reduzir as disparidades da mortalidade materna "dentro dos países e entre

regiões geográficas e grupos socioeconômicos e étnicos" (UNFPA, 1994).

Estes objetivos deram origem a um processo de acompanhamento que contou com a colaboração rotineira entre ministros da população e da saúde, demógrafos, estatísticos, epidemiologistas e especialistas em direitos humanos, bem como com o estabelecimento de indicadores mensuráveis de saúde e direitos e a subsequente recolha de dados rigorosos para acompanhar o progresso no sentido de alcançar os objetivos do Programa de Ação (Snow e outros, 2015; Nações Unidas, 2014; UNFPA, 1998). Desde 1994, a qualidade e a quantidade de dados sobre a mortalidade materna melhoraram consideravelmente, assim como os métodos estatísticos utilizados para estimar esses dados. Em 2014, os dados em falta deixaram de ser a norma e passaram a ser a exceção, mesmo quando os padrões para o que constitui dados confiáveis foram elevados.

Trinta anos após a CIPD, o mundo se encontra em um outro ponto de inflexão, com um objetivo semelhante, que mais uma vez reconhece necessidades não satisfeitas vastas e inaceitáveis, mesmo quando nos faltam dados para definir com precisão o âmbito do problema: a ambição de satisfazer a saúde sexual e reprodutiva e os direitos dos indivíduos que foram deixados - e empurrados - para trás, não só pelos avanços na saúde e pela expansão das infraestruturas de saúde, mas também pela própria revolução dos dados.

Este capítulo explora mais de perto a questão da mortalidade materna, relativamente à qual subsistem numerosas questões sem resposta sobre os níveis e as tendências a nível global, regional, nacional e subnacional, apesar dos avanços constantes na capacidade estatística

e na disponibilidade de dados. Mas as taxas e os índices de mortalidade materna são apenas um ponto de partida; para além da questão da mortalidade materna, há muitas outras questões, ainda sem resposta, sobre a saúde e os direitos das mulheres e das meninas que continuam a ver pouco do progresso experimentado pelas suas irmãs mais privilegiadas.

Um novo ponto de inflexão

Parte da história, e que tem sido evidente desde há algum tempo, são as vastas e - em muitos casos - crescentes desigualdades em matéria de saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Um conjunto cada vez maior de provas torna claro que alguns indivíduos são empurrados para as margens das sociedades e dos sistemas de saúde - os que enfrentam discriminação nos sistemas de saúde, os que têm barreiras linguísticas em contextos clínicos, os que são estigmatizados por serem portadores de HIV ou os que não podem ser alcançados por não terem os privilégios da cidadania, como apenas alguns exemplos.

Os dados disponíveis indicam fortemente que esses indivíduos estão sofrendo e a morrendo em proporções muito maiores do que se imaginava anteriormente (Khalil e outros, 2023; Geller e outros, 2018; Gon e outros, 2018.). No entanto, as suas mortes - e as morbidades e indignidades que as precedem - são em grande parte invisíveis (Creanga e outros, 2014). Por quê? As mortes e lesões continuam a não ser contadas devido a sistemas de dados deficientes, pesquisas pouco frequentes e outros estudos de âmbito ou comparabilidade limitados. Quando as suas mortes e morbidades são contadas, as desigualdades subjacentes são muitas vezes invisíveis porque poucos esforços foram feitos



Crying Women, de Bayombe Endani, República Democrática do Congo, 2010, obra de arte contribuída pelo Advocacy Project, que ajuda comunidades marginalizadas a usar o bordado como ferramenta de terapia e defesa.

para desagregar os dados pelas particularidades da sua exclusão. A sua experiência desproporcional de lesões e mortes é absorvida pela vastidão das médias estatísticas.

Quando este véu é levantado, vemos desigualdades gritantes tanto entre países como dentro deles. Uma explicação comum em matéria de saúde pública é a hipótese da equidade inversa, segundo a qual as novas intervenções no domínio da saúde são mais imediatamente adotadas pelas populações mais ricas que têm os níveis mais baixos de necessidades (Victora e outros, 2018). Os avanços na saúde podem, portanto, dar origem a um aumento inicial da desigualdade global - com a redução da desigualdade se e quando esses avanços se tornarem acessíveis às pessoas com maiores necessidades. No entanto, segundo algumas medidas, as desigualdades entre países e dentro de cada país estão a aumentando.

Em 1990, por exemplo, uma adolescente de 15 anos tinha, em média, uma probabilidade de 1 em 12 de morrer por gravidez ou parto nos 10% dos países com maior risco, enquanto uma adolescente de 15 anos nos 10% dos países com menor risco tinha uma probabilidade de 1 em quase 7.000 (ver nota técnica). Em 2020, as meninas dos países com o risco mais elevado tinham uma probabilidade de 1 em 34 de morrer, enquanto as meninas dos países com o risco mais baixo tinham uma probabilidade de 1 em quase 23 000. Isso representa uma variação de 2,8 vezes nos países de maior risco, em comparação com uma variação de 3,3 vezes nos países de menor risco - uma desigualdade cada vez maior. Em outras palavras, nos extremos globais, o progresso foi maior onde a mortalidade materna era mais rara e mais limitado onde a mortalidade materna era mais elevada.

Estas desigualdades entre países são frequentemente atribuídas a disparidades de recursos - mas esta explicação falha quando se olha para as desigualdades que existem dentro dos países. As discrepâncias intranacionais tornam claro que as formas persistentes de discriminação e exclusão, e não apenas os recursos limitados, desempenham um papel significativo em muitas das desigualdades globais na saúde e nos direitos sexuais e reprodutivos a que assistimos atualmente (UNSDG, n.d.).

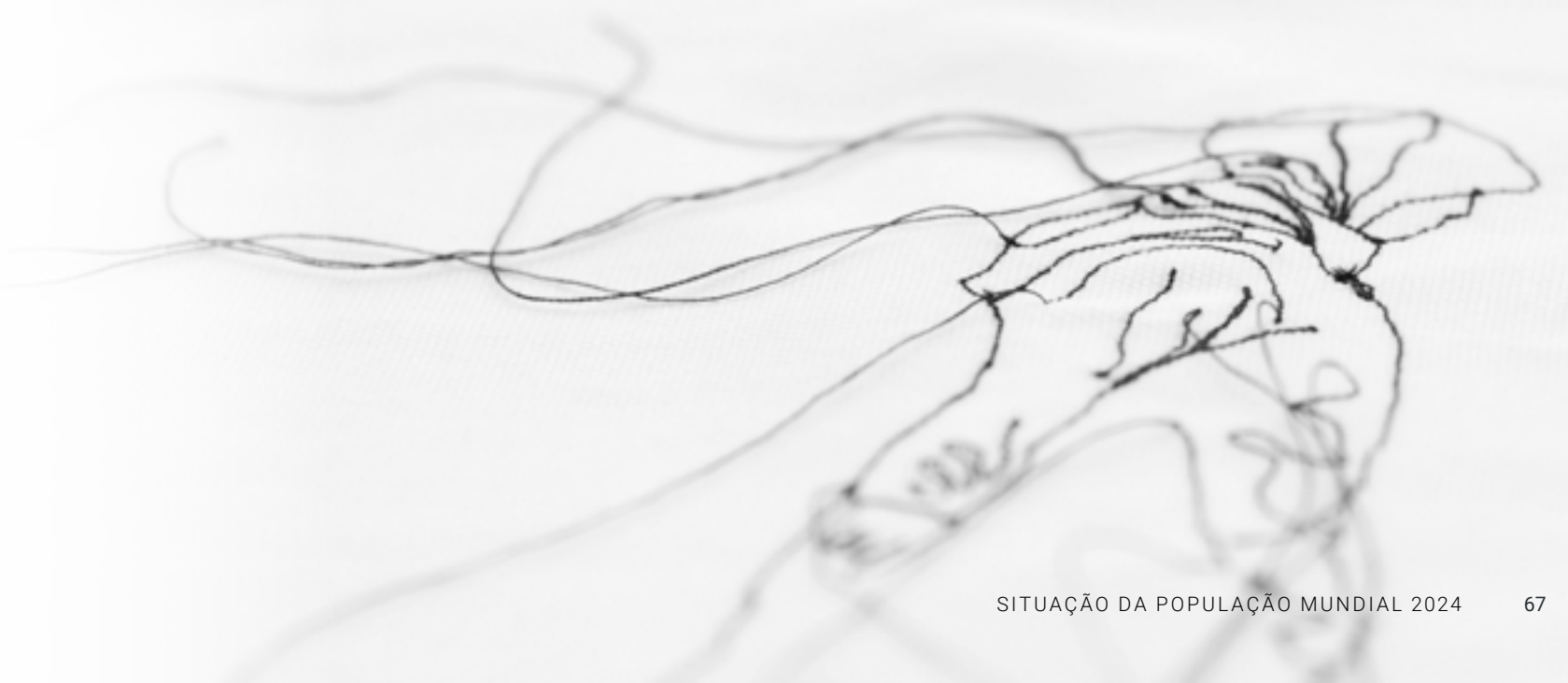
Isso é verdade tanto em países onde a mortalidade materna continua a ser dolorosamente elevada (Patel e outros, 2018; Acharya e Patra, 2017) (ver nota técnica na página 155) como em países de alta renda onde a mortalidade materna é dramaticamente mais baixa. Vejamos, por exemplo, os Estados Unidos e o Reino Unido – dois dos 19 países que, segundo estimativas, têm um índice de mortalidade materna mais elevado em 2020 do que em 1990. Em ambos os países, a incidência de morte materna é várias vezes superior nas mulheres Negras do que nas mulheres brancas. As últimas estimativas das Nações Unidas, que diferem ligeiramente das estimativas nacionais de cada país, indicam que os Estados Unidos tinham uma taxa de mortalidade materna de 21 por 100.000 nascidos vivos em 2020 (OMS e outros, 2023a). De acordo com as estatísticas nacionais oficiais dos Estados Unidos, em 2021, as mulheres Negras enfrentavam um índice de mortalidade superior ao dobro da média nacional (Hoyert, 2023). O risco de mortalidade materna é também mais elevado do que a média nacional para as mulheres hispânicas no país (Hoyert, 2023).

Ainda assim, essas tendências nos Estados Unidos fazem parte de um aumento mais amplo da mortalidade materna em todo o país - o que significa que estão aumentando para a maioria dos grupos de mulheres, incluindo as classes socioeconômicas alta, média e baixa; mulheres de todas as faixas etárias; e mulheres de todas as raças (Hoyert, 2023; Singh, 2021) (ver nota técnica). Em contraste, no Reino Unido, onde as Nações Unidas estimam que a mortalidade materna se situou em 9,8 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2020 (OMS e outros, 2023a), os pesquisadores demonstraram que o aumento da taxa de mortalidade materna é altamente atribuível ao aumento das taxas de mortalidade entre certas minorias étnicas e classes socioeconômicas. Os níveis mais elevados de morte materna, e os maiores aumentos, foram registrados entre as mulheres Negras e as mulheres mais desfavorecidas do ponto de vista socioeconômico (Knight e outros, 2022).

Seria demasiado fácil descartar estas conclusões como resultados isolados de apenas dois países. No entanto, esses países fazem parte de um número

muito reduzido de nações em todo o mundo que dispõem de sistemas de dados para identificar essas diferenças (Small e outros, 2017) - o que significa que estão entre os únicos locais onde essas disparidades se tornam visíveis. De fato, os esforços dos Estados Unidos para identificar a desvantagem racial na mortalidade materna remontam às primeiras tabulações da OMS, em que era o único país a ter qualquer tipo de desagregação racial ou étnica (OMS, 1991). O Reino Unido tem um sistema de vigilância da mortalidade materna impressionante, que remonta a 1952 (o que o torna o mais antigo do mundo), mas só começou a identificar a etnia em 1995 (Small e outros, 2017).

Um relatório do UNFPA publicado em 2023 analisou, pela primeira vez, indicadores de saúde materna entre mulheres e adolescentes de ascendência africana e de outras origens no pequeno número de países das Américas onde os dados o permitem. Apenas 4 dos 35 países identificam a raça ou a etnia das mulheres que morrem durante o parto e apenas 11 recolhem outros dados de saúde materna discriminados por raça (UNFPA e outros, 2023). O Canadá, por exemplo, junta-se aos Estados Unidos e



ao Reino Unido como um dos poucos países com piores índices de mortalidade materna em 2020 do que em 1990 (11 por 100.000 nados-vivos em comparação com 6,9) (OMS e outros, 2023a), mas não recolhe dados raciais na vigilância materna, apesar da evidência de barreiras baseadas na raça ao acesso e utilização dos cuidados de saúde materna. Por conseguinte, é impossível saber se os aumentos da mortalidade materna no país ao longo do tempo foram universais ou se se concentraram em subpopulações selecionadas (Dayo e outros, 2022).

Quando existem dados, estes apontam diretamente para as desigualdades persistentes

que os grupos marginalizados enfrentam, não só entre os Negros e os afrodescendentes, mas também entre os povos indígenas (Paradies, 2016). Um documento de 2018 do UNFPA, da UNICEF e da ONU Mulheres examinou os dados limitados disponíveis sobre a saúde materna das mulheres e meninas indígenas. Dos 80 países examinados, 16 tinham dados e, nestes 16 países de baixa e média renda (Belize, Costa Rica, Etiópia, Gâmbia, Guiana, Indonésia, Quênia, Laos, México, Namíbia, Nepal, Paquistão, Senegal, Serra Leoa, Suriname e Vietnam), as mulheres de grupos étnicos indígenas eram significativamente menos suscetíveis de beneficiar de cuidados pré-natais, menos suscetíveis a dar à luz sob os

cuidados de um assistente de parto qualificado, mais suscetíveis a dar à luz na adolescência e significativamente mais suscetíveis de morrer de causas relacionadas com a gravidez e o parto (UNFPA e outros, 2018). A investigação em outros países - analisando as mulheres indígenas na Austrália (Australian Indigenous HealthInfoNet, n.d.), na Índia (Governo da Índia, Ministério da Saúde e do Bem-Estar Familiar, 2016), na Guatemala (ENSMI, 2015), no Panamá e na Rússia (Anderson e outros, 2016) - revela as mesmas disparidades.

As graves desigualdades são também evidentes quando se consideram as pessoas com deficiência. As mulheres com deficiência têm até 10 vezes mais probabilidades de sofrer violência baseada em gênero, incluindo violência sexual, e os jovens com deficiência têm a mesma probabilidade de serem sexualmente ativos do que os seus pares sem deficiência. Mesmo assim, esta população enfrenta barreiras significativas no acesso a informação e a serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a falta de serviços adaptados e atitudes discriminatórias entre os prestadores de cuidados de saúde (UNFPA, 2018). No entanto, a coleta de dados sobre as necessidades desta comunidade também é dificultada pelo estigma associado à deficiência e pela falta de definições acordadas quando se trata de identificar pessoas com deficiência e medir as suas necessidades.

Estas questões são particularmente problemáticas, uma vez que se estima que cerca de 1 bilhão de pessoas, ou seja, 15% da população mundial, terão uma deficiência durante a sua vida. Mas progressos importantes estão ocorrendo. Em 2021, o UNFPA constatou que a proporção de países que adotam perguntas do censo do Grupo

Internacional de Washington sobre Estatísticas da Deficiência "aumentou de 33% em 2018 para 73% em 2020" (UNFPA, 2021b).

Da mesma forma, as minorias sexuais e de gênero também enfrentam graves disparidades na saúde, não apenas em questões de acesso e qualidade dos cuidados, mas também nos resultados dos censos de saúde psicológica e física (Ariella e outros, 2020; Matsick e outros, 2020; Cáceres e outros, 2019; Gibson e outros, 2018; Müller, 2016), mas os dados continuam a ser limitados. Há sinais positivos de que a coleta de dados sobre minorias sexuais e de gênero está se expandindo, mas, quando existem dados, estes continuam a ser, em grande medida, o produto de esforços ad hoc, em vez de resultarem de sistemas de dados nacionais regulares e normalizados, como censos ou inquéritos sociais de grande escala (Comissão Europeia, Direção-Geral da Justiça e dos Consumidores, 2017). Além disso, a coleta de dados é dificultada não só pelo estigma, mas também pela criminalização da atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo e da identidade

Confrontar os fatores de confusão

A evidência de desigualdades raciais nos resultados de saúde é frequentemente confrontada com questões sobre possíveis fatores de confusão: poderão essas disparidades ser o resultado de níveis de educação? Diferenças de níveis de renda? E quanto a fatores de emprego ou predisposições genéticas para doenças? A investigação disponível sobre as mulheres indígenas e as mulheres de ascendência africana mostra que, embora essas características sejam importantes para os resultados em matéria de saúde, não explicam todas as disparidades observadas, o que significa que algumas ou muitas dessas disparidades estão efetivamente ligadas à etnia (Australian Institute of Health and Welfare, 2023). "As mortes maternas persistem independentemente dos níveis de renda e de educação, sendo que as mortes maternas entre afro-americanas com formação universitária continuam a ser 1,6 vezes mais elevadas do que entre mulheres brancas com menos de um diploma do ensino secundário", constatou uma análise recente do UNFPA, como apenas um exemplo (FNUAP e outros, 2023). Na verdade, um crescente corpo de pesquisa explora como a exposição crônica à injustiça sistêmica está ligada a declínios acelerados na saúde física - muitas vezes chamados de intemperismo - que sustentam muitas disparidades raciais na saúde materna (Geronimus, 2023; Forde e outros, 2019). A análise efetuada neste relatório (página 28) também apoia este ponto: Embora existam fatores socioeconômicos significativos que contribuem para as disparidades autorrelatadas no acesso aos cuidados de saúde, existem também diferenças étnicas consideráveis na proporção de mulheres que têm problemas graves no acesso aos cuidados quando estão doentes, mesmo controlando a riqueza, o rendimento e a residência urbana ou rural.



REPORTAGEM

Mulheres com deficiência no Turquemenistão reclamam os seus direitos

Há alguns anos, em um consultório de ginecologia em Ashgabat, no Turquemenistão, Alia (nome alterado) e o marido foram informados de que era “indesejável” que tivessem um filho. A razão apresentada: eram ambos cegos. “Como é que vão ser capazes de cuidar de uma criança? Como é que a vão criar, como é que a vão vigiar?”, ela se lembra de ter sido questionada.

“Acharam que não íamos conseguir aguentar e sugeriram que fizessemos um aborto”, conta Alia ao UNFPA. “Mas eu discordei. A minha mãe também é cega e criou a nós sete”.

A experiência de Alia é tragicamente familiar entre 1 em cada 5 mulheres que vivem com uma deficiência a nível mundial. Apesar dos acordos internacionais que garantem às pessoas de todo o mundo a liberdade de fazer escolhas reprodutivas livres de discriminação e coerção, as mulheres com deficiência enfrentam frequentemente uma realidade diferente, em que os preconceitos levam os profissionais de saúde, os parceiros íntimos e o público em geral a questionar a sua

capacidade de tomar decisões em matéria de saúde sexual e reprodutiva.

A investigação mostra que as mulheres e meninas com deficiência são frequentemente confrontadas com discriminação em relação às escolhas reprodutivas, impedidas de acessar aos serviços de saúde por questões de acessibilidade e excluídas de uma educação sexual abrangente, especialmente em contextos de educação especial. E, para algumas, essa discriminação pode mesmo se traduzir em esterilizações forçadas.

Tal como Alia, muitas foram julgadas como não estando aptas para a gravidez e a maternidade.

A investigação do UNFPA em 2021 revelou que muitas pessoas com deficiência no Turquemenistão não tinham acesso a serviços e informações de saúde sexual e reprodutiva. Para responder às suas necessidades, o UNFPA e a Sociedade de Cegos e Surdos do Turquemenistão criaram vídeos sobre saúde sexual e reprodutiva acompanhados de interpretação

em linguagem gestual. Os vídeos, disponíveis online e em pen drives, abrangem temas como a puberdade, o planejamento familiar e a maternidade segura. Planos para um aplicativo para celular também estão em andamento.

As mulheres relataram que aprenderam, por meio desses recursos, que podiam ter acesso gratuito a contraceptivos e a cuidados na gravidez. Também apreciaram o fato de os materiais incluírem informações de contato de diferentes clínicas e prestadores de serviços. Estas e outras medidas estão tornando o país um lugar mais inclusivo e justo para uma mulher grávida que vive com uma deficiência.

Ainda assim, Alia diz que é preciso fazer mais: “É necessário aumentar os conhecimentos do pessoal médico para que sejamos aceitas e tratadas como qualquer outra pessoa”.

Entretanto, ela abraçou a maternidade enquanto vivia com uma deficiência visual, tal como a sua mãe antes dela. “Eu sabia que era capaz de fazer isso”, diz ela.

e expressão transgênero em dezenas de países em todo o mundo (Human Dignity Trust, n.d.). Por último, a combinação de fatores de exclusão, como a idade, pode criar uma marginalização extrema. Por exemplo, uma investigação recente aponta para a forma como as leis hostis e as atitudes sociais - incluindo tabus contra a sexualidade adolescente - significam que os serviços de saúde sexual e reprodutiva e a informação (incluindo de organizações LGBTQIA+) estão quase completamente vedados aos adolescentes de minorias sexuais e de gênero na África Austral (Müller e outros, 2018).

Adotar uma lente de igualdade

Um dos grandes desenvolvimentos ocorridos nos últimos 30 anos foi o consenso emergente de que fatores como o gênero, a raça, a etnia, o status de deficiência, a orientação sexual e a migração não são vantagens e penalidades a serem contabilizadas com uma simples pontuação. Pelo contrário, são fatores dinâmicos em jogo numa complexa teia de vantagens e desvantagens.

Só nos últimos 15 anos, assistiu-se a uma mudança significativa na compreensão mundial da forma como as barreiras estruturais e intersetoriais estão impedindo certas pessoas de usufruir da sua saúde e dos seus direitos. Por exemplo, enquanto a investigação anterior se centrava apenas nos comportamentos individuais - como o adiamento da procura de tratamento para uma doença - que afetam negativamente a saúde, os investigadores reconhecem hoje mais facilmente que esses comportamentos são moldados por normas, sistemas e instituições mais amplos e que múltiplos fatores intersetoriais podem intensificar os desafios que os indivíduos enfrentam.

Um estudo inovador de 2009, por exemplo, compara os comportamentos de procura de saúde das mulheres pobres, das mulheres não pobres, dos homens pobres e dos homens não pobres na Índia. O estudo revela que as metodologias tradicionais concluiriam de forma errada que os homens pobres e as mulheres pobres são igualmente desfavorecidos, ao passo que uma metodologia especificamente concebida para identificar a influência combinada de fatores de desvantagem que se intersectam revela que os homens pobres estavam, na realidade, em melhor situação do que todas as mulheres - tanto as mulheres pobres como as não pobres. Essencialmente, tanto o gênero como a classe social são importantes para os resultados em matéria de saúde, mas, pelo menos neste caso, os homens conseguiram tirar partido da sua vantagem de gênero de tal forma que mesmo os homens pobres estavam efetivamente em melhor situação do que as mulheres não pobres (Sen e Iyer, 2012; Sen e outros, 2009).

A interação entre formas de vantagem e formas de desvantagem complica muito a concepção de respostas eficazes. Uma abordagem de tamanho único para a elaboração de políticas simplesmente não funciona. Nos últimos 30 anos, registaram-se progressos notáveis, em parte porque as políticas e intervenções elevaram o bem-estar das pessoas mais facilmente alcançáveis, das que têm as desvantagens menos complicadas, das que estão em melhor posição para beneficiar. Chegar aos que continuam a ser necessitados, aos que têm vulnerabilidades intersetoriais, será necessariamente mais difícil e exigirá intervenções mais ponderadas. Continuar com as abordagens atuais cria riscos não só de ineficiência, mas também de

Desigualdades entre países e dentro de cada país: os casos da Índia e da Nigéria

Desde que existem medições, a Índia e a Nigéria têm sido os dois países com o maior número absoluto de mortes maternas. Tanto em 1990 como em 2020, esses países representavam, em conjunto, mais de um terço de toda a mortalidade materna a nível mundial. A Índia começou o seu percurso com muito mais mortes, sendo responsável por 26% de todas as mortes maternas em 1990, em comparação com a Nigéria, que foi responsável por 10%. Mas, em 2020, os países tinham trocado de lugar, com a Nigéria representando 29% de todas as mortes maternas estimadas a nível mundial, enquanto as mortes na Índia tinham diminuído consideravelmente - representando 8% de todas as mortes maternas a nível mundial (OMS, n.d.a).

Embora o ritmo de crescimento da população desempenhe um papel nestas tendências (a população da Nigéria mais do que duplicou entre 1990 e 2020, enquanto a da Índia cresceu por um fator de 1,6), a questão central é que as taxas de mortalidade materna diminuíram acentuadamente na Índia, mas menos na Nigéria. O sucesso da Índia é muitas vezes atribuído à melhoria do acesso a serviços de saúde materna de qualidade e a preços acessíveis (Exemplars in Global Health, 2023; Singh, 2018), bem como aos esforços para resolver o impacto da discriminação de gênero nos resultados de saúde. Por exemplo, um estudo concluiu que as políticas concebidas para abordar a igualdade de gênero - como o aumento do número de mulheres médicas, o aumento do apoio institucional e do respeito pelas enfermeiras e a promoção de coletivos de empoderamento feminino - estavam associadas a melhores resultados de saúde e a um maior acesso das mulheres aos cuidados de saúde (Hay e outros, 2019). Outro estudo aponta para o fato de o aumento da percentagem de mulheres na política estar associado ao aumento do número de centros de saúde primários e comunitários, farmácias e hospitais públicos (Heymann e outros, 2019). Outros programas eficazes promoveram cuidados respeitosos antes, durante e após o parto e proporcionaram cuidados pré-natais gratuitos (Heymann e outros, 2019).

Mas este estudo de caso - sobre o aumento das desigualdades em matéria de saúde materna entre dois países - torna-se muito mais complicado quando se analisam as desigualdades no interior desses mesmos países. Em ambos os locais, certos grupos de mulheres estão recebendo os cuidados de que necessitam, enquanto outros não. Na Nigéria, por exemplo, as diferenças dramáticas na mortalidade materna estão ligadas à localidade, com taxas de mortalidade significativamente mais elevadas entre as mulheres nos favelas urbanas e nas zonas rurais, e índices de mortalidade materna mais elevados no norte do que no sul (Babajide e outros, 2021; Gulumbe e outros, 2018; Anastasi e outros, 2017). Quando as vulnerabilidades relacionadas, como o casamento infantil e a assistência qualificada ao parto, são examinadas por etnia, localização e renda, são reveladas ainda mais desigualdades (UN Women, 2018). A Índia também continua a registar desigualdades dramáticas no risco de morte materna. Uma investigação recente sobre os 640 distritos da Índia revela que, embora quase um terço dos distritos tenha atingido o objetivo dos ODS de reduzir a taxa de mortalidade materna para menos de 70 por 100.000 nascidos vivos, 114 distritos ainda têm taxas de 210 ou mais mortes por 100.000 nascidos vivos (Goli e outros, 2022). O mais elevado - 1 671 por 100.000 nascimentos - regista-se no distrito de Tirap, em Arunachal Pradesh, uma zona rural com uma elevada proporção de povos indígenas. Embora seja difícil desagregar esses números por grupo socioeconômico, etnia, casta ou religião, esses fatores desempenham claramente um papel nos resultados em matéria de saúde. Por exemplo, apesar de todas as mulheres terem direito a cuidados de saúde maternos gratuitos (Beckingham e outros, 2022), as mulheres das castas mais desfavorecidas e dos grupos indígenas recebem menos cuidados pré-natais, pós-natais e obstétricos, ou mesmo nenhum cuidado sequer (Raghavendra, 2020; Yadav e Jena, 2020; Saroha e outros, 2008). Uma lição central destes estudos de caso é que todas as desigualdades - incluindo as que existem entre países e dentro de cada país - exigem uma atenção urgente e que nenhuma sociedade ou região atingiu ainda os objetivos a que coletivamente aspiramos.

desperdício e danos. A informação que circula em línguas que o público-alvo não compreende, as campanhas que não levam em conta as exigências culturais ou religiosas dos utilizadores visados, ou as clínicas inacessíveis às pessoas com deficiência, são apenas alguns exemplos, que resultam em investimentos perdidos, na continuação da exclusão e na erosão da confiança entre os prestadores de cuidados de saúde e as populações que estes devem servir.

Mas estas conclusões não são motivo de desespero. Esta nova lente de compreensão é louvável, mesmo quando chama a nossa atenção para fatos incômodos sobre privilégios e preconceitos. Através desta lente, vemos mais claramente onde são necessários esforços e recursos para atingir os nossos objetivos globais.

Aceleração necessária

As estimativas mais recentes para 2023, utilizando os melhores dados e práticas disponíveis, afirmam que o índice global de mortalidade materna, em 2020, pouco mudou em comparação aos cinco anos anteriores - e estava tragicamente longe do objetivo estabelecido em 1994 (UNFPA, 1994). Os críticos podem sugerir que isso significa que o objetivo de 1994 era simplesmente inatingível, mas os dados de alguns países indicam hoje que os índices de mortalidade materna de 1 ou 2 mortes por 100.000 nascimentos são de fato alcançáveis (OMS e outros, 2023a). O que isso significa para o estado atual da mortalidade materna? Infelizmente, uma visão em tempo real do progresso na redução das mortes maternas é atualmente impossível - não só devido à limitação dos dados, mas também porque as atualizações oficiais só ocorrem vários anos após o fato. Consequentemente, existe uma incerteza

considerável sobre o estado atual dos progressos, especialmente na sequência da pandemia global de COVID-19. As estimativas mais recentes contêm dados que incluem apenas o primeiro ano da pandemia, uma época em que os especialistas se esforçaram para compreender que proporção do total de mortes por COVID-19 eram também mortes obstétricas indiretas (OMS e outros, 2023a). Atualmente, a escala total dos efeitos da pandemia nos resultados maternos permanece desconhecida.

No entanto, há indícios de aumentos preocupantes nas taxas de mortalidade materna em partes da Europa, da América do Norte e da América Latina e do Caribe. Estes aumentos são suficientemente substanciais e generalizados para compensar os declínios em outros locais, levando à estagnação dos índices globais de mortalidade materna desde 2015. Sem dados mais recentes, não é claro se as mortes maternas irão aumentar ainda mais devido aos impactos da pandemia, ou se os recentes aumentos diminuirão (OMS e outros, 2023a).

Apesar destes sinais contraditórios, há esperança nos progressos alcançados. Em primeiro lugar, o número total de mortes maternas anuais diminuiu consideravelmente desde 1994 - o que é encorajador, tendo em conta que a população mundial cresceu drasticamente de 5,7 bilhões em 1994 para 8,1 bilhões em 2024 (UN DESA, 2022a). Em segundo lugar, os próprios dados são também um sinal de progresso. Com cada melhoria iterativa na coleta e análise de dados, as soluções se apresentam - e por vezes em locais improváveis.

Por exemplo, algumas estimativas sugerem que cerca de um terço da redução total da mortalidade materna é atribuível ao declínio da fertilidade, com a maior utilização de

Medindo a discriminação

Com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a comunidade internacional procurou medir a proporção de pessoas que relataram ter sofrido discriminação ou assédio nos últimos 12 meses, analisando as formas de discriminação proibidas pela legislação internacional de direitos humanos. Esses dados revelam que quase um em cada seis indivíduos sofreu discriminação nos últimos 12 meses - e, em determinados ambientes, o número chega a um em cada três. A prevalência global de discriminação é normalmente maior para as mulheres e, em determinados contextos sociais, as mulheres relatam discriminação até três vezes mais do que os homens. Da mesma forma, as pessoas com deficiência enfrentam discriminação quase duas vezes mais frequentemente do que as pessoas sem deficiência, com proporções de até 6 para 1 em determinados contextos.

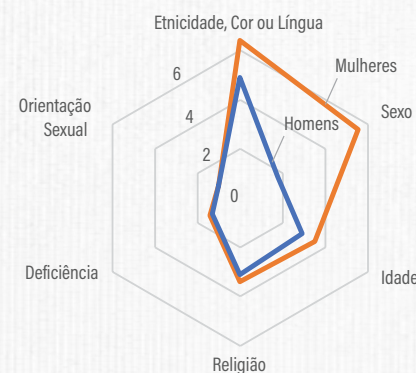
Formas de discriminação

Os desafios enfrentados por grupos vulneráveis, principalmente mulheres e pessoas com deficiência, que relatam maior discriminação com base em suas origens étnicas, cor da pele e afiliações linguísticas. Em alguns contextos nacionais, até quatro vezes mais mulheres ou seis vezes mais pessoas com deficiência sofrem discriminação do que homens ou pessoas sem deficiência. A discriminação com base na idade e no sexo afeta uma média de 4% da população global. Em determinadas regiões, a discriminação com base no sexo afeta quase 19% da população, com disparidades significativas entre homens e mulheres. Para cada homem que enfrenta discriminação com base no sexo, quatro mulheres são afetadas e, em contextos específicos de cada país, essa proporção pode chegar a 1 para 20.

A discriminação relacionada à idade apresenta a maior variação entre países, com taxas que chegam

FIGURA 4

Proporção de pessoas vítimas de discriminação, por motivos seleccionados, 2015-2023 (percentagem)



Source: Direitos Humanos ONU, 2024

a pouco mais de 34% em alguns lugares. Evidências limitadas sugerem que as populações mais jovens registrem desproporcionalmente mais discriminação por idade.

Progressos e margem para melhorias

Desde 2023, houve um aumento de 25% no número de países que medem a discriminação - uma conquista significativa. Ainda assim, há muito espaço para melhorar: menos da metade de todas as nações capturam e relatam sistematicamente as vozes das pessoas marginalizadas pela discriminação. As práticas atuais de coleta de dados também não têm a granularidade necessária para uma análise abrangente e desagregada da discriminação.

Para enfrentar esse desafio, o Grupo Praia está trabalhando para desenvolver estatísticas de governança, incluindo estatísticas sobre não discriminação e igualdade, e para promover uma abordagem de dados baseada nos direitos humanos.

Este texto é uma contribuição do ACNUDH.

contraceptivos resultando em menos gestações e em um espaçamento mais seguro entre cada gestação (Snow e outros, 2015). Outros estudos sugerem que atender a necessidade não satisfeita de contracepção pode evitar mais da metade das mortes maternas simplesmente porque reduzirá as gestações em mulheres mais velhas e jovens, quando o risco é mais elevado, aumentará o espaçamento entre os nascimentos e diminuirá a probabilidade de abortos inseguros (Utomo e outros, 2021; Chola e outros, 2015; Ahmed e outros, 2012). Entretanto, a prevalência de gestações indesejadas e a necessidade não

satisfeita de contracepção são afetadas por desigualdades em muitos fatores, incluindo a idade, o status socioeconômico e a raça e etnia (Anik e outros, 2022; Sully e outros, 2020; Kim e outros, 2016), apontando para as comunidades que precisam de ser alcançadas.

Décadas de dados também sublinham o papel do aborto inseguro nas taxas de mortalidade materna. Esta relação já era conhecida em 1987, quando a Conferência sobre Maternidade Segura destacou uma descoberta de um estudo realizado na Etiópia, em que mais de metade das mortes maternas em

Carta dos dados inclusivos

Em 2018, o UNFPA juntou-se a uma rede global de governos, empresas, filantropos e organizações não governamentais no lançamento da Carta de Dados Inclusivos, um compromisso para melhorar a qualidade, quantidade, financiamento e disponibilidade de dados inclusivos e desagregados. A carta é guiada por cinco princípios (Inclusive Data Charter e Global Partnership for Sustainable Development Data, 2018):

Todas as populações devem ser incluídas nos dados. Só conseguiremos atingir o objetivo de "não deixar ninguém para trás" se empoderarmos os mais desfavorecidos. Isso significa garantir que as suas vozes são ouvidas e que as suas experiências são representadas por meio de dados e análises.

Todos os dados devem, sempre que possível, ser desagregados de modo a descrever com exatidão todas as populações. Os dados devem ser desagregados por sexo, idade, localização geográfica e status de deficiência e, sempre que possível, por renda, raça, etnia, status migratório e outras características relevantes.

Os dados devem ser extraídos de todas as fontes disponíveis. Devem estar acessíveis dados de alta qualidade e em tempo útil, provenientes de fontes oficiais e não oficiais, que devem incluir novas fontes de dados, sempre que sejam coerentes com as normas estatísticas internacionalmente aceitas.

Os responsáveis pela coleta de dados e pela produção de estatísticas devem prestar contas. Os princípios de transparência, confidencialidade e privacidade devem ser equilibrados para garantir que os dados pessoais não sejam utilizados de forma abusiva ou indevida, de acordo com as leis nacionais e os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais (Divisão de Estatísticas das Nações Unidas, 2014).

A capacidade humana e técnica para coletar, analisar e utilizar dados desagregados deve ser melhorada, nomeadamente por meio de um financiamento adequado e sustentável. A coleta e a análise de dados desagregados requerem competências e apoio específicos.

O uso do termo "raça" aqui é consistente com os tratados internacionais de direitos humanos. Não implica a aceitação de teorias que tentam determinar a existência de raças humanas distintas.

Os censos africanos se esforçam para contar todas as pessoas

Depois de iniciar a sua carreira como professor na Tanzânia, Jonas Lubago foi ao banco local para abrir uma conta, mas foi recusado. O motivo: era cego.

O banco tinha uma política que exigia que qualquer pessoa com cegueira ou deficiência visual levasse um procurador designado para assinar até as transações mais básicas. Isso não era prático nem justo, diz Lubago.

Tornar-se professor era a segunda opção de Lubago. Entrou para a universidade com a intenção de estudar Direito, mas o seu conselheiro acadêmico o desencorajou a tentar porque nenhuma das leituras obrigatórias existia em braille. “Ele me disse que eu seria reprovado”, conta Lubago.

Isso aconteceu há duas décadas. Embora a situação tenha melhorado ao longo dos anos, as pessoas com deficiência na Tanzânia continuam a enfrentar uma série de obstáculos em suas vidas cotidianas ou quando precisam de serviços públicos, como os cuidados de saúde e a educação. Uma clínica pode estar

ao virar a esquina da casa de uma pessoa em cadeira de rodas, mas se for acessível apenas por escadas, ou se as salas de consulta forem muito pequenas para permitir que a porta se feche para privacidade, ou os banheiros não estiverem devidamente equipados, esse serviço estará fora de alcance. “E isso é discriminação”, diz Lubago, que é atualmente o Secretário-Geral da Federação Tanzaniana de Organizações de Pessoas com Deficiência.

Em 2012, o país começou a identificar as pessoas com deficiência no seu recenseamento. No entanto, o exercício não contabilizou um vasto leque de categorias de deficiência nem levou em conta a sua gravidade. “Havia uma procura por dados melhores, tanto por parte da comunidade de pessoas com deficiência como por parte do governo”, afirma Seif Kuchengo, principal estatístico e coordenador do Censo Nacional.

A informação recolhida através do recenseamento é extremamente importante. Como Estado Parte da Convenção sobre os Direitos das

Pessoas com Deficiência, a Tanzânia se comprometeu a assegurar e promover “a plena realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para todas as pessoas com deficiência”. No entanto, as instituições necessitam de dados para tornar os serviços não só disponíveis, mas também acessíveis.

Kuchengo diz que as autoridades procuraram envolver desde cedo os representantes da comunidade de deficientes na concepção do recenseamento mais recente, incluindo no planejamento e na formação dos recenseadores. Lubago, que deixou o seu emprego de professor, uniu forças com os gabinetes governamentais para que o recenseamento adotasse um conjunto mais abrangente e diversificado de perguntas sobre deficiência padronizadas internacionalmente. No total, cerca de 400 pessoas com deficiências e incapacidades estiveram envolvidas. Foram incluídas cerca de 17 categorias diferentes de deficiência ou incapacidade, podendo também ser especificados níveis de gravidade.

Os resultados preliminares do recenseamento nacional de 2022 mostram que cerca de 11% da população tem pelo menos um tipo de deficiência ou incapacidade física ou de desenvolvimento, de acordo com Kuchengo. Esse nível é cerca de 2 pontos percentuais mais elevado do que em 2012, mas o aumento é o resultado da abordagem mais abrangente do recente recenseamento à contagem das pessoas com deficiência. Lubago espera que os novos dados do recenseamento mostrem a dimensão e a importância da comunidade de pessoas com deficiência e que estas participem na tomada de decisões a nível local e nacional.

Para além de gerar melhores dados sobre as pessoas com deficiência, o censo de 2022 também incluiu uma contagem inovadora e mais completa dos nômadas. Uma vez que estas comunidades estão constantemente se deslocando em busca de alimentos, o governo teve de entrar em contato com elas com bastante antecedência para garantir que permanecessem no mesmo local enquanto decorria o recenseamento. Isso significava garantir que as famílias teriam comida suficiente para os acompanhar durante os dois dias de contagem a nível nacional.

A Tanzânia não é o único país a produzir melhores dados sobre a deficiência. O censo de 2018 do Malawi, por exemplo, também incluiu o albinismo entre os seus parâmetros de deficiência. As pessoas com albinismo sofrem múltiplas formas de discriminação e correm frequentemente o risco



Anastazia Gerald, 23 anos, moradora de Kahama, República Unida da Tanzânia, é uma campeã treinada que vive com deficiência no programa My Choice My Rights, financiado pelo governo da Finlândia. O programa tem como objetivo acelerar o progresso em direção ao cumprimento dos direitos de mulheres e meninas, especialmente aquelas com deficiência, e visa contribuir para acabar com a violência baseada em gênero, a mutilação genital feminina e o casamento infantil. Foto © UNFPATanzânia/Ayubu Lulesu

de violência ou morte. Desde 2006, o Perito Independente das Nações Unidas sobre os direitos humanos de pessoas com albinismo recebeu cerca de 800 relatórios de 28 países sobre ataques rituais e acusações de feitiçaria contra pessoas com esta falta de melanina no cabelo, na pele ou nos olhos, herdada geneticamente (OHCHR, n.d.c).

O Diretor Adjunto do Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais do Malawi, Isaac Chirwa, diz:

“Muitas pessoas têm problemas em andar pelas suas comunidades ou mesmo em ir à escola porque temem ser atacadas.” Antes do censo de 2018, havia dados limitados sobre quantas pessoas com albinismo existiam ou onde viviam, explica Chirwa, e sem essas informações, era difícil para os formuladores de políticas tomarem medidas para tornar seguro para as pessoas viverem suas vidas e desfrutarem de seus direitos.

Adis Abeba foram causadas por infecções após abortos inseguros (Cohen, 1987). Agora, a relação está bem estabelecida: o aborto inseguro continua a ser uma das principais causas de morte materna, sendo responsável por cerca de uma em cada 13 de todas as mortes maternas em todo o mundo (Say e outros, 2014). Um conjunto crescente de evidências mostra que as restrições legais não diminuem a incidência do aborto e que o acesso legal ao aborto seguro reduz efetivamente a mortalidade materna (Bearak e outros, 2020; Latt e outros, 2019; Haddad e Nour, 2009). As evidências também mostram que as restrições ao acesso ao aborto são suscetíveis de aprofundar as desigualdades existentes em matéria de saúde e direitos

sexuais e reprodutivos (Fuentes, 2023; Harned e Fuentes, 2023). O peso crescente desses dados pode contribuir para o fato de mais de 60 países terem removido as restrições das suas leis sobre o aborto nos últimos 30 anos. Ainda assim, atualmente, cerca de um quarto de todas as mulheres em idade reprodutiva vivem em locais onde o aborto é totalmente proibido ou permitido apenas para salvar a vida de uma mulher ou em circunstâncias específicas, como a gravidez resultante do estupro (Center for Reproductive Rights, n.d.).

Os dados como um direito humano

Os dados não são apenas para os governos, para as políticas ou para os orçamentos. Os dados são para todos nós, em todos os lugares, para apoiar os nossos esforços de compreensão, participação, escolha e afirmação de direitos. No entanto, em muitos aspectos, existe uma loteria de dados. A existência dos dados de que necessitamos depende do local onde vivemos. Embora alguns fatores - como o gênero, a riqueza ou a renda, a geografia e a idade - sejam rotineiramente considerados em pesquisas e análises, a desagregação por etnia, raça, língua, religião ou indigeneidade continua a ser bastante rara. Os dados desagregados que mostram o acesso aos serviços por status de HIV/AIDS, status migratório ou identidade LGBTQIA+ são ainda mais raros.

A deficiência já foi raramente abordada, mas a disponibilidade de dados nesta área está aumentando rapidamente. No entanto, ainda existem lacunas. Por exemplo, a monitorização das deficiências visíveis está à frente das deficiências sensoriais, que, por sua vez, estão à frente das deficiências mentais e intelectuais.

Além disso, há indivíduos que quase nunca são incluídos nos dados pelas Nações Unidas e os principais sistemas regionais, como as pessoas em risco de apatridia, as pessoas deslocadas internamente

e as populações prisionais. Por vezes, a sua exclusão é explicitada (por exemplo, um inquérito à população pode indicar que as pessoas deslocadas que vivem em campos ou as pessoas detidas em prisões foram excluídas), mas, na maioria das vezes, a sua exclusão permanece invisível e não identificada.

O acesso à informação pública é um direito humano, bem estabelecido no direito internacional e em muitos sistemas regionais, como a União Africana, o Conselho da Europa e a Organização dos Estados Americanos (artigo 19.º, 2012). É considerado um direito facilitador, que permite o cumprimento de outros direitos humanos. Para além disso, o direito à informação é essencial para a defesa dos direitos à igualdade e à vida sem discriminação. Embora algumas violações de direitos possam ser estabelecidas por meio de um único ponto de dados - o direito a não ser torturado, por exemplo, requer apenas um caso comprovado de tortura para demonstrar que o direito foi violado - a identificação da discriminação sistêmica requer a coleta e utilização de dados representativos e desagregados. Sem esses dados, é impossível determinar se as leis, as políticas e os programas, por mais ostensivamente neutros que sejam, resultam em discriminação.

O fato de este capítulo se centrar na insuficiência de dados sobre a mortalidade materna não significa que esta seja a única necessidade ou foco. Pelo contrário, trata-se de um dos muitos - demasiados - casos em que a ausência de dados

Os dados são para todos nós, em todos os lugares, para apoiar os nossos esforços de compreensão, participação, escolha e afirmação de direitos.

Por que razão não são recolhidos dados desagregados?

Historicamente, muitos países têm afirmado que certos subgrupos populacionais simplesmente não existem dentro das suas fronteiras - e pode haver boas razões para tais afirmações, uma vez que o estigma e a discriminação obrigam muitas vezes as pessoas a esconderem as suas identidades, tornando a coleta de dados extremamente difícil. Mas há outras razões para que os dados desagregados não sejam recolhidos e publicados. Os desafios incluem o custo (Avendano e outros, 2018) e a capacidade (Backman e outros, 2008), mas também a sensibilidade política (Backman e outros, 2008) e os riscos (Backman e outros, 2008).

A desagregação dos dados tem, de fato, um custo. Conseguir uma dimensão de amostra adequada para muitas subpopulações e características diferentes pode se tornar rapidamente dispendioso, por exemplo. Uma pesquisa que forneça dados desagregados em pormenor para muitas características pode ser muito grande ou ter elementos que sejam estatisticamente menos confiáveis. Mas há formas de reduzir as despesas. Por exemplo, as pesquisas de indicadores múltiplos (MICS) são normalmente realizadas para todo um país, mas foram realizadas pesquisas especiais exclusivamente entre as comunidades ciganas numa série de países europeus (por exemplo, Macedónia do Norte e Sérvia). Estas pesquisas especiais podem revelar desigualdades gritantes. Por exemplo, um MICS no Condado de Turkana, no Quênia, revelou que apenas cerca de 26% das mulheres Turkana deram à luz auxiliadas por um assistente qualificado, enquanto 84% das mulheres de outros grupos étnicos o fizeram (Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute e Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2016.). Embora uma pesquisa nacional mais alargada também tivesse revelado baixos níveis de partos assistidos para as mulheres Turkana, estes números poderiam ter sido atribuídos a questões de infraestrutura em vez de identificar as desvantagens específicas deste grupo étnico.

Também é verdade que certos tipos de coleta de dados podem conduzir a abusos e usos indevidos. Por exemplo, o rastreio das comunidades judaica e cigana facilitou o genocídio em muitos países europeus durante a Segunda Guerra Mundial e, conseqüentemente, muitos desses países

evitam atualmente a identificação étnica (Al-Zubaidi, 2022). Do mesmo modo, após o genocídio em Ruanda, o país não identificou a etnia em suas Pesquisas Demográficas e de Saúde, apesar de existirem preocupações quanto à persistente marginalização das populações de habitantes indígenas das florestas (Ndikubwimana e outros, 2023; Collins e outros, 2021). Nos últimos anos, a utilização de informações sobre a religião e a etnia nos documentos de identificação tem sido associada à discriminação. Em resposta a essas preocupações, o Alto Comissariado para os Direitos Humanos publicou uma nota de orientação sobre uma abordagem baseada nos direitos humanos para a recolha e análise de dados (OHCHR, 2018), recomendando que sejam recolhidos com a participação ativa de grupos desfavorecidos, sejam desagregados para permitir a compreensão das diferenças entre grupos, que os membros dos grupos possam se identificar, que os processos de coleta de dados sejam transparentes, que os responsáveis prestem contas e que todos os dados sejam confidenciais, com respeito pela privacidade dos indivíduos.

Por último, alguns governos e instituições evitam a desagregação devido ao receio de que os dados criem ou exacerbem tensões políticas e sociais. Preocupados o fato de os dados poderem ser aproveitados por adversários políticos ou movimentos separatistas que criticam as autoridades atuais. No entanto, evitar a coleta de dados não torna as desigualdades menos evidentes na vida dos que são marginalizados. De fato, este cálculo coloca a vantagem política acima do desenvolvimento a longo prazo e da inclusão dos grupos desfavorecidos.

Nem todos os riscos estarão presentes em todos os casos, e quaisquer riscos e custos devem ser cuidadosamente ponderados em relação aos potenciais benefícios em cada caso. Optar por não coletar dados pode refletir uma falta de empenho em compreender e alcançar os mais marginalizados e excluídos, ou pode sugerir que os líderes estão colocando vantagem política a curto prazo acima do desenvolvimento e da inclusão a longo prazo. Como afirmou o Grupo de Direitos das Minorias, "nenhum dado é um dado" (Thomas, 2023).

significa a perpetuação de terríveis desigualdades. Por exemplo, os acordos das Nações Unidas têm, desde a década de 1990, reconhecido a grave falta de dados sobre a violência baseada em gênero, bem como de medidas acordadas de violência baseada em gênero, tornando impossível a monitorização. Só em 2013 é que a OMS publicou pela primeira vez estimativas globais e regionais sobre a violência perpetrada por parceiros íntimos e a violência sexual contra as mulheres sem recurso a parceiros. Nessa altura, 79 países dispunham de dados. Em 2019, 153 países dispunham de dados (García-Moreno e Amin, 2019).

E, em muitos casos, os dados ainda não existem, ou existem de forma incipiente. A meta 5.6.1 dos ODS registra a proporção de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos que tomam as suas próprias decisões informadas relativamente a cuidados de saúde reprodutiva, utilização de contraceptivos e relações sexuais. Esse indicador é extremamente importante - uma primeira tentativa global de medir e monitorizar a autonomia do corpo - mas apenas cerca de um terço dos países dispõe de dados oficiais sobre os ODS. Análises, baseadas em dados de 69 países para 2007 a 2022, sugerem que pouco mais de metade (56%) das mulheres casadas ou em união de fato com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos tomam as suas próprias decisões em matéria de saúde sexual e reprodutiva e direitos (UNFPA, 2024a). A existência desse indicador destaca o crescente reconhecimento de que as restrições à autonomia das mulheres têm conseqüências para toda a sociedade (Menendez e outros, 2023; ONU Mulheres, 2018). No entanto, ainda há muito a fazer, com os especialistas apelando a mais medidas para compreender a experiência das mulheres sobre a capacidade de escolha reprodutiva de forma mais ampla.

No entanto, registaram-se progressos tremendos nos últimos 30 anos. O Programa de Ação da CIPD apelou aos governos e instituições para que "reforçassem os sistemas de dados nacionais" (FNUAP, 1994), que são essenciais para a produção de dados desagregados e de alta qualidade necessários para identificar e localizar grupos vulneráveis, intervir para apoiar o seu desenvolvimento e acompanhar o progresso dos indicadores relevantes todos os anos. Desde 1994, registaram-se transformações notáveis nos sistemas de dados sobre a população - entre as quais se destaca a digitalização da informação mundial. Os sistemas de dados para pesquisas, inquéritos e registro civil e estatísticas vitais, bem como os dados de rotina do setor da saúde, aceleraram a velocidade do processamento de dados, alargaram os tipos de dados disponíveis e ofereceram oportunidades de redução de custos. A informação geoespacial e as imagens de satélite trouxeram possibilidades inestimáveis para uma seleção mais pormenorizada dos alvos. Mesmo assim, o subdesenvolvimento e o financiamento insuficiente significam que muitos sistemas de dados nacionais continuam a ser deficientes (UNFPA, 2024). Além disso, enquanto novos sistemas de dados estão no horizonte e a inovação dentro dos sistemas existentes continua, devem ser criadas proteções para assegurar contra os riscos para os direitos humanos encontrados nas novas fronteiras digitais e tecnológicas do mundo (UNFPA, 2024a).

Trinta anos após a sua gênese, o Programa de Ação da CIPD perdura como um roteiro convincente para um mundo melhor. O caminho para o progresso não é previsível nem linear e, apesar das crises e dos retrocessos das décadas que se seguiram, há razões para ter esperança. Podemos criar um mundo onde todas as gestações sejam desejadas, todos os partos sejam seguros e o potencial de todos os jovens seja realizado. Nós podemos. Devemos fazê-lo. E juntos, faremos.

Quem é suficientemente importante para ser medido? O caso das mães adolescentes

Na definição de políticas e na coleta de dados, há um pressuposto muitas vezes tácito de que as coisas que interessam são medidas e que as pessoas que são medidas interessam. Como mostra este relatório, esse pressuposto não se confirma.

Um exemplo poderoso pode ser encontrado na coleta de dados sobre a fecundidade na adolescência (ou seja, a fecundidade de meninas e mulheres jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 14 e os 15 e os 19 anos). A maternidade na adolescência é generalizada, estimando-se que todos os anos ocorram meio milhão de nascimentos de meninas entre os 10 e os 14 anos e 12,8 milhões de nascimentos de adolescentes entre os 15 e os 19 anos (UNPD, 2022). A maternidade precoce, sobretudo para as adolescentes mais jovens, é "uma forma de violência baseada em gênero. É violência forçar alguém a passar por uma gravidez ou a fazer algo com o seu corpo que não quer fazer", afirma Carmen Barroso, copresidente do Painel Independente de Responsabilização nomeado pelo Secretário-Geral da ONU. As complicações da gravidez e do parto são a principal causa de morte entre as meninas adolescentes e afetam

os resultados sociais e econômicos das mulheres, das meninas e de suas famílias. No entanto, em muitos países, as políticas e os programas necessários para reduzir a gravidez precoce se baseiam em dados antigos e incompletos, que frequentemente não são desagregados por idade e outras características importantes.

A boa notícia é que mais dados estão disponíveis para fornecer uma visão sobre o escopo e a complexidade da gravidez na adolescência em todo o mundo. Isto é particularmente verdade após a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que apelou à apresentação de relatórios sobre as taxas de natalidade na adolescência como um indicador do progresso no sentido de alcançar cuidados universais de saúde sexual e reprodutiva. No entanto, o critério básico para a comunicação deste indicador 3.7.2 dos ODS, e também para a estimativa das taxas de fecundidade e da fecundidade específica por idade nas Perspectivas da População Mundial das Nações Unidas [UN DESA, 2022b], é a disponibilidade e a qualidade dos dados provenientes de diferentes fontes - e ainda há lacunas consequentes em nosso conhecimento.

Qualidade desigual dos dados entre países

A Figura 5 mostra uma avaliação da disponibilidade de dados sobre fertilidade na adolescência em todo o mundo desde 2015, representando uma ampla gama de fontes de completude e fiabilidade variáveis. Esta avaliação revela que a falta de dados mais preocupante - dados disponíveis apenas esporadicamente ou nenhum - ocorre em 67 países, onde vivem 20% de todas as meninas com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. Todos os 67 países se situam na África Subsaariana, na Ásia, no Caribe e na Oceania.

Em contrapartida, os melhores dados disponíveis estão na Europa e na América do Norte, bem como na Austrália, na Nova Zelândia e na Nova Caledônia, na Oceania, e em países selecionados de outras regiões, representando 78 países que representam 16% das meninas e jovens mulheres de todo o mundo.

Em termos muito gerais, a pior qualidade e disponibilidade de dados se encontra em regiões onde a informação

disponível sugere taxas de fertilidade na adolescência mais elevadas, o que, em alguns países, está associado a taxas elevadas de casamentos prematuros (Molitoris, 2023). Em contrapartida, os dados de melhor qualidade e disponibilidade se encontram, de modo geral, em países com

uma incidência muito baixa de casamentos prematuros e de gravidez na adolescência.

Qualidade desigual dos dados nos países

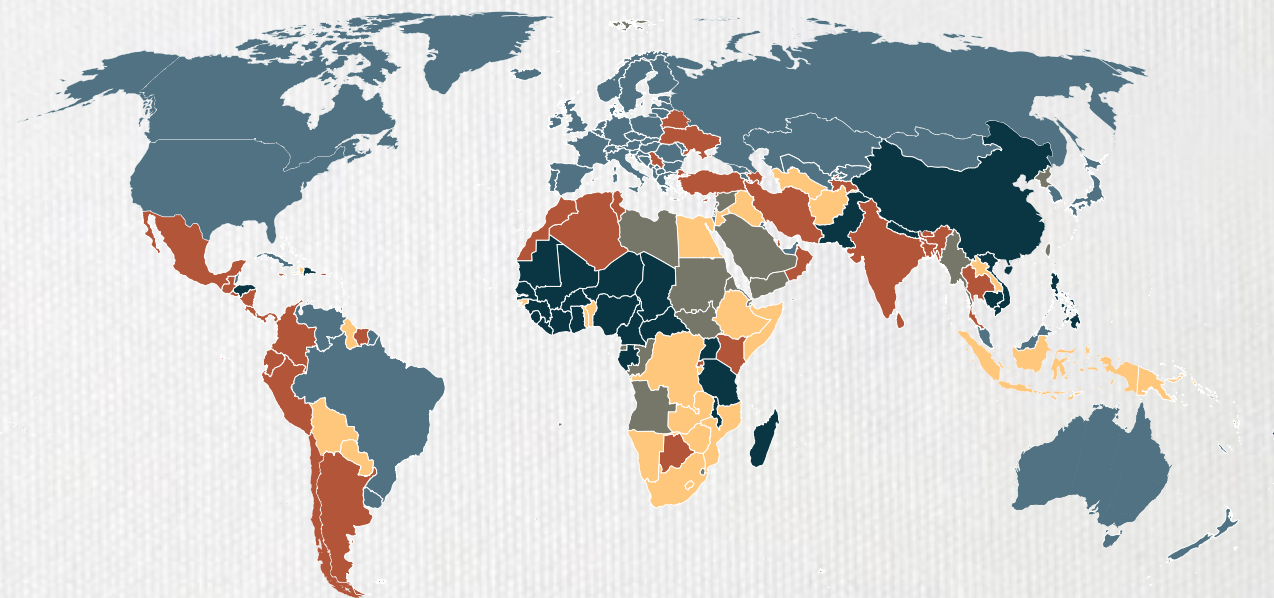
As disparidades na qualidade dos dados existem não só entre países, mas também no interior dos mesmos. No Brasil - um país

em uma categoria (ver Figura 4) considerada como tendo as melhores estimativas de nascimentos por idade da mãe - o registro de nascimento tem melhorado consistentemente, aumentando de cerca de 80% na década de 1990 para mais de 96% nas últimas décadas (UNICEF, 2023a; Hunter e Sugiyama, 2018).

FIGURA 5

Nascimentos por 1.000 meninas com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, dados a partir de 2015

- Dados de qualidade de registro vital
- Pesquisa - alta disponibilidade
- Registro vital apenas (incompleto) ou combinação de registro vital e pesquisa
- Pesquisa - poucos dados ou apenas censo
- Sem censo



Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e sociais das Nações Unidas, 2024

Nota: A Divisão de População das Nações Unidas estabeleceu cinco categorias de disponibilidade de dados. Os países do Grupo 1 dispõem das melhores estimativas de nascimentos por idade da mãe, comunicadas nos sistemas de registo civil e estatísticas vitais (CRVS), com cobertura completa. Os países do Grupo 2 têm dados de sistemas de registo vital (RV) incompletos ou uma combinação de dados de registo incompletos e dados derivados de pesquisas representativas a nível nacional, como as Pesquisas Demográficas e de Saúde ou as Pesquisas de Indicadores Múltiplos. Os países do Grupo 3 têm dados do CRVS muito deficientes e utilizam dados de pesquisas como principal fonte de informação. O Grupo 4 é constituído por países com dados de pesquisas e/ou censos disponíveis apenas esporadicamente. O Grupo 5 é constituído por países sem dados disponíveis sobre a fertilidade na adolescência desde 2015.

No entanto, o grupo com renda mais baixa registra cerca de 88% dos seus nascimentos, enquanto o grupo com renda mais elevada ultrapassa os 98%.

A Figura 6 mostra como, apesar dos desafios, registrou-se uma melhoria contínua na qualidade das estimativas da taxa de natalidade na adolescência.

Em Bangladesh - um país com dados incompletos de registro vital e/ou dados derivados de pesquisas

nacionalmente representativas - 56% dos nascimentos foram registrados em 2019 (UNICEF, 2023a). A Figura 6 mostra uma variação significativa nas estimativas de nascimentos de adolescentes de 2000 a 2014. Ainda assim, há um alinhamento notável ocorrendo ao longo do tempo.

Dados melhores e desagregados ainda são necessários

Mesmo nos países que se enquadram na categoria que se considera ter dados completos sobre o registro civil

e as estatísticas vitais, a informação sobre etnia ou raça raramente está disponível. Esses tipos de dados não são recolhidos rotineiramente no registro de nascimento e, por isso, têm de ser complementados em pesquisas por amostragem entre subpopulações selecionadas.

Um exemplo é a Eslováquia, onde não são recolhidas informações sobre a etnia da mãe quando uma criança é registrada. Dados de pesquisas à população cigana revelaram que a sua taxa de fertilidade na adolescência tem

sido consistentemente mais elevada do que a da população eslovaca no seu conjunto. A comparação dos dados de pesquisas disponíveis desde 1996 com os dados do registro civil e das estatísticas vitais de toda a população eslovaca mostra que a fertilidade na adolescência foi, em média, mais de sete vezes superior entre os ciganos do que entre toda a população eslovaca. As taxas mais recentes, de 2016 a 2018, mostram apenas disparidades ligeiramente reduzidas, com taxas de natalidade na adolescência para as meninas ciganas ainda mais de

seis vezes superiores às de todas as adolescentes eslovacas (Nestorová Dická, 2021).

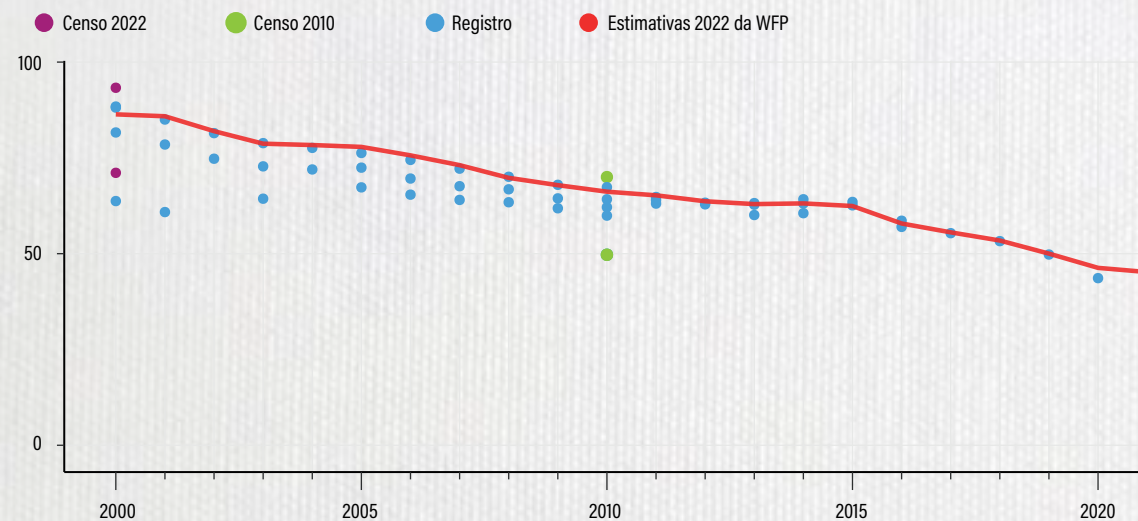
De modo geral, tais resultados mostram que a base de conhecimentos empíricos sobre a fecundidade na adolescência melhorou muito na última década. Mas também deixam claro que muitos países e regiões continuam a não dispor de dados coerentes, oportunos e de alta qualidade, necessários para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio

a meninas adolescentes, jovens mães, seus filhos e famílias. As conclusões sublinham igualmente a importância de recolher informações adicionais - para além das dimensões socioeconômicas padrão - relevantes para cada contexto nacional. Só então poderão ser concebidas soluções significativas e eficazes para proteger a saúde e os direitos de todas as meninas.

Análise efetuada pela Divisão da População das Nações Unidas.

FIGURA 6

Comparação das taxas de natalidade entre meninas de 15 a 19 anos de diferentes fontes para o Brasil, 2000-2021

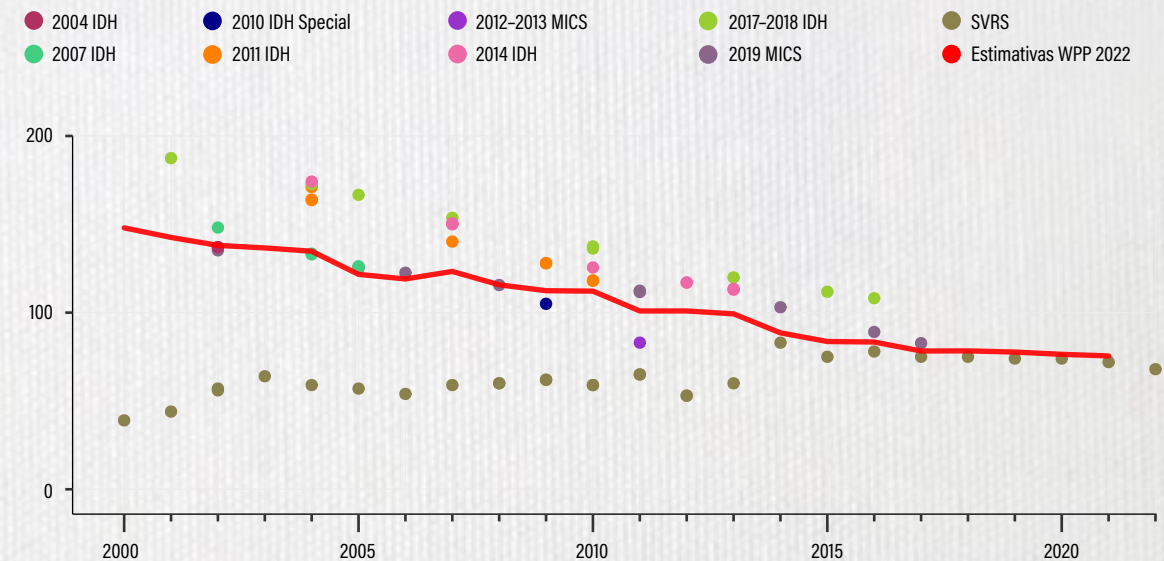


Fonte: Divisão da População do UN DESA, 2024

Nota: A linha vermelha representa a estimativa de 2022 do World Population Prospects (WPP) para a taxa de natalidade na adolescência entre meninas de 15 a 19 anos nos últimos 20 anos. Os pontos azuis mostram os nascimentos de adolescentes identificados no sistema CRVS, e os pontos rosa e verde mostram as estimativas dos censos de 2000 e 2010. Os pontos múltiplos da mesma cor no mesmo ano mostram a ampla gama de valores derivados das diferentes fontes que se reduzem ao longo do tempo, indicando uma melhoria geral na qualidade dos dados.

FIGURA 7

Comparação das taxas de natalidade entre meninas de 15 a 19 anos de diferentes fontes em Bangladesh, 2000-2021



Fonte: Divisão da População do UN DESA, 2024

Nota: A linha vermelha representa estimativas da taxa de natalidade entre meninas de 15 a 19 anos de idade, derivadas do World Population Prospects (WPP) de 2022 e de uma ampla gama de fontes, como Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) e sistemas de registro de amostras. Os pontos, que representam diferentes fontes de dados, mostram valores de uma ampla gama de fontes que variaram muito, mas se reduziram com o tempo (Kisambira e Schmid, 2021). Particularmente notável é que as taxas de natalidade obtidas do sistema de registro vital por amostragem (SVRS) foram notavelmente mais baixas em comparação com as de fontes alternativas até 2013.



AS MULHERES são o FIO CONDUTOR



Um provérbio chadiano afirma que a mulher é o fio que tece e fortalece os laços familiares em seu lar. Ao construir famílias pacíficas, as mulheres podem, por sua vez, construir sociedades pacíficas

Em um mundo ideal, o avanço dos direitos reprodutivos das mulheres e a promoção do acesso equitativo à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos seriam inerentemente motivados pelos princípios dos direitos humanos e da justiça social. No entanto, os contextos sociopolíticos do mundo real exigem frequentemente argumentos quantificáveis sobre o retorno a curto e a longo prazo dos investimentos nesses programas. De fato, foi o que se entendeu ser o caso em 1994. Embora o Programa de Ação da CIPD tenha representado uma mudança monumental, afastando-se das políticas de controle da população e dando prioridade aos direitos de todos os indivíduos, a lógica econômica continuou a ser fundamental para justificar os investimentos nesses direitos.

De fato, os ganhos econômicos e sociais associados à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos foram enumerados como o *primeiro* objetivo do Programa de Ação da CIPD: "Entre estes objetivos e metas se encontram: o crescimento econômico sustentado no contexto do desenvolvimento sustentável; a educação, especialmente para as meninas; a equidade e a igualdade entre os sexos; a redução da mortalidade infantil e materna; e a provisão de acesso universal a serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar e a saúde sexual" (UNFPA, 1994).

Esta afirmação - de que a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos são os facilitadores necessários para a emancipação em grande escala das mulheres e das meninas como agentes econômicos empoderados - tem sido confirmada repetidamente tanto pela investigação como pela contabilidade realizada nos últimos 30 anos. Quando se investe em programas de saúde sexual e reprodutiva, obtêm-se ganhos sociais e econômicos significativos a nível individual, social e nacional.

Mas há ainda mais razões para o fazer. É certo que os custos associados à gravidez indesejada, à morte materna e à incapacidade (UNFPA, 2022a), às infecções sexualmente transmissíveis (Owusu-Edusei e outros, 2013) e à desigualdade de gênero foram bem estudados (Wodon e de la Briere, 2018). O que tem sido menos bem compreendido é a escala dos *retornos* econômicos que os programas que promovem a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos podem produzir. Tem havido muitos desafios para estudar esses retornos sobre o investimento. Por um lado, a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos abrangentes se referem a, e englobam, uma vasta gama de questões (Starrs e outros, 2018): serviços contraceptivos; acesso ao aborto seguro, quando legal; acesso a cuidados pós-aborto; cuidados maternos e neonatais; prevenção e tratamento do HIV/AIDS e de outras ISTs; educação sexual abrangente; prevenção, aconselhamento

e tratamento da violência baseada em gênero; prevenção, detecção e gestão de cânceres reprodutivos; informação, aconselhamento e serviços para a subfertilidade e infertilidade; informação, aconselhamento e serviços para a saúde e o bem-estar sexual; e muito mais.

Um desafio adicional à medição do retorno do investimento é que os investimentos em uma área podem resultar em economias de custos em outros programas; os investimentos em cuidados contraceptivos podem reduzir a necessidade de cuidados com aborto e serviços de saúde materna, por exemplo (Sully e outros, 2020). Seria necessário um volume excepcionalmente grande de pesquisa para compreender plenamente os retornos dos investimentos em todas as componentes da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. A situação é ainda mais complicada pela possibilidade de a relação de causa e efeito entre fatores poder funcionar em ambos os sentidos. Por exemplo, a utilização de programas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos pode levar ao empoderamento econômico das mulheres, mas o empoderamento também pode levar à utilização de programas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

Um último desafio é medir o montante do investimento que está sendo feito. Os investimentos em uma variedade de intervenções podem ser vistos como um apoio à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, mas não existe uma contabilidade exaustiva dos custos dessas intervenções. Uma análise da ajuda pública ao desenvolvimento e das doações do setor privado ao longo das últimas três décadas pode oferecer algumas indicações sobre as tendências do investimento. Os relatórios das Nações Unidas revelam que, entre 1990 e 1999, as contribuições



O design desta bolsa bilum de Papua Nova Guiné é inspirado no formato dos ovários e das trompas de falópio de uma mulher.
© Papua Nova Guiné

oficiais e privadas para as questões populacionais se mantiveram abaixo dos 2 bilhões de dólares por ano, mas que as contribuições aumentaram significativamente com o início dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A ajuda anual aumentou de forma constante entre 2000 e 2011, quando atingiu 12,3 bilhões de dólares. Desde 2011, as contribuições têm oscilado entre 9 e 13 bilhões de dólares por ano, e a ajuda gasta em questões populacionais diminuiu como porcentagem da assistência global. É de salientar que a grande maioria dessas despesas foi destinada à saúde sexual e reprodutiva, ao passo que a recolha de dados sobre a população e a análise de políticas constituíram uma parte cada vez mais reduzida destas despesas (citação a publicar). Ainda assim, esses números representam uma visão limitada dos investimentos globais em saúde sexual e reprodutiva, uma vez que excluem as despesas domésticas.

Os ganhos econômicos e sociais associados à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos foram enumerados como o primeiro objetivo do Programa de Ação da CIPD.

No entanto, tem havido progressos no cálculo de alguns retornos sobre o investimento. Em particular, tem havido esforços para analisar os custos e ganhos associados a componentes específicos da saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Em 2022, o UNFPA, juntamente com a Avenir Health, a Universidade Johns Hopkins e outros, divulgou estimativas dos retornos do investimento para acabar com a necessidade não satisfeita de planejamento familiar e acabar com as mortes maternas evitáveis (UNFPA, 2022). Tais estimativas concluíram que gastar mais 79 bilhões de dólares para aumentar a cobertura de 29 intervenções essenciais de planejamento familiar e de saúde materna até 2030 produziria 660 bilhões de dólares em benefícios econômicos entre 2022 e 2050. Estima-se que esse gasto evitaria 400 milhões de gravidezes não planejadas, 1 milhão de mortes maternas, 6 milhões de natimortos e 4 milhões de mortes de recém-nascidos, com benefícios econômicos globais sob a forma de anos de vida ganhos, participação na força de trabalho, produtividade laboral e outros (UNFPA, 2022).

O Instituto Guttmacher quantificou de forma semelhante os impactos do investimento em serviços de saúde sexual e reprodutiva, centrando-se em mais de 100 intervenções fundamentais que identificou, abrangendo serviços contraceptivos, cuidados maternos e neonatais, serviços de aborto e tratamento para as principais ISTs curáveis em países de baixa e média renda. Essas estimativas têm em conta o fato de os investimentos em alguns serviços poderem produzir benefícios cruzados para outros resultados no domínio da saúde. De acordo com tais estimativas, a partir de 2020, a prestação destes cuidados custaria 68,8 bilhões de dólares por ano, ou seja, 31,2 bilhões de dólares

acima dos investimentos atuais - um aumento de apenas 4,80 dólares per capita por ano em relação às despesas atuais. Em contrapartida, prevê-se que as gravidezes indesejadas diminuam em 68%, os abortos inseguros em 72% e as mortes maternas em 62%. Além disso, as mortes de recém-nascidos diminuiriam 69% e as novas infecções por HIV/AIDS entre bebês com seis semanas ou menos diminuiriam 88%.

O Instituto Guttmacher também identificou as despesas necessárias para satisfazer todas as necessidades não satisfeitas de contracepção moderna, e os custos seriam modestos: para passar dos níveis atuais de utilização de contraceptivos para níveis que atendessem todas as necessidades não satisfeitas de contracepção moderna nos países de baixa e média renda, o custo aumentaria de 1,10 para 1,94 dólares per capita (Sully e outros, 2020). Os benefícios a curto prazo dos investimentos em cuidados contraceptivos mais do que cobririam esses custos: cada dólar adicional gasto em serviços contraceptivos reduziria o custo dos cuidados relacionados com a gravidez e com os recém-nascidos em 3 dólares. Estima-se que cada dólar acima do nível atual gasto em serviços contraceptivos para adolescentes, em particular, juntamente com os investimentos recomendados em cuidados relacionados com a gravidez e com os recém-nascidos, reduziria o custo dos cuidados relacionados com a gravidez e com os recém-nascidos em 3,70 dólares.

Embora essas e outras metodologias tenham diferido significativamente - variando nos seus modelos, âmbito de estimativa, calendários e pressupostos de base - as conclusões concordam consistentemente que é possível obter uma enorme rentabilidade com o aumento dos investimentos na saúde sexual e reprodutiva.

Pessoas deixadas para trás pelas estimativas

As estimativas demonstram claramente que os investimentos são mais necessários nos países e regiões que foram deixados para trás pelos avanços no crescimento econômico e no desenvolvimento. As necessidades não satisfeitas, por exemplo, são mais elevadas nos países de baixa renda, onde quase metade (46%) das mulheres que querem evitar uma gravidez não estão utilizando um método moderno. A África Subsaariana e o Sul da Ásia representam mais de três quartos do aumento total do investimento necessário para fornecer o pacote completo de serviços de saúde reprodutiva, incluindo a contracepção, mas também serviços de saúde materna e de prevenção de doenças, a todas as pessoas necessitadas, de acordo com o Instituto Guttmacher. Muitos dos países com os níveis mais elevados de necessidades não satisfeitas se encontram também entre os que têm a maior proporção de mulheres que declaram não poder fazer as suas próprias escolhas em matéria de contracepção e entre os que têm as taxas de fertilidade mais elevadas (Sully e outros, 2020).

Sem surpresa, mas não menos tragicamente, as estimativas de retorno do investimento não conseguem ter em conta os custos e os retornos de chegar aos que são mais deixados para trás *nos* países e *nas* comunidades. Os fatores que marginalizam as pessoas e as comunidades são tão numerosos e se sobrepõem, e as barreiras são tão imponentes, que os programas de saúde sexual e reprodutiva têm frequentemente de ser adaptados e orientados. Uma análise sistemática da gravidez na adolescência concluiu que, entre outros fatores, "pertencer a um grupo étnico e religioso minoritário também aumenta o risco" de engravidar na adolescência, observando que "é improvável que as estratégias

para reduzir a gravidez entre mulheres com menos de 20 anos sejam eficazes", a menos que os riscos específicos do contexto sejam abordados diretamente (Pradhan e outros, 2015). Na melhor das hipóteses, as mensagens e intervenções poderiam, ou mesmo deveriam, ser cocriadas com essas comunidades para garantir a acessibilidade e a aceitabilidade.

Esses esforços podem implicar custos adicionais ou podem representar intervenções de menor custo - os dados simplesmente não estão disponíveis para saber. No entanto, existe frequentemente resistência em investir os recursos necessários para chegar aos que estão mais afastados. Esta resistência pode ser atribuída à escassez de dados acionáveis, mas é provável que o preconceito, a negligência e a discriminação também desempenhem um papel importante.

Tudo isso ajuda a explicar por que razão as provas sugerem que a maior parte dos ganhos registrados nos últimos 30 anos atingiu principalmente aqueles que estão, e estavam, bem ao alcance de programas de saúde sexual e reprodutiva em grande escala. Como sustenta a hipótese da equidade inversa (página 65), o progresso ocorre frequentemente à custa do aumento das desigualdades para os mais marginalizados, pelo menos inicialmente. Mas continuar a alcançar apenas os "frutos mais fáceis" é suscetível de exacerbar ainda mais essas desigualdades e deixar por cumprir os objetivos finais da agenda da CIPD. Além disso, embora os custos iniciais possam ser elevados, os enormes níveis de necessidade entre os indivíduos e as comunidades mais desfavorecidas podem mesmo significar que os investimentos efetivos produzem retornos significativamente maiores do que os que poderiam ser obtidos por programas que visam os "frutos mais fáceis de colher".

A sífilis põe em evidência uma ameaça à saúde e aos direitos humanos: o estigma

A sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são “doenças secretas”, disse o Dr. Adel Botros, especialista em dermatologia e venereologia no Egito, recordando um telefonema que recebeu há mais de dez anos. Um hospital o contactou para comunicar um caso de sífilis congênita em um recém-nascido. O Dr. Botros correu para o hospital e pediu ao pai autorização para ver o doente - não seria cobrada qualquer taxa. Em vez de concordar, o pai saiu da sala e o Dr. Botros nunca mais o viu.

O estigma das ISTs tem sido utilizado há muito tempo para dividir as comunidades e reforçar as hierarquias - mesmo quando afasta as pessoas dos serviços de saúde, perpetuando a doença. A sífilis é talvez o exemplo mais notório desta situação, tendo sido descrita de várias formas como “a doença francesa”, “a doença napolitana”, “a doença polaca”, “a doença alemã”, “a doença espanhola” e “a doença cristã”, entre muitos outros nomes, tipicamente por comunidades que procuram culpar estranhos ou inimigos pela doença (Tampa e outros, 2014).

Atualmente, a sífilis - uma infecção bacteriana que os profissionais de saúde há muito esperavam que fosse eliminada pelos antibióticos - está aumentando em todo o mundo. Os casos aumentaram de 8,8 milhões em 1990 para 14 milhões em 2019, e a incidência aumentou de 160 para 178 por 100.000 pessoas durante o mesmo período (Tao e outros, 2023).

No entanto, os dados disponíveis indicam que o Norte de África e o Médio Oriente contrariaram essa tendência. Enquanto as taxas de bebês nascidos com sífilis congênita mais do que triplicaram nos Estados Unidos desde 2016, por exemplo, a incidência de sífilis congênita no Marrocos diminuiu (OMS, n.d.x). Em 2022, a Organização Mundial de Saúde anunciou que Omã tinha eliminado a transmissão da doença de mãe para filho (OMS, 2022).

Esses dados desafiam estereótipos antigos sobre a sífilis na região dos Estados Árabes, uma história que contém lições importantes sobre a doença, o gênero e o poder para o mundo moderno, disse Ellen Amster, professora de saúde pública na Universidade McMaster, no Canadá.

“A sífilis era muito importante para a eugenia”, explicou. “A sífilis era considerada uma dessas coisas degeneradas que destruiriam uma população”. As autoridades coloniais ocidentais a descreviam como uma doença inerentemente “árabe”. Chegaram mesmo a inventar um novo termo - “o ‘árabe sífilítico’ degenerado e doente” - para demonizar e diminuir os muçulmanos e os árabes, como demonstrou a investigação da Professora Amster (Amster, 2016).

“A sífilis estava ligada à destituição do poder de gênero, à vergonha em torno da sexualidade - que se torna sempre uma vergonha de gênero”, disse ela ao UNFPA. “O que os franceses fizeram para proteger as suas tropas destas mulheres nativas ‘sífilíticas’ - no Marrocos e em todo o império - foi criar bordéis fechados que eram basicamente uma prisão para mulheres jovens.”

Esses esforços foram motivados por “alegações ao longo do período do protetorado [marroquino] de que a prevalência da sífilis era de 80%, 100%”, observou o Prof. Amster, resultado de falsos testes

positivos e diagnósticos incorretos de tuberculose, malária e outras doenças. “Descobriram que, quando testavam sistematicamente as mulheres, a prevalência da sífilis era de 0,5% ou menos de metade de 1%”.

A sociedade moderna ainda não se livrou da vergonha - e da dinâmica de poder - associada às doenças contagiosas. Em 2022, enquanto as autoridades sanitárias mundiais trabalhavam para conter a propagação do Mpox (também conhecido como varíola do macaco), tentavam, simultaneamente, conter o estigma que girava à sua volta. As reportagens sobre o Mpox “utilizaram linguagem e imagens, particularmente retratos de pessoas LGBTQIA+ e africanas, que reforçam estereótipos homofóbicos e racistas e exacerbam o estigma”, alertou a UNAIDS (UNAIDS, 2022). E as doenças não precisam ser sexualmente transmissíveis para provocar intolerância; a pandemia da COVID-19 viu o desencadeamento de ondas de xenofobia anti-asiática em todo o mundo (HRW, 2020).

Na concepção de programas de combate a doenças contagiosas, as questões de poder e de preconceito devem ser cuidadosamente consideradas. Apesar das lições da história, isto continua a ser verdade também para a sífilis, que afeta desproporcionalmente os homens que fazem sexo com homens (OMS,



Bousibir era um bordel isolado em Casablanca, criado pelas autoridades coloniais como uma medida de prevenção de ISTs. Fotografia histórica de domínio público.

n.d.a.). As comunidades afetadas pela doença devem ser envolvidas e não estigmatizadas, dizem os especialistas.

Mesmo na região dos Estados Árabes, onde se registram atualmente taxas comparativamente baixas de sífilis, é necessária vigilância, tanto contra a doença como contra a discriminação. De fato, diz o Dr. Botros, no Egito, a verdadeira incidência de ISTs como a

sífilis não pode ser conhecida porque o medo e a vergonha - outrora armas tão eficazes contra o mundo árabe - persistem ainda hoje.

“Por vezes, descobrimos um caso por coincidência”, afirma o Dr. Botros. “Alguns pacientes também não vêm, a menos que não tenham outra maneira de se livrar do problema.”

A análise neste capítulo examina os benefícios sociais e, especialmente, econômicos a longo prazo do investimento em saúde, em direitos sexuais e reprodutivos e na autonomia reprodutiva das mulheres. Como os retornos sobre o investimento em todos os componentes da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos são demasiadamente vastos para serem resumidos, este capítulo concentra-se em três elementos essenciais: autonomia reprodutiva, prevenção da violência baseada em gênero e fornecimento de educação sexual abrangente. Sabe-se que cada um desses elementos aumenta a capacidade das pessoas de realizar muitas outras dimensões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. Finalmente, este capítulo examina os retornos sobre investimentos produzidos pela promoção da igualdade de gênero, que é um facilitador igualmente crítico de muitos direitos e escolhas. Mas, ao refletir sobre os possíveis retornos do investimento que podem ser produzidos para cada uma destas componentes, é importante notar que estas estimativas de investimento são instrumentos pouco incisivos que analisam impactos amplos em grandes populações. É provável que programas eficazmente direcionados tenham custos diferentes e impactos potencialmente muito maiores sob a forma de desenvolvimento do capital humano em comunidades que, até agora, têm permanecido fora do alcance do progresso global.

O mundo está apenas começando a medir a agência reprodutiva.

O valor a longo prazo da autonomia reprodutiva

O mundo está apenas começando a medir a agência reprodutiva, um conceito que é extremamente importante, mas que ainda não está bem definido. Os indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável sobre autonomia corporal (5.6.1) e ambientes propícios (5.6.2) foram inovadores, expondo o vasto número de pessoas cujos direitos básicos não estão suficientemente realizados. No entanto, apenas 115 países ou territórios fornecem dados sobre 5.6.2 e apenas 69 fornecem dados sobre 5.6.1, e estes indicadores são apenas um ponto de partida. É necessária muito mais informação para compreender plenamente o estado da agência reprodutiva das mulheres. Atualmente, talvez a melhor medida disponível, embora limitada, para estimar os retornos do investimento na autonomia reprodutiva seja a utilização de contraceptivos entre as mulheres que desejam evitar a gravidez. Isto se deve ao fato de o âmbito e o impacto da gravidez indesejada terem sido bem estudados.

Cerca de metade das gestações nos países de baixa e média renda - 112 milhões por ano - não são planejadas (Bearak e outros, 2020). A maioria, 77%, é vivida por 218 milhões de mulheres em idade reprodutiva nos países de baixa e média renda que querem evitar uma gravidez mas não estão a utilizando um método contraceptivo moderno (Sully e outros, 2020).

Existem desigualdades significativas dentro de cada país e entre países no que diz respeito ao nível de procura de contracepção não satisfeita. Não só a necessidade não satisfeita é mais elevada nos países de baixa renda, como também existem disparidades

por grupo etário: Entre as mulheres que querem evitar a gravidez, a proporção de mulheres adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos que têm uma necessidade não satisfeita de acessar um método moderno é muito mais elevada (43%) do que entre todas as mulheres em idade reprodutiva (24%) nos países de baixa e média renda (Sully e outros, 2020). As mulheres de famílias mais ricas, que vivem em zonas urbanas e com níveis de educação mais elevados, também tendem a registar níveis mais baixos de necessidades não satisfeitas do que as suas homólogas (Loaiza e Liang, 2016). Em 2015, cerca de metade das mulheres em união estável que querem evitar a gravidez e que vivem em países afetados por crises humanitárias não utilizam qualquer forma de contracepção, moderna ou tradicional - uma taxa muito superior à média global (Loaiza e Liang, 2016) (ver nota técnica).

O Consórcio para o Impacto do Planejamento Familiar - uma colaboração entre o Instituto Guttmacher, o Instituto Africano para a Política de Desenvolvimento, a Universidade de Harvard, o Instituto para a Modelação de Doenças e a Avenir Health - analisou recentemente as provas sobre o valor do investimento no planejamento familiar para permitir que as mulheres decidam de forma confiável sobre quando, com qual espaçamento e o número de filhos que desejam ter (Consórcio para o Impacto do Planejamento Familiar, 2023). A análise sublinhou que ter controle sobre esses elementos fundamentais da fertilidade permite que as mulheres atinjam um nível de educação mais elevado e proporciona a elas uma gama mais vasta de opções de carreira do que teriam de outra forma. O planejamento familiar também permite que as mulheres avancem mais em suas carreiras. Os benefícios em termos de oportunidades educativas também

produzem uma vasta gama de outros benefícios para as meninas e as mulheres: por exemplo, é mais provável que tenham acesso a cuidados de saúde e que compreendam os seus direitos e tenham a autoconfiança necessária para os exercer.

Níveis mais elevados de educação feminina também estão associados a rendas mais elevadas (Grown e outros, 2023). As mulheres com pelo menos algum ensino primário ganha 14 a 19% mais do que as mulheres sem educação; as mulheres com ensino secundário ganham quase o dobro das mulheres sem educação; e as mulheres com ensino superior ganham cerca de três vezes mais do que as mulheres sem educação, de acordo com dados de até 96 países (Wodon e outros, 2018).

O planejamento familiar também permite que as mulheres que desejam ser mães determinem, pelo menos em certa medida, o intervalo entre os nascimentos dos seus filhos e o número total de filhos que terão - o que permite que planejem o tempo de ausência do trabalho. Os custos da maternidade durante a vida ativa incluem a perda de rendimentos devido a uma saída temporária da força de trabalho e a uma redução da carga horária, o que pode contribuir para a atrofia das competências e desincentivar os empregadores a investirem no desenvolvimento de competências, conduzindo, em última análise, a trajetórias de carreira comprometidas (Adda e outros, 2017).

As expectativas das mulheres relativamente à sua capacidade de controlar a gravidez também podem influenciar as suas escolhas no início dos seus anos produtivos. De acordo com dados da Europa, uma parte substancial dos custos da maternidade para a carreira e a renda é determinada pelos percursos profissionais que as mulheres seguem quando entram no mercado de trabalho, com base nos

padrões de fertilidade esperados (Adda e outros, 2017). Na Alemanha, estimou-se que as escolhas profissionais no início da carreira representam 19% dos salários perdidos associados ao fato de se ter filhos (Adda e outros, 2017).

Existe uma relação recíproca entre a contracepção e a educação, na medida em que mais educação pode aumentar os conhecimentos e a capacidade de ação de que as mulheres necessitam para acessar e utilizar a contracepção (Blackstone e outros, 2017). De fato, os cuidados contraceptivos desencadeiam um ciclo virtuoso de capacitação e oportunidade para as mulheres. A satisfação da procura por serviços contraceptivos e a consequente criação de outras oportunidades para as mulheres também trazem benefícios para várias gerações: as que participam na força de trabalho têm mais probabilidades de esperar o mesmo para as suas filhas (UNFPA, 2023). Isto abre caminho a mais opções de vida para as crianças, incluindo a oportunidade de adiar o casamento para completarem a sua escolaridade e obterem os benefícios a longo prazo que a educação confere sob a forma de empoderamento econômico, social e pessoal.

Não são apenas os indivíduos que se beneficiam da educação das meninas. As entidades patronais estão cada vez mais conscientes de que o apoio à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos traz ganhos para os seus próprios resultados. As empresas na Ásia podem usar uma ferramenta de retorno do investimento desenvolvida pelo UNFPA para estimar os benefícios de produtividade do apoio à saúde reprodutiva dos funcionários, por exemplo (FNUAP Ásia e Pacífico, n.d.).

Os países também se beneficiam, porque a autonomia reprodutiva aumenta as contribuições

das mulheres para a economia nacional. De acordo com um estudo de modelação realizado no Quênia, na Nigéria e no Senegal, a renda per capita aumentaria entre 31% e 65% até 2030 se todas as atuais necessidades não satisfeitas de contracepção moderna fossem satisfeitas nesses países (Bloom e outros, 2014). No Quênia, se dois terços das necessidades não satisfeitas de contracepção moderna fossem satisfeitas, o país registaria um aumento de 51% do produto interno bruto (PIB) per capita até 2050, por meio de efeitos na dimensão relativa da população em idade ativa (ver nota técnica). A relação entre a capacidade de as mulheres controlarem a sua fertilidade e os ganhos econômicos para os indivíduos, as famílias e as sociedades foi confirmada em vários estudos realizados em diversos contextos (Family Planning Impact Consortium, 2023).

A revisão do Consórcio de Impacto do Planejamento Familiar também reúne evidências dos retornos globais dos investimentos em planejamento familiar. Por exemplo, estima-se que um investimento de US\$ 1 em planejamento familiar resultaria em um retorno de US\$ 60 a US\$ 100, ao longo do tempo, na forma de crescimento econômico (Kohler e Behrman, 2018). O Banco Mundial estima que, globalmente, as oportunidades limitadas de educação para as meninas custam entre 15 e 30 trilhões de dólares em perda de produtividade e rendimentos ao longo da vida (Wodon e outros, 2018). Estima-se também que, a nível mundial, a participação das mulheres na força de trabalho diminui 10 a 15 pontos percentuais, ou cerca de dois anos, com cada filho adicional entre as mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 39 anos (Grepin e Klugman, 2013; Bloom e outros, 2009).

É importante notar que, embora a maioria dos estudos sobre os benefícios econômicos a longo prazo de ajudar as mulheres a controlar a sua fertilidade se concentre em atender pela procura não satisfeita de contracepção, nenhum método contraceptivo é infalível e, apesar da persistência de restrições ao aborto em muitos países a nível mundial, estima-se que cerca de 6 em cada 10 gestações indesejadas terminem em aborto todos os anos (Bearak e outros, 2020). Por isso, é pouco provável que a procura pelo aborto - seguro ou não seguro - desapareça.

Os abortos inseguros estão associados a uma percentagem significativa de mortes maternas e de doenças e incapacidades generalizadas. Estima-se que entre 5 e 13% de todas as mortes maternas em todo o mundo, bem como doenças e incapacidades generalizadas, sejam atribuídas a abortos inseguros (Say e outros, 2014). Um custo total estimado dos cuidados relacionados ao aborto em países de baixa e média renda é de 2,8 bilhões de dólares por ano, o que inclui 1,0 bilhão de dólares para abortos (realizados em condições seguras e inseguras) e 1,7 bilhões de dólares para cuidados pós-aborto (Sully e outros, 2020). Estima-se que, se todos os abortos em países de baixa e média renda que atualmente não são seguros fossem realizados em condições de segurança e se todas as necessidades de contracepção e cuidados relacionados com o aborto fossem atendidas, o custo total dos cuidados relacionados com o aborto diminuiria para 0,6 bilhão de dólares.

O valor a longo prazo de acabar com a violência baseada em gênero

Garantir a autonomia reprodutiva de todas as pessoas será impossível sem garantir a ausência de violência baseada em gênero, incluindo a violência por parte do parceiro íntimo. Em todo o mundo, mais de uma em cada quatro mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos que mantiveram uma relação afirmam ter sido sujeitas a violência de gênero sob a forma de violência física ou sexual por parte de um parceiro íntimo durante a sua vida, e 13% foram sujeitas a violência física ou sexual por parte do parceiro íntimo em algum momento do ano anterior (OMS, 2021a).

A prevalência da violência praticada por parceiros íntimos é excepcionalmente elevada no sul da Ásia e na África Subsaariana, onde se estima que 19 a 20% das mulheres tenham sido vítimas desse tipo de violência nos últimos 12 meses. De acordo com uma análise de dados de 46 países, as mulheres mais pobres e mais jovens e as que vivem em zonas rurais tendem a ser particularmente vulneráveis à violência por parceiro íntimo (Coll e outros, 2020). A violência contra as mulheres é também tipicamente mais elevada entre as pessoas deslocadas à força e as que vivem em contextos afetados por conflitos (Hadush e outros, 2023; Horn e outros, 2021; Delkhosh e outros, 2019). Os efeitos desestabilizadores dessas condições e a erosão das redes sociais e das proteções sociais contribuem para o maior risco de violência por parceiro íntimo nesses contextos, onde os esforços de prevenção e resposta são também extremamente difíceis.

Desvendar a relação entre a violência e a falta de autonomia reprodutiva é um desafio, não só porque a violência e a coerção sexual minam diretamente a autonomia corporal, mas também porque a coerção reprodutiva é, em si mesma, uma forma de violência. Ainda assim, há formas de compreender algumas das ligações causais, por exemplo, por meio de estudos sobre a violência entre parceiros íntimos e a utilização de contraceptivos. Estudos longitudinais demonstraram que as mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo têm uma probabilidade significativamente menor de usar contracepção posteriormente, e é especialmente improvável que recorram a métodos dependentes do parceiro, como o preservativo (Maxwell e outros, 2015). A violência por parceiro íntimo também tem sido associada a um aumento da incidência de gravidezes não desejadas (OMS, 2013). A violência é, portanto, um dos principais motores dos custos individuais e sociais associados à perda de autonomia reprodutiva referida na seção anterior.

Mas a violência também tem um custo econômico considerável sob a forma de outros resultados adversos para a saúde reprodutiva, incluindo as ISTs (Bacchus e outros, 2018; OMS, 2013) e cuidados pré-natais e de parto inadequados (Musa e outros, 2019). Estes custos podem ser intergeracionais, uma vez que as mulheres vítimas de violência durante a gravidez têm maior probabilidade de sofrer abortos espontâneos, natimortos e bebês com baixo peso ao nascer (Silverman e outros, 2007; Boy e Salihu, 2004). A violência por parceiro íntimo e outras formas de violência de gênero podem também resultar em traumas e estresse psicológicos, lesões físicas ligeiras a graves e morte (OMS, 2013). As mulheres que sofrem violência sexual sem parceiro correm também um maior risco de abuso de álcool e drogas e de perturbações da saúde mental. Os sistemas de saúde também suportam

custos diretos significativos relacionados com o tratamento de sobreviventes de violência.

Há também impactos na força de trabalho, na produtividade e nos salários. A erosão da autonomia das mulheres provocada pela violência baseada em gênero compromete a sua capacidade de tomar as suas próprias decisões, de prosseguir os estudos e de contribuir plenamente para a força de trabalho. A violência pode resultar na redução das oportunidades de emprego devido ao medo de assédio ou violência; em escolhas profissionais limitadas, quando as mulheres procuram opções de emprego que consideram mais seguras ou mais aceitáveis pelo agressor; em menor produtividade devido ao sofrimento psicológico e às consequências para a saúde física; e em ausências para lidar com as consequências dos incidentes de violência de gênero (Vyas, 2013). Um relatório de 2016 apresentou uma fórmula para ajudar os empregadores a calcular o impacto da violência de gênero nos custos operacionais, incluindo os dias perdidos, a rotação do pessoal e os custos de recrutamento (Walker e Duvvury, 2016).

Qual é a fatura global? As estimativas diferem, mas todos os resultados são acentuados: o Fundo Monetário Internacional estimou que cada aumento de 1 ponto percentual na percentagem de mulheres sujeitas a violência de gênero reduz a atividade econômica em até 8% na África Subsaariana - um declínio atribuído predominantemente a uma queda no emprego feminino (Ouedraogo e Stenzel, 2021). Uma pesquisa em 2022 estimou o custo global da violência por parceiro íntimo em 5% do PIB mundial e quase 15% do PIB na África Subsaariana (Yount e outros, 2022). Uma análise de dados de 13 países concluiu que os custos da violência contra as mulheres para as economias nacionais variavam entre 0,35 e 6,6% do PIB

Os argumentos econômicos a favor da inclusão

Por razões que vão desde as circunstâncias locais até às normas discriminatórias, pode ser mais difícil e custoso chegar às pessoas mais marginalizadas. Ao mesmo tempo, as abordagens de "tamanho único" podem muitas vezes ser um desperdício quando aplicadas a grupos diversos; a adaptação à língua, religião, cultura e fatores contextuais das mulheres e meninas, tais como conflitos e nível de infraestruturas, pode evitar o desperdício e fazer melhor uso dos recursos disponíveis. Níveis mais elevados de necessidade de cuidados de saúde sexual e reprodutiva para realizar a autonomia do corpo e reduzir a marginalização podem significar maiores retornos do investimento e um maior impulso ao desenvolvimento. A adaptação também pode limitar os custos a longo prazo da fragmentação social que resulta do agravamento das desigualdades, uma vez que os serviços beneficiam algumas pessoas, mas são impedidos por barreiras para chegar a outras.

A normalização da exclusão também acarreta custos graves, que são impossíveis de contabilizar totalmente porque a exclusão torna as pessoas invisíveis. Mas um sinal revelador desses custos pode ser encontrado nos ganhos econômicos obtidos quando as leis, políticas e normas de exclusão são eliminadas. Este caso foi apresentado recentemente em um relatório sobre a descriminalização da atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo, que encontrou ganhos micro e macroeconômicos (HIV Policy Lab e outros, 2023). A nível individual, verificou-se que a eliminação das leis homofóbicas também eliminava os custos laborais e de produtividade das detenções, processos e prisões, bem como os traumas físicos e psicológicos associados. Em um nível mais amplo, pelo menos um estudo sustenta que a homofobia custa ao mundo 126 bilhões de dólares por ano; melhorar o ambiente legal para as pessoas LGBTQIA+, por outro lado, foi associada a um aumento de 2.000 dólares no PIB per capita (Badgett e outros).

(Ibrahim e outros, 2018). A eliminação da violência de gênero não se limitaria a eliminar esses custos, mas resultaria em benefícios imediatos e a longo prazo para a produtividade individual e o potencial de ganho, com impactos em cascata ao longo das gerações.

Também é possível obter ganhos econômicos imediatos quando as mulheres recebem ajuda para escapar de relações violentas. Um pequeno estudo sobre mulheres nos Estados Unidos concluiu que os serviços de assistência jurídica civil para sobreviventes de violência por parceiro íntimo resultaram em uma média de 5.500 dólares de ganhos líquidos de rendimento no prazo de um ano após a receberem assistência, um retorno de 2,41

dólares de rendimento pessoal por cada dólar gasto em assistência jurídica (Teufel e outros, 2021). As mulheres que receberam esses serviços também tinham menos probabilidade de estar em situação de pobreza um ano depois. Investir na prevenção da violência pode produzir retornos igualmente fortes.

E os benefícios persistem ao longo das populações e das gerações. Existem fortes indícios de que as intervenções de prevenção da violência de gênero melhoram a saúde da população em geral (Ferrari e outros, 2022; Musa e outros, 2019; Bacchus e outros, 2018). Embora alguns programas sejam mais dispendiosos do que outros, verificou-se que vários deles são rentáveis, sendo a eficácia medida

como os custos do programa por ano de vida ajustado por incapacidade evitado por meio destas intervenções (Ferrari e outros, 2022).

É importante refletir sobre a importância da adaptação aos contextos específicos das pessoas necessitadas.

A adaptação das intervenções é particularmente importante para atingir as populações marginalizadas, que sofrem a violência de gênero de forma diferente devido a fatores que se cruzam, como a etnia, a identidade de gênero, a orientação sexual, a deficiência e o status econômico. Adaptar os esforços de prevenção para abordar as causas profundas da violência baseada em gênero nestas comunidades pode aumentar as hipóteses de um impacto generalizado e duradouro (Carpasso e outros, 2022; OCHA, 2021).

Embora se parta frequentemente do princípio de que a adaptação é dispendiosa, existem algumas indicações de que a resposta às necessidades das pessoas com múltiplas vulnerabilidades intersetoriais pode aumentar a eficácia e, por conseguinte, a relação custo-benefício. Por exemplo, alguns defensores da comunidade alertam para o fato de as intervenções destinadas a reduzir a violência baseada em gênero poderem resultar na afetação maciça de recursos ao policiamento e ao encarceramento, sem abordar os estigmas e as desigualdades que conduzem à vulnerabilidade das mulheres à violência. Pode mesmo resultar nas "consequências não intencionais da criminalização das mulheres, que incluem não só a detenção, mas também a intervenção do sistema de proteção de menores" (Goodmark, 2022), observam os especialistas (um fenômeno também conhecido como "abuse-to-prison

pipeline", em que denunciar a violência a uma autoridade incrédula, fugir de um agressor ou ser traficada podem acabar por conduzir à detenção). Nestes contextos, os investimentos em serviços comunitários, no apoio aos sobreviventes e em intervenções educativas podem ser mais rentáveis.

Também é importante notar que, embora os estudos tenham identificado fatores de risco que aumentam a vulnerabilidade à violência por parceiros íntimos, uma grande proporção de sobreviventes não apresenta esses fatores de risco e que, de fato, "não foi identificado nenhum grupo seguro de mulheres" (Coll e outros, 2021). Além disso, os homens e os rapazes também são vítimas de violência de gênero, com taxas que se crê serem seriamente subnotificadas (Wörman e outros, 2021). Assim, embora as intervenções devam ser direcionadas para reduzir a violência nas relações íntimas, estas abordagens específicas não serão suficientes por si só. Devem também ser promulgadas leis, políticas e normas sociais à escala da população para apoiar a igualdade de gênero, o que, por sua vez, favorece a redução da violência e gera benefícios positivos para o bem-estar da comunidade, bem como para a saúde mental e física de todas as pessoas.

Ganhos a longo prazo com a educação sexual abrangente

Assim como no caso de acabar com a violência de gênero, o acesso à educação sexual abrangente é uma condição prévia para permitir a autonomia reprodutiva para todos (Starrs e outros, 2018) - e para desbloquear todos os benefícios sociais e econômicos associados.

A educação sexual abrangente capacita as pessoas com os conhecimentos e as competências de que necessitam para fazerem escolhas informadas, saudáveis e responsáveis relacionadas com a sua saúde sexual e reprodutiva ao longo da vida. Abrange uma série de tópicos, incluindo a contraceção, as ISTs, o consentimento e a comunicação saudável nas relações - com benefícios que abrangem a saúde individual e pública, o empoderamento econômico e o bem-estar físico e psicológico. Os jovens que são capazes de se proteger de doenças, evitar gestações indesejadas e prevenir (ou reconhecer e escapar) à violência estão mais aptos a prosseguir a sua educação e a participar e progredir na força de trabalho formal.

Embora os custos relativos ao impacto não tenham sido totalmente avaliados, foi demonstrado que a educação sexual abrangente está associada a atrasos na idade da primeira relação sexual, a um aumento na utilização de métodos contraceptivos (Kirby, 2008) e a uma redução nas taxas de gravidez na adolescência (Aguirre e Carrión-Yaguana, 2023; Kohler e outros, 2008). Os programas que associam a educação sexual abrangente a serviços de saúde sexual e reprodutiva acessíveis e adequados aos jovens demonstraram ser particularmente impactantes na redução da gravidez indesejada (Mbizvo e outros, 2023). Os retornos sobre o investimento associados a esses resultados foram elaborados na seção sobre autonomia reprodutiva acima (ver "O valor a longo prazo da autonomia reprodutiva" na página 94).

A integração de normas de direitos humanos e de igualdade de gênero acordadas internacionalmente em programas abrangentes de educação sexual demonstrou eficácia a curto prazo no aumento dos conhecimentos, na melhoria das atitudes e no aumento da comunicação com os pais sobre sexo e relações. Também tem impactos positivos a longo prazo em resultados como a comunicação com o parceiro, o conhecimento sobre saúde sexual e a sensibilização para os serviços (UNESCO, 2016; Constantine e outros, 2015; Rohrbach e outros, 2015). Além disso, "os programas centrados no gênero são substancialmente mais eficazes do que os programas 'cegos ao gênero' na obtenção de resultados de saúde, como a redução das taxas de gestações indesejada ou de IST", concluem as análises de provas (UNFPA, 2018a).





O Lenço das Sufragistas está bordado com 66 assinaturas, todas de mulheres presas por terem participado nas manifestações das Sufragistas da União Social e Política das Mulheres, em março de 1912, em Londres. Imagem cortesia da Sociedade Arqueológica de Sussex

Os aspectos culturais e sociais da educação sexual abrangente são tão críticos quanto os aspectos de saúde, embora às vezes sejam ridicularizados como desnecessários ou ideológicos (Nações Unidas, 2023b). No entanto, a educação sexual abrangente, quando ministrada de acordo com padrões internacionais (UNFPA, 2018a), é apropriada para a idade, culturalmente relevante e contextualmente adequada. De fato, adaptar currículos abrangentes de sexualidade às necessidades locais é um elemento importante de uma programação eficaz, assim como garantir a sua aceitabilidade pelos pais, famílias e comunidades locais (incluindo organizações religiosas). Esse ponto pode ser particularmente relevante quando se trata de comunidades marginalizadas. A educação ou os currículos que não respondem às necessidades da comunidade provavelmente não conseguirão mitigar os danos e promover resultados

positivos para a saúde. Por exemplo, alguns países incluem mensagens sobre os riscos associados aos "sugar daddies", ou homens mais velhos que se oferecem para pagar as taxas escolares de meninas ou oferecer presentes em troca de atividade sexual, devido à prevalência desta forma de exploração. Outros podem dar mais ênfase à normalização da menstruação devido aos tabus prevalentes relacionados com a menstruação (UNFPA, 2018a).

A base de evidências sobre os impactos da educação em sexualidade abrangente para além dos resultados de saúde - por exemplo, sobre atitudes e competências relacionadas com a sexualidade entre adolescentes, a incidência de violência baseada em gênero e entre parceiros íntimos, e a prevalência de normas equitativas de gênero e relações fortes e saudáveis - é mais limitada (UNFPA, 2018a). Ainda assim, há um consenso crescente de que os programas de educação em sexualidade que buscam explicitamente empoderar meninas e outros jovens marginalizados para que se vejam como membros iguais em seus relacionamentos são particularmente eficazes em prepará-los para proteger sua saúde e se engajar como participantes ativos na sociedade (Haberland e Rogow, 2015). De fato, os investigadores propuseram uma educação sexual abrangente como forma de ajudar a abordar e aliviar o aumento da violência baseada em gênero na pandemia da COVID-19 (Rollston e outros, 2020), o que demonstra o seu potencial mais amplo como meio de influenciar normas e comportamentos.

Infelizmente, o impacto total da educação sexual abrangente baseada em direitos ainda não se concretizou, em parte porque os educadores muitas vezes minimizam aspectos do currículo que não se sentem à vontade para ensinar (UNFPA, 2018a) e em parte porque a inclusão de normas sociais e de gênero é muitas vezes insuficiente. Uma análise de programas nacionais de educação em sexualidade em 13 países da África, por exemplo, constatou que o conteúdo mais fraco estava relacionado a gênero e normas sociais (UNESCO, 2016).

Estudos longitudinais dos retornos de investimento a longo prazo são um desafio devido a essa inconsistência na aplicação do programa, entre outros fatores. Mas também é verdade que os retornos sobre o investimento aumentam muito quando a educação sexual abrangente é fornecida em escala e sustentada ao longo do tempo. Exemplos de vários países ilustram o motivo: uma análise de programas de educação em sexualidade com base escolar em seis países constatou que os custos dos programas variavam de \$7 a \$33 por aluno alcançado em países com programas totalmente ampliados (Estônia, Nigéria e Países Baixos), enquanto esses custos eram de \$50 e \$160 por aluno alcançado em países onde os programas ainda estavam na fase piloto (Quênia e Indonésia, respectivamente) (Kivela e outros, 2013). De acordo com um estudo de custos separado na Indonésia, quando um programa de educação em sexualidade abrangente na escola está em execução há três anos, os custos do programa caem em 90% (El Halabi e Annerstedt, 2021). Além disso, os salários dos professores, que representam a maior parte dos custos do programa, já está embutida nas despesas educacionais; se esses forem excluídos, os gastos com programas de educação em

sexualidade são apenas cerca de 25% dos custos totais de programas ampliados, como estimado acima (Kivela e outros, 2013).

Especialistas observam que a economia de custos e o retorno de investimentos são provavelmente ainda maiores quando a oferta de educação em sexualidade abrangente é integrada a programas de formação de professores, pois isso desmistifica o tópico e permite a entrega efetiva dos currículos para uma força de trabalho crescente de educadores. O investimento também reduz os custos relacionados à formação de professores em serviço (UNFPA, 2018a).

Finalmente, é provável que os custos e retornos da oferta de educação sexual abrangente a alunos fora da escola sejam bastante diferentes em comparação com a oferta na escola. Os alunos fora da escola são frequentemente os mais vulneráveis à desinformação, coerção e exploração, mas também são frequentemente os mais difíceis de alcançar. Observando que cerca de 263 milhões de jovens estavam fora da escola em 2018, o UNFPA e seus parceiros desenvolveram orientações baseadas em evidências para a educação sexual abrangente fora da escola, oferecendo recomendações para currículos adequados à idade e adaptados às necessidades de grupos específicos de pessoas (FNUAP, 2020), como jovens com deficiência; em contextos humanitários; que são lésbicas, gays, bissexuais ou não-binários/não-conformes com o gênero; que vivem com o HIV; usam drogas; ou vendem sexo.

A implementação de programas para alunos que não frequentam a escola implica numerosos desafios, incluindo questões relacionadas com a mobilidade dos jovens, bem como a falta de recursos disponíveis para adaptar

A liderança local chega às meninas mais necessitadas

Maïmouna Déné está muito familiarizada com as crenças e os pressupostos que minam a igualdade das mulheres e das meninas na sua comunidade no Burkina Faso. A alfabetização e a participação na força de trabalho são mais baixas para as mulheres do que para os homens, e a violência baseada em gênero e as práticas nocivas são tragicamente comuns. Mas a Sra. Déné, 43 anos, conhece uma outra forma de discriminação que se sobrepõe ao gênero: É, como ela diz, a “ignorância, os encargos sociais e os mitos” que afetam as pessoas com albinismo.

Em todo o mundo, as pessoas com albinismo enfrentam estigma, exclusão e violência e, nos piores casos, podem estar sujeitas a tráfico, mutilação e assassinato. Muitas pessoas com albinismo têm problemas de visão que não encontram espaço na escola ou no local de trabalho, levando a elevadas taxas de abandono escolar e pobreza. O impacto nas meninas com albinismo é particularmente notório: No Burkina Faso, um terço

das meninas com albinismo não conclui o ensino primário (Ero e outros, 2021).

O Projeto de Empoderamento das Mulheres e Dividendo Demográfico do Sahel (SWEDD) está trazendo centenas de milhões de dólares de investimento para iniciativas de igualdade de gênero em toda a África Ocidental e Central. Mas, para ter o maior impacto possível, o programa está trabalhando em estreita colaboração com líderes locais como a Sra. Déné, que são capazes de identificar as necessidades específicas das meninas e mulheres e a melhor forma de responder a essas necessidades.

Na qualidade de presidente da Associação de Mulheres Albinas do Burkina Faso, tornou-se embaixadora da campanha “Stronger Together”, um projeto SWEDD que realiza ações de sensibilização nas comunidades a nível local. Por meio destes esforços, conseguiu garantir a inclusão social de jovens meninas e mulheres com albinismo,

nas escolas e pelo acesso a oportunidades econômicas e a cuidados de saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva e serviços de informação. A sua associação assinou acordos com o ministério da saúde, hospitais, ONGs e outros grupos da sociedade civil, e oferece formação econômica para apoiar jovens com albinismo e as suas famílias. Desde a sua criação em 2008, cerca de 450 mulheres com albinismo e os pais de pessoas com albinismo beneficiaram desta formação, incluindo 280 que aprenderam competências na fabricação de sabão para ganhar independência financeira e ajudar a sustentar as suas famílias.

O seu papel como líder da comunidade significa que ela é capaz de fornecer apoio e orientação onde é mais necessário. Esse trabalho busca ajudar não só as pessoas que vivem atualmente com albinismo, mas também a próxima geração: “Sendo o albinismo um fenómeno genético, também luto pelos meus filhos”, afirma.

Syrah Sy Savané, na Costa do Marfim, também está perfeitamente consciente das necessidades da sua comunidade. Mas se preocupa com um grupo muito diferente de meninas vulneráveis: as que correm o risco de rapto, casamento forçado e mutilação genital feminina. A Sra. Savané, 50 anos, viu os efeitos nefastos dessas práticas na sua própria família: “Fui criada pela minha avó paterna em Diokoué, uma aldeia no noroeste da Costa do Marfim. Todas as minhas tias foram vítimas de casamentos precoces e forçados. Fui confiada a elas quando se casaram, fiz companhia e as vi muito infelizes. Também perdi uma prima depois de ela ter sido sujeita a mutilação genital feminina”.

A Sra. Savané teve a sorte de ter um aliado na forma do seu pai, que se opunha fortemente à mutilação genital feminina. “As minhas tias também queriam fazer a mutilação em mim, mas o meu pai, que era professor, recusou sempre”.

A sua experiência a levou a se tornar assistente social, antes de assumir um cargo no Ministério da Mulher, da Família e da Criança, onde, como especialista em proteção infantil, viu como as meninas eram retiradas da escola para serem casadas. O problema, como se tornou claro, era muito maior do que chegar às meninas individualmente. “Era necessário visar não as estudantes,



Maïmouna Déné está garantindo que as meninas com albinismo de sua comunidade recebam educação, as habilidades e o empoderamento de que precisam. Imagem gentilmente cedida por Maïmouna Déné

mas os pais, que procuravam casamento para as suas filhas, bem como os líderes comunitários e os guias religiosos.”

Atualmente, está aplicando estas lições no seu trabalho com o SWEDD. Os planos de projeto foram redigidos por técnicos que trabalham nas próprias comunidades que estavam tentando atingir, diz ela. Isto se revelou essencial

para responder às necessidades específicas das meninas e das suas famílias. Espaços seguros, clubes de maridos e outras intervenções estão fazendo uma diferença real e, diz Savané, “iluminando onde as jovens pensavam que não tinham direitos”.



os programas às necessidades destes grupos variados (Australian Aid e UNFPA, 2023; Ministério da Saúde e dos Serviços Médicos das Fiji e outros, 2023). Estes programas requerem não só investimentos monetários, mas também as pessoas certas para os conceber e executar. Embora o conjunto de evidências sobre seu impacto seja limitado, os programas abrangentes de educação em sexualidade para jovens fora da escola têm potencial para retornos substanciais, considerando o tamanho dessa população e as vulnerabilidades maiores que enfrentam (Anderson e Pörtner, 2014). Esses programas também têm o potencial de gerar economias de custo ao longo do tempo, particularmente quando se leva em conta os riscos mais altos para a saúde sexual e reprodutiva (Anderson e Pörtner, 2014), e para a saúde em geral, associados a um menor nível de escolaridade.

Em geral, justifica-se mais investigação sobre os impactos e as potenciais economias de gastos a longo prazo de programas de educação sexual abrangente dentro e fora da escola, e sobre programas dirigidos a comunidades marginalizadas.

Dividendos de um mundo com igualdade de gênero

Todos estes elementos da saúde sexual e reprodutiva - promover os direitos individuais e a capacidade de decidir se e quando ter filhos, acabar com a violência baseada em gênero e proporcionar uma educação sexual abrangente de acordo com as normas internacionais - estão bem enraizados nas prioridades dos direitos humanos, incluindo o imperativo de alcançar a igualdade de gênero. A igualdade de gênero e a

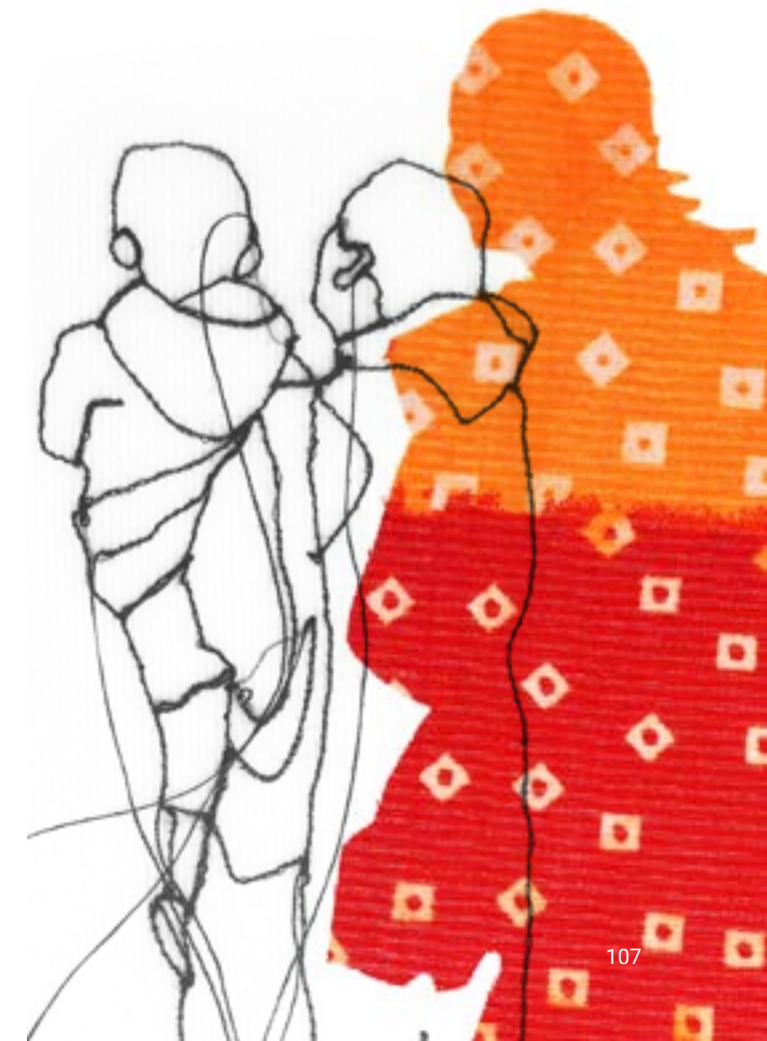
saúde sexual e reprodutiva têm uma forte relação de reforço mútuo. É de esperar que os progressos em ambas as frentes - promoção da igualdade de gênero e da saúde e direitos sexuais e reprodutivos - maximizem os benefícios sociais e econômicos para as sociedades no seu conjunto.

Talvez a melhor ilustração deste fato seja o papel essencial da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e da igualdade de gênero no dividendo demográfico. Quando as mulheres recorrem à contraceção para evitar nascimentos não planejados, o subsequente declínio da fertilidade acaba por conduzir a uma menor proporção de crianças dependentes na população em relação à dimensão da população em idade ativa. Esta mudança demográfica pode conduzir ao que é comumente designado por dividendo demográfico: o aumento das taxas de produtividade e de crescimento económico. O conceito de dividendo demográfico foi inspirado nas observações do crescimento económico após o declínio da fertilidade nos países da Ásia Oriental entre as décadas de 1960 e 1990 (Bloom e outros, 2003).

Mas o dividendo demográfico não ocorre automaticamente após um declínio da fertilidade. Na Ásia, o crescimento económico durante a transição demográfica foi atribuído, em parte, à participação das mulheres na força de trabalho (Bloom e outros, 2009). Algumas evidências e análises políticas concluíram que o dividendo demográfico não será reproduzido na ausência de alguma medida de igualdade de gênero, juntamente com o declínio da fertilidade (Marone, 2016). De fato, um terço do crescimento económico registado na Ásia durante os anos do dividendo demográfico foi atribuído a melhorias no empoderamento e na participação das mulheres na força de trabalho, a par de uma rápida transição da fertilidade (Cardona e outros, 2020).

Em reconhecimento deste fato, as Nações Unidas e o Banco Mundial lançaram o Projeto de Empoderamento das Mulheres e Dividendo Demográfico do Sahel (SWEDD), uma iniciativa regional para reduzir simultaneamente a desigualdade entre os sexos e aumentar o acesso aos serviços de saúde reprodutiva, a fim de produzir os benefícios de um dividendo demográfico nos países participantes - aqueles em que algumas das mulheres e meninas são mais deixadas para trás a nível mundial, tendo em conta indicadores como a taxa de mortalidade materna, a prevalência do casamento infantil e a taxa de natalidade adolescente.

O projeto SWEDD está estruturado em torno de três componentes: intervenções transformadoras de gênero que promovem a autonomia social e económica das meninas e das mulheres; programas



Chegar aos mais desfavorecidos a nível mundial

O Projeto SWEDD visa as meninas mais deixadas para trás pelo progresso global, procurando alcançar distritos e comunidades afetadas por algumas das taxas mais elevadas do mundo de mutilação genital feminina, casamento infantil, necessidade não satisfeita de contraceção, níveis mais baixos de escolaridade e pobreza, bem como fatores como o acesso limitado aos meios de comunicação social ou ao telefone (Camber, não publicado). Um elemento importante do projeto SWEDD é a educação em competências para a vida (um termo culturalmente apropriado para a educação sexual abrangente) fornecida através de espaços seguros localizados tanto nas escolas como na comunidade. Os locais e os constituintes dos espaços seguros são selecionados com base em critérios de vulnerabilidade, assegurando que as adolescentes e as mulheres jovens mais desfavorecidas, incluindo as que não frequentam a escola, sejam abrangidas. Os currículos têm o objetivo de melhorar os conhecimentos e as competências das meninas, com ênfase específica na saúde reprodutiva, no gênero e nos direitos humanos, bem como na capacidade financeira e na capacitação econômica - um reconhecimento da profunda ligação entre a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos e o desenvolvimento do capital humano. É importante salientar que os currículos de competências para a vida são desenvolvidos por meio de um processo participativo concebido para ter em conta as realidades socioculturais de cada país e são ministrados por mentores da comunidade, garantindo que a implementação seja relevante a nível local.

A capacidade de adaptar a programação às necessidades locais tem sido fundamental para o sucesso do trabalho de Senami Mariette Atolou, uma mentora em um espaço seguro no Benim. A Sra. Atolou passou por uma gravidez na adolescência e pelo subsequente abandono; agora com 46 anos, pode partilhar sua história de vida com meninas que enfrentam desafios semelhantes: "A minha relação com as jovens, as meninas, permite-me orientá-las", diz ela.

Tal como o nome do projeto SWEDD sugere, os investimentos se destinam a desbloquear um dividendo demográfico, ou seja, resultados econômicos e de desenvolvimento a uma escala geracional. A iniciativa multifacetada - que inclui não só competências para a vida, mas também formação em obstetrícia, esforços para acabar com a violência baseada em gênero e um melhor acesso a cuidados contraceptivos e a oportunidades econômicas - destina-se a criar efeitos positivos que contribuam para a transformação mais ampla das sociedades nos países do Sahel. A avaliação do retorno do investimento - que ronda os 850 milhões de dólares - levará necessariamente algum tempo, mas foram dados de base foram recolhidos para todos os países, o que permite um acompanhamento coerente e exaustivo dos resultados.

E os primeiros resultados são promissores. Em dezembro de 2023, o componente do programa destinado a capacitar as mulheres e as meninas registou uma taxa de retenção escolar de 95% para meninas adolescentes nas escolas secundárias que receberam intervenções, contra 75% na linha de base. Além disso, 95% das meninas e mulheres adolescentes nos clubes de formação de competências para a vida demonstraram bons conhecimentos sobre os danos do casamento infantil e da gravidez precoce e sobre os benefícios do espaçamento de nascimentos, em comparação com 74% na linha de base; e 21.087 casos de violência baseada em gênero e práticas nocivas foram encaminhados para os serviços de saúde, sociais, jurídicos e de segurança, contra 5.415 na linha de base. O número de novas usuárias de contraceptivos modernos foi de cerca de 780.000, contra 24.000 na linha de base; e foram evitadas cerca de 8.790 mortes maternas, 2.422.000 gravidezes indesejadas e 830.000 abortos inseguros.

Outros resultados, como as campanhas de sensibilização de grande alcance e a criação de uma rede de observatórios nacionais para acompanhar a aplicação das políticas públicas de apoio ao dividendo demográfico, prometem mais mudanças no horizonte.

para reforçar os serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e dos adolescentes e de nutrição, nomeadamente através do aumento do número de profissionais de saúde qualificados a nível comunitário; e promoção de compromissos regionais e nacionais para com a igualdade de gênero e a implementação de projetos, bem como a capacidade de elaboração de políticas. Desde o seu início, em 2015, o projeto chegou a nove países (Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Costa do Marfim, Guiné, Mali, Mauritânia e Níger), e outros três (Gâmbia, Senegal e Togo) foram aprovados para uma maior expansão.

A participação e a parceria da sociedade civil, das organizações de mulheres e de outras partes interessadas, de forma holística e integrada, foram fundamentais para este esforço. Por exemplo, mais de 20.000 líderes comunitários e religiosos foram envolvidos na promoção da educação das meninas e da saúde sexual e reprodutiva das adolescentes, bem como na erradicação da violência baseada em gênero durante o andamento do programa. A participação dos líderes comunitários e religiosos constitui um sinal de investimento a nível local e também uma forte indicação de que o programa está influenciando positivamente as normas sociais e de gênero a nível local. A participação coordenada das partes interessadas a todos os níveis também permite o compartilhamento de lições entre países, oportunidades para uma cooperação Sul-Sul produtiva e possibilidades de expansão das intervenções.

Programas como este podem ter um forte impacto positivo nos países e mesmo na economia nacional. Estima-se que a eliminação das disparidades de gênero a nível mundial e a promoção da igualdade das mulheres nos setores público, privado e social, mesmo na ausência de mais investimentos em

programas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, poderiam duplicar a contribuição das mulheres para o crescimento do PIB mundial e acrescentar 12 bilhões de dólares ao PIB mundial no espaço de 10 anos (McKinsey Global Institute, 2015).

Como demonstram os primeiros resultados do Projeto SWEDD, uma ação integrada para capacitar as mulheres e as meninas por meio de intervenções que se reforçam mutuamente pode desencadear um ciclo virtuoso e sustentável de desenvolvimento humano - tornando o dividendo demográfico uma realidade para aqueles que ainda não foram alcançados pelo arco do progresso e elevando o potencial, os direitos e o bem-estar de todas as meninas. E estes primeiros resultados são apenas o começo - o impacto total só será visível quando as mulheres e meninas de hoje completarem os seus estudos, iniciarem as suas carreiras e planejarem as famílias que escolherem.

Em suma, os argumentos econômicos a favor do investimento em programas que promovam a autonomia reprodutiva e outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva são fortes - e os retornos são ainda maiores, talvez sinergicamente aumentados, quando acontecem juntamente com melhorias na igualdade de gênero. O mundo pode e deve trabalhar no sentido de reforçar ainda mais os argumentos econômicos a favor do investimento em programas que sirvam os mais marginalizados, os mais desfavorecidos. São necessários mais dados e análises para compreender toda a gama de retornos obtidos quando direcionamos o investimento para aqueles que mais precisam. Mas mesmo com a base de provas de que dispomos atualmente - juntamente com o senso comum e o sentido do que é correto - o caso é claro. O próximo passo deve ser a ação.

"Se veio aqui para me ajudar, está perdendo seu tempo. Mas se veio porque sua libertação está ligada à minha, então vamos trabalhar juntos." Estas foram as palavras de Lilla Watson, uma ativista indígena da Austrália, na Conferência da Década das Nações Unidas para as Mulheres, realizada em 1985, em Nairobi.

Hoje, talvez mais do que nunca, essa noção está ganhando força. Os defensores, as organizações de justiça e os líderes estão adotando uma visão em que o reforço dos direitos e do bem-estar dos indivíduos reforça os do coletivo e vice-versa (ver cronologia nas páginas 34-39). Está cada vez mais claro que a ação coletiva é o único caminho a seguir quando se trata de muitas das maiores preocupações do mundo, desde as mudanças climáticas à crescente diversidade demográfica e à revolução digital. Os esforços coletivos que reforçam os direitos individuais são também essenciais no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva. Como este capítulo explica, a humanidade estará mal preparada para enfrentar desafios futuro se não adotarmos uma abordagem baseada nos direitos humanos, bem como em fatos científicos e históricos.

"Se veio aqui para me ajudar, está perdendo seu tempo. Mas se veio porque sua libertação está ligada à minha, então vamos trabalhar juntos."

– LILLA WATSON

Três décadas de progressos: um começo promissor

A história nos mostra que a solidariedade funciona. O poder da ação coletiva - por parte de indivíduos, defensores, sociedade civil, instituições e Estados-Membros - não deve ser questionado, mas vale a pena refletir sobre o poder e a promessa de tais esforços, que moldaram os últimos 30 anos.

De fato, desde a CIPD, a capacidade das mulheres de utilizar contraceptivos modernos aumentou significativamente: entre 1990 e 2022, a percentagem de mulheres casadas ou em união estável de fato que utilizam métodos contraceptivos modernos aumentou de 11,5 para 33,5%. Nos países de baixa renda, essa percentagem aumentou de 52,9 para 61% (UN DESA, 2022c). No período entre 1990-1994 e 2015-2019, registrou-se um declínio de 19% na taxa de gravidez indesejada (Bearak e outros, 2018), uma conquista importante na capacidade das mulheres de exercerem o poder de decisão sobre os seus corpos e futuros. Do mesmo modo, o índice global de mortalidade materna diminuiu em mais de um terço entre 2000 e 2020 (OMS e outros, 2023a). Os avanços na medicina e nos sistemas de saúde desempenharam um papel considerável em ambos os marcos. A tecnologia contraceptiva permite uma vasta escolha de métodos seguros e confiáveis. Os profissionais de saúde qualificados, os medicamentos essenciais disponíveis e os serviços de saúde reprodutiva de qualidade prestados de acordo com as normas internacionais também podem ser creditados por estes ganhos na sobrevivência materna.

Não é coincidência que esse progresso tenha seguido o consenso decisivo alcançado na CIPD, no Cairo. O acordo subjacente à CIPD - de que a saúde e os amplos alargados e, por conseguinte, do bem-estar de todas as pessoas - foi levado por diante em muitas das iniciativas internacionais, regionais e globais empreendidas desde 1994.

Um exemplo importante são os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), objetivos acordados a nível mundial e promovidos entre 2000 e 2015, que registaram melhorias significativas na saúde e no bem-estar humanos. A contribuição da solidariedade global e do investimento para alcançar esses resultados tem sido muito debatida, mas uma investigação recente conclui que África registrou "um aumento significativo do progresso na redução da mortalidade materna e de menores de cinco anos... Entre os progressos alcançados durante o período

da campanha dos ODM, 81% e 68% foram atribuídos à campanha mundial dos ODM para a redução da mortalidade materna e de menores de cinco anos" (Cha, 2017). Os investigadores apelam a que se preste mais atenção a esses resultados positivos, observando que "o pessimismo dominante em relação aos países da África Subsaariana, que registraram o melhor desempenho entre todas as regiões, pode ofuscar os seus resultados substanciais".

Uma observação semelhante deve ser feita com relação aos dias de hoje. O ano passado, 2023, marcou o ponto médio dos esforços globais para alcançar os ODS, que se baseiam nos ODM. Os progressos em alcançar os ODS têm sido muito dificultados pela pandemia de COVID-19, bem como pelos graves impactos dos conflitos, das





alterações climáticas, da perda de biodiversidade e da poluição. Apesar desses desafios, há sinais de sucesso, nomeadamente no que diz respeito aos objetivos ligados à agenda da CIPD. Por exemplo, a proporção de mulheres nas câmaras baixas e únicas das legislaturas nacionais aumentou 4,2 pontos percentuais entre 2015 e 2023. A proporção de mulheres cuja necessidade de planejamento familiar moderno foi satisfeita aumentou modestamente, de 76,5 para 77,6%, mesmo com o crescimento da população mundial - e o maior aumento proporcional foi observado na África Subsaariana, a área com maior necessidade. A taxa global de natalidade na adolescência diminuiu de forma ainda mais significativa, passando de 47,2 nascimentos por 1.000 meninas em 2015 para 41,3 em 2023 (UN DESA, 2023). Esses ganhos, obtidos mesmo em meio às perturbações extraordinárias

da pandemia, demonstram que os ODS são alcançáveis - se seguirmos as evidências e rejeitarmos o pessimismo que ofusca o progresso.

É inegável que o ritmo dos progressos deve ser acelerado. O sucesso estagnou em muitos aspectos, nomeadamente no que diz respeito à incapacidade de melhorar as taxas de mortalidade materna entre 2016 e 2020 (OMS e outros, 2023a). As taxas de gravidez na adolescência permanecem elevadas em todo o mundo em desenvolvimento, com quase 1 em cada 3 mulheres jovens com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos a ter dado à luz na adolescência (UNFPA, 2024a). As taxas globais de aborto têm se mantido estáveis há décadas, com declínios observados apenas em países onde é amplamente legal (aqui, a taxa de aborto caiu de 46 em 1990-1994 para 26 em 2015-2019) (Bearak e outros, 2018). E, pela primeira vez, o mundo tem dados de tendências sobre a capacidade das mulheres de exercer a autonomia sobre seu corpo (conforme medido pelo ODS 5.6.1) de 32 países. Uma análise futura destes dados mostra uma tendência positiva em 19 países e uma tendência negativa em 13 (UNFPA, n.d.).

Também é preciso reconhecer que estão ocorrendo reversões no progresso. As taxas de violência baseada em gênero dispararam em muitos países durante o confinamento devido à COVID-19 e as novas tecnologias estão permitindo que esse abuso seja perpetrado em ambientes virtuais (Universidade de Melbourne e UNFPA, 2023). E, em alguns países, o próprio cerne da CIPD - o consenso sobre a saúde reprodutiva e a igualdade de gênero - está sendo minado, com retrocessos frequentemente dirigidos aos mais vulneráveis. Em um país, são negados cuidados de saúde aos migrantes

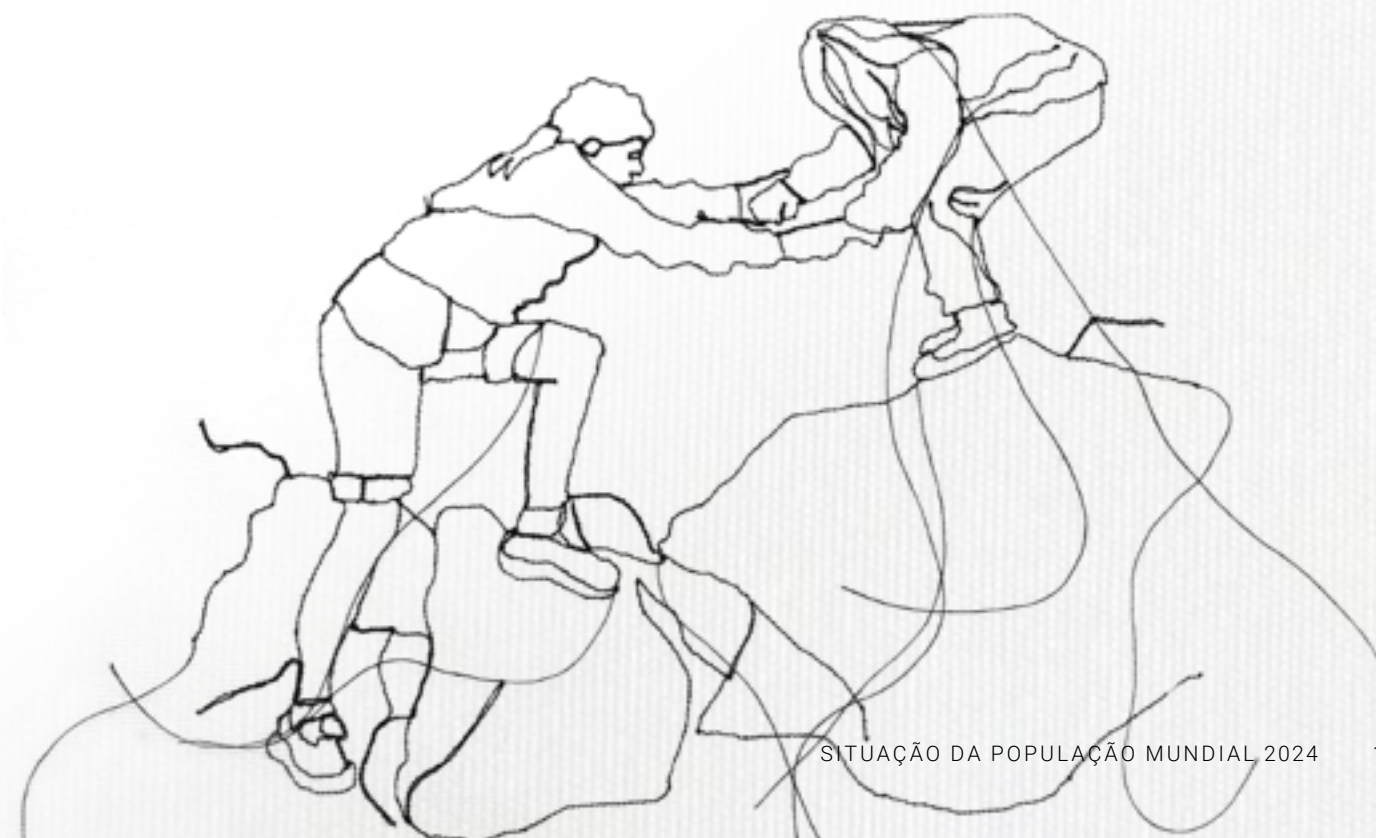
(MTI-Hungary Today, 2019); em outro, prevê-se que a promulgação de leis restritivas em matéria de aborto agrave as desigualdades em matéria de saúde para as pessoas com doenças crônicas, especialmente as pertencentes a minorias raciais (Hassan e outros, 2023). Ainda em outro país, a tomada do poder pelos militares significa que as mulheres têm sido em grande parte confinadas às suas casas e privadas de educação e emprego (Nações Unidas, 2023c). Em outros locais, as leis discriminatórias foram alargadas de modo a prever a pena de morte para as pessoas LGBTQIA+ (Nações Unidas, 2023d).

Mas não podemos permitir que esses obstáculos façam descarrilar a nossa comprovada trajetória de progresso. Como este relatório refere, o mundo se encontra em um ponto de inflexão, um momento em que o peso das provas aponta para soluções inclusivas, mesmo quando as nuvens de tempestade da incerteza, polarização e desinformação se acumulam no horizonte.

Uma visão do mundo que está por vir

As mudanças dos últimos 30 anos representam alterações tectônicas na forma como o mundo funciona, nos nossos sistemas de saúde, instituições políticas e normas sociais, e nas nossas expectativas em relação ao nosso corpo, família e futuro. Essas mudanças só irão se acelerar nas próximas décadas. No final de 2023, o UNFPA reuniu um consórcio de especialistas em direitos humanos, saúde sexual e reprodutiva, demografia, violência baseada em gênero, tecnologia e mudanças climáticas, procurando prever os maiores desafios e oportunidades para a humanidade que se apresentam no horizonte. Muitas das projeções são inquietantes - justificando não o pessimismo, mas a vigilância.

Prevê-se que a atual catástrofe climática venha a agravar consideravelmente as desigualdades a



nível mundial. As populações de baixa renda, que menos contribuíram para as mudanças climáticas, são as mais suscetíveis a sofrer as consequências dos ciclones, secas, inundações, ondas de calor e outros impactos negativos relacionados com o clima. Além disso, prevê-se que as mudanças climáticas desencadeiem um aumento da migração nacional e internacional, o que - como o presente relatório sublinhou - é uma causa significativa e crescente de marginalização, com impactos particularmente deletérios na saúde e nos direitos sexuais e reprodutivos. É provável que as condições de crise e as interrupções dos serviços exerçam maior pressão sobre os grupos já marginalizados, conduzindo, por exemplo, a uma maior incidência de violência baseada em gênero e a práticas nocivas como o casamento infantil. As potenciais ameaças à saúde reprodutiva incluem uma maior dificuldade em conceber, maiores riscos de aborto e riscos para a saúde materna e do recém-nascido (UNFPA, 2024e).

Prevê-se também que as tendências demográficas venham a remodelar grandemente o mundo tal como o conhecemos, com muitos países registrando um envelhecimento significativo da população e outros um boom de jovens - uma divergência que poderá se tornar mais extrema ao longo do tempo. Embora as tendências migratórias sejam difíceis de prever, as disparidades nas taxas de crescimento da população, bem como o desenvolvimento econômico desigual e outros fatores, podem potencialmente amplificar o ritmo da migração global e as preocupações relacionadas com a saúde e os direitos dos migrantes. A ansiedade em relação às alterações demográficas, incluindo a percepção da ameaça de declínio populacional

e de uma fertilidade muito baixa em certos locais, está levando alguns decisores políticos a contrariar os valores da CIPD (UNFPA, 2024f).

Os muitos êxitos alcançados na área da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos poderão ser questionados à medida que o mundo se confronta com estas e outras megatendências. Antecipando tais mudanças, os países devem reafirmar os princípios básicos da CIPD para assegurar que os direitos e serviços garantidos pelo Programa de Ação estejam disponíveis para todos - incluindo os migrantes e os refugiados.

Os governos e as sociedades também podem enfrentar os desafios crescentes tirando partido das novas tecnologias. Esses avanços podem, por exemplo, contribuir para acabar com a necessidade mundial não satisfeita de contracepção e resolver o problema crescente da infertilidade. Os sistemas de saúde também precisam ser reforçados, e estão surgindo oportunidades sob a forma de registros de saúde e identificação digital e de um maior acesso a ferramentas de saúde digital (UNFPA, 2024). Estas ferramentas digitais oferecem um grande potencial, mas apenas se o fosso digital - o fosso entre os que se beneficiam das tecnologias da informação e os que não beneficiam - for eliminado ou fortemente reduzido. As desvantagens da revolução digital, incluindo o aumento das campanhas de desinformação, também devem ser abordadas. As ferramentas e informações digitais podem ser utilizadas como armas contra grupos vulneráveis com base na etnia, sexualidade ou gênero. E a violência de gênero facilitada pela tecnologia está tendo um impacto significativo na saúde, segurança e bem-estar político e econômico das mulheres e meninas - e da sociedade como um todo (UNFPA, 2024b).

Por último, como salienta o Capítulo 3 do presente relatório, o avanço do Programa de Ação da CIPD e a resposta a desafios emergentes exigem sistemas de dados que proporcionem uma visão das realidades demográficas e sociais, permitindo simultaneamente aos decisores políticos antecipar o impacto das megatendências. Desde 1994, os sistemas de dados globais se tornaram mais fortes, mas muitos ecossistemas de dados nacionais permanecem frágeis e com poucos recursos. Sem dados confiáveis, os esforços críticos de planejamento não passarão de suposições e nenhum dos desafios mundiais poderá ser enfrentado com êxito. Ao mesmo tempo, temos de enfrentar os riscos crescentes de infração dos direitos e de utilização abusiva dos dados que acompanham os rápidos avanços na tecnologia dos dados. E, claro, os sistemas de dados devem gerar e analisar

dados desagregados para que as desigualdades existentes possam ser abordadas (UNFPA, 2024c). Como este relatório demonstrou, a vontade e a capacidade dos governos para recolher e analisar estes dados serão essenciais para abordar as desigualdades que impedem a plena realização das agendas da CIPD e dos ODS.

O leque de futuros globais possíveis, tanto positivos como negativos, é vasto. De fato, embora os desafios globais sejam cada vez maiores, também o é a imprevisibilidade dos seus possíveis resultados. Nesta época de incerteza, um fato é incontornável: os nossos destinos estão interligados. No meio das disputas mais intratáveis e das preocupações existenciais, o único caminho a seguir é a colaboração, a solidariedade, os valores partilhados, a redução das desigualdades e a garantia de esperança e dignidade para todos.



A saúde sexual dos idosos deixando de ser tabu

Algumas mulheres chegaram sozinhas. Outras vieram com amigas. Algumas tinham até 70 anos. Todas vieram para o “café” *Age of Love* em um centro comunitário em Northampton, Inglaterra, numa tarde de sábado em agosto de 2023.

No interior, os organizadores tocavam música animada enquanto as mulheres esperavam pelo início do programa do dia. As cortinas foram fechadas para garantir a privacidade. Algumas mulheres conversavam com as amigas, enquanto outras se sentavam em silêncio.

“No início, todos estavam um pouco nervosos, uma vez que durante as três horas seguintes as conversas seriam sobre sexo e saúde”, diz Audrey Tang, psicóloga, educadora e coorganizadora do evento. “Mas, quase de imediato, as pessoas começaram a se abrir e a se divertir”, acrescenta Tang.

O evento foi parte de uma série em que os adultos mais velhos têm a oportunidade de aprender em um ambiente “convivial e confidencial” sobre saúde sexual e obter respostas a perguntas sobre os seus corpos e sexualidade à medida que envelhecem, de acordo com a professora de psicologia da Universidade de Sheffield, Sharron Hinchliff, que criou a série *Age of Love* em 2019.

Segundo ela, os eventos ajudam a preencher o vazio de informação com que os adultos mais velhos muitas vezes se deparam quando querem se informar sobre assuntos como a menopausa, a disfunção erétil ou os impactos da doença e dos medicamentos na libido.

“Continuamos a ouvir dos adultos mais velhos que não existe uma forma fácil de encontrar informação confiável”, diz Hinchliff. Parte do problema reside no fato de se partir do princípio de que os adultos mais velhos não têm sexualidade e, por isso, não precisam de informação, explica.

“Mas sabemos que muitos adultos mais velhos são sexualmente ativos”, acrescenta. Muitos outros gostariam de ser, mas não o são: um estudo realizado no Reino Unido em 2019 concluiu que cerca de um em cada quatro homens e um em cada seis mulheres entre os 55 e os 74 anos têm um problema de saúde ou tomam um medicamento que afeta a sua vida sexual (Erens e outros, 2019). De acordo com o *Healthy Lifespan Institute* da Universidade de Sheffield, o problema é ainda pior para uma em cada duas pessoas com 65 anos ou mais que vivem com duas ou mais doenças crônicas.

“Há uma grande necessidade não satisfeita” de informação e serviços entre os adultos mais velhos do Reino Unido, diz Hinchliff. E essa

necessidade tende a aumentar à medida que as pessoas vivem mais tempo. A esperança de vida no país é de cerca de 80 anos e, atualmente, cerca de uma em cada quatro pessoas tem 60 anos ou mais (UN DESA, 2022a).

Os adultos mais velhos dizem a Hinchliff que as suas necessidades e preocupações em matéria de saúde sexual são frequentemente negligenciadas ou ignoradas pelos médicos devido à idade. Isso vai desde o fato de não ser informado quando é seguro retomar as relações sexuais depois de uma histerectomia até ao fato de ser dito que as dores sexuais se deviam “à idade”, mas sem ser oferecida qualquer ajuda ou aconselhamento”, afirma Hinchliff.

Evidências anedóticas e científicas mostram que os direitos sexuais dos adultos mais velhos raramente são respeitados. Em resposta a essa situação, Hinchliff, juntamente com Stephanie Ejegi-Memeh, investigadora associada da Universidade de Sheffield, e Gilli Cliff, responsável pela aprendizagem da iniciativa “*Age-Friendly Sheffield*”, elaboraram a primeira Carta dos Direitos Sexuais dos Adultos Idosos do Reino Unido, cujo objetivo é “assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade e respeito, e sem discriminação, à medida que envelhecem, no que diz respeito à sexualidade”.

A negação dos direitos sexuais dos idosos pode assumir muitas formas, desde serem impedidos de estabelecer relações íntimas em lares de idosos até serem excluídos de campanhas de saúde e educação sexual, incluindo as que visam a prevenção e o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis.

Em 2019, a *Age UK* mostrou que, entre 2014 e 2018, os novos diagnósticos de infecções sexualmente transmissíveis diminuíram mais de 7% entre os homens com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos, mas aumentaram quase 14% entre os homens com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos e 23% entre os homens e as mulheres com 65 anos ou mais durante o mesmo período (*Age UK*, 2019). A tendência reflete as desigualdades relacionadas com a idade nos serviços de saúde sexual e na informação no Reino Unido, afirma Hinchliff.

Entretanto, os adultos mais velhos têm menos probabilidade de denunciar uma agressão sexual do que os jovens, devido à preocupação de que não acreditem na denúncia por não se enquadrarem na “imagem da vítima de agressão sexual”, afirma. E podem demorar ou evitar procurar ajuda para questões sexuais porque estão dolorosamente conscientes da opinião predominante de que as pessoas mais velhas não devem ou não fazem sexo.

Todos estes desafios são agravados para os adultos mais velhos que



No café *Age of Love* em Northampton, Inglaterra, os adultos mais velhos podem aprender sobre saúde sexual em um ambiente seguro e confiável. © Sharron Hinchliff

são gays, lésbicas ou transgêneros, pertencem a minorias raciais ou étnicas, provêm de meios mais conservadores ou pertencem a famílias mais pobres, diz Hinchliff.

A Carta dos Direitos Sexuais se destina a ajudar os prestadores de cuidados de saúde, os assistentes sociais, os grupos comunitários, os voluntários e os responsáveis políticos a compreender melhor e a responder às necessidades dos idosos. Destina-se a “sustentar” todas as iniciativas destinadas a fazer de Sheffield um ótimo lugar para as pessoas envelhecerem.

“A ideia da Carta nasceu da frustração” porque muitos problemas podem ser facilmente resolvidos fazendo perguntas simples aos doentes sobre, por exemplo, a forma como um medicamento pode estar afetando a sua vida sexual, explica Hinchliff. As ideias da Carta estão agora sendo postas em prática: com colegas da Universidade

de Sheffield, Hinchliff criou o *AgeSexandYou.com*, um sítio Web com informação direta sobre saúde sexual e sexualidade para homens e mulheres mais velhos.

Em 2018, a Organização Mundial de Saúde acolheu a *Age-Friendly Sheffield*, uma parceria de organizações e indivíduos, na rede global de Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas. Como parte desta rede, a *Age-Friendly Sheffield* está se esforçando para criar ambientes físicos e sociais amigos dos idosos. Os eventos do café fazem parte deste esforço. Os primeiros eventos se destinavam às mulheres. Mas em dezembro de 2023, o evento “*Breaking the Silence*” (Quebrar o Silêncio) destinava-se aos homens e se centrava em sua saúde mental e bem-estar, incluindo o bem-estar sexual. “Os homens também querem falar sobre estas coisas”, diz Hinchliff, “mas muitas vezes não lhes damos a oportunidade ou o ambiente certo para o fazer”.

O caminho a seguir

Como este relatório reconhece, não existe uma solução única para todos. Mas há abordagens, baseadas tanto em amplas provas como em acordos internacionais, que podem e vão fazer avançar os nossos objetivos comuns. Estas incluem a intensificação dos nossos esforços, já acordados, para satisfazer as necessidades dos mais desfavorecidos, garantir a inclusão na tomada de decisões e na liderança, promover a abrangência e a universalidade dos cuidados de saúde e aumentar o acesso a conhecimentos de qualidade, imparciais e clinicamente exatos sobre saúde reprodutiva para todos.

Alfaiataria

As necessidades e perspectivas das pessoas que estão sujeitas às forças da marginalização devem ser incorporadas proativamente nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva e nos esforços para garantir os seus direitos reprodutivos. Como a OMS reconheceu em 2009, "embora a pobreza e o gênero influenciem significativamente a saúde e o desenvolvimento socioeconômico, os profissionais de saúde nem sempre estão adequadamente preparados para abordar essas questões no seu trabalho" (OMS, 2009). A pesquisa resumida ao longo deste relatório destaca como a pobreza e o gênero são apenas dois dos muitos fatores que se sobrepõem para contribuir para a falta de acesso e uso de serviços de cuidados de saúde reprodutiva por parte de muitas pessoas e para a realização dos seus direitos reprodutivos. Abordar essas lacunas significa analisar questões de inclusão, adaptação e direcionamento.

Uma preocupação é que a adaptação a grupos específicos parece, a um nível superficial, contradizer os esforços para implementar modelos integrados de cuidados, em que a

informação e os cuidados de saúde sexual e reprodutiva são fornecidos através dos pontos de prestação de serviços existentes. Por exemplo, a integração de serviços de saúde sexual e reprodutiva nos serviços de HIV/AIDS demonstrou melhorar o acesso, a qualidade dos cuidados e a produtividade dos profissionais de saúde, reduzindo também o estigma (Ford e outros, 2021). Mas a adaptação e a integração não precisam de ser antônimos e, de fato, podem ser complementares. Os programas de gestão de cuidados complexos, por exemplo, foram recomendados para utilizar os dados e as ferramentas dos sistemas de saúde existentes (incluindo a análise dos registos médicos e os sistemas de classificação dos doentes), ao mesmo tempo que dão ênfase às circunstâncias individuais que têm impacto na utilização e eficácia dos serviços, fatores como a habitação precária, os transportes e as condições sociais (Williams e Fendrick, 2022). As abordagens personalizadas não precisam, portanto, suplantar os sistemas de saúde integrados.

As abordagens adaptadas e orientadas podem assumir muitas formas, mas a chave do esforço é a participação significativa dos membros da comunidade afetada. Estas comunidades podem, por exemplo, identificar abordagens tão simples como serviços de tradução ou esforços de sensibilização direcionados, ou podem exigir esforços mais complexos e dispendiosos, incluindo programas autônomos especialmente concebidos ou implementados. Estes últimos programas podem provocar uma resistência especial, com alguns críticos a argumentarem que, de fato, reforçam o estigma e a exclusão ao tratarem certas populações como o "outro". No entanto, os dados mostram que o oposto pode ser verdade, com a concepção de programas adaptados que garantem às pessoas um espaço que assegura dignidade e segurança e reflete as

suas necessidades específicas, que podem ser diferentes das dos outros.

Talvez o exemplo mais saliente disso seja o caso do HIV/AIDS, que afeta desproporcionalmente comunidades estigmatizadas, incluindo profissionais do sexo, gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, pessoas que injetam drogas e pessoas em prisões e outros ambientes fechados. Em 2021, essas populações e os seus parceiros sexuais foram responsáveis por 70% das novas infecções por HIV/AIDS, e cada uma delas teve um acesso desigual a serviços de HIV/AIDS seguros, eficazes e de qualidade. Além disso, a associação resultante entre esses grupos e a transmissão do HIV/AIDS contribui para uma cascata de outras violações de direitos, incluindo a discriminação, a violência e a criminalização (USAID, 2022). Um estudo sobre programas bem-sucedidos de prevenção e tratamento do HIV/AIDS na Ásia salientou a importância de envolver significativamente as populações-chave nos serviços, na investigação e na programação, citando como exemplo o centro de saúde comunitário "Tangerine", concebido e liderado por transexuais na Tailândia (Yang e outros, 2020). Foi demonstrado que a disponibilidade de tais serviços liderados pela comunidade resulta em uma utilização muito maior dos programas de diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS entre os grupos-alvo (Nugroh e outros, 2017). Uma meta-análise dos programas de HIV/AIDS para trabalhadoras do sexo na África, por exemplo, concluiu que a chave para reduzir a transmissão do vírus consistia em consultar as comunidades e visar as suas necessidades específicas em matéria de prevenção (Atuhaire e outros, 2021).

A inclusão da comunidade, a participação dos mais desfavorecidos, a participação de todos - estes são objetivos grandiosos, mas os obstáculos

são reais e abundantes. Um dos principais obstáculos é a questão dos recursos financeiros - um refrão que provavelmente se tornará ainda mais frequente em ambientes de financiamento limitado. Mas os custos podem não ser a maior barreira - na verdade, o Capítulo 4 deste relatório destaca o extraordinário potencial econômico que pode ser desbloqueado quando a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos de todas as pessoas são realizados. Em vez disso, as atitudes, os pressupostos e as divisões que contribuem para a marginalização podem ser, de fato, maiores desafios ao progresso. Desde a hostilidade para com as pessoas LGBTQIA+, à comunicação deficiente (ou mesmo inexistente) com as minorias étnicas, à negligência na implementação de medidas simples que melhorariam a acessibilidade dos serviços para as pessoas com deficiência - a lista de barreiras é longa e, embora a superação de cada um destes exemplos tenha provavelmente um custo, o obstáculo mais elevado é, sem dúvida, o incentivo às mudanças normativas e estruturais necessárias para incluir efetivamente as pessoas marginalizadas.

Entretanto, o fato não se adaptar às necessidades destes grupos, e que suas necessidades não sejam ouvidas, pode ter um custo significativo - não só no agravamento dos resultados de saúde dos grupos marginalizados, mas também na forma de despesas suportadas pelos sistemas de saúde. Por exemplo, historicamente, muitas mulheres indígenas do norte do Canadá preferiam dar à luz em casa com uma parteira ou outra pessoa do sexo feminino - uma prática que foi restringida pelas autoridades de saúde preocupadas com a segurança das práticas de parteiras. Consequentemente, às 36 semanas de gestação, as mulheres grávidas e adolescentes das zonas setentrionais tinham frequentemente de ser transportadas de avião para instalações urbanas com serviços avançados, o que acarretava

custos significativos. Atualmente, a obstetrícia está sendo reintroduzida no Norte, assegurando cuidados obstétricos modernos de qualidade e preservando as preferências tradicionais de parto. As mulheres que dão à luz sob os cuidados de uma parteira nos centros de parto de Nunavut, por exemplo, relatam níveis de estresse mais baixos, maior envolvimento na tomada de decisões e melhor apoio psicossocial em comparação com as mães que tiveram de dar à luz em centros urbanos (Mikhail e outros, 2021). As intervenções mais bem intencionadas, mesmo as que são apoiadas por recursos abundantes, não alcançam, nem podem alcançar, resultados ótimos se não envolverem os indivíduos e as comunidades afetadas.

Inclusão

A chave para a adaptação, como destacam os vários exemplos anteriores, é a participação inclusiva das comunidades afetadas. Mas a inclusão é fundamental para além do trabalho de seleção de comunidades e populações e, por várias razões, deve ser considerada como uma abordagem mais ampla aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

Entre essas razões, a principal é que as comunidades podem aparecer coletivamente, aos decisores políticos e aos criadores de programas, como um monólito, quando nada poderia estar mais longe disso. As populações indígenas em países de todas as regiões do mundo sofrem de piores resultados em termos de saúde, por exemplo (Akter e outros, 2018). No entanto, esses grupos são extraordinariamente diversos, tanto no interior dos países como entre eles. Enfrentam frequentemente formas de marginalização que se intersectam - incluindo localizações remotas, pobreza, dificuldades de comunicação nas línguas nacionais, privação de educação e discriminação

frequentemente associada a traumas históricos. Apesar das semelhanças, cada um é único e as diferenças são importantes quando se trata de adoção e aceitação dos serviços de saúde.

Dentro de um mesmo grupo indígena, as diferenças socioeconômicas podem influenciar os resultados em termos de saúde, por exemplo. Em um estudo, as mulheres indígenas com mais educação tinham 11 vezes mais chances de utilizar os serviços de saúde materna e 23 vezes mais probabilidades de acessar aos serviços de cuidados pré-natais durante a gravidez, em comparação com as que não tinham frequentado a escola (Islam, 2016). Do mesmo modo, o nível de renda foi determinante para o acesso das mulheres indígenas aos serviços de saúde materna, bem como a exposição aos meios de comunicação social e a sua relação com os profissionais de saúde (Akter e outros, 2018).

As necessidades das comunidades indígenas podem ser muito variáveis quando se trata de saúde sexual e reprodutiva - um tema que é simultaneamente sensível e profundamente enraizado em normas culturais. As preferências por dar à luz em casa, com o parceiro ou com membros da família, podem ser fortemente influenciadas pela cultura. A preferência por posições de parto também pode ser cultural. Algumas mulheres indígenas quíchuas no Peru, por exemplo, preferem o parto vertical utilizando uma corda suspensa no teto, uma prática que não é habitual para os médicos do país (Gabrysch e outros, 2009). E, claro, a indigeneidade é apenas um exemplo de como a concepção inclusiva e a participação da comunidade são essenciais na criação de intervenções no sistema de saúde sexual e reprodutiva - as necessidades de outras pessoas podem variar com base no status de migração, casta, deficiência, idade ou outros fatores.

Ainda mais poderosa do que a participação comunitária é a liderança comunitária. Os programas, mecanismos de financiamento e outros esforços para apoiar a liderança comunitária estão aumentando, tal como o apoio a esta abordagem nos mais altos níveis. Nas últimas semanas de 2023, por exemplo, a UNAIDS apelou a uma maior liderança comunitária na recolha de dados desagregados e na prestação de serviços de prevenção, teste e tratamento do HIV/AIDS. Este anúncio chamou particularmente a atenção para a necessidade de chegar às pessoas transgênero, tanto com esforços de coleta de dados como com serviços de HIV/AIDS adaptados às necessidades determinadas pelas próprias comunidades transgênero. Foi também notável por ser a primeira vez que um organismo liderado por um Estado-membro adotou uma decisão consensual com referências e compromissos para com as pessoas transgênero (ONUSIDA, 2023) - afirmando assim a necessidade de se envolver com uma comunidade que continua a ser uma das mais estigmatizadas e marginalizadas do mundo, e de lhe atribuir financiamento.

O poder da representação na tomada de decisões está bem patente nos estudos sobre quotas de liderança para as mulheres, que revelam efeitos positivos para a igualdade de gênero em geral (O'Brien e Rickne, 2016). Um exemplo no Capítulo 3 ilustra ainda mais o valor da representação para os resultados no domínio da saúde, especificamente: O aumento do número de mulheres médicas e a melhoria do apoio e do respeito pelas enfermeiras e parteiras têm sido associados a um melhor acesso aos

Assuit é uma forma antiga e intrincada de bordado com linha de metal, tradicionalmente praticada por mulheres no norte do Egito. O Tally Assuit Women's Collective (TAWC) é um grupo intergeracional de artesãs dedicadas a manter a arte viva. O TAWC é um participante regular do International Folk ArtMarket. © Tally Assuit Women's Collective

As mulheres Ngäbe desencadeiam uma revolução na saúde e na igualdade das mulheres

“São três horas a pé”, diz Eneida, de 25 anos, descrevendo casualmente a árdua caminhada na montanha que fez no nono mês de gravidez para chegar à maternidade, ou *casa materna*.

Eneida vive na remota comarca Ngäbe Buglé, uma região habitada pelos grupos indígenas Ngäbe e Buglé, situada no alto das montanhas do oeste do Panamá. Existem apenas algumas estradas pavimentadas na *comarca*, que estão cheias de buracos. Alguns habitantes deslocam-se a cavalo. A maioria vai a pé. Por esta razão, muitas mulheres grávidas dão à luz em casa. Não é por acaso que a *comarca* tem a maior taxa de mortalidade materna de todas as regiões do país.

Eneida optou por esperar os últimos dias da sua gravidez na Casa Materna de San Félix, uma casa de espera para maternidade que fornece alimentação, cuidados de saúde e transporte para serviços de parto seguros. “Estou gostando. Este lugar é muito bonito”, diz ela.

A casa de espera da maternidade é apenas um dos muitos serviços de saúde sexual e reprodutiva introduzidos na *comarca* graças aos esforços organizados da Associação de Mulheres Ngäbe - um grupo que se

reuniu pela primeira vez há 30 anos com um objetivo muito diferente. Naquela época, na década de 1990, as mulheres da comunidade procuravam algo completamente diferente: um mercado para o seu artesanato.

“Começamos a nos reunir e a identificar os nossos problemas e as nossas necessidades”, diz Gertrudis Sire, presidente da Associação de Mulheres Ngäbe. Rapidamente se tornou claro que algumas das maiores barreiras para escapar à pobreza não eram econômicas - eram reprodutivas. “As mulheres da comunidade levantaram o problema do fato de terem muitos filhos”, recorda Sire. Ela explica que sempre que uma mulher não conseguia alimentar os seus filhos, referia-se ao problema como “julho”, um reflexo da sua rotina. “Tenho muitos julhos em casa”, diziam as pessoas. O que é julho? Era uma forma de identificar a fome que havia na comunidade. Diziam: como é que podemos evitar essa situação? Tenham menos filhos”.

Outras necessidades de saúde sexual e reprodutiva também vieram à tona. “Reparamos que as mulheres morriam nas suas casas quando davam à luz. Não havia nenhum plano para as transportar porque na região não havia nenhum hospital

materno-infantil”. A Associação contactou o Ministério da Saúde e o UNFPA e, em conjunto, criaram uma rede de profissionais de saúde para prestar cuidados e sensibilizar para a saúde materna, a contraceção e a nutrição infantil. Sire diz: “Demos palestras sobre estes temas e eles os sentiram e viveram”.

A relação de reforço mútuo entre a igualdade de gênero, a saúde sexual e reprodutiva e a empoderamento econômico foi talvez reconhecida de forma mais notável na CIPD em 1994. Mas a experiência da Associação de Mulheres Ngäbe mostra que esse reconhecimento também estava ocorrendo nos cantos mais remotos do mundo, à medida que as mulheres começaram a planejar as suas famílias e a investir em um futuro melhor para si mesmas e para as suas comunidades. A Associação de Mulheres Ngäbe trabalhou de forma independente para desencadear um ciclo virtuoso de autonomia reprodutiva, melhoria da saúde e redução da pobreza.

Eira Carrera, intérprete intercultural no Hospital Materno-Infantil José Domingo De Obaldía, começou a sua carreira como promotora de saúde na *comarca*. “Isso foi em 96, 98”, recorda. “Os temas que abordávamos como

promotores de saúde eram a saúde sexual e reprodutiva, que envolve infecções sexualmente transmissíveis, exames de Papanicolau, tudo relacionado com a saúde sexual e reprodutiva, planeamento familiar... violência doméstica, até paternidade responsável.” As mensagens foram mais bem recebidas entre as mulheres do que entre os homens. Enquanto as mulheres estavam geralmente ansiosas para se beneficiar do planeamento familiar - “porque era essa a sua necessidade”, diz Carrera - os homens eram menos receptivos. “Os homens não queriam esse recurso”.

Houve progressos nas três décadas que se seguiram. Quando questionado sobre se as mulheres Ngäbe diriam que tomam as suas próprias decisões em matéria de contraceção, Carrera afirma: “A cada 10 mulheres, aproximadamente oito podem dizer que sim”. Mas ainda há um longo caminho a percorrer. A questão do machismo é muito agravada pela persistente discriminação étnica que a comunidade enfrenta. Não há muito tempo, esperava-se que os membros da comunidade Ngäbe se sentassem na parte de trás do ônibus quando viajavam para fora da *comarca*. Ainda hoje, as oportunidades de emprego são escassas e muitos homens Ngäbe sobrevivem como mão de obra migrante para as plantações de café. Para as mulheres, esta sobreposição entre a marginalização étnica e a desigualdade de gênero continua a ser mortal. “A maioria das mortes maternas se deve especificamente ao fato de o marido não ter podido levar a mulher para receber cuidados”, diz Humberto Rodríguez, enfermeiro responsável pelo distrito de Nole



Eira Carrera garante que as mulheres Ngäbe sejam ouvidas e respeitadas no sistema de saúde, além de ensiná-las sobre seus direitos. © UNFPA/Rebecca Zerzan

Duima, descrevendo mortes de mulheres cujos maridos estavam viajando quando entraram em trabalho de parto. “O marido não está em casa nesse momento e a decisão não é dela”.

As mulheres Ngäbe também costumavam ser destituídas de poder pelos sistemas de saúde, diz Carrera. “Os médicos pegavam no processo, tratavam a mulher e, se ela se recusasse, não recebia os cuidados de que necessitava ou os recebia de uma forma forçada, obrigatória, que violava os seus direitos... Hoje, isso mudou completamente”. Atualmente, Carrera é intérprete entre o pessoal de saúde, que fala espanhol, e os doentes, que falam Ngäbe. Também dá formação ao pessoal do hospital para que atue de uma forma culturalmente sensível. Segundo Carrera, as mulheres tratadas com dignidade e informação consentirão frequentemente nos cuidados. “Se ela não aceitar, isso é respeitado”.

Ela quer que as mulheres compreendam que a autonomia do

corpo também se estende às suas relações. “Dou aqui uma palestra às mães, dizendo que não são obrigadas a ter relações sexuais com o marido contra a vontade. Isso se chama abuso sexual”, explica Carrera. “Ainda temos de trabalhar muito nesse aspecto.”

Mas essas questões não são exclusivas da comunidade Ngäbe, sublinha Sire. “O problema está em todo o lado”, diz ela. “Esta coisa do machismo sempre existirá ... e a discriminação nunca acabará, porque isso está em todo o lado... Mas pessoas como nós, na Associação, foram treinadas por isso. Já temos uma armadura”.

Eneida, a mulher que aguarda o nascimento do seu terceiro filho, tem essa armadura - embora seja aberta e sorridente, em vez de defensiva. A sua armadura é a sua confiança. Quando lhe perguntamos se o seu companheiro apoiaria a sua decisão sobre o planeamento familiar, não tem dúvidas: “Sim. Sim. Vou ser apoiada. Sim”, diz Eneida. “Com o que eu quiser.”

cuidados de saúde e a melhores resultados em termos de saúde para as mulheres (ver página 72). Do mesmo modo, a representação pode ser especialmente importante na área da saúde sexual e reprodutiva, onde o estigma é uma barreira frequente à prestação de cuidados (Bohren e outros, 2022).

Mais concretamente, a inclusão na tomada de decisões significa corrigir os desequilíbrios de poder - desequilíbrios que podem ser invisíveis mesmo para aqueles que detêm o poder. Os esforços para reconhecer e resolver as desigualdades e aumentar a inclusão são frequentemente confrontados com contra-argumentos de que são discriminatórios para aqueles que têm vantagens institucionais e históricas (Pierce, 2013). Este enquadramento contraditório da inclusão é contraproducente, não só para os desfavorecidos, mas também, frequentemente, para a sociedade no seu conjunto. Afinal, a igualdade de gênero beneficia não só as mulheres e as meninas, mas também os homens e os rapazes, em medidas que vão desde a estabilidade financeira (Ozili, 2024) a uma melhor saúde e satisfação com a vida (Wells e outros, 2024). A Lancet Commission on Peaceful Societies through Health Equity and Gender Equality (2023) refere que "as melhorias na equidade na saúde e na igualdade de gênero [podem] reforçar o capital humano, a economias inclusivas, o capital social e a governança". Os esforços para alcançar a equidade pela inclusão também podem beneficiar a sociedade em geral.

Abrangente e universal

Com base em décadas anteriores de investigação e acordos, os ODS apelam a que os serviços de saúde sexual e reprodutiva sejam simultaneamente abrangentes e universais. Esses

conceitos não são novos - mas o que é novo, ou mais recente, é o crescente otimismo de que ambos são facilmente alcançáveis.

A abrangência foi bem elaborada pela OMS na sua nota de orientação sobre saúde reprodutiva, que define um pacote abrangente de cuidados de saúde reprodutiva como um pacote que inclui uma vasta gama de serviços de contraceção; cuidados pré-natais, de parto e pós-natais; serviços de aborto seguro e tratamento de complicações de aborto inseguro; prevenção e tratamento do HIV/AIDS e de outras ISTs; e serviços para combater a violência baseada em gênero. Além disso, a promoção da saúde é essencial, nomeadamente através da prestação de informação e aconselhamento a todos sobre saúde e bem-estar sexual e, para os jovens, de uma educação sexual abrangente (OMS, 2023).

A cobertura universal de saúde também tem sido bem articulada na comunidade internacional. O ODS 3.8 apela a que se alcance "a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção contra riscos financeiros, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos" (UN DESA, 2023, n.d.a).

Ainda assim, tanto a abrangência como a universalidade têm sido difíceis de alcançar, com lacunas persistentes na cobertura que afetam negativamente os marginalizados acima de tudo. Mas nos casos em que a abrangência ou a universalidade foram alcançadas, ou quase alcançadas, as contribuições para a equidade foram notáveis. Um relatório apresentado ao Conselho dos Direitos Humanos, por exemplo, referiu que os cuidados de saúde universais

terão provavelmente atenuado as disparidades raciais em alguns países (Conselho dos Direitos Humanos, 2020). (De fato, um dos objetivos centrais da cobertura universal de saúde é a equidade no acesso).

Além disso, foram observados progressos significativos em muitos países, sublinhando a facilidade com que este objetivo pode ser atingido. O Peru, por exemplo, registrou uma década de crescimento extraordinário na cobertura de saúde reprodutiva a partir de 2007, quando o país lançou uma iniciativa orçamental baseada em resultados que atribuiu fundos à saúde materna e neonatal e à nutrição infantil (Huicho e outros, 2018). O programa se baseou principalmente nas despesas internas, com a ajuda

ao desenvolvimento como um componente menor do apoio financeiro, e os resultados incluíram grandes reduções na mortalidade de menores de cinco anos e neonatal (Huicho e outros, 2018).

Os avanços são possíveis mesmo que os países não consigam adotar um pacote completo de intervenções universais e abrangentes de saúde sexual e reprodutiva ao mesmo tempo. Em 2020, por exemplo, a Zâmbia adotou um plano de cobertura universal de saúde que inclui fornecimentos e serviços contraceptivos - um plano que é universal, embora ainda não abrangente, para todos os serviços de saúde reprodutiva (PAI, 2020).

É importante salientar que a universalidade deve significar todos. Isso pode parecer evidente, mas a maioria dos países persiste em considerar a cobertura universal de saúde como o objetivo de prestar cuidados de saúde a todos os cidadãos. Isso exclui alguns dos mais necessitados: os imigrantes sem documentos, os trabalhadores migrantes temporários, os apátridas e os refugiados, entre outros. Como diz um estudo sobre o enigma, os especialistas mundiais em saúde "declararam que 'todos os caminhos levam à cobertura universal de saúde', mas os migrantes sem documentos não percorrem esses caminhos" (Onarheim e outros, 2018). Considerando que, nos próximos anos, é possível um movimento maciço de pessoas através das fronteiras, esse fato pode levar a uma população cada vez maior de pessoas excluídas dos cuidados de saúde. Para além de apoiar o direito humano fundamental à saúde, a extensão dos cuidados de saúde a todas as pessoas dentro das fronteiras de um país pode trazer benefícios econômicos e de saúde

Em KwaZulu-Natal, na África do Sul, uma árvore bombardeada com arame aumenta a conscientização das comunidades afetadas pelo HIV/AIDS. © Paula Thompson/Woza Moya



pública. Um estudo comparou dois países de renda elevada, a Noruega e os Estados Unidos, que não oferecem cobertura aos migrantes sem documentos, e um país de renda média, a Tailândia, que o faz; concluiu que a abordagem de saúde da Tailândia é menos "problemática" e tem mais probabilidades de atingir o objetivo dos ODS relativo à cobertura universal de saúde (Onarheim e outros, 2018). Outros estudos sugerem que a disponibilização de um seguro de saúde para os migrantes sem documentos pode conduzir a uma redução dos custos dos cuidados de saúde em resultado de melhorias gerais na saúde da população (Gostin, 2019).

E a questão dos custos é, de fato, uma consideração central para todos os países. Atualmente, os países em desenvolvimento são confrontados com níveis sem precedentes de dívida internacional, devido a fatores que vão desde "a pandemia, uma situação agravada pela inflação, o aumento das taxas de juros, as tensões comerciais e a capacidade orçamental limitada" (UN DESA, 2023). Os elevados pagamentos de juros já estão afetando as despesas com os cuidados de saúde em 48 países em desenvolvimento que abrigam 3,3 bilhões de pessoas. O país médio de baixa renda gasta atualmente 1,4 vezes mais em pagamentos de juros líquidos do que em despesas de saúde internas. Os países de renda elevada, pelo contrário, gastam quase quatro vezes mais em cuidados de saúde do que em pagamentos de juros líquidos (PNUD, 2023). No entanto, estão surgindo formas altamente promissoras e inovadoras de financiamento da saúde que poderão tornar acessível uma cobertura de saúde universal e de qualidade, tais como obrigações soberanas ligadas à obtenção de resultados de saúde específicos. Igualmente importante é o acordo (reforçado durante a

pandemia) de que a cobertura universal de saúde é um imperativo moral e de saúde pública. Como afirmou a Directora-Geral do Fundo Monetário Internacional, Kristalina Georgieva, em dezembro de 2020, "Uma coisa é certa: não voltaremos ao ponto em que estávamos. Se quisermos ultrapassar a crise e moldar a recuperação, temos de avançar com um sentido renovado de objetivo e solidariedade - com todas as pessoas" (Georgieva, 2020).

Ampliar os conhecimentos exatos sobre saúde reprodutiva

Empoderar as pessoas para tomarem conta da sua própria saúde por meio da informação e do conhecimento é tão importante como os cuidados de saúde universais e abrangentes. Isso é especialmente verdadeiro para os grupos marginalizados, incluindo os jovens. Essa questão só se tornará mais importante à medida que as tecnologias avancem, os perfis demográficos dos países se alterem e os sistemas de saúde evoluem.

Uma das principais ferramentas para expandir o conhecimento sobre saúde reprodutiva é a educação sexual abrangente, cuja eficácia e benefícios são apresentados no Capítulo 4. Além de gerar retornos individuais e sociais sobre o investimento em termos de saúde, educação e produtividade, a educação sexual extensiva também pode fortalecer a agência e a capacidade de jovens marginalizados. Por exemplo, pesquisas indicam que uma educação em sexualidade abrangente de qualidade, apropriada para a idade e baseada em direitos pode promover o senso de poder, a autonomia e a crença dos jovens em sua própria igualdade, pois "busca explicitamente empoderar os jovens - especialmente meninas e outros jovens marginalizados - para que vejam a si mesmos e aos outros como membros iguais em seus relacionamentos, capazes de proteger sua

própria saúde e como indivíduos capazes de se engajar como participantes ativos na sociedade" (Haberland e Rogow, 2014). Em outras palavras, uma educação sexual abrangente e eficaz pode ajudar os jovens a refletir criticamente sobre as desigualdades, incluindo a desigualdade de gênero, levando a decisões e comportamentos mais equitativos. Apesar disso, o apoio à educação integral em sexualidade tem falhado nos últimos anos (Nações Unidas, 2023b).

E a educação sexual abrangente é apenas uma forma de expandir o acesso a conhecimentos exatos e de qualidade sobre saúde reprodutiva. Outra forma requer a remoção de informações desatualizadas, tendenciosas, imprecisas ou excessivamente simplificadas não apenas dos livros didáticos, mas também dos currículos de educação médica, dos sistemas de saúde e das políticas de saúde reprodutiva. Como destaca o Capítulo 2, a desinformação, a informação parcial e a simplificação excessiva tiveram impactos adversos sobre as pessoas marginalizadas ao longo da história e continuam a tê-lo atualmente.

O fato de não se dotar as pessoas - adolescentes, profissionais de saúde, decisores políticos e todos os outros - de informação factual e imparcial só pode conduzir a sociedades mal preparadas para responder às preocupações do futuro. Os sistemas de saúde mundiais estão adotando as intervenções de autocuidado como uma ferramenta cada vez mais importante "para todos os países e contextos econômicos, como um caminho fundamental para alcançar a cobertura universal de saúde, promover a saúde, manter o mundo seguro e servir os vulneráveis" (OMS, n.d.b). As intervenções de autocuidado são particularmente importantes para a saúde sexual e reprodutiva, onde as barreiras aos

serviços incluem não só o acesso às instalações de saúde, mas também o estigma e as normas patriarcais. No entanto, para que os mais desfavorecidos possam se beneficiar efetivamente dos autocuidados, necessitam de informações de saúde precisas (UNFPA, 2018a).

Expandir o conhecimento sobre saúde reprodutiva também significa investir no desenvolvimento de informações e intervenções de saúde inclusivas. A investigação no domínio dos cuidados de saúde continua a tratar os homens, e especialmente os homens nos países de alta renda, como pacientes e sujeitos de investigação por defeito. O financiamento da investigação e desenvolvimento no domínio da saúde materna diminuiu 15% entre 2018 e 2023, por exemplo, um fato que os investigadores atribuem à concentração desproporcional destas questões em países de baixa e média renda (Policy Cures Research, 2023). Estima-se que as mulheres passem mais 25% do tempo em condições de saúde debilitantes do que os homens, mas continuam a estar sub-representadas ou mal representadas na medicina: "Para compreender melhor a biologia feminina básica, devem ser desenvolvidas ferramentas de investigação fundamentalmente novas (por exemplo, modelos animais, modelos computacionais, avatares de doentes e modelos humanizados) que classifiquem melhor os sintomas e as manifestações de doença das mulheres (em vez de lhes chamar 'atípicas')", afirma um documento recente. Os investimentos que corrigem o déficit de saúde das mulheres "poderiam potencialmente impulsionar a economia em pelo menos 1 bilhão de dólares por ano até 2040" (Fórum Económico Mundial, 2024).

Serão também necessárias soluções para resolver questões relativas a avanços eticamente espinhosos no domínio da medicina reprodutiva e das ferramentas digitais que são promissoras e, ao mesmo tempo, potenciais ameaças à privacidade e à segurança. A capacidade da humanidade para enfrentar esses desafios fica muito comprometida quando não conseguimos chegar a acordo sobre os fatos do desenvolvimento humano, da reprodução, da anatomia, da sexualidade e da diversidade. Todas as pessoas têm direito a conhecimentos atualizados sobre saúde sexual e reprodutiva, cientificamente exatos, culturalmente sensíveis e adequados à idade - não deve haver nada de político ou controverso nisso.

Celebrar os ganhos e se comprometer a fazer mais

As provas trazidas à tona mostram que os resultados alcançados desde 1994 foram muitos, mas têm de ir mais longe. O mundo tem observado repetidamente que os esforços para eliminar os maus resultados em matéria de saúde e acabar com as mortes maternas evitáveis simplesmente não são suficientes para ultrapassar as barreiras colocadas pela desigualdade, discriminação, preconceito e estigma. No entanto, esse fato nos oferece talvez a melhor oportunidade de alcançar os objetivos acordados - tanto da CIPD como da Agenda 2030 - para concretizar os direitos e as escolhas de todas as pessoas.

O passado recente foi um passado de rupturas históricas que desencadearam apelos à justiça, inspiraram novas reflexões sobre as desigualdades sistêmicas e mobilizaram a defesa de direitos em todo o mundo. De fato, quando alargamos a

lente, passando do passado recente para os últimos 30 anos, vemos muito mais motivos de esperança do que de desespero.

A falta de dados e, em especial, de dados desagregados, constitui um enorme obstáculo, tal como se explica ao longo deste relatório - mas os dados de que dispomos atualmente e os métodos disponíveis para analisá-los são melhores do que nunca.

Os sistemas têm de ser reformados para eliminar formas de discriminação enraizadas e invisíveis, um processo que é suscetível de causar debate e descontentamento - no entanto, o processo já começou, com os movimentos Ni Una Menos e MeToo expondo os desequilíbrios de poder entre os sexos e movimentos como Rhodes Must Fall e Black Lives Matter a destacando as desigualdades raciais.

É necessária vontade política para direcionar mais recursos para a saúde sexual e reprodutiva e para os direitos dos grupos marginalizados, o que parece ser uma tarefa difícil em um mundo cada vez mais polarizado e politizado - no entanto, há sinais encorajadores de que os decisores políticos estão dispostos a abordar muitas destas questões de frente. Nas revisões nacionais voluntárias de 2023 (um processo em que os Estados-Membros identificam voluntariamente as prioridades de desenvolvimento sustentável e os esforços no terreno como parte da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável), todos os 39 Estados-Membros participantes abordaram grupos afetados por fatores de marginalização, como o gênero e a deficiência, as pessoas em zonas rurais ou remotas e as minorias étnicas. Pouco menos de metade, 49%, abordou as necessidades das pessoas LGBTQIA+ (UNFPA, 2024g). Embora as revisões não reflitam necessariamente mudanças

no terreno, são um passo fundamental para a transparência das posições e prioridades políticas dos Estados (Fukuda-Parr e outros, 2018). Uma forte defesa e acompanhamento poderiam, portanto, contribuir muito para colocar a saúde sexual e reprodutiva das pessoas marginalizadas no topo da agenda de desenvolvimento.

A questão do poder também deve ser abordada. As políticas, as atitudes e as normas em todo o mundo perpetuam as desigualdades a níveis elevados e baixos - mas a mudança é possível e iminente. De fato, este ano representará um marco para as eleições, com mais de 2 bilhões de eleitores a irem às urnas em mais de 50 países (Fórum Económico Mundial, 2023). Votar é importante porque, como este relatório destaca, a representação é importante. É por isso que o mundo concordou com o ODS 5.5.1, que mede a proporção de assentos ocupados por mulheres nos parlamentos nacionais e governos locais. O voto também pode ajudar a elevar as vozes de outras pessoas vulneráveis e marginalizadas.

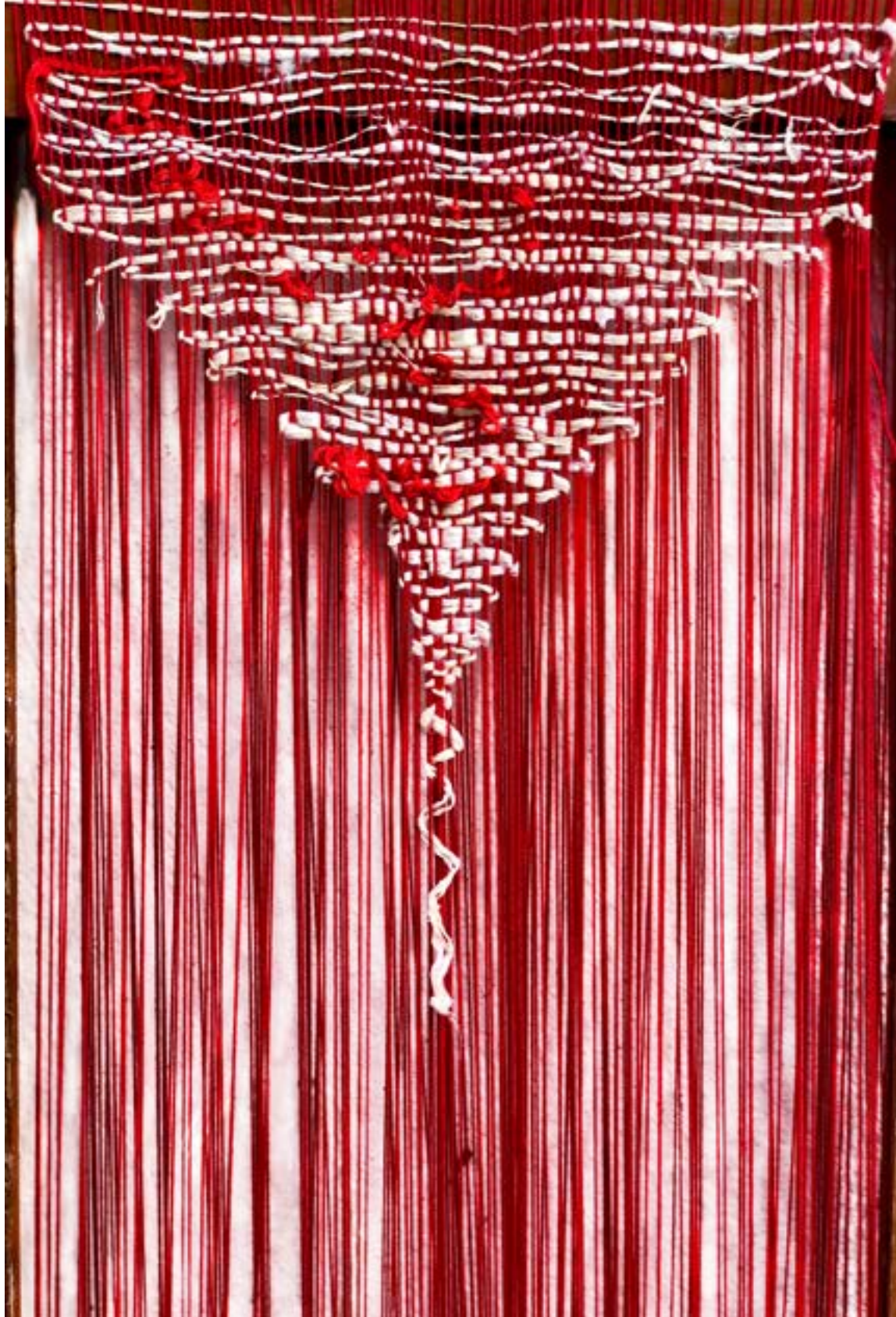
E embora as eleições e a defesa de direitos sejam ferramentas necessárias para acabar com a marginalização, também se deve reconhecer que essas ferramentas simplesmente não existem em diversos países. Nesses casos, os organismos internacionais de normalização, como os das Nações Unidas, devem se manifestar e sublinhar que a adoção das metas dos ODS e os muitos instrumentos de direitos humanos que as reforçam são obrigações de todos os Estados-Membros, produzidas com o acordo desses mesmos governos, que devem ser implementadas.

Por último, as vozes dos marginalizados estão sendo ouvidas, cada vez mais alto. Em vez de respondermos com alarme, podemos responder



aos seus apelos com abertura e colaboração. A impaciência com o que ainda não conseguimos alcançar é justificável e pode até ser bem-vinda. Afinal de contas, é um sinal de progresso o fato de conseguirmos identificar e lutar contra as forças que continuam a empurrar as pessoas para trás. Também há progressos no fato de as nossas expectativas em matéria de saúde, direitos e justiça terem mudado nas últimas três décadas. O mundo mudou; os padrões são mais elevados. O mesmo ocorre com a nossa capacidade de atuação.

No fim de contas, a realização dos objetivos mais elevados do mundo pouco significará se insistirmos nas formas mais simples de contabilizar os progressos, com países, comunidades e identidades inteiras engolidas por uma média global. Somos capazes de uma visão mais sofisticada, uma visão que reconheça a dignidade e o valor de cada indivíduo, uma visão que reconheça que assegurar os direitos de todas as pessoas significa assegurar os direitos de cada pessoa. Afinal de contas, o tecido da humanidade é vasto e belo, mas só é tão forte quanto o seu fio mais frágil.



A obra de arte de Pankaja Sethi, "The Flaming Womb", examina a lacuna entre os atributos simbólicos da feminilidade e o papel e as condições das mulheres ditadas por uma sociedade patriarcal. A peça foi incluída como parte da exposição Fabric of Being, com curadoria da SEA Junction, para a Cúpula de Nairóbi sobre a ICPD25, em 2019. © Pankaja Sethi

Indicadores

Progressos na concretização dos objetivos da CIPD: Saúde Sexual e Reprodutiva	página 134
Progressos na concretização dos objetivos da CIPD: Gênero, direitos e capital humano	página 140
Indicadores demográficos	página 146
Notas técnicas	página 152

Saúde Sexual e Reprodutiva

Áreas mundiais e regionais	Razão de mortalidade materna (MMR) (mortes por 100.000 nados-vivos) ^a	Intervalo de incerteza da MMR (IU 80%), estimativa inferior ^a	Intervalo de incerteza da MMR (IU 80%), estimativa superior ^a	Nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado, percentagem	Número de novas infeções por HIV/AIDS, todas as idades, por 1.000 pessoas não infectadas	Taxa de prevalência de uso de contraceptivos, mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, percentagem				Necessidade não satisfeita de planeamento familiar, mulheres entre os 15 e os 49 anos, percentagem		Proporção de necessidades satisfeitas com métodos modernos, todas as mulheres de 15-49 anos	Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde, informação e educação sexual e reprodutiva, percentagem	Cobertura universal de saúde (UHC) - índice de cobertura de serviços
	2020	2020	2020	2022	2022	2024		2024		2024		2024	2022	2021
						Qualquer método	Métodos modernos	Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união			
Mundo	223	202	255	86	0,17	50	65	46	59	9	11	78	76	68
Regiões mais desenvolvidas	12	10	14	99	0,15	58	70	52	62	7	8	80	87	84
Regiões menos desenvolvidas	244	221	279	81	0,17	49	65	45	59	9	11	77	72	64
Países menos desenvolvidos	377	338	431	65	0,34	33	43	29	38	15	20	61	71	44
Regiões UNFPA														
Estados Árabes	145	110	194	83	0,04	34	53	29	45	10	15	66	65	61
Ásia e Pacífico	113	101	128	87	0,07	54	71	50	65	6	8	82	74	68
Europa Oriental e Ásia Central	21	19	25	98	0,15	46	64	36	49	8	11	67	84	74
América Latina e Caribe	88	79	99	95	0,19	59	75	56	71	8	9	83	75	76
África Oriental e Austral	360	313	441	70	0,83	36	45	33	42	15	20	65	72	46
África Ocidental e Central	750	625	986	61	0,30	21	23	18	20	17	22	47	70	40
Países, territórios e outras áreas														
Países, territórios e outras áreas	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024		2024		2024		2022	2021	
Afganistão	620	406	1050	62	0,03	21	29	19	26	17	23	50	56	41
Albânia	8	4	16	100	0,02	33	45	6	6	12	16	12	79	64
Argélia	78	41	164	99	0,05	35	60	30	52	7	11	72	–	74
Angola	222	148	330	50	0,44	17	18	16	17	26	35	37	62	37
Antígua e Barbuda	21	11	36	99	–	42	63	40	61	10	13	77	–	76
Argentina	45	38	53	99	0,09	59	71	57	68	10	11	83	92	79
Arménia	27	19	42	100	0,19	39	60	22	33	8	12	46	87	68
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Austrália	3	2	4	96	–	59	67	57	64	8	10	85	–	87
Austria	5	4	8	98	–	66	73	64	71	5	7	89	–	85
Azerbaijão	41	22	69	100	0,05	37	58	16	24	9	13	35	–	66
Bahamas	77	51	128	99	0,15	46	66	44	65	10	12	79	–	77
Bahrein	16	13	19	100	–	29	63	20	44	5	12	59	73	76
Bangladesh	123	89	174	59	0,01	52	64	45	56	9	11	74	–	52
Barbados	39	22	61	98	0,21	51	63	47	60	12	14	75	44	77
Bielorrússia	1	1	2	100	0,11	54	63	47	53	11	11	72	83	79
Bélgica	5	4	6	–	0,04	59	67	58	67	6	8	91	–	86
Belize	130	105	161	95	0,35	46	58	43	54	14	17	72	43	68
Benim	523	397	768	78	0,11	18	20	15	16	24	30	36	91	38
Butão	60	40	82	99	0,08	40	62	39	60	8	12	81	83	60
Bolívia (Estado Plurinacional da)	161	103	272	81	0,16	49	68	37	51	11	15	61	94	65
Bósnia e Herzegovina	6	4	8	100	–	39	51	20	22	9	13	42	70	66
Botsuana	186	151	230	100	1,92	59	70	58	70	8	10	87	64	55
Brasil	72	57	93	98	0,24	67	80	65	78	6	7	90	–	80
Brunei Darussalam	44	30	61	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	78
Bulgária	7	5	10	95	0,03	66	81	52	60	5	6	73	62	73
Burkina Faso	264	169	394	96	0,08	30	34	29	33	19	23	60	81	40
Burundi	494	353	694	77	0,10	21	34	18	31	16	27	51	65	41
Cabo Verde	42	26	65	97	0,34	45	59	44	58	12	15	77	84	71
Camboja	218	156	326	99	0,08	43	65	33	49	7	10	65	98	58
Camarões	438	332	605	69	0,36	24	24	20	19	16	21	51	–	44

Saúde Sexual e Reprodutiva

Países, territórios e outras áreas	Razão de mortalidade materna (MMR) (mortes por 100.000 nados-vivos) ^a	Intervalo de incerteza da MMR (IU 80%), estimativa inferior ^a	Intervalo de incerteza da MMR (IU 80%), estimativa superior ^a	Nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado, percentagem	Número de novas infeções por HIV/AIDS, todas as idades, por 1.000 pessoas não infectadas	Taxa de prevalência de uso de contraceptivos, mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, percentagem				Necessidade não satisfeita de planeamento familiar, mulheres entre os 15 e os 49 anos, percentagem		Proporção de necessidades satisfeitas com métodos modernos, todas as mulheres de 15-49 anos	Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde, informação e educação sexual e reprodutiva, percentagem	Cobertura universal de saúde (UHC) - índice de cobertura de serviços
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024		2024		2024		2024	2022	2021
						Qualquer método	Métodos modernos	Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união			
Canadá	11	9	15	98	–	73	82	71	80	3	4	92	–	91
República Centro-Africana	835	407	1519	40	1,57	22	24	17	19	21	25	40	77	32
Chade	1063	772	1586	47	0,22	8	9	7	8	19	25	27	59	29
Chile	15	13	17	100	0,25	65	78	60	72	6	8	85	–	82
China	23	19	27	100	–	71	85	69	83	4	3	92	–	81
China, Região Administrativa Especial de Hong Kong	–	–	–	–	–	49	71	46	68	8	9	81	–	–
China, Região Administrativa Especial de Macau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colômbia	75	65	86	99	0,16	65	82	61	77	5	6	87	96	80
Comores	217	131	367	82	0,00	21	29	17	24	19	29	44	–	48
Congo	282	194	429	91	2,89	43	46	31	30	14	18	54	55	41
Costa Rica	22	18	26	99	0,14	57	74	56	72	9	10	84	84	81
Costa do Marfim	480	318	730	84	0,31	27	26	23	23	21	26	49	64	43
Croácia	5	3	7	100	0,02	50	71	36	47	5	8	65	98	80
Cuba	39	35	44	100	0,18	69	72	68	71	8	9	88	–	83
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	68	47	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	72	81
República Checa	3	2	5	100	0,02	62	85	55	76	4	4	84	79	84
República Popular Democrática da Coreia	107	46	249	100	–	61	75	58	72	8	8	85	83	68
República Democrática do Congo	547	377	907	85	0,13	27	31	17	17	20	25	36	–	42
Dinamarca	5	4	6	95	0,01	64	77	61	73	5	6	88	87	82
Jibuti	234	105	530	87	–	17	32	17	31	14	25	54	–	44
Dominica	–	–	–	100	–	46	64	44	62	10	13	78	–	49
República Dominicana	107	87	133	99	0,37	55	68	53	66	10	13	82	–	77
Equador	66	52	86	99	0,11	59	80	54	73	7	6	82	92	77
Egipto	17	13	22	97	0,05	45	62	43	60	9	12	81	–	70
El Salvador	43	31	61	100	0,13	53	74	50	69	8	10	82	92	78
Guiné Equatorial	212	122	374	68	2,94	19	19	16	16	22	31	39	–	46
Eritreia	322	207	508	34	0,06	9	15	9	14	15	28	35	–	45
Estónia	5	3	9	100	0,10	58	71	50	60	5	7	78	98	79
Eswatini	240	147	417	88	4,10	53	69	52	68	9	12	84	98	56
Etiópia	267	189	427	50	0,08	31	42	30	41	15	20	67	73	35
Fiji	38	28	55	100	0,33	35	51	30	44	12	16	65	–	58
Finlândia	8	6	13	100	–	79	82	74	77	3	4	91	98	86
França	8	6	10	98	0,09	66	78	64	76	4	4	91	–	85
Guiana Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polinésia Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabão	227	141	383	89	0,83	39	39	31	29	18	23	55	58	49
Gambia	458	333	620	84	0,60	15	21	14	20	16	24	46	–	46
Geórgia	28	22	33	100	0,14	33	48	24	35	13	18	53	94	68
Alemanha	4	4	5	96	–	55	68	54	67	7	9	88	87	88
Gana	263	180	376	79	0,53	27	36	24	32	19	26	52	66	48
Grécia	8	5	12	100	0,08	53	75	39	52	5	7	68	72	77
Granada	21	12	34	100	–									

Saúde Sexual e Reprodutiva

Países, territórios e outras áreas	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Taxa de prevalência de uso de contraceptivos, mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, percentagem				Necessidade não satisfeita de planeamento familiar, mulheres entre os 15 e os 49 anos, percentagem		Proporção de necessidades satisfeitas com métodos modernos, todas as mulheres de 15-49 anos	Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde, informação e educação sexual e reprodutiva, percentagem	Cobertura universal de saúde (UHC) - índice de cobertura de serviços		
						Qualquer método		Métodos modernos		Todas	Casadas ou em união				Todas	Casadas ou em união
						Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união							
Guadalupe	-	-	-	-	-	40	59	37	53	10	15	73	-	-		
Guam	-	-	-	-	-	37	66	32	56	7	10	74	-	-		
Guatemala	96	85	106	70	0,07	43	65	37	55	9	12	72	-	59		
Guiné	553	404	808	55	0,43	15	15	14	14	18	23	43	79	40		
Guiné-Bissau	725	475	1135	54	0,59	32	24	31	24	16	19	63	80	37		
Guiana	112	83	144	98	0,62	30	39	29	38	20	28	57	87	76		
Haiti	350	239	550	42	0,58	29	40	27	37	23	33	52	65	54		
Honduras	72	58	91	94	0,05	51	73	47	67	8	10	80	80	64		
Hungria	15	11	21	100	-	50	70	45	63	7	9	80	93	79		
Islândia	3	1	4	97	0,04	-	-	-	-	-	-	-	-	89		
Índia	103	93	110	89	0,05	51	68	45	60	6	9	78	74	63		
Indonésia	173	121	271	95	0,09	44	63	42	60	8	11	82	77	55		
Irã (República Islâmica do)	22	14	32	99	0,03	58	82	47	66	3	4	77	63	74		
Iraque	76	50	121	96	0,01	38	57	27	41	8	12	59	59	59		
Irlanda	5	4	7	100	-	65	70	63	66	6	9	89	-	83		
Israel	3	2	4	-	-	41	73	32	56	5	8	69	-	85		
Itália	5	4	6	100	0,04	60	67	49	52	6	9	75	-	84		
Jamaica	99	80	122	100	0,50	44	73	42	70	9	9	79	76	74		
Japão	4	3	6	100	-	47	53	41	42	12	17	69	85	83		
Jordânia	41	26	62	100	0,00	31	55	23	40	8	14	58	56	65		
Cazaquistão	13	10	18	100	-	43	54	40	51	10	14	76	65	80		
Quênia	530	382	750	70	0,46	49	65	47	63	11	14	78	48	53		
Kiribati	76	33	146	92	-	24	32	20	27	17	23	49	-	48		
Kuwait	7	5	11	100	-	36	60	30	50	8	13	68	-	78		
Quirguizistão	50	37	70	100	0,11	29	43	28	40	12	17	68	73	69		
República Democrática Popular do Laos	126	92	185	64	0,14	39	62	35	55	9	13	72	96	52		
Letónia	18	14	25	100	0,19	59	72	52	62	6	8	81	70	75		
Libano	21	18	24	98	-	33	62	25	47	7	12	63	-	73		
Lesoto	566	385	876	87	3,03	52	67	51	67	9	13	84	-	53		
Libéria	652	499	900	84	0,24	28	28	27	27	25	31	51	-	45		
Libia	72	31	165	100	-	25	41	17	27	15	25	41	-	62		
Lituânia	9	5	14	100	0,06	48	72	40	58	6	8	74	87	75		
Luxemburgo	6	4	12	100	0,06	-	-	-	-	-	-	-	-	83		
Madagáscar	392	311	517	46	0,30	42	53	38	47	13	14	69	-	35		
Malawi	381	269	543	96	0,81	50	67	49	66	12	14	79	79	48		
Malásia	21	18	29	100	0,09	36	58	26	42	9	14	59	83	76		
Maldivas	57	40	83	100	0,01	18	24	14	19	22	29	36	93	61		
Mali	440	335	581	67	0,28	19	21	19	21	21	24	47	-	41		
Malta	3	2	5	100	0,09	61	79	50	63	4	5	76	-	85		
Martinica	-	-	-	-	-	41	61	38	56	10	14	74	-	-		
Mauritânia	464	337	655	70	0,12	10	14	9	13	22	32	30	65	40		
Maurícia	84	62	115	100	-	44	67	30	46	7	9	59	75	66		
México	59	46	74	97	0,16	55	74	53	71	9	10	82	86	75		
Micronésia (Estados Federados da)	74	32	169	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48		

Saúde Sexual e Reprodutiva

Países, territórios e outras áreas	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Taxa de prevalência de uso de contraceptivos, mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, percentagem				Necessidade não satisfeita de planeamento familiar, mulheres entre os 15 e os 49 anos, percentagem		Proporção de necessidades satisfeitas com métodos modernos, todas as mulheres de 15-49 anos	Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde, informação e educação sexual e reprodutiva, percentagem	Cobertura universal de saúde (UHC) - índice de cobertura de serviços		
						Qualquer método		Métodos modernos		Todas	Casadas ou em união				Todas	Casadas ou em união
						Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união							
Mongólia	39	28	55	99	0,01	42	58	38	53	12	15	71	-	65		
Montenegro	6	3	11	99	0,02	23	27	16	17	15	21	43	52	72		
Marrocos	72	51	96	87	0,02	43	71	37	62	7	10	75	-	69		
Moçambique	127	99	157	73	3,20	29	33	28	31	18	21	60	-	44		
Myanmar	179	125	292	60	0,21	35	59	34	58	8	13	80	91	52		
Namíbia	215	154	335	88	2,39	53	62	53	61	10	14	84	88	63		
Nepal	174	125	276	77	0,02	42	55	37	49	15	21	65	48	54		
Países Baixos (Reino dos)	4	3	6	-	-	63	72	61	70	5	7	89	100	85		
Nova Caledónia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Nova Zelândia	7	5	9	97	0,01	65	81	61	75	5	5	88	95	85		
Nicarágua	78	54	109	94	0,08	59	82	57	79	6	6	88	75	70		
Níger	441	305	655	44	0,06	12	15	12	14	16	20	41	-	35		
Nigéria	1047	793	1565	51	-	18	21	14	16	15	19	43	-	38		
Macedónia do Norte	3	1	6	100	0,03	44	54	21	21	9	13	40	-	74		
Noruega	2	1	3	99	-	66	85	61	79	3	3	89	100	87		
Omã	17	12	25	100	0,03	22	37	16	26	14	25	43	70	70		
Paquistão	154	109	226	68	-	27	40	20	31	11	17	54	69	45		
Panamá	50	46	54	95	0,32	49	61	46	57	14	17	74	72	78		
Papua Nova Guiné	192	126	293	56	0,65	28	39	24	33	17	24	52	-	30		
Paraguai	71	60	82	92	-	60	73	56	68	8	8	83	76	72		
Peru	69	59	80	95	0,17	51	77	40	58	5	6	71	85	71		
Filipinas	78	67	96	84	0,21	36	58	27	44	10	15	60	80	58		
Polónia	2	1	3	100	-	54	74	44	59	6	7	73	89	82		
Portugal	12	8	18	99	0,06	59	74	51	63	5	7	79	95	88		
Porto Rico	34	25	54	-	-	51	82	47	74	7	5	81	-	-		
Qatar	8	5	11	100	0,04	33	50	28	42	10	15	65	71	76		
República da Coreia	8	7	9	100	-	56	81	51	74	6	5	82	-	89		
República da Moldávia	12	9	17	100	0,34	49	59	40	47	12	15	65	-	71		
Reunião	-	-	-	-	-	52	72	50	71	8	9	84	-	-		
Roménia	10	7	14	93	0,03	54	71	46	59	6	8	76	98	78		
Federação Russa	14	9	20	100	-	49	68	42	58	7	9	75	70	79		
Ruanda	259	184	383	94	0,24	40	67	37	61	9	12	76	82	49		
São Cristóvão e Nevis	-	-	-	100	-	49	61	46	57	12	14	76	-	79		
Santa Lúcia	73	44	127	100	-	49	61	46	58	12	14	76	33	77		
São Vicente e Granadinas	62	40	92	99	-	51	67	49	64	10	12	80	81	69		
Samoa	59	26	137	89	-	14	22	13	20	28	42	32	22	55		
São Marinho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77		
São Tomé e Príncipe	146	74	253	97	0,06	38	51	36	48	20	24	61	46	59		
Arábia Saudita	16	11	22	95	0,04	21	33	18	27	15	24	49	-	74		
Senegal	261	197	376	75	0,09	22	31	21	30	14	21	58	75	50		
Sérvia	10	8	14	100	0,02	49	59	29	29	7	11	51	99	72		
Seychelles	3	3	4	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75		
Serra Leoa	443	344	587	87	0,44	28	27	28	26	19	24	58	65	41		
Singapura	7	5	11	100	-	40	69	36	61	6	10	78	46	89		

Saúde Sexual e Reprodutiva

Países, territórios e outras áreas	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Taxa de prevalência de uso de contraceptivos, mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, percentagem				Necessidade não satisfeita de planeamento familiar, mulheres entre os 15 e os 49 anos, percentagem		Proporção de necessidades satisfeitas com métodos modernos, todas as mulheres de 15-49 anos	Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde, informação e educação sexual e reprodutiva, percentagem	Cobertura universal de saúde (UHC) - índice de cobertura de serviços		
						Qualquer método		Métodos modernos		Todas	Casadas ou em união				Todas	Casadas ou em união
						Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união							
São Martinho (parte neerlandesa)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Eslováquia	5	3	6	98	0,02	55	79	47	67	5	6	79	86	82		
Eslovénia	5	3	7	100	-	52	79	44	67	4	5	79	-	84		
Ilhas Salomão	122	75	197	86	-	24	33	20	27	13	18	54	-	47		
Somália	621	283	1184	32	-	8	10	2	2	17	26	9	-	27		
África do Sul	127	99	154	97	3,15	52	59	51	59	11	14	82	95	71		
Sudão do Sul	1223	746	2009	40	0,79	7	9	6	8	21	29	23	16	34		
Espanha	3	3	4	100	-	62	64	60	62	7	12	87	-	85		
Sri Lanka	29	24	38	100	0,01	45	68	37	56	5	7	74	86	67		
Estado da Palestina ¹	20	15	26	100	-	40	62	30	47	7	10	64	68	-		
Sudão	270	174	420	78	0,09	12	17	11	16	17	27	37	57	44		
Suriname	96	70	128	98	0,76	35	49	35	48	14	21	70	-	63		
Suécia	5	3	6	-	-	59	71	56	68	6	8	87	100	85		
Suíça	7	5	11	-	-	73	73	68	68	4	7	89	94	86		
República Árabe da Síria	30	19	47	96	0,00	34	63	26	47	7	12	63	81	64		
Tajiquistão	17	9	31	95	0,10	25	34	23	31	16	21	57	-	67		
Tailândia	29	24	34	99	0,13	49	77	48	75	4	6	90	-	82		
Timor-Leste	204	147	283	57	0,07	20	34	18	31	13	22	55	-	52		
Togo	399	253	576	69	0,28	25	28	23	26	22	30	49	-	44		
Tonga	126	55	289	98	-	20	34	17	29	14	25	50	-	57		
Trinidade e Tobago	27	19	36	100	-	41	50	37	46	14	19	66	27	75		
Tunísia	37	24	49	100	-	33	60	29	51	8	12	70	-	67		
Turquia	17	13	23	97	-	48	72	33	50	6	9	62	78	76		
Turquemenistão	5	3	9	100	-	36	54	33	50	8	12	77	94	75		
Ilhas Turcas e Caicos	-	-	-	100	-	37	39	36	38	19	23	64	-	-		
Tuvalu	-	-	-	100	-	20	27	18	24	20	28	46	-	52		
Uganda	284	191	471	74	1,21	38	51	34	45	15	20	64	-	49		
Ucrânia	17	13	22	100	-	54	68	45	56	6	9	75	95	76		
Emirados Árabes Unidos	9	5	17	99	-	38	53	31	42	12	16	62	-	82		
Reino Unido da Grã-Bretanha e da Irlanda do Norte	10	8	12	-	-	72	76	65	69	4	6	86	96	88		
República Unida da Tanzânia	238	174	381	64	0,54	38	47	34	42	15	19	64	-	43		
Estados Unidos da América	21	16	27	99	-	61	76	54	67	5	5	81	-	86		
Ilhas Virgens dos Estados Unidos	-	-	-	-	-	45	75	42	70	8	8	79	-	-		
Uruguai	19	15	23	100	0,24	59	79	57	77	6	7	87	97	82		
Uzbequistão	30	23	40	99	-	49	70	46	66	6	8	84	92	75		
Vanuatu	94	43	211	89	-	38	49	33	42	15	19	62	-	47		
Venezuela (República Bolivariana da)	259	191	381	99	-	56	76	53	72	8	9	83	-	75		
Vietname	46	33	60	96	0,06	58	79	48	66	4	5	78	54	68		
Saara Ocidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Iémen	183	120	271	45	0,03	29	46	21	34	14	22	51	65	42		
Zâmbia	135	100	201	80	1,86	38	54	37	52	15	17	70	91	56		
Zimbabué	357	255	456	86	1,12	51	70	50	69	8	9	86	73	55		

Saúde Sexual e Reprodutiva

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- ^a A MMR foi arredondada de acordo com o seguinte esquema: <100, arredondado para o valor mais próximo de 1; 100-999, arredondado para o valor mais próximo de 1; e ≥1.000, arredondado para o valor mais próximo de 10.
- ¹ A 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/19, que concedeu à Palestina "o estatuto de Estado observador não membro das Nações Unidas..."

DEFINIÇÕES DOS INDICADORES

Razão de mortalidade materna: Número de mortes maternas durante um determinado período de tempo por 100.000 nados-vivos durante o mesmo período de tempo (Indicador ODS 3.1.1).

Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado: Percentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (médico, enfermeiro ou parteira) (indicador dos ODS 3.1.2).

Número de novas infecções pelo HIV/AIDS, todas as idades, por 1.000 habitantes não infectados: Número de novas infecções pelo HIV/AIDS por 1.000 pessoas-ano entre a população não infetada (indicador dos ODS 3.3.1).

Taxa de prevalência de uso de contraceptivos: Percentagem de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos que utilizam atualmente qualquer método contraceptivo moderno.

Taxa de prevalência de contraceptivos, método moderno: Percentagem de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos que utilizam atualmente qualquer método contraceptivo moderno.

Necessidade não satisfeita de planeamento familiar: Percentagem de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos que utilizam atualmente qualquer método contraceptivo moderno.

Proporção da procura satisfeita com métodos modernos: Percentagem da procura total de planeamento familiar entre mulheres de 15 a 49 anos que é satisfeita pelo uso de contracepção moderna (indicador ODS 3.7.1).

Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação: A medida em que os países têm leis e regulamentos nacionais que garantem o acesso pleno e igualitário de mulheres e homens com 15 anos ou mais a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação (indicador ODS 5.6.2).

Índice de cobertura de serviços de cobertura universal de saúde (UHC): Cobertura média dos serviços essenciais com base em intervenções de rastreio que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade e acesso aos serviços, entre a população em geral e a população mais desfavorecida (indicador ODS 3.8.1)

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Razão de mortalidade materna: United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and United Nations Population Division), 2023.

Nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado: Base de dados global conjunta sobre a assistência qualificada ao parto. UNICEF e WHO, 2023. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base nos dados da base de dados global conjunta.

Número de novas infecções pelo HIV/AIDS, todas as idades, por 1.000 habitantes não infectados: Estimativas do HIV/AIDS. UNAIDS, 2023

Taxa de prevalência dos contraceptivos: Divisão de População das Nações Unidas, 2022.

Taxa de prevalência dos contraceptivos, método moderno: Divisão da População das Nações Unidas, 2022.

Necessidade não satisfeita de planeamento familiar: Divisão de População das Nações Unidas, 2022. Proportion of demand satisfied with modern methods: United Nations Population Division, 2022.

Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação: UNFPA, 2022.

Índice de cobertura de serviços da cobertura universal de saúde (UHC): OMS, 2023.

Gênero, direitos e capital humano

	Taxa de nascimentos na adolescência por 1.000 meninas com idades entre os 15 e os 19 anos	Casamento infantil até aos 18 anos, percentagem	Prevalência da mutilação genital feminina entre as mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos, percentagem	Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses, percentagem	Tomada de decisões sobre saúde sexual e direitos reprodutivos, percentagem	Tomada de decisões sobre os cuidados de saúde da própria mulher, percentagem	Tomada de decisões sobre a utilização de contraceptivos, percentagem	Tomada de decisões sobre relações sexuais, percentagem	Taxa líquida total de matrículas no ensino secundário inferior, percentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida de matrícula total, ensino secundário inferior	Taxa líquida total de matrícula no ensino secundário superior, percentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida de matrícula total, ensino secundário superior
Áreas mundiais e regionais	2024	2023	2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2020	2020	2020	2020
Mundo	41	19	–	13	56	75	89	76	85	1,00	67	1,01
Regiões mais desenvolvidas	10	4	–	–	82	97	95	87	99	1,00	95	1,01
Regiões menos desenvolvidas	45	22	–	–	56	75	89	75	83	1,00	63	1,01
Países menos desenvolvidos	90	38	–	22	47	68	88	69	–	–	44	0,90
Regiões UNFPA												
Estados Árabes	42	17	54	15	58	92	91	67	82	0,95	60	0,92
Ásia e Pacífico	24	18	–	13	63	79	91	81	87	1,02	66	1,06
Europa Oriental e Ásia Central	18	10	–	9	70	89	91	81	98	1,00	84	0,99
América Latina e Caribe	51	21	–	8	72	86	91	90	94	1,02	79	1,03
África Oriental e Austral	92	30	–	24	48	76	88	67	–	–	–	–
África Ocidental e Central	101	33	18	15	26	44	80	55	61	0,97	41	0,87
Países, territórios e outras áreas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Afganistão	62	29	–	35	–	–	–	–	–	–	45	0,56
Albânia	12	12	–	6	62	92	83	77	96	0,94	85	0,96
Argélia	11	4	–	–	–	–	–	–	97	0,99	83	1,11
Angola	163	30	–	25	39	75	74	62	–	–	–	–
Antígua e Barbuda	33	–	–	–	–	–	–	–	100	–	95	0,99
Argentina	28	16	–	5	–	–	–	–	99	–	96	1,10
Arménia	13	5	–	5	62	96	83	75	100	0,99	97	1,06
Aruba	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Austrália	7	–	–	3	–	–	–	–	98	1,01	94	1,05
Austria	4	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	89	1,00
Azerbaijão	37	11	–	5	–	–	–	–	87	0,99	80	0,96
Bahamas	26	–	–	–	–	–	–	–	86	0,99	63	1,01
Bahrein	9	–	–	–	87	93	92	79	97	1,00	98	0,98
Bangladesh	68	51	–	23	64	77	94	86	82	1,15	79	0,91
Barbados	48	29	–	–	–	–	–	–	99	1,00	93	1,01
Bielorrússia	12	5	–	6	–	–	–	–	94	0,97	88	1,01
Bélgica	4	0	–	5	–	–	–	–	99	1,00	99	1,00
Belize	51	34	–	8	–	–	–	–	94	0,99	71	1,11
Benim	84	28	9	15	32	52	66	58	55	0,91	31	0,78
Butão	10	26	–	9	–	–	–	–	85	1,15	67	1,15
Bolívia (Estado Plurinacional da)	71	20	–	18	–	–	–	–	89	1,01	80	1,01
Bósnia e Herzegovina	10	4	–	3	–	–	–	–	94	0,97	79	1,03
Botsuana	50	–	–	17	–	–	–	–	86	1,08	57	0,98
Brasil	43	26	–	7	–	–	–	–	96	1,01	89	1,05
Brunei Darussalam	9	–	–	–	–	–	–	–	99	1,01	68	1,06
Bulgária	39	–	–	6	–	–	–	–	90	1,00	82	0,95
Burkina Faso	93	51	56	11	20	32	91	62	46	1,14	27	1,16
Burundi	58	19	–	22	40	72	88	60	59	1,06	42	1,17
Cabo Verde	40	8	–	11	–	–	–	–	83	0,99	74	1,07
Camboja	48	18	–	9	80	92	93	91	95	1,09	57	1,12
Camarões	105	30	1	22	35	55	74	67	53	0,93	35	0,86

Gênero, direitos e capital humano

	Taxa de nascimentos na adolescência por 1.000 meninas com idades entre os 15 e os 19 anos	Casamento infantil até aos 18 anos, percentagem	Prevalência da mutilação genital feminina entre as mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos, percentagem	Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses, percentagem	Tomada de decisões sobre saúde sexual e direitos reprodutivos, percentagem	Tomada de decisões sobre os cuidados de saúde da própria mulher, percentagem	Tomada de decisões sobre a utilização de contraceptivos, percentagem	Tomada de decisões sobre relações sexuais, percentagem	Taxa líquida total de matrículas no ensino secundário inferior, percentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida de matrícula total, ensino secundário inferior	Taxa líquida total de matrícula no ensino secundário superior, percentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida de matrícula total, ensino secundário superior
Países, territórios e outras áreas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Canadá	5	–	–	3	–	–	–	–	100	–	87	0,98
República Centro-Africana	184	61	22	21	–	–	–	–	43	0,68	17	0,60
Chade	138	61	34	16	27	47	81	63	41	0,72	25	0,57
Chile	16	–	–	6	–	–	–	–	99	0,99	98	0,99
China	6	3	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
China, Região Administrativa Especial de Hong Kong	1	–	–	3	–	–	–	–	99	0,97	94	0,99
China, Região Administrativa Especial de Macau	0	–	–	–	–	–	–	–	90	0,97	82	1,06
Colômbia	47	23	–	12	–	–	–	–	96	1,01	87	1,03
Comores	74	21	–	8	21	47	71	47	87	1,02	52	1,07
Congo	111	27	–	–	27	41	87	71	70	0,94	58	0,92
Costa Rica	26	17	–	7	–	–	–	–	95	1,01	92	1,03
Costa do Marfim	96	26	37	16	25	43	82	67	43	1,01	45	0,92
Croácia	7	–	–	4	–	–	–	–	99	–	92	1,05
Cuba	47	29	–	5	–	–	–	–	92	1,00	83	1,05
Curaçao	18	–	–	–	–	–	–	–	99	–	88	1,02
Chipre	6	–	–	3	–	–	–	–	100	–	96	1,00
República Checa	7	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	95	1,01
República Popular Democrática da Coreia	1	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Democrática do Congo	109	29	–	36	31	47	85	74	–	–	–	–
Dinamarca	1	1	–	3	–	–	–	–	99	1,00	93	1,01
Jibuti	21	7	90	–	–	–	–	–	49	0,86	36	0,91
Dominica	50	–	–	–	–	–	–	–	81	0,95	77	0,92
República Dominicana	77	32	–	10	77	88	92	93	89	1,01	68	1,09
Equador	52	22	–	8	87	100	92	95	99	1,02	80	1,02
Egipto	50	16	87	15	–	–	–	–	95	1,00	72	0,95
El Salvador	50	20	–	6	–	–	–	–	–	–	57	1,07
Guiné Equatorial	176	30	–	29	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritreia	76	41	83	–	–	–	–	–	59	0,86	45	0,86
Estónia	6	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	94	1,01
Eswatini	87	2	–	18	49	72	89	74	–	–	–	–
Etiópia	72	40	65	27	38	82	90	46	50	0,99	33	0,96
Fiji	31	4	–	23	62	86	84	77	89	0,81	73	1,13
Finlândia	3	0	–	8	–	–	–	–	98	1,00	96	1,01
França	6	–	–	5	–	–	–	–	100	1,00	96	1,01
Guiana Francesa	58	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polinésia Francesa	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabão	100	13	–	22	48	60	90	86	64	1,03	53	1,05
Gambia	65	23	73	10	19	49	87	45	80	1,18	55	1,25
Geórgia	22	14	–	3	82	95	98	88	99	–	99	1,01
Alemanha	6	–	–	–	–	–	–	–	99	1,01	89	0,98
Gana	63	16	2	10	52	82	90	72	91	0,99	66	0,94
Grécia	7	–	–	5	–	–	–	–	98	1,00	94	1,02

Gênero, direitos e capital humano

Países, territórios e outras áreas	Taxa de nascimentos na adolescência por 1.000 meninas com idades entre os 15 e os 19 anos	Casamento infantil até aos 18 anos, percentagem	Prevalência da mutilação genital feminina entre as mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos, percentagem	Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses, percentagem	Tomada de decisões sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, percentagem	Tomada de decisões sobre os cuidados de saúde da própria mulher, percentagem	Tomada de decisões sobre a utilização de contraceptivos, percentagem	Tomada de decisões sobre relações sexuais, percentagem	Taxa líquida total de matrículas no ensino secundário inferior, percentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida de matrícula total, ensino secundário inferior	Taxa líquida total de matrículas no ensino secundário superior, percentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida de matrícula total, ensino secundário superior
	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Granada	30	–	–	8	–	–	–	–	91	1,07	86	0,96
Guadalupe	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	65	30	–	7	65	77	91	89	63	0,95	35	1,04
Guiné	128	47	95	21	15	41	76	40	47	0,78	27	0,67
Guiné-Bissau	84	26	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guiana	65	32	–	11	71	92	90	83	83	1,04	62	1,09
Haiti	55	15	–	12	57	76	93	79	–	–	–	–
Honduras	97	34	–	7	70	84	88	94	53	1,10	39	1,18
Hungria	19	–	–	6	–	–	–	–	95	1,00	87	1,01
Islândia	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1,00	85	1,01
Índia	11	23	–	18	66	82	92	83	85	1,01	57	1,01
Indonésia	36	16	–	9	–	–	–	–	95	1,07	82	0,95
Irã (República Islâmica do)	24	17	–	18	–	–	–	–	95	0,97	81	0,98
Iraque	70	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Irlanda	4	–	–	3	–	–	–	–	100	–	99	1,02
Israel	7	–	–	6	–	–	–	–	97	1,00	95	1,02
Itália	3	–	–	4	–	–	–	–	99	1,00	95	1,00
Jamaica	36	8	–	7	–	–	–	–	82	1,04	77	0,98
Japão	2	–	–	4	–	–	–	–	100	–	98	1,02
Jordânia	17	10	–	14	58	92	91	67	74	0,98	62	1,05
Cazaquistão	20	7	–	6	–	–	–	–	98	1,00	70	1,08
Quênia	44	13	15	23	65	87	92	77	–	–	–	–
Kiribati	51	18	–	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Quirguizistão	30	13	–	13	77	94	95	85	94	0,98	73	1,04
República Democrática Popular do Laos	83	33	–	8	–	–	–	–	66	1,01	46	0,93
Letónia	9	–	–	6	–	–	–	–	99	1,01	94	1,02
Líbano	17	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesoto	49	16	–	17	61	90	93	71	83	1,08	63	1,11
Libéria	131	25	32	27	59	79	84	82	60	1,02	61	1,03
Libia	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituânia	6	0	–	5	–	–	–	–	100	–	99	1,02
Luxemburgo	3	–	–	4	–	–	–	–	96	1,00	85	1,05
Madagáscar	143	39	–	–	72	87	93	88	65	1,02	31	1,00
Malawi	136	38	–	17	45	68	91	69	76	0,99	30	0,62
Malásia	6	–	–	–	–	–	–	–	89	1,03	67	1,10
Maldivas	5	2	13	6	54	89	84	70	96	1,06	55	1,14
Mali	145	54	89	18	5	20	66	26	45	0,86	24	0,74
Malta	10	–	–	4	–	–	–	–	98	0,99	90	1,02
Martinica	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritânia	90	37	64	–	25	63	79	44	67	1,04	38	1,04
Maurícia	20	–	–	–	–	–	–	–	95	1,01	77	1,10
México	44	21	–	10	–	–	–	–	92	1,03	69	1,11

Gênero, direitos e capital humano

Países, territórios e outras áreas	Taxa de nascimentos na adolescência por 1.000 meninas com idades entre os 15 e os 19 anos	Casamento infantil até aos 18 anos, percentagem	Prevalência da mutilação genital feminina entre as mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos, percentagem	Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses, percentagem	Tomada de decisões sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, percentagem	Tomada de decisões sobre os cuidados de saúde da própria mulher, percentagem	Tomada de decisões sobre a utilização de contraceptivos, percentagem	Tomada de decisões sobre relações sexuais, percentagem	Taxa líquida total de matrículas no ensino secundário inferior, percentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida de matrícula total, ensino secundário inferior	Taxa líquida total de matrículas no ensino secundário superior, percentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida de matrícula total, ensino secundário superior
	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Micronésia (Estados Federados da)	33	–	–	21	–	–	–	–	83	1,03	62	1,08
Mongólia	21	12	–	12	63	85	84	80	96	1,02	88	1,07
Montenegro	9	6	–	4	–	–	–	–	98	0,98	87	1,02
Marrocos	22	14	–	11	–	–	–	–	96	0,97	77	0,99
Moçambique	158	53	–	16	49	77	85	67	59	0,93	42	0,88
Myanmar	36	16	–	11	67	85	98	81	88	1,07	63	1,17
Namíbia	64	7	–	16	71	91	83	93	100	1,00	88	0,95
Nepal	71	35	–	11	63	72	91	91	96	0,94	81	1,03
Países Baixos (Reino dos)	2	–	–	5	–	–	–	–	100	1,00	95	1,02
Nova Caledónia	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nova Zelândia	11	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	95	1,01
Nicarágua	79	35	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–
Niger	150	76	2	13	7	21	77	35	25	0,96	10	0,85
Nigéria	75	30	15	13	29	46	81	56	–	–	–	–
Macedónia do Norte	14	8	–	4	88	98	99	90	–	–	–	–
Noruega	1	0	–	4	–	–	–	–	100	1,00	95	1,01
Omã	6	4	–	–	–	–	–	–	86	1,01	76	0,99
Paquistão	41	18	–	16	31	52	85	55	72	0,82	51	0,84
Panamá	62	26	–	8	79	94	89	95	88	1,02	57	1,08
Papua Nova Guiné	68	27	–	31	57	86	84	76	69	0,93	43	0,83
Paraguai	72	22	–	6	–	–	–	–	82	1,01	73	1,06
Peru	34	14	–	11	–	–	–	–	98	1,00	84	0,99
Filipinas	47	9	–	6	82	95	91	92	89	1,05	82	1,10
Polónia	6	–	–	3	–	–	–	–	97	1,00	96	1,01
Portugal	6	–	–	4	–	–	–	–	100	1,00	100	1,00
Porto Rico	13	–	–	–	–	–	–	–	94	1,04	86	0,98
Qatar	5	4	–	–	–	–	–	–	98	1,00	90	0,99
República da Coreia	0	–	–	8	–	–	–	–	100	1,00	96	0,99
República da Moldávia	27	12	–	9	73	96	96	79	100	–	85	1,04
Reunião	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Roménia	34	7	–	7	–	–	–	–	89	0,99	77	1,02
Federação Russa	13	6	–	–	–	–	–	–	100	1,00	57	0,95
Ruanda	31	6	–	24	61	83	95	76	91	1,06	56	1,06
São Cristóvão e Nevis	74	–	–	–	–	–	–	–	–	–	95	–
Santa Lúcia	24	24	–	–	–	–	–	–	87	1,09	76	1,02
São Vicente e Granadinas	37	–	–	–	–	–	–	–	98	–	97	1,02
Samoa	55	7	–	18	–	–	–	–	100	1,00	77	1,15
São Marinho	1	–	–	–	–	–	–	–	94	0,99	40	0,81
São Tomé e Príncipe	86	28	–	18	46	69	78	79	–	–	–	–
Arábia Saudita	8	–	–	–	–	–	–	–	99	1,00	99	1,00
Senegal	67	31	25	12	6	27	81	18	38	1,18	19	1,20
Sérvia	13	6	–	4	96	100	98	98	95	1,00	84	1,05
Seychelles	46	–	–	–	–	–	–	–	96	1,03	87	1,14
Serra Leoa	102	30	83	20	28	44	78	68	82	1,05	58	1,01

Gênero, direitos e capital humano

Países, territórios e outras áreas	2000-2023	2006-2023	2004-2022	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2017-2023	2017-2023	2017-2023	2017-2023
Singapura	3	0	-	2	-	-	-	-	100	1,00	99	1,00
São Martinho (parte neerlandesa)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslováquia	26	-	-	6	-	-	-	-	97	1,00	91	1,00
Eslovênia	3	-	-	3	-	-	-	-	99	1,00	97	1,01
Ilhas Salomão	78	21	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-
Somália	116	45	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África do Sul	71	4	-	13	61	94	85	72	92	1,01	91	1,11
Sudão do Sul	158	52	-	27	-	-	-	-	-	-	-	-
Espanha	5	-	-	3	-	-	-	-	97	1,01	95	1,02
Sri Lanka	17	10	-	4	-	-	-	-	97	1,01	86	1,08
Estado da Palestina ¹	43	13	-	19	-	-	-	-	95	1,02	76	1,16
Sudão	87	34	87	17	-	-	-	-	70	0,96	51	1,07
Suriname	46	36	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Suécia	2	-	-	6	-	-	-	-	100	1,00	97	1,00
Suíça	1	-	-	2	-	-	-	-	100	1,00	92	0,99
República Árabe da Síria	54	13	-	-	-	-	-	-	48	1,08	27	1,17
Taijiquistão	42	9	-	14	27	47	79	54	-	-	-	-
Tailândia	24	17	-	9	-	-	-	-	98	1,01	98	1,10
Timor-Leste	42	15	-	28	36	93	92	40	87	1,09	74	1,10
Togo	79	25	3	13	30	47	84	75	82	0,95	46	0,77
Tonga	30	10	-	17	-	-	-	-	99	1,08	82	1,19
Trinidade e Tobago	36	4	-	8	-	-	-	-	-	-	67	0,99
Tunísia	4	2	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-
Turquia	12	15	-	12	-	-	-	-	100	1,00	92	1,00
Turquemenistão	22	6	-	-	59	85	90	70	99	1,01	83	1,00
Ilhas Turcas e Caicos	18	23	-	-	-	-	-	-	87	0,86	85	0,76
Tuvalu	44	2	-	20	-	-	-	-	93	1,06	56	1,25
Uganda	111	34	0	26	58	74	88	86	51	0,98	25	0,83
Ucrânia	13	9	-	9	81	98	95	86	89	1,01	78	1,07
Emirados Árabes Unidos	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	1,36
Reino Unido da Grã-Bretanha e da Irlanda do Norte	8	0	-	4	-	-	-	-	97	1,00	95	1,02
República Unida da Tanzânia	112	29	8	24	50	74	85	68	49	1,07	16	0,86
Estados Unidos da América	14	-	-	6	-	-	-	-	99	1,01	95	1,03
Ilhas Virgens dos Estados Unidos	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguai	27	25	-	4	-	-	-	-	97	1,02	90	1,06
Uzbequistão	36	3	-	-	70	89	90	85	100	1,00	73	1,01
Vanuatu	81	21	-	29	-	-	-	-	95	0,95	75	1,06
Venezuela (República Bolivariana da)	76	-	-	9	-	-	-	-	83	1,03	72	1,12
Vietname	29	15	-	10	-	-	-	-	98	1,02	95	0,93
Saara Ocidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iémen	77	30	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zâmbia	135	29	-	28	47	81	87	64	-	-	-	-
Zimbabué	87	34	-	18	60	87	93	72	77	-	37	-

Gênero, direitos e capital humano

NOTAS

- Dados não disponíveis.

¹ A 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/19, que concedeu à Palestina "o estatuto de observador não membro nas Nações Unidas..."

DEFINIÇÕES DOS INDICADORES

Taxa de natalidade na adolescência: Número de nascimentos por 1.000 meninas adolescentes de 15 a 19 anos (indicador ODS 3.7.2).

Casamento infantil até aos 18 anos: Proporção de mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos que se casaram ou viveram em união estável antes dos 18 anos (indicador ODS 5.3.1).

Prevalência da mutilação genital feminina entre mulheres de 15 a 49 anos: Proporção de mulheres de 15 a 49 anos que foram submetidas a mutilação genital feminina (indicador ODS 5.3.2).

Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses: Percentagem de mulheres e meninas com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos que sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro nos 12 meses anteriores (indicador ODS 5.2.1).

Tomada de decisões sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos: Percentagem de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, casadas (ou em união estável), que tomam as suas próprias decisões em três áreas - cuidados de saúde, utilização de contraceptivos e relações sexuais com os seus parceiros (indicador 5.6.1 dos ODS).

Tomada de decisões sobre os cuidados de saúde das mulheres: Percentagem de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, casadas (ou em união estável), que tomam as suas próprias decisões sobre os seus cuidados de saúde (indicador ODS 5.6.1).

Tomada de decisões sobre o uso de contraceptivos: Percentagem de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, casadas (ou em união estável), que tomam as suas próprias decisões sobre a utilização de contraceptivos (indicador ODS 5.6.1).

Tomada de decisões sobre relações sexuais: Percentagem de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, casadas (ou em união estável), que tomam as suas próprias decisões sobre as relações sexuais com os seus parceiros (indicador ODS 5.6.1).

Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior: Número total de estudantes do grupo etário oficial para o ensino secundário inferior que estão matriculados em qualquer nível de ensino, expresso como uma percentagem da população correspondente.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida de matrícula total, ensino secundário inferior: Razão entre os valores femininos e masculinos da taxa líquida de matrícula total no ensino secundário inferior.

Taxa líquida de matrícula total, ensino secundário superior: Número total de estudantes do grupo etário oficial para o ensino secundário superior que estão matriculados em qualquer nível de ensino, expresso em percentagem da população correspondente.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida de matrícula total, ensino secundário superior: Razão entre os valores femininos e masculinos da taxa líquida de matrícula total no ensino secundário superior.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Taxa de natalidade na adolescência: Divisão de População das Nações Unidas, 2024. Os agregados regionais provêm de World Population Prospects 2022. Divisão de População das Nações Unidas, 2022

Casamento infantil até aos 18 anos: UNICEF, 2024. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados da UNICEF.

Prevalência da mutilação genital feminina entre mulheres de 15 a 49 anos: UNICEF, 2024. Agregados regionais calculados pelo FNUAP com base em dados da UNICEF.

Violência entre parceiros íntimos, últimos 12 meses: Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data (WHO UN Women, UNICEF, United Nations Statistics Division, United Nations Office on Drugs and Crime, eUNFPA), 2021.

Tomada de decisões sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos: UNFPA, 2024.

Tomada de decisões sobre os cuidados de saúde das mulheres: UNFPA, 2024.

Tomada de decisões sobre o uso de contraceptivos: UNFPA, 2024.

Tomada de decisões sobre relações sexuais: UNFPA, 2024.

Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior: Instituto de Estatística da UNESCO, 2024.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrícula, ensino secundário inferior: Instituto de Estatística da UNESCO, 2024.

Taxa líquida de matrículas total, ensino secundário superior: Instituto de Estatística da UNESCO, 2024.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida de matrícula total, ensino secundário superior: Instituto de Estatística da UNESCO, 2024.

Indicadores demográficos

	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO POPULACIONAL					FERTILIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA	
	Total da População, em milhões	Tempo de duplicação anual da população, anos	População de 0-14 anos, percentagem	População de 10-19 anos, percentagem	População de 10-24 anos, percentagem	População de 15-64 anos, percentagem	População com 65 anos ou mais, percentagem	Taxa de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida no nascimento, anos, 2024	
Áreas mundiais e regionais	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Mundo	8.119	77	25	16	24	65	10	2,3	71	76
Regiões mais desenvolvidas	1.277	–	16	11	17	64	21	1,5	78	83
Regiões menos desenvolvidas	6.842	66	26	17	25	65	8	2,4	70	75
Países menos desenvolvidos	1.178	31	38	22	31	58	4	3,8	64	69
Regiões UNFPA										
Estados Árabes	476	39	32	20	28	63	5	3,0	70	75
Ásia e Pacífico	4.204	108	22	16	23	68	10	1,9	72	77
Europa Oriental e Ásia Central	250	71	23	15	21	66	11	2,1	72	79
América Latina e Caribe	666	94	23	16	24	68	10	1,8	73	79
África Oriental e Austral	688	28	40	23	32	56	3	4,1	62	67
África Ocidental e Central	516	28	42	23	33	55	3	4,8	57	59
Países, territórios e outras áreas	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Afganistão	43,4	26	43	24	34	55	2	4,3	62	68
Albânia	2,8	–	16	12	18	66	18	1,4	78	82
Argélia	46,3	49	30	17	24	63	7	2,7	76	79
Angola	37,8	23	45	24	32	53	3	5,0	61	66
Antígua e Barbuda	0,1	127	18	13	20	71	12	1,6	77	82
Argentina	46,1	113	22	16	23	65	12	1,9	75	81
Arménia	2,8	–	20	13	19	65	14	1,6	71	80
Aruba ¹	0,1	–	15	13	19	67	18	1,2	74	80
Austrália ²	26,7	71	18	12	18	65	18	1,6	82	86
Austria	9,0	–	14	10	15	65	21	1,5	81	85
Azerbaijão ³	10,5	–	22	16	22	70	8	1,6	71	77
Bahamas	0,4	111	18	14	23	72	10	1,4	71	78
Bahrein	1,5	79	20	13	18	76	4	1,8	80	82
Bangladesh	174,7	70	25	18	27	68	6	1,9	72	77
Barbados	0,3	–	16	12	19	66	17	1,6	76	80
Bielorrússia	9,5	–	16	12	17	65	18	1,5	70	80
Bélgica	11,7	–	16	12	17	63	20	1,6	81	85
Belize	0,4	50	27	18	28	68	5	2,0	72	78
Benim	14,1	26	42	23	31	55	3	4,7	60	63
Butão	0,8	111	21	17	26	73	7	1,4	71	75
Bolívia (Estado Plurinacional da)	12,6	49	30	20	29	65	5	2,5	66	72
Bósnia e Herzegovina	3,2	–	15	10	16	66	19	1,3	76	80
Botsuana	2,7	43	32	20	28	64	4	2,7	64	69
Brasil	217,6	127	20	14	21	70	11	1,6	73	79
Brunei Darussalam	0,5	97	21	15	22	72	7	1,7	73	77
Bulgária	6,6	–	14	10	15	64	22	1,6	73	79
Burkina Faso	23,8	28	43	24	34	55	3	4,5	59	63
Burundi	13,6	26	44	26	34	53	3	4,8	61	65
Cabo Verde	0,6	72	25	18	26	69	6	1,9	73	81
Camboja	17,1	68	28	19	27	65	6	2,3	69	74
Camarões	29,4	27	42	23	32	56	3	4,2	61	64

Indicadores demográficos

	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO POPULACIONAL					FERTILIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA	
	Total da População, em milhões	Tempo de duplicação anual da população, anos	População de 0-14 anos, percentagem	População de 10-19 anos, percentagem	População de 10-24 anos, percentagem	População de 15-64 anos, percentagem	População com 65 anos ou mais, percentagem	Taxa de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida no nascimento, anos, 2024	
Países, territórios e outras áreas	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Canadá	39,1	84	15	11	17	65	20	1,5	81	85
República Centro-Africana	5,9	23	48	26	37	50	3	5,7	54	58
Chade	18,8	23	47	24	33	51	2	6,0	52	56
Chile	19,7	–	18	12	19	68	14	1,5	79	84
China ⁴	1.425,2	–	16	12	18	69	15	1,2	76	82
China, Região Administrativa Especial de Hong Kong ⁵	7,5	–	12	8	12	66	22	0,8	83	89
China, Região Administrativa Especial de Macau ⁶	0,7	55	15	8	13	71	14	1,2	83	88
Colômbia	52,3	–	21	14	22	69	10	1,7	75	81
Comores	0,9	39	37	21	30	58	4	3,8	63	68
Congo	6,2	31	40	24	32	57	3	4,0	62	65
Costa Rica	5,2	107	19	14	21	69	12	1,5	78	83
Costa do Marfim	29,6	28	41	24	33	57	2	4,2	59	62
Croácia	4,0	–	14	10	15	63	23	1,4	77	82
Cuba	11,2	–	15	11	17	68	16	1,5	76	81
Curaçao ¹	0,2	–	17	12	20	67	16	1,6	73	81
Chipre ⁷	1,3	107	16	10	16	69	16	1,3	80	84
República Checa	10,5	–	16	11	16	64	21	1,7	77	83
República Popular Democrática da Coreia	26,2	–	19	12	19	69	13	1,8	71	76
República Democrática do Congo	105,6	21	46	23	32	51	3	6,0	59	63
Dinamarca ⁸	5,9	–	16	11	17	63	21	1,7	80	84
Jibuti	1,2	50	30	19	29	66	5	2,7	62	67
Dominica	0,1	–	19	14	22	71	10	1,6	71	78
República Dominicana	11,4	79	27	17	26	66	8	2,2	71	78
Equador	18,4	68	25	17	26	67	8	2,0	76	81
Egipto	114,5	44	32	20	28	63	5	2,8	70	75
El Salvador	6,4	–	25	17	27	67	9	1,8	69	78
Guiné Equatorial	1,8	30	38	22	29	59	3	4,0	61	64
Eritreia	3,8	37	38	25	35	58	4	3,6	67	71
Estónia	1,3	–	16	11	16	63	21	1,7	75	83
Eswatini	1,2	67	34	22	31	62	4	2,7	58	65
Etiópia	129,7	28	39	23	32	58	3	3,9	64	70
Fiji	0,9	97	28	18	26	66	6	2,4	67	71
Finlândia ⁹	5,5	–	15	11	17	61	24	1,4	80	85
França ¹⁰	64,9	–	17	12	18	61	22	1,8	81	86
Guiana Francesa ¹¹	0,3	29	32	18	27	62	6	3,4	75	81
Polinésia Francesa ¹¹	0,3	88	20	15	22	69	11	1,7	82	86
Gabão	2,5	36	36	21	29	60	4	3,3	65	70
Gambia	2,8	29	42	24	34	55	2	4,4	63	66
Geórgia ¹²	3,7	–	21	13	19	64	15	2,0	69	79
Alemanha	83,3	–	14	9	14	63	23	1,5	80	85
Gana	34,8	36	36	22	31	60	4	3,4	63	68
Grécia	10,3	–	13	10	16	63	24	1,4	80	85

Indicadores demográficos

Países, territórios e outras áreas	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO POPULACIONAL					FERTILIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA	
	Total da População, em milhões	Tempo de duplicação anual da população, anos	População de 0-14 anos, percentagem	População de 10-19 anos, percentagem	População de 10-24 anos, percentagem	População de 15-64 anos, percentagem	População com 65 anos ou mais, percentagem	Taxa de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida no nascimento, anos, 2024	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Granada	0,1	129	24	15	22	66	11	2,0	73	79
Guadalupe ¹¹	0,4	–	18	13	20	61	21	2,0	80	87
Guam ¹³	0,2	105	26	17	25	62	13	2,5	75	82
Guatemala	18,4	46	31	21	31	64	5	2,3	71	77
Guiné	14,5	29	41	23	33	56	3	4,1	59	62
Guiné-Bissau	2,2	32	39	24	33	58	3	3,8	60	64
Guiana	0,8	101	28	18	27	65	7	2,3	66	73
Haiti	11,9	58	31	20	29	64	5	2,7	62	68
Honduras	10,8	45	29	19	29	66	5	2,3	71	76
Hungria	10,0	–	14	10	16	65	20	1,6	74	80
Islândia	0,4	111	18	13	19	66	16	1,7	82	85
Índia	1.441,7	77	24	17	26	68	7	2,0	71	74
Indonésia	279,8	87	25	17	25	68	7	2,1	69	73
Irã (República Islâmica do)	89,8	101	23	15	21	69	8	1,7	75	80
Iraque	46,5	32	37	22	32	60	3	3,3	70	74
Irlanda	5,1	111	19	14	20	65	16	1,8	81	85
Israel	9,3	47	28	17	24	60	12	2,9	82	85
Itália	58,7	–	12	9	14	63	25	1,3	82	86
Jamaica	2,8	–	19	15	23	73	8	1,3	70	75
Japão	122,6	–	11	9	13	58	30	1,3	82	88
Jordânia	11,4	–	31	20	29	65	4	2,7	75	79
Cazaquistão	19,8	60	29	17	23	62	8	3,0	68	76
Quênia	56,2	35	37	23	33	60	3	3,2	62	67
Kiribati	0,1	42	36	21	29	60	4	3,2	66	70
Kuwait	4,3	78	19	14	19	75	6	2,0	79	83
Quirguizistão	6,8	46	34	20	27	61	5	2,9	68	76
República Democrática Popular do Laos	7,7	52	30	19	28	65	5	2,4	67	72
Letónia	1,8	–	15	11	15	62	23	1,6	72	80
Líbano	5,2	–	27	20	27	62	11	2,0	78	82
Lesoto	2,4	64	34	21	30	62	4	2,9	52	58
Libéria	5,5	32	40	24	34	57	3	3,9	61	64
Libia	7,0	65	27	19	28	68	5	2,3	70	77
Lituânia	2,7	–	15	10	15	63	22	1,6	73	81
Luxemburgo	0,7	69	16	11	16	69	16	1,4	81	85
Madagáscar	31,1	29	38	22	32	58	3	3,7	65	70
Malawi	21,5	27	42	25	35	56	3	3,7	62	69
Malásia ¹⁴	34,7	67	22	15	23	70	8	1,8	74	79
Maldivas	0,5	–	22	13	19	73	5	1,7	81	82
Mali	24,0	23	47	25	34	51	2	5,7	60	62
Malta	0,5	–	13	8	13	67	20	1,2	82	86
Martinica ¹¹	0,4	–	15	12	18	60	24	1,9	81	86
Mauritânia	5,0	26	41	24	33	56	3	4,2	65	69
Maurícia ¹⁵	1,3	–	16	12	20	70	14	1,4	73	79
México	129,4	97	24	17	25	68	9	1,8	72	79

Indicadores demográficos

Países, territórios e outras áreas	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO POPULACIONAL					FERTILIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA	
	Total da População, em milhões	Tempo de duplicação anual da população, anos	População de 0-14 anos, percentagem	População de 10-19 anos, percentagem	População de 10-24 anos, percentagem	População de 15-64 anos, percentagem	População com 65 anos ou mais, percentagem	Taxa de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida no nascimento, anos, 2024	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Micronésia (Estados Federados da)	0,1	74	30	20	30	64	7	2,6	68	76
Mongólia	3,5	53	32	18	25	63	5	2,7	69	78
Montenegro	0,6	–	18	12	18	65	17	1,7	75	81
Marrocos	38,2	72	26	17	25	66	8	2,2	73	78
Moçambique	34,9	25	43	24	33	54	3	4,4	60	65
Myanmar	55,0	100	24	16	24	69	7	2,1	65	71
Namíbia	2,6	41	36	21	30	60	4	3,2	60	68
Nepal	31,2	64	28	19	29	66	6	2,0	69	73
Países Baixos (Reino dos) ¹⁶	17,7	–	15	11	17	64	21	1,6	81	84
Nova Caledónia ¹¹	0,3	70	22	15	22	67	12	2,0	78	85
Nova Zelândia ¹⁷	5,3	89	18	13	19	65	17	1,7	82	85
Nicarágua	7,1	52	29	19	28	65	6	2,2	72	78
Níger	28,2	18	49	24	33	49	2	6,6	63	65
Nigéria	229,2	29	42	23	33	55	3	5,0	54	55
Macedónia do Norte	2,1	–	16	11	17	69	16	1,4	76	80
Noruega ¹⁸	5,5	95	16	12	18	65	19	1,5	82	85
Omã	4,7	48	27	15	21	70	3	2,5	78	81
Paquistão	245,2	36	36	22	32	60	4	3,3	65	70
Panamá	4,5	53	26	17	24	65	9	2,3	76	82
Papua New Guiné	10,5	39	34	21	30	63	3	3,1	64	69
Paraguai	6,9	57	28	18	26	65	7	2,4	71	77
Peru	34,7	73	25	17	25	66	9	2,1	75	79
Filipinas	119,1	47	30	19	28	65	6	2,7	70	74
Polónia	40,2	–	15	10	16	66	19	1,5	75	82
Portugal	10,2	–	13	10	15	63	24	1,4	80	85
Porto Rico ¹³	3,3	–	13	10	17	63	24	1,3	76	84
Qatar	2,7	93	15	10	13	83	2	1,8	81	83
República da Coreia	51,7	–	11	9	14	70	19	0,9	81	87
República da Moldávia ¹⁹	3,3	–	19	12	18	67	13	1,8	67	76
Reunião ¹¹	1,0	92	22	15	23	64	14	2,2	80	86
Roménia	19,6	–	16	11	16	65	19	1,7	74	81
Federação Russa	144,0	–	17	12	17	66	17	1,5	70	79
Ruanda	14,4	31	38	23	32	59	3	3,6	65	70
São Cristóvão e Nevis	0,0	–	19	13	20	70	11	1,5	69	76
Saint Lucia	0,2	–	17	13	20	73	10	1,4	71	78
São Vicente e Granadinas	0,1	–	21	15	22	67	11	1,8	71	77
Samoa	0,2	48	37	22	30	57	5	3,8	70	76
São Marinho	0,03	–	12	10	16	67	21	1,2	82	85
São Tomé e Príncipe	0,2	36	38	24	34	58	4	3,6	66	72
Arábia Saudita	37,5	50	25	16	23	71	3	2,3	77	80
Senegal	18,2	27	41	23	33	56	3	4,2	67	73
Sérvia ²⁰	7,1	–	15	10	15	65	21	1,5	74	80
Seychelles	0,1	128	23	14	21	68	9	2,3	72	80
Serra Leoa	9,0	33	38	23	33	59	3	3,7	60	63

Países, territórios e outras áreas	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO POPULACIONAL					FERTILIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA	
	Total da População, em milhões	Tempo de duplicação anual da população, anos	População de 0-14 anos, percentagem	População de 10-19 anos, percentagem	População de 10-24 anos, percentagem	População de 15-64 anos, percentagem	População com 65 anos ou mais, percentagem	Taxa de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida no nascimento, anos, 2024	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Singapura	6,1	112	12	8	13	71	17	1,1	82	87
São Martinho (parte neerlandesa) ¹	0,0	–	10	12	24	77	13	1,6	73	79
Eslováquia	5,7	–	16	10	16	67	18	1,6	75	82
Eslovénia	2,1	–	15	10	15	63	22	1,6	80	85
Ilhas Salomão	0,8	32	39	22	31	58	4	3,8	69	73
Somália	18,7	23	47	24	33	51	3	6,0	56	60
África do Sul	61,0	64	28	18	25	66	6	2,3	64	70
Sudão do Sul	11,3	41	42	28	38	55	3	4,1	56	59
Espanha ²¹	47,5	–	13	10	16	66	21	1,3	82	87
Sri Lanka	21,9	–	22	16	23	66	12	1,9	73	81
Estado da Palestina ²²	5,5	30	38	22	32	58	4	3,3	74	78
Sudão	49,4	27	40	22	31	56	4	4,3	64	69
Suriname	0,6	79	26	17	26	66	8	2,3	70	76
Suécia	10,7	121	17	12	18	62	21	1,7	82	85
Suíça	8,9	113	15	10	15	65	20	1,5	83	86
República Árabe da Síria	24,3	15	28	23	35	67	5	2,6	69	76
Tajiquistão	10,3	38	36	21	29	60	4	3,1	69	74
Tailândia	71,9	–	15	11	17	68	17	1,3	76	84
Timor-Leste	1,4	50	34	22	33	61	5	2,9	68	71
Togo	9,3	31	39	23	32	57	3	4,1	61	63
Tonga	0,1	83	34	22	31	60	6	3,1	69	74
Trinidade e Tobago	1,5	–	18	13	19	69	12	1,6	72	78
Tunísia	12,6	84	24	15	22	66	10	2,0	74	80
Turquia	86,3	137	23	15	22	68	9	1,9	76	82
Turquemenistão	6,6	57	31	18	26	64	6	2,6	66	73
Ilhas Turcas e Caicos	0,0	87	17	11	16	73	11	1,6	73	79
Tuvalu	0,0	95	32	19	27	61	7	3,1	61	70
Uganda	49,9	26	44	25	35	54	2	4,2	62	66
Ucrânia ²³	37,9	25	15	12	15	65	20	1,3	70	80
Emirados Árabes Unidos	9,6	90	15	9	14	83	2	1,4	79	83
Reino Unido da Grã-Bretanha e da Irlanda do Norte ²⁴	68,0	–	17	12	18	63	20	1,6	81	84
República Unida da Tanzânia ²⁵	69,4	24	43	23	33	54	3	4,5	66	70
Estados Unidos da América ²⁶	341,8	132	17	13	19	65	18	1,7	77	82
Ilhas Virgens dos Estados Unidos ¹³	0,1	–	19	13	18	60	21	2,1	71	82
Uruguai	3,4	–	18	14	21	66	16	1,5	75	82
Uzbequistão	35,7	50	30	17	24	64	6	2,7	69	75
Vanuatu	0,3	30	39	22	31	58	4	3,6	69	73
Venezuela (República Bolivariana da)	29,4	37	26	19	28	65	9	2,1	69	77
Vietname	99,5	111	22	14	21	68	10	1,9	70	80
Saara Ocidental	0,6	38	24	15	22	70	6	2,2	70	74
Iémen	35,2	31	39	23	32	59	3	3,6	63	70
Zâmbia	21,1	26	42	24	34	56	2	4,1	61	66
Zimbabué	17,0	33	40	24	34	57	3	3,3	59	65

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- ¹ Para fins estatísticos, os dados dos Países Baixos não incluem essa área.
- ² Incluindo a Ilha Christmas, as Ilhas Cocos (Keeling) e a Ilha Norfolk.
- ³ Incluindo Nagorno-Karabakh.
- ⁴ Para fins estatísticos, os dados da China não incluem Hong Kong e Macau, Regiões Administrativas Especiais (SAR) da China, e a Província de Taiwan da China.
- ⁵ Em 1º de julho de 1997, Hong Kong tornou-se uma Região Administrativa Especial (RAE) da China. Para fins estatísticos, os dados da China não incluem essa área.
- ⁶ Em 20 de dezembro de 1999, Macau se tornou uma Região Administrativa Especial (RAE) da China. Para fins estatísticos, os dados da China não incluem essa área.
- ⁷ Refere-se a todo o país.
- ⁸ Para fins estatísticos, os dados da Dinamarca não incluem as Ilhas Faroer e a Groenlândia.
- ⁹ Incluindo as Ilhas Åland.
- ¹⁰ Para fins estatísticos, os dados da França não incluem Guiana Francesa, Polinésia Francesa, Guadalupe, Martinica, Mayotte, Nova Caledônia, Reunião, São Pedro e Miquelon, São Bartolomeu, São Martinho (parte francesa), Ilhas Wallis e Futuna.
- ¹¹ Para fins estatísticos, os dados da França não incluem essa área.
- ¹² Incluindo Abkhazia e Ossétia do Sul.
- ¹³ Para fins estatísticos, os dados referentes aos Estados Unidos da América não incluem essa área.
- ¹⁴ Incluindo Sabah e Sarawak.
- ¹⁵ Incluindo Agalega, Rodrigues e São Brandão.
- ¹⁶ Para fins estatísticos, os dados referentes aos Países Baixos não incluem Aruba, Bonaire, Santo Eustáquio e Saba, Curaçao e São Martinho (parte holandesa).
- ¹⁷ Para fins estatísticos, os dados da Nova Zelândia não incluem CookIslands, Niue e Tokelau.
- ¹⁸ Incluindo as Ilhas Svalbard e Jan Mayen.
- ¹⁹ Incluindo Transnístria.
- ²⁰ Incluindo Kosovo.
- ²¹ Incluindo Ilhas Canárias, Ceuta e Melilla.
- ²² Incluindo Jerusalém Oriental.
- ²³ Refere-se ao território do país na época do censo de 2001.
- ²⁴ Refere-se ao Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte. Para fins estatísticos, os dados do Reino Unido não incluem Anguilla, Bermudas, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Ilhas do Canal, Ilhas Falkland (Malvinas), Gibraltar, Ilha de Man, Montserrat, Saint-Helena e Ilhas Turks e Caicos.
- ²⁵ Incluindo Zanzibar.
- ²⁶ Para fins estatísticos, os dados dos Estados Unidos da América não incluem Samoa Americana, Guam, Ilhas Marianas do Norte, Porto Rico e Ilhas Virgens Americanas.

DEFINIÇÕES DOS INDICADORES

População total: Tamanho estimado das populações nacionais na metade do ano.

Tempo de duplicação anual da população, anos: O número de anos necessários para que a população total duplique de tamanho se a taxa anual de mudança populacional permanecer constante. É calculado como $\ln(2)/r$, em que r é a taxa de crescimento anual da população. O tempo de duplicação é calculado somente para populações de crescimento rápido com taxas de crescimento superiores a 0,5%.

População de 0 a 14 anos, percentagem: Proporção da população entre 0 e 14 anos de idade.

População de 10 a 19 anos, percentagem: Proporção da população entre 10 e 19 anos de idade.

População com idade entre 10 e 24 anos, percentagem: Proporção da população entre 10 e 24 anos de idade.

População com idade entre 15 e 64 anos, percentagem: Proporção da população entre 15 e 64 anos de idade.

População com 65 anos ou mais, ppercentagem: Proporção da população com 65 anos ou mais.

Taxa de fertilidade total: Número de filhos que nasceriam por mulher se ela vivesse até o fim da idade fértil e tivesse filhos em cada idade, de acordo com as taxas de fertilidade específicas por idade vigentes.

Expectativa de vida no nascimento: Número de anos que os recém-nascidos viveriam se estivessem sujeitos aos riscos de mortalidade prevalentes para a seção transversal da população no momento do nascimento.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

População total: Perspectivas da população mundial 2022. Divisão de População das Nações Unidas, 2022.

Tempo de duplicação anual da população, anos: World Population Prospects 2022.Divisão de População das Nações Unidas, 2022.

População de 0 a 14 anos, percentagem: Cálculo do UNFPA com base em dados do World Population Prospects 2022. Divisão de População das Nações Unidas, 2022.

População de 10 a 19 anos, percentagem: Cálculo do UNFPA com base em dados do World Population Prospects 2022. Divisão de População das Nações Unidas, 2022.

População de 10 a 24 anos, percentagem: Cálculo do UNFPA com base em dados do World Population Prospects 2022. Divisão de População das Nações Unidas, 2022.

População com idade entre 15 e 64 anos, percentagem: Cálculo do UNFPA com base em dados do World Population Prospects 2022. Divisão de População das Nações Unidas, 2022.

População com 65 anos ou mais, percentagem: Cálculo do UNFPA com base em dados do World Population Prospects 2022. Divisão de População das Nações Unidas, 2022.

Taxa de fertilidade total: World Population Prospects 2022 (Perspectivas da população mundial 2022). Divisão de População das Nações Unidas, 2022.

Expectativa de vida ao nascer: World Population Prospects 2022 (Perspectivas da população mundial 2022). Divisão de População das Nações Unidas, 2022.

Notas técnicas

As tabelas estatísticas do *Relatório sobre a Situação da População Mundial 2024* incluem indicadores que acompanham o progresso em direção às metas da Estrutura de Ações para o acompanhamento do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nas áreas de saúde materna, acesso à educação e saúde reprodutiva e sexual. Além disso, essas tabelas incluem uma variedade de indicadores demográficos. As tabelas estatísticas apoiam o foco do UNFPA no progresso e nos resultados para a concretização de um mundo onde toda gravidez é desejada, todo nascimento é seguro e o potencial de todo jovem é realizado

Diferentes autoridades nacionais e organizações internacionais podem empregar diferentes metodologias na coleta, extrapolação ou análise de dados. Para facilitar a comparabilidade internacional dos dados, o UNFPA se baseia nas metodologias padrão empregadas pelas principais fontes de dados. Em alguns casos, portanto, os dados dessas tabelas diferem daqueles gerados pelas autoridades nacionais. Os dados apresentados nas tabelas não são comparáveis aos dados dos relatórios anteriores sobre o *Estado da População Mundial* devido a atualizações de classificações regionais, atualizações metodológicas e revisões de dados de séries temporais.

As tabelas estatísticas baseiam-se em pesquisas domiciliares nacionalmente representativas, como Pesquisas Demográficas e de Saúde (IDS) e Pesquisas de Indicadores Múltiplos (MICS), estimativas de organizações das Nações Unidas e estimativas entre agências. Também incluem as últimas estimativas e projeções populacionais do *World Population Prospects 2022* e *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022* (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População). Os dados são acompanhados de definições, fontes e notas. As tabelas estatísticas do *Relatório sobre a Situação da População Mundial* geralmente refletem as informações disponíveis em março de 2024.

Progressos na concretização dos objetivos da CIPD

Saúde sexual e reprodutiva

Taxa de mortalidade materna. Fonte: Grupo Interinstitucional de Estimativa da Mortalidade Materna das Nações Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial e Divisão de População das Nações Unidas), 2023. Esse indicador apresenta o número de mortes maternas em um determinado período de tempo por 100.000 nascidos vivos no mesmo período. As estimativas e metodologias são revisadas regularmente pelo Grupo Interinstitucional de Estimativas de Mortalidade Materna e por outros órgãos e instituições acadêmicas, e são revisadas quando necessário, como parte do processo contínuo de aprimoramento dos dados de mortalidade materna. As estimativas não devem ser comparadas com estimativas interagências anteriores.

Nascimentos assistidos por profissionais de saúde qualificados. Fonte: Banco de dados global conjunto sobre atendimento qualificado ao parto. UNICEF e OMS, 2023. É a porcentagem de partos assistidos por profissionais de saúde treinados para prestar cuidados obstétricos que salvam vidas, incluindo a supervisão, os cuidados e as orientações necessárias às mulheres durante a gravidez, o trabalho de parto e o período pós-parto; a realização de partos por conta própria; e o cuidado com os recém-nascidos. As parteiras tradicionais, mesmo que recebam um curso de treinamento de curta duração, não estão incluídas.

Número de novas infecções por HIV/AIDS, todas as idades, por 1.000 habitantes não infectados. Fonte: Estimativas de HIV/AIDS. UNAIDS, 2023. Número de novas infecções por HIV por 1.000 pessoas-ano entre a população não infectada (indicador do ODS 3.3.1).

Prevalência de contraceptivos, qualquer método e qualquer método moderno. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, 2022. As estimativas baseadas em modelos baseiam-se em dados derivados de relatórios de pesquisas de amostra. Os dados da pesquisa estimam a proporção de todas as mulheres em idade reprodutiva e mulheres casadas (incluindo mulheres em uniões consensuais) que atualmente usam, respectivamente, qualquer método ou métodos modernos de contracepção. Os métodos modernos de contracepção incluem esterilização feminina e masculina, dispositivo intrauterino (DIU), implante, injetáveis, pílulas anticoncepcionais orais, preservativos masculinos e femininos, métodos de barreira vaginal (incluindo

diafragma, diafragma cervical e espuma, geleia, creme e esponja espermicida), método de amenorreia lactacional (LAM), contracepção de emergência e outros métodos modernos não relatados separadamente (por exemplo, adesivo anticoncepcional ou anel vaginal).

Necessidade não atendida de planejamento familiar (qualquer método). Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, 2022. As estimativas baseadas em modelos se baseiam em dados derivados de relatórios de pesquisas de amostra. As mulheres que estão usando um método anticoncepcional tradicional não são consideradas como tendo uma necessidade não atendida de planejamento familiar. Presume-se que todas as mulheres ou todas as mulheres casadas e em união estável sejam sexualmente ativas e corram o risco de engravidar. A suposição de exposição universal a uma possível gravidez entre todas as mulheres ou todas as mulheres casadas ou em união estável pode levar a estimativas mais baixas em comparação com os riscos reais entre as expostas. Pode ser possível, especialmente em níveis baixos de prevalência de contraceptivos, que quando a prevalência de contraceptivos aumenta, a necessidade não atendida de planejamento familiar também aumenta. Os dois indicadores, portanto, precisam ser interpretados em conjunto.

Proporção de demanda atendida, qualquer método moderno. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, 2022. Prevalência de contraceptivos modernos dividida pela demanda total de planejamento familiar. A demanda total por planejamento familiar é a soma da prevalência de contraceptivos e da necessidade não atendida de planejamento familiar.

Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação, por cento. Fonte: UNFPA, 2022. O grau em que os países têm leis e regulamentações nacionais que garantem acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com 15 anos ou mais a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação (indicador ODS 5.6.2).

Índice de cobertura de serviços de cobertura universal de saúde (UHC). Fonte: OMS, 2023. Cobertura média de serviços essenciais com base em intervenções de rastreamento que incluem saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade e acesso a serviços, entre a população geral e a mais desfavorecida (indicador ODS 3.8.1).

Gênero, direitos e capital humano

Taxa de natalidade na adolescência. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, 2024. Os agregados regionais são do World Population Prospects 2022. Divisão de População das Nações Unidas, 2022. A taxa de natalidade na adolescência representa o risco de ter filhos entre mulheres adolescentes de 15 a 19 anos de idade. Para o registro civil, as taxas estão sujeitas a limitações que dependem do registro de nascimento, do tratamento de crianças nascidas vivas, mas mortas antes do registro ou nas primeiras 24 horas de vida, da qualidade das informações relatadas relacionadas à idade da mãe e da inclusão de nascimentos de períodos anteriores. As estimativas populacionais podem sofrer limitações relacionadas à cobertura e à declaração incorreta da idade. Para dados de pesquisas e censos, tanto o numerador quanto o denominador são provenientes da mesma população. As principais limitações dizem respeito a erros de declaração de idade, omissões de nascimento, erros de declaração da data de nascimento da criança e variabilidade de amostragem no caso de pesquisas.

Casamento infantil até os 18 anos de idade, porcentagem. Fonte: UNICEF, 2024. Proporção de mulheres de 20 a 24 anos casadas ou em união estável antes dos 18 anos (indicador ODS 5.3.1).

Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 49 anos, por cento. Fonte: UNICEF, 2024. Proporção de meninas de 15 a 49 anos que foram submetidas à mutilação genital feminina (indicador do ODS 5.3.2).

Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses, porcentagem. Fonte: Grupo Interagencial de Estimativas e Dados sobre Violência contra a Mulher (OMS, ONU Mulheres, UNICEF, Divisão de Estatística das Nações Unidas, Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime e UNFPA), 2021. Porcentagem de mulheres e meninas com idade entre 15 e 49 anos que sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro nos 12 meses anteriores (indicador 5.2.1 dos ODS).

Tomada de decisões sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem. Fonte: UNFPA, 2024. Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos casadas (ou em uma união) que tomam suas próprias decisões em três áreas - cuidados com a saúde, uso de contraceptivos e relações sexuais com seus parceiros (indicador do ODS 5.6.1).

Tomada de decisão sobre os cuidados com a saúde da própria mulher, porcentagem. Fonte: UNFPA, 2024. Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos casadas (ou em uma união estável) que tomam suas próprias decisões sobre seus cuidados com a saúde (indicador do ODS 5.6.1).

Tomada de decisão sobre o uso de contraceptivos, porcentagem. Fonte: UNFPA, 2024: UNFPA, 2024.Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos casadas (ou em uma união estável) que tomam suas próprias decisões sobre o uso de contraceptivos (indicador 5.6.1 dos ODS).

Tomada de decisão sobre relações sexuais, porcentagem. Fonte: UNFPA, 2024. Porcentagem de mulheres com idade entre 15 e 49 anos, casadas (ou em uma união), que tomam suas próprias decisões sobre relações sexuais com seus parceiros (indicador ODS 5.6.1).

Taxa líquida total de matrículas, ensino médio inferior, porcentagem. Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO, 2024. Número total de alunos da faixa etária oficial para o ensino médio inferior que estão matriculados em qualquer nível de ensino, expresso como porcentagem da população correspondente.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino médio inferior. Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO, 2024. Razão entre os valores femininos e masculinos da taxa líquida total de matrículas no ensino médio inferior.

Taxa líquida total de matrículas, ensino médio, porcentagem.**Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO, 2024.** Número total de alunos da faixa etária oficial para o ensino médio que estão matriculados em qualquer nível de ensino, expresso como porcentagem da população correspondente.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino médio superior. Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO, 2024. Razão entre os valores femininos e masculinos da taxa líquida total de matrículas na educação secundária superior.

Indicadores demográficos

População

População total, milhões. Fonte: World Population Prospects 2022, Divisão de População das Nações Unidas, 2022. Tamanho estimado das populações nacionais na metade do ano.

Mudança na população

Tempo de duplicação anual da população, anos. Fonte: World Population Prospects 2022. Divisão de População das Nações Unidas, 2022. O número de anos necessários para que a população total dobre de tamanho se a taxa anual de mudança populacional permanecer constante. É calculado como ln(2)/r, em que r é a taxa de crescimento anual da população. O tempo de duplicação é calculado somente para populações de crescimento rápido, com taxas de crescimento superiores a 0,5%.

Composição da população

População de 0 a 14 anos, porcentagem. Fonte: Cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2022. Proporção da população entre 0 e 14 anos de idade.

População de 10 a 19 anos, porcentagem. Fonte: Cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2022. Proporção da população entre 10 e 19 anos de idade.

População de 10 a 24 anos, por cento. Fonte: Cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2022. Proporção da população entre 10 e 24 anos de idade.

População com idade entre 15 e 64 anos, por cento. Fonte: Cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2022. Proporção da população entre 15 e 64 anos de idade.

População com 65 anos ou mais, porcentagem. Fonte: Cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2022.Proporção da população com 65 anos ou mais.

Fertilidade

Taxa de fertilidade total, por mulher. Fonte: Perspectivas da população mundial 2022. Divisão de População das Nações Unidas, 2022. Número de filhos que nasceriam por mulher se ela vivesse até o fim de seus anos férteis e tivesse filhos em cada idade, de acordo com as taxas de fertilidade específicas para cada idade.

Expectativa de vida

Expectativa de vida no nascimento, anos. Fonte: World Population Prospects2022. Divisão de População das Nações Unidas, 2022. Número de anos que as crianças recém-nascidas viveriam se estivessem sujeitas aos riscos de mortalidade prevalecentes para a seção transversal da população no momento de seu nascimento.

Classificações regionais

Os agregados regionais do UNFPA apresentados no início das tabelas estatísticas são calculados usando dados de países e áreas conforme a classificação abaixo.

Região dos Estados Árabes

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

Região da Ásia e do Pacífico

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

Região da Europa Oriental e Ásia Central

Albânia; Armênia; Azerbaijão; Belarus; Bósnia e Herzegovina; Geórgia; Cazaquistão; Quirguistão; Macedônia do Norte; República da Moldávia; Sérvia; Tajiquistão; Turquia; Turcomenistão; Ucrânia; Uzbequistão.

Região da América Latina e do Caribe

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

Região da África Oriental e Austral

Angola; Botsuana; Burundi; Comores; República Democrática do Congo; Eritreia; Eswatini; Etiópia; Quênia; Lesoto; Madagascar; Malauí; Ilhas Maurício; Moçambique; Namíbia; Ruanda; África do Sul; Sudão do Sul; Uganda; República Unida da Tanzânia; Zâmbia; Zimbábue

Região da África Central e Ocidental

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

As regiões mais desenvolvidas destinam-se a fins estatísticos e não expressam um julgamento sobre o estágio alcançado por um determinado país ou área no processo de desenvolvimento, compreendendo as regiões do PNUD Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão.

As regiões menos desenvolvidas destinam-se a fins estatísticos e não expressam um julgamento sobre o estágio alcançado por um determinado país ou área no processo de desenvolvimento, incluindo todas as regiões do PNUD da África, Ásia (exceto Japão), América Latina e Caribe, além da Melanésia, Micronésia e Polinésia.

Os países menos desenvolvidos, conforme definido pela Assembleia Geral das Nações Unidas em suas resoluções (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 e 68/18) incluíam 46 países (em janeiro de 2022): 33 na África, 8 na Ásia, 4 na Oceania e um na América Latina e no Caribe - Afeganistão, Angola, Bangladesh, Benin, Butão, Burkina Faso, Burundi, Camboja, República Centro-Africana, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Djibuti, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Haiti,Kiribati, República Democrática Popular do Laos, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malauí, Mali, Mauritânia, Moçambique, Myanmar, Nepal, Níger, Ruanda, São

Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Ilhas Salomão, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, República Unida da Tanzânia, Iêmen e Zâmbia. Esses países também estão incluídos nas regiões menos desenvolvidas. Mais informações estão disponíveis em https://www.un.org/en/conferences/least-developed-countries.

Nota sobre o Em Foco : Problemas autorrelatados no acesso à assistência médica, ao longo do tempo, por status socioeconômico e etnia (pp. 28-31)

Sobre a correspondência de grupos étnicos entre pesquisas: Essa análise incluiu a correspondência de grupos étnicos entre as duas pesquisas em cada país e a conciliação de pequenas diferenças de ortografia ou a agregação de grupos étnicos individuais em uma pesquisa aos grupos étnicos gerais usados na outra pesquisa, com base nos detalhes fornecidos nos apêndices metodológicos dos relatórios de cada país. Quando não foi possível fazer a correspondência, os grupos étnicos isolados foram reclassificados para a categoria pré-existente "outros".

Sobre as variáveis socioeconômicas: Essa análise incluiu o quintil de riqueza, o nível de escolaridade e a residência urbana ou rural. Os quintis de riqueza dividem a população de cada país e da pesquisa em cinco grupos com base em uma coleção de informações obtidas no questionário domiciliar relacionado ao status de riqueza. A escolaridade identifica se uma mulher não tem instrução, se tem ensino fundamental, médio ou superior.

Metodologia: Modelos de regressão logística binária foram usados para estimar a proporção de mulheres que relataram problemas graves no acesso à assistência médica e para examinar as diferenças específicas do país por etnia e status socioeconômico. Os modelos de regressão levam em conta o projeto complexo das pesquisas DHS e os pesos das pesquisas para produzir estimativas de erro padrão válidas. Quando o teste do modelo indicou que ele proporcionava um melhor ajuste, uma interação entre o ano da pesquisa e a etnia foi incluída nos modelos, o que significa que as etnias tiveram diferentes taxas de mudança ao longo do tempo. Caso contrário, não houve interação, o que significa que as etnias compartilhavam a mesma taxa de mudança ao longo do tempo, mas tinham pontos de partida diferentes. A análise constatou diferenças étnicas em todos os países, mesmo após o controle do status socioeconômico. (Na Armênia e no Gabão, os tamanhos das amostras eram muito pequenos, o que significa que as diferenças observadas podem ser devidas ao acaso estatístico). Modelos multiníveis foram usados para examinar padrões de nível superior em todos os países incluídos na análise. Essa análise constatou que, como tendência geral, os mais marginalizados tiveram a menor melhoria no acesso, enquanto os menos marginalizados tiveram a maior melhoria. Nos modelos, o nível 1 era a mulher individual, o nível 2 era representado por grupos étnicos específicos do país e o nível 3 pelos 25 países diferentes. Para serem mais sensíveis à estratificação socioeconômica específica de cada país, os modelos multinível utilizam uma variável índice para o status socioeconómico em vez das variáveis categóricas utilizadas nas regressões logísticas binárias específicas de cada país. Na variável índice, o perfil socioeconómico (uma dada combinação de riqueza, educação e residência) com a menor probabilidade prevista específica de cada país assume o valor 1, e o perfil com a maior probabilidade prevista assume o valor 40. Todos os perfis intermédios assumem o valor correspondente entre 1 e 40, de acordo com a classificação das suas probabilidades previstas nas regressões específicas de cada país. Quando a análise se refere à proporção de mulheres em todos os países, estas estimativas foram obtidas através da ponderação das estimativas a nível nacional pela dimensão da população.

Nota sobre os riscos mais elevados e mais baixos de mortalidade materna, comparando 1990 a 2020 (p. 66).

Ao examinar as tendências da mortalidade materna de 1990 a 2020 ao longo do Capítulo 3, os autores efetuaram os seus próprios cálculos com base em dados publicados juntamente com as estatísticas oficiais mais recentes de mortalidade materna fornecidas na publicação da OMS e outros (2023a). A publicação em si centra-se nas tendências de 2000 a 2020, mas os conjuntos de dados que a acompanham incluem estimativas com início em 1985, o que significa que as estimativas de 1990 e 2020 referidas no Capítulo 3 comparam estimativas obtidas utilizando a mesma metodologia e dados de entrada. Ao comparar os 10% de países com o maior e o menor risco de as mulheres acabarem por morrer devido à gravidez ou ao parto em 1990 e 2020, as médias não foram ponderadas pela dimensão da população.

Nota sobre a tendência da mortalidade materna nos Estados Unidos (p. 66)

Embora existam desigualdades raciais e étnicas acentuadas nas taxas de mortalidade materna nos Estados Unidos, os números da mortalidade materna no país têm vindo a aumentar na maioria dos grupos de mulheres. Há um debate sobre até que ponto o aumento é um artefato da mudança das definições e da vigilância; estas questões não podem ser respondidas sem sistemas de dados melhorados, tais como pesquisas sistematicas e normalizadas a todas as mortes em todos os estados. No entanto, a pesquisa indica que a falta de acesso universal aos cuidados de saúde no país desempenha um papel importante (Braveman, 2023). Notavelmente, uma grande parte das mortes maternas no país ocorre entre seis semanas e um ano pós-parto, muitas delas ligadas a condições de saúde mental (Trost e outros, 2017). Ao contrário de muitos países de alto rendimento, os Estados Unidos não garantem licença parental paga nem visitas domiciliárias de profissionais de saúde no período pós-parto (Tikkanen e outros, 2020).

Nota sobre a necessidade não satisfeita de contracepção em países afectados por crises humanitárias (p. 95)

Os autores basearam esta estimativa em tabulações de dados no Quadro 2.5 da fonte, que fornece dados sobre a percentagem de mulheres com necessidades satisfeitas e não satisfeitas de contracepção em países afetados por crises humanitárias em 2015. As percentagens com necessidades satisfeitas e não satisfeitas necessidades satisfeitas e não satisfeitas foram somadas para calcular a percentagem total de mulheres que querem evitar a gravidez em cada país. A proporção de mulheres que querem evitar a gravidez e que não estão a utilizar qualquer forma de contracepção foi calculada como a percentagem de necessidades não satisfeitas dividida pela percentagem total de mulheres com necessidades. A média não ponderada das estimativas nacionais é de 51%.

Nota sobre as estimativas do rendimento per capita de um estudo realizado no Quênia, na Nigéria e no Senegal (p. 96)

Os autores calcularam as estimativas de rendimento per capita a partir do Quadro 1 da fonte original, que estima o produto interno bruto (PIB) per capita em diferentes cenários. De acordo com a tabela, o PIB seria de 3.480 dólares internacionais se dois terços da necessidade não atendida de contracepção moderna fossem satisfeitos (cenário "moderado") e 2.310 dólares internacionais no cenário de base.

Referências

Anon, 1994. "Conference Reports. International Women's Health Conference for Cairo '94." *Development in Practice* 4(3): 218–221.

Acharya, Sanghmitra S. and Golak B. Patra, 2017. "Access to Maternal and Child Health Care: Understanding Discrimination in Selected Slum in Delhi." In *Marginalization in Globalizing Delhi: Issues of Land, Livelihoods and Health*. New Delhi: Springer.

Adda, Jérôme and others, 2017. "The Career Costs of Children." *Journal of Political Economy* 125(2): 293–337.

Adnani, Qorinah Estiningtyas Sakilah and others, 2023. "A Historical Narrative of the Development of Midwifery Education in Indonesia." *Women and Birth* 36(1): e175–e178.

Age UK, 2019. "As STIs in Older People Continue to Rise Age UK Calls to End the Stigma About Sex and Intimacy in Later Life." Website: ageuk.org.uk/latest-press/articles/2019/october/as-stis-in-older-people-continue-to-rise-age-uk-calls-to-end-the-stigma-about-sex-and-intimacy-in-later-life, accessed 13 February 2024.

Aguirre, Kamila and Vanessa D. Carrión-Yaguana, 2023. "Empowering Youth: The Impact of Comprehensive Sex Education on Teenage Pregnancy in Ecuador." WIDER Working Paper, 2023/107. Helsinki: United Nations University World Institute for Development Economics Research.

Ahluwalia, Sanjam, 2008. *Reproductive Restraints: Birth Control in India, 1877–1947*. Urbana: University of Illinois Press.

Ahmed, Saifuddin and others, 2012. "Maternal Deaths Averted by Contraceptive Use: An Analysis of 172 Countries." *The Lancet* 380(9837): 111–125.

Aikins, Ama de-Graft and Kwadwo Koram, 2017. "Health and Healthcare in Ghana, 1957–2017." In *The Economy of Ghana Sixty Years After Independence*. Oxford: Oxford University Press.

Akter, Shahinoor and others, 2018. "Indigenous Women's Access to Maternal Healthcare Services in Lower- and Middle-Income Countries: A Systematic Integrative Review." *International Journal of Public Health* 64(3): 343–353.

Allard, Jenna and others, 2022. "Indian Female Migrants Face Greater Barriers to Post-Covid Recovery Than Males: Evidence from a Panel Study." *eClinicalMedicine* 53: 101631.

Al-Zubaidi, Yamam, 2022. "Racial and Ethnic Statistics in Sweden: Has the Socialization Process Started Yet?" *Scandinavian Studies in Law* 68: 426–449.

Amouzou, Agbessi and others, 2020. "Closing the Inequality Gaps in Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health Coverage: Slow and Fast Progressors." *BMJ Global Health* 5: e002230.

Amster, Ellen, 2016. "The Syphilitic Arab?: A Search for Civilization in Disease Etiology, Native Prostitution, and French Colonial Medicine." In *French Mediterraneans: Transnational and Imperial Histories*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Anastasi, Erin and others, 2017. "Unmasking Inequalities: Sub-National Maternal and Child Mortality Data from Two Urban Slums in Lagos, Nigeria Tells the Story." *PLoS One* 12(5): e0177190.

Anderson, Ian and others, 2016. "Indigenous and Tribal Peoples' Health (The Lancet–Loweitja Institute Global Collaboration): A Population Study." *The Lancet* 388(10040): 131–157.

Anderson, Mark and Claus C. Pörtner, 2014. "High School Dropouts and Sexually Transmitted Infections." *Southern Economic Journal* 81(1): 113–134.

Anik, Asibul Islam and others, 2022. "Association Between Socioeconomic Factors and Unmet Need for Modern Contraception Among the Young Married Women: A Comparative Study Across the Low- and Lower-Middle-Income Countries of Asia and Sub-Saharan Africa." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000731.

Arain, Mariam and others, 2013. "Maturation of the Adolescent Brain." *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 9: 449–461.

Article 19, 2012. "International Standards: Right to Information." Website: [article19.org/resources/international-standards-right-information/](https://www.article19.org/resources/international-standards-right-information/), accessed 6 February 2024.

Asia Floor Wage Alliance and others, 2023. *Dindigul Agreement. Year 1 Progress Report*. Website: asia.floorwage.org/dindigul-agreement-report-2023/, accessed 12 February 2024.

Atuhaire, Lydia and others, 2021. "Effect of Community-Based Interventions Targeting Female Sex Workers Along the HIV Care Cascade in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Systematic Reviews* 10: 137.

Australian Aid and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Mid Programme Review on Effectiveness of Comprehensive Sexuality Education/ Family Life Education in Kiribati."

Australian Indigenous HealthInfoNet, n.d. "Women." Website: healthinonet.ecu.edu.au/population-groups/women/reviews/our-review, accessed 5 February 2024.

Australian Institute of Health and Welfare, 2023. *Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework: Summary Report*. Canberra: AIHW. Website: [indigenoushpf.gov.au/report-overview/overview/summary-report](https://www.aihw.gov.au/report-overview/overview/summary-report), accessed 5 February 2024.

Avendano, Rolando and others, 2018. "Data and Diagnostics to Leave No One Behind." In *Development Cooperation Report 2018. Joining Forces to Leave No One Behind*. Paris: OECD.

Babajide, Opeyemi Oluwatosin and others, 2021. "Subnational Estimates of Maternal Mortality in Nigeria: Analysis of Female Siblings' Survivorship Histories." Research Square [preprint]. Website: doi.org/10.21203/rs.3.rs-1190088/v1, accessed 6 February 2024.

Bacchus, Loraine J. and others, 2018. "Recent Intimate Partner Violence Against Women and Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies." *BMJ Open* 8(7): e019995.

Backman, Gunilla and others, 2008. "Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries." *The Lancet* 372(9655): 2047–2085.

Badgett MVL and others, 2019. "The relationship between LGBT inclusion and economic development: Macro-level evidence." *World Development*. 120:1-14.

Bahous, Sima, 2023. "Speech: The Women's Rights Crisis: Listen To, Invest In, Include, and Support Afghan Women." Website: [unwomen.org/en/news-stories/speech/2023/09/speech-the-womens-rights-crisis-listen-to-invest-in-include-and-support-afghan-women](https://www.unwomen.org/en/news-stories/speech/2023/09/speech-the-womens-rights-crisis-listen-to-invest-in-include-and-support-afghan-women), accessed 1 February 2024.

Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *The Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161.

Bearak, Jonathan and others, 2018. "Global, Regional, and Subregional Trends in Unintended Pregnancy and its Outcomes From 1990 to 2014: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *The Lancet Global Health* 6(4): e380–e389.

Beckingham, Andy and others, 2022. "Implementing Professional Midwife-Led Maternity Care in India for Healthy Pregnant Women: A Community Case Study." *Frontiers in Public Health* 10: 875595.

Berer, Marge, 2017. "Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization." *Health and Human Rights* 19(1): 13–27.

Berro Pizarossa, Lucía, 2018. "Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law." *Laws* 7(3): 29.

Betti, Lia, 2021. "Shaping Birth: Variation in the Birth Canal and the Importance of Inclusive Obstetric Care." *Philosophical Transactions of the Royal Society B, Biological Sciences* 376(1827): 20200024.

Blackstone, Sarah R. and others, 2017. "Factors Influencing Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *International Quarterly of Community Health Education* 37(2): 79–91.

Blanchet, Nathan J. and others, 2012. "The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilisation." *Ghana Medical Journal* 46(2): 76–84.

Bloom, David E. and others, 2014. "A Demographic Dividend for Sub-Saharan Africa: Source, Magnitude, and Realization." IZA Discussion Paper No. 7855. Bonn: Institute for the Study of Labor.

Bloom, David E. and others, 2009. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." *Journal of Economic Growth* 14(2): 79–101.

Bloom, David and others, 2003. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica: RAND.

Bohren, Meghan A. and others, 2022. "Strategies to Reduce Stigma and Discrimination in Sexual and Reproductive Healthcare Settings: A Mixed Methods Systematic Review." *PLOS Global Public Health* 2(6): e0000582.

Boniol, Mathieu and others, 2019. "Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries." Health Workforce Working Paper 1. Geneva: World Health Organization.

Bourbonnais, Nicole, 2016. *Birth Control in the Decolonizing Caribbean: Reproductive Politics and Practices on Four Islands, 1930–1970*. New York: Cambridge University Press.

Boy, Angie and Hamisu M. Salihu, 2004. "Intimate Partner Violence and Birth Outcomes: A Systematic Review." *International Journal of Fertility and Women's Medicine* 49: 159–164.

Boydell, Victoria and others, 2023. "Hostilities Faced by People on the Frontlines of Sexual and Reproductive Health and Rights: A Scoping Review." *BMJ Global Health* 8(11): e012652.

Braveman, Paula, 2023. "Preventing Maternal Mortality." *Medical Care* 61(5): 255–257.

Briggs, Laura, 2003. *Reproducing Empire: Race, Sex, Science, and U.S. Imperialism in Puerto Rico*. Berkeley: University of California Press.

Brown, Rebecca and others, 2019. "The Sexual and Reproductive Health and Rights Journey: From Cairo to the Present." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 1676543.

Caceres, Billy A. and others, 2019. "A Scoping Review of Sexual Minority Women's Health in Latin America and the Caribbean." *International Journal of Nursing Studies* 94: 85–97.

Camber Collective, 2020. "SWEDD Analyses situationnelles." Unpublished.

Capasso, Ariadna and others, 2022. "Lessons from the Field: Recommendations for Gender-Based Violence Prevention and Treatment for Displaced Women in Conflict-Affected Ukraine." *The Lancet Regional Health – Europe* 17: 100408.

Cardona, Carolina and others, 2020. "Generating and Capitalizing on the Demographic Dividend Potential in Sub-Saharan Africa: A Conceptual Framework from a Systematic Literature Review." *Gates Open Research* 4: 145.

Carlson, Lauren J. and Natalie D. Shaw, 2019. "Development of Ovulatory Menstrual Cycles in Adolescent Girls." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 32(3): 249–253.

Carpenter, Morgan, 2018. "Intersex Variations, Human Rights, and the International Classification of Diseases." *Health and Human Rights* 20(2): 205–214.

Carpenter, Zöe, 2019. "This Was the Decade of Feminist Uprisings in Latin America." *The Nation*.

Carter, Shannon K., 2010. "Beyond Control: Body and Self in Women's Childbearing Narratives." *Sociology of Health & Illness* 32(7): 993–1009.

Center for Reproductive Rights, n.d. "The World's Abortion Laws." Website: reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/, accessed 2 February 2024.

Cha, Seungman, 2017. "The Impact of the Worldwide Millennium Development Goals Campaign on Maternal and Under-Five Child Mortality Reduction: 'Where Did the Worldwide Campaign Work Most Effectively?'" *Global Health Action* 19(1). DOI: 10.1080/16549716.2017.1267961.

Chola, Lumbwe and others, 2015. "Scaling Up Family Planning to Reduce Maternal and Child Mortality: The Potential Costs and Benefits of Modern Contraceptive Use in South Africa." *PLoS ONE* 10(6): e0130077.

Cohen, Susan A., 1987. "The Safe Motherhood Conference." *International Family Planning Perspectives* 13(2): 68–70.

Coll, Carolina V. N. and others, 2021. "Identifying the Women Most Vulnerable to Intimate Partner Violence: A Decision Tree Analysis from 48 Low- and Middle-Income Countries." *eClinicalMedicine* 42: 101214.

Coll, Carolina V. N. and others, 2020. "Intimate Partner Violence in 46 Low-Income and Middle-Income Countries: An Appraisal of the Most Vulnerable Groups of Women Using National Health Surveys." *BMJ Global Health* 5: e002208.

Collins, Bennett and others, 2021. "Becoming 'Historically Marginalized Peoples': Examining Twa Perceptions of Boundary Shifting and Re-Categorization in Post-Genocide Rwanda." *Ethnic and Racial Studies* 44(4): 576–594.

Commission for Gender Equality, 2020. "Investigation Report on the Forced Sterilisation of Women Living with HIV/AIDS in South Africa." Complaint Ref No: 414/03/2015/KZN.

Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2015. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 11, 20–23, 26–27). United Nations Document CEDAW/C/SVK/CO/5-6.

Committee on the Elimination of Racial Discrimination, 2017. "Concluding Observations: Slovakia" CERD/C/SVK/CO/11-12.

Connelly, Matthew, 2008. *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.

Constantine, Norman A. and others, 2015. "Short-Term Effects of a Rights-Based Sexuality Education Curriculum for High-School Students: A Cluster-Randomized Trial." *BMC Public Health* 15: 293.

Cook, Rebecca J. and others, 2003. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Wotton-under-Edge: Clarendon Press.

Corrêa, Sonia, and others, 2015. "Feminist Mobilizing for Global Commitments to the Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and Girls." In *Women and Girls Rising: Progress and Resistance Around the World*. New York: Routledge.

Creanga, Andreea A. and others, 2014. "Racial and Ethnic Disparities in Severe Maternal Morbidity: A Multistate Analysis, 2008–2010." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 210(5): 435.e1–435.e8.

DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. *Partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales de Colombia*. Website: dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/06022023-NotaEstadistica-ParteraTradi-EVColombia.pdf, accessed 12 February 2024.

Dayo, Elizabeth and others, 2022. "Health in Colour: Black Women, Racism, and Maternal Health." *The Lancet Regional Health – Americas* 17:100408.

Deacon, Harriet, 1998. "Midwives and Medical Men in the Cape Colony Before 1860." *Journal of African History* 39(2): 271–292.

De Barros, Juanita, 2014. *Reproducing the British Caribbean: Sex, Gender, and Population Politics After Slavery*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Decker, Michele R. and others, 2015. "Gender-Based Violence Against Adolescent and Young Adult Women in Low- and Middle-Income Countries." *Journal of Adolescent Health* 56(2): 188–196.

DeLee, Joseph B., 1915. "Progress Toward Ideal Obstetrics." *Transactions of the American Association for the Study and Prevention of Infant Mortality* 6: 114–138.

Delkhosh, Marjan and others, 2019. "Prevalence of Intimate Partner Violence and Reproductive Health Outcomes Among Afghan Refugee Women in Iran." *Health Care for Women International* 40(2): 213–237.

Downe, Soo and others, 2023. "Theories for Interventions to Reduce Physical and Verbal Abuse: A Mixed Methods Review of the Health and Social Care Literature to Inform Future Maternity Care." *PLOS Global Public Health* 3(4): e0001594.

El Chamaa, Mohamad, 2023. "Anti-LGBTQ Backlash Grows Across Middle East, Echoing U.S. Culture Wars." *Washington Post*.

El Halabi, Soha and Kristi Sidney Annerstedt, 2021. *Cost Analysis of a Comprehensive Sexuality Education Intervention in Indonesia – SETARA Program*. Jakarta: Rutgers WPF Indonesia.

ENSMI (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil), 2015. "ENSMI 2014-2015, Informe de Indicadores Básicos, Guatemala."

Erens, Bob and others, 2019. "Health Status, Sexual Activity and Satisfaction Among Older People in Britain: A Mixed Methods Study." *PLoS One* 14(3): e021385.

Ero, Ikponwosa and others, 2021. *People with Albinism Worldwide. A Human Rights Perspective*. Website: ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Albinism/Albinism_Worldwide_Report2021_EN.pdf, accessed 13 February 2024.

ERRC (European Roma Rights Centre), 2020. *Cause of Action. A Series by the European Roma Rights Centre. Reproductive Rights of Romani Women in Bulgaria*. Website: errc.org/uploads/upload_en/file/5229_file1_reproductive-rights-of-romani-women-in-bulgaria.pdf, accessed 4 February 2024.

European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, 2017. *Analysis and Comparative Review of Equality Data Collection Practices in the European Union. Data Collection in Relation to LGBTI People*. Luxembourg: Publications Office.

European Court of Human Rights, 2023. "Judgment Concerning Switzerland." Strasbourg: ECHR. Website: echr.coe.int/w/judgment-concerning-switzerland, accessed 15 March 2024.

Evens, Emily and others, 2019. "Experiences of Gender-Based Violence Among Female Sex Workers, Men Who Have Sex With Men, and Transgender Women in Latin America and the Caribbean: A Qualitative Study to Inform HIV Programming." *BMC International Health and Human Rights* 19: 9.

Exemplars in Global Health, 2023. "A Story with a Beautiful Ending: India's Path to Promoting Respectful Maternal Care." *Exemplars News*. Website: exemplars.health/stories/india-path-to-promoting-respectful-maternal-care, accessed 6 February 2024.

Family Planning Impact Consortium, 2023. *The Case for Investment in Family Planning for Women's Empowerment and Economic Development: An Introduction to the Family Planning Impact Consortium*. New York: Guttmacher Institute.

Fathalla, Mahmoud, 2012. *On Safe Motherhood at 25 Years. Looking Back, Moving Forward*. Dorchester: Hands On For Mothers and Babies. Website: birmingham.ac.uk/Documents/heroes/on-safe-motherhood-fathalla.pdf, accessed 1 February 2024.

Ferrari, Giulia and others, 2022. "Prevention of Violence Against Women and Girls: A Cost-Effectiveness Study Across 6 Low- and Middle-Income Countries." *PLOS Medicine* 19(3): e1003827.

Fijian Ministry of Health and Medical Services and others, 2023. *Community-Based Sexual and Reproductive Health Officers Programme: A Successful Strategy to Advance SRHR for Women and Young People with Disabilities in the Pacific Region*. Washington, DC: Women Enabled International.

Ford, Jessie V. and others, 2022. "The World Association for Sexual Health's Declaration on Sexual Pleasure: A Technical Guide." *International Journal of Sexual Health* 33(4): 612–614.

Ford, Nathan and others, 2021. "Integrating Sexual and Reproductive Health Services Within HIV Services: WHO Guidance." *Frontiers in Global Women's Health* 2: 735281.

Forde, Allana T. and others, 2019. "The Weathering Hypothesis as an Explanation for Racial Disparities in Health: A Systematic Review." *Annals of Epidemiology* 33: 1–18.e3.

Forman, Michele R. and others, 2013. "Life-Course Origins of the Ages and Menarche and Menopause." *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 4: 1–21.

Fòs Feminista, 2023. *The Global Impact of the Dobbs Decision on Abortion Laws, Policies, Legislation, Narratives, and Movements: Findings from Colombia, India, Kenya, and Nigeria*. New York: Fòs Feminista.

Fuentes, Liza, 2023. "Inequity in US Abortion Rights and Access: The End of Roe is Deepening Existing Divides." New York: Guttmacher Institute.

Fukuda-Parr, Sakiko and others, 2018. "Voluntary National Review Reports – What Do They Report?" Committee for Development Policy. Website: sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20549CDPbp201846.pdf, accessed 8 February 2024.

Gabrysch, Sabine and others, 2009. "Cultural Adaptation of Birthing Services in Rural Ayacucho, Peru." *Bulletin of the World Health Organization* 87(9): 724–729.

García-Moreno, Claudia and Avni Amin, 2019. "Violence Against Women: Where Are We 25 years After ICPD and Where Do We Need to Go?" *Reproductive Health Matters* 27(1): 1–3.

Geller, Stacie E. and others, 2018. "A Global View of Severe Maternal Morbidity: Moving Beyond Maternal Mortality." *Reproductive Health* 15(Suppl 1): 98.

George, Asha S. and others, 2020. "Structural Determinants of Gender Inequality: Why They Matter for Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health." *BMJ* 368: l6985.

Georgieva, Kristalina, 2020. "Investing in Policies for People Will Help Shape a Better Economy for the Postcrisis World." Washington, DC: International Monetary Fund.

Geronimus, Arline T., 2023. *Weathering: The Extraordinary Stress of Ordinary Life in an Unjust Society*. New York: Little, Brown Spark.

Ghebreyesus, Tedros Adhanom and others, 2020. "Wake-up Call: 10 Years Remaining to Address Inequalities on Right to Health for All." *BMJ*.

Gibson, Britton A. and others, 2018. "Gender Identity, Healthcare Access, and Risk Reduction Among Malaysia's Mak Nyah Community." In *Rethinking MSM, Trans* and other Categories in HIV Prevention*. Abingdon: Routledge.

Ginsburg, Faye D. and Rayna Rapp, 1995. "Conceiving the New World Order." In *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.

Goli, Srinivas and others, 2022. "Estimates and Correlates of District-Level Maternal Mortality Ratio in India." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000441.

Gon, Giorgia and others, 2018. "The Frequency of Maternal Morbidity: A Systematic Review of Systematic Reviews." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 141: 20–38.

Goodmark, Leigh, 2022. "Assessing the Impact of the Violence Against Women Act." *Annual Review of Criminology* 5: 115–131.

Gostin, Lawrence, 2019. "Is Affording Undocumented Immigrants Health Coverage a Radical Proposal?" *JAMA* 322(15): 1438–1439.

Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, 2016. "National Family Health Survey (NFHS-4), 2015–16." Website: rchiips.org/nfhs/pdf/nfhs4/india.pdf, accessed 5 February 2024.

Graham, Laurie M. and others, 2021. "Disparities in Potential Years of Life Lost Due to Intimate Partner Violence: Data from 16 States for 2006–2015." *PLOS ONE* 16(2): e0246477.

Grepin, Karen A. and Jeni Klugman, 2013. *Investing in Women's Reproductive Health: Closing the Deadly Gap Between What We Know and What We Do*. Washington: World Bank. Website: documents1.worldbank.org/curated/en/217631468333060680/pdf/781140WP0Box370per0Full0Report-pdf0.pdf, accessed 15 February 2024.

Grown, Caren and others, 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. UN Millennium Project Taskforce on Education and Gender Equality. Website: undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Taking%20Action-%20Achieving%20Gender%20Equality%20and%20Empowering%20Women.pdf, accessed 7 February 2024.

Gulumbe, Usman and others, 2018. "Maternal Mortality Ratio in Selected Rural Communities in Kebbi State, Northwest Nigeria." *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(1): 1–6.

Gupta, Manjul and others, 2023. "Fake News Believability: The Effects of Political Beliefs and Espoused Cultural Values." *Information & Management* 60(2): 103745.

Guttmacher Institute, 2017. "Many Abortion Restrictions Have No Rigorous Scientific Basis." New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/news-release/2017/many-abortion-restrictions-have-no-rigorous-scientific-basis, accessed 1 February 2024.

Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1): S15–21.

Haddad, Lisa B. and Nawal N. Nour, 2009. "Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality." *Reviews in Obstetrics & Gynecology* 2(2): 122–126.

Hadush, Filmawit and others, 2023. "Factors Contributing to the High Prevalence of Intimate Partner Violence Among South Sudanese Refugee Women in Ethiopia." *BMC Public Health* 23(1): 1418.

Harbath, Katie, 2023. "Different Approaches to Counting Elections." *Anchor Change*. Website: anchorchange.substack.com/p/different-approaches-to-counting, accessed 1 February 2024.

Harned, Elizabeth B. and Liza Fuentes, 2023. "Abortion Out of Reach: The Exacerbation of Wealth Disparities After Dobbs v. Jackson Women's Health Organization." New York: Guttmacher Institute.

Hartmann, Betsy, 1995. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control*. Boston: South End Press.

Hassan, Asha and others, 2023. "Dobbs and Disabilities: Implications of Abortion Restrictions for People with Chronic Health Conditions." *Health Services Research* 58(1): 197–201.

Hay, Katherine and others, 2019. "Disrupting Gender Norms in Health Systems: Making the Case for Change." *The Lancet* 393(10190): 2535–2549.

Herten-Crabb, Asha and Sara E. Davies, 2020. "Why WHO Needs a Feminist Economic Agenda." *The Lancet* 396(10229): 1018–1020.

Heymann, Jody and others, 2019. "Improving Health with Programmatic, Legal, and Policy Approaches to Reduce Gender Inequality and Change Restrictive Gender Norms." *The Lancet* 393(10190): 2522–2534.

HIV Policy Lab and others, 2023. *Progress and the Peril: HIV and the Global De/criminalization of Same-Sex Sex*. Website: hivpolicylab.org/documents/reports/2023GlobalReport/2023%20Policy%20Lab%20Report%20on%20Decriminalization.pdf, accessed 1 February 2024.

Hobby, Elaine, 1999. "Introduction." In *The Midwives Book. Or the Whole Art of Midwifry Discovered*, Jane Sharp (author), Elaine Hobby, ed. New York: Oxford University Press.

Hogarth, Rana A., 2017. *Medicalizing Blackness: Making Racial Difference in the Atlantic World, 1780-1840*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Hoffman, Kelly M. and others, 2016. "Racial Bias in Pain Assessment and Treatment Recommendations, and False Beliefs about Biological Differences Between Blacks and Whites." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 113(6): 4296–4301.

Horn, Rebecca and others, 2021. "Mapping Complex Systems: Responses to Intimate Partner Violence Against Women in Refugee Camps." *Frontiers in Human Dynamics* 3. DOI: 10.3389/fhumd.2021.613792.

Hoyert, Donna L., 2023. "Maternal Mortality Rates in the United States, 2021." National Center for Health Statistics, *Health E-Stats*. Website: stacks.cdc.gov/view/cdc/124678, accessed 4 February 2024.

HRW (Human Rights Watch), 2020. "Covid-19 Fueling Anti-Asian Racism and Xenophobia Worldwide." *News*. Website: www.hrw.org/news/2020/05/12/covid-19-fueling-anti-asian-racism-and-xenophobia-worldwide, accessed 15 March 2024.

Huicho, Luis and others, 2018. "Enabling Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health Interventions: Time Trends and Driving Factors of Health Expenditure in the Successful Story of Peru." *PLoS One* 13(10): e0206455.

Human Dignity Trust, n.d. "Map of Countries that Criminalise LGBT People." Website: humandignitytrust.org/lgbt-the-law/map-of-criminalisation/, accessed 5 February 2024.

Human Rights Committee, 2016. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 16–19). United Nations Document CCPR/C/SVK/CO/4.

Human Rights Council, 2020. "COVID-19, Systemic Racism and Global Protests: Report of the Working Group of Experts on People of African Descent." A/HRC/45/44.

Hunter, Wendy and Natasha Borges Sugiyama, 2018. "Making the Newest Citizens: Achieving Universal Birth Registration in Contemporary Brazil." *The Journal of Development Studies* 54(3): 397–412.

Hyde, Janet Shibley and others, 2019. "The Future of Sex and Gender in Psychology: Five Challenges to the Gender Binary." *American Psychologist* 74(2): 171–193.

Ibrahim, Zainab and others, 2018. *Counting the Cost: The Price Society Pays for Violence Against Women*. Geneva: Care International. Website: care-international.org/files/files/Counting_the_costofViolence.pdf, accessed 16 February 2024.

IFES (International Foundation for Electoral Systems), n.d. "ElectionGuide. Democracy Assistance and Election News." Website: electionguide.org/, accessed 1 February 2024.

Inclusive Data Charter and Global Partnership for Sustainable Development Data, 2018. "Everybody Counts. A Commitment to Ensure that No One is Left Behind in the Pursuit and Measurement of Social and Economic Progress." Website: data4sdgs.org/sites/default/files/2018-08/IDC_onepager_Final.pdf, accessed 6 February 2024.

Indira, Fazilatun Nessa and others, 2023. "Towards a World with No Child Marriage: Four Countries Pledge Action." *The Lancet* 401(10378): 712–713.

International Confederation of Midwives and others, 2016. *Midwives' Voices. Midwives' Realities*. Geneva: World Health Organization. Website: iris.who.int/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf, accessed 3 February 2024.

Islam, Rakibul M., 2017. "Utilization of Maternal Health Care Services Among Indigenous Women in Bangladesh: A Study on the Mru Tribe." *Women & Health* 57: 108–118.

Jackson, Andrea V. and others, 2017. "Racial and Ethnic Differences in Contraception Use and Obstetric Outcomes: A Review." *Seminars in Perinatology* 41(5): 273–277.

Jeffcoate, 1975. *Principles of Gynaecology*. Liverpool: Butterworths.

Jewkes, Rachel and others, 2015. "I Don't Know What Harm I Did': Perspectives of Traditional Practitioners on the Nature, Sources and Roles of Violence in Rural South African Maternity Care." *Social Science & Medicine* 143: 27–34.

Johnson, Charles and others, 1999. *Africans in America: America's Journey through Slavery*. New York: Harcourt.

Jones, Tiffany, 2018. "Intersex Studies: A Systematic Review of International Health Literature." *SAGE Open* 8(2). DOI: 10.1177/2158244017745577.

Kalra, Naira and others, 2021. "Training Healthcare Providers to Respond to Intimate Partner Violence Against Women." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5(5): CD012423.

Kanem, Natalia, 2023. "Reproductive Rights Backsliding Around the World. This Needs to End." *Context News*. Website: www.context.news/socioeconomic-inclusion/opinion/abortion-rights-are-backsliding-worldwide-this-needs-to-end, accessed 1 February 2024.

Kapilashrami, Anuj and Ekatha A. John, 2023. "Pandemic, Precarity and Health of Migrants in South Asia: Mapping Multiple Dimensions of Precarity and Pathways to States of Health and Well-being." *Journal of Migration and Health* 7: 100180.

Karakuş, Akan and others, 2015. "An Important Ethical and Medicolegal Issue; Projecting the Need for Medical Education About Patient Rights Among the Hospital Staff." *Journal of Experimental & Clinical Medicine* 32(2): 59–61.

Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund. 2016. "Turkana County Multiple Indicator Cluster Survey 2013/14, Final Report." Nairobi: Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund.

Khalil, Asma and others, 2023. "A Call to Action: The Global Failure to Effectively Tackle Maternal Mortality Rates." *The Lancet Global Health* 11(8): e1165–e1167.

Kharas, Homi, and others, eds, 2019. *Leave No One Behind. Time for Specifics on the Sustainable Development Goals*. Washington, DC: Brookings Institution Press.

Kim, Theresa Y. and others, 2016. "Racial/Ethnic Differences in Unintended Pregnancy: Evidence from a National Sample of US Women." *American Journal of Preventive Medicine* 50(4): 427–435.

Kirby, Douglas B., 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research & Social Policy* 5: 18.

Kisambira, Stephen and Karoline Schmid, 2021. "Selecting Adolescent Birth Rates (10–14 and 15–19 years) for Monitoring and Reporting on Sustainable Development Goals." Technical Paper No.2022/4. New York: UN DESA, Population Division.

Kivela, Jari and others, 2013. "Cost Analysis of School-Based Sexuality Education Programs in Six Countries." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 11: 17.

Klausen, Susanne, 2004. *Race, Maternity, and the Politics of Birth Control in South Africa, 1910–39*. London: Palgrave Macmillan.

Klugman, Barbara, 1993. "Balancing Means and Ends; Population Policy in South Africa." *Reproductive Health Matters* 1(1): 44–57.

Knight, Marian and others, eds, on behalf of MBRRACE-UK, 2022. *Saving Lives, Improving Mothers' Care. Core Report: Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018–20*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.

Knudsen, Britta Timm and Casper Andersen, 2019. "Affective Politics and Colonial Heritage, Rhodes Must Fall at UCT and Oxford." *International Journal of Heritage Studies* 25(3): 239–258.

Kohler, Hans-Peter and Jere R. Behrman, 2018. "Benefits and Costs of the Population and Demography Targets for the Post-2015 Development Agenda." In *Prioritizing Development: A Cost Benefit Analysis of the United Nations' Sustainable Development Goals*, Bjorn Lomborg, ed. Cambridge: Cambridge University Press.

Kohler, Pamela K. and others, 2008. "Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy." *Journal of Adolescent Health* 42(4): 344–351.

Lancet Commission on Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality, 2023. "Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality."

Latt, Su Mon and others, 2019. "Abortion Laws Reform May Reduce Maternal Mortality: An Ecological Study in 162 Countries." *BMC Women's Health* 19: 1.

Leavitt, J. Walzer, 1988. "Joseph B. DeLee and the Practice of Preventive Obstetrics." *American Journal of Public Health* 78(10): 1353–1361.

Lewkonja, Ray, 2011. "Patient Rights and Medical Education: Clinical Principles." *Medical Teacher* 33(5): 392–396.

Litoff, Judy Barrett, 1982. "The Midwife Throughout History." *Journal of Nurse-Midwifery* 27(6): 3–11.

Loaiza, Edilberto and Mengjia Liang, 2016. *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*, Gretchen Luchsinger, ed. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf, accessed 7 February 2024.

Longman, Jéré, 2024. "An Olympic Dream Falts Among Track's Shifting Rules." *New York Times*.

Makumbi, Fredrick E. and others, 2023. "Socio-economic and Education Related Inequities in Use of Modern Contraceptive in Seven Sub-regions in Uganda." *BMC Health Services Research* 23: 201.

Malvern, Chiweshe and Catriona Macleod, 2018. "Cultural De-Colonization versus Liberal Approaches to Abortion in Africa: The Politics of Representation and Voice." *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de La Santé Reproductive* 22(2): 49–59.

Marone, Heloisa, 2016. *Demographic Dividends, Gender Equality, and Economic Growth: The Case of Cabo Verde*. Washington, DC: International Monetary Fund.

Martucci, Jessica, 2017. "Childbirth and Breastfeeding in 20th-Century America." In *Oxford Research Encyclopedia of American History*.

Matsick, Jes L. and others, 2020. "Treat Sexual Stigma to Heal Health Disparities: Improving Sexual Minorities' Health Outcomes." *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences* 7(2): 205–213.

Maxwell, Lauren and others, 2015. "Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLoS ONE* 10(2): e0118234.

Mbizvo, Michael T. and others, 2023. "Comprehensive Sexuality Education Linked to Sexual and Reproductive Health Services Reduces Early and Unintended Pregnancies Among In-School Adolescent Girls in Zambia." *BMC Public Health* 23: 348.

MBRRACE-UK (Mothers and Babies: Reducing the Risk Through Audits and Confidential Enquiries Across the UK), 2020. "Saving Lives, Improving Mothers' Care 2020: Lay Summary." Website: npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrace-uk/reports/maternal-report-2020/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2020_-_Lay_Summary_v10.pdf, accessed 4 February 2024.

McGovern, Terry and others, 2022. *Sexual and Reproductive Justice as the Vehicle to Deliver the Nairobi Summit Commitments*. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: nairobisummiticpd.org/publication/sexual-and-reproductive-justice, accessed 1 February 2024.

McKinsey Global Institute, 2015. *The Power of Parity: How Advancing Women's Equality Can Add \$12 Trillion to Global Growth*. New York: McKinsey Global Institute.

Menendez, Clara and others, 2023. "Stalled Global Progress on Preventable Maternal Deaths Needs Renewed Focus and Action." *BMJ* 381: p1473.

Meyer, Meredith and Susan A. Gelman, 2016. "Gender Essentialism in Children and Parents: Implications for the Development of Gender Stereotyping and Gender-Typed Preferences." *Sex Roles* 75: 409.

Mikhail, Hannah and others, 2021. "Reproductive Health Interventions for Inuit Youth in the North: A Scoping Review." *Reproductive Health* 18(1): 65.

Molitoris and others, 2023. "Early Childbearing and Child Marriage: An Update." *Studies in Family Planning* 53(3): 503–521.

MTI-Hungary Today, 2019. "Foreign Minister: Hungary Rejects UN Declaration on Granting Illegal Migrants Equal Access to Health Care." Website: hungarytoday.hu/hungary-rejects-un-migrants-health-care, accessed 2 October 2023.

Müller, Alex and others, 2018. "The No-Go Zone: A Qualitative Study of Access to Sexual and Reproductive Health Services for Sexual and Gender Minority Adolescents in Southern Africa." *Reproductive Health* 15: 12.

Müller, Alexandra, 2016. "Health for All? Sexual Orientation, Gender Identity, and the Implementation of the Right to Access to Health Care in South Africa." *Health and Human Rights* 18(2): 195–208.

Muro, Estella and Olohikhuai Egbohare, 2023. "Artificial Intelligence, Technology and Health: Examining the Impacts of Inequity in Access, Racism and Structural Discrimination." Washington, DC: O'Neill Institute.

Murphy-Lawless, Jo, 1998. *Reading Birth and Death: A History of Obstetric Thinking*. Cork: Cork University Press.

Musa, Abdulbasit and others, 2019. "The Associations Between Intimate Partner Violence and Maternal Health Care Service Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMC Women's Health* 19: 36.

Ndikubwimana, Baptiste and others, 2023. "Debating the Identity and Indigeneity of the Batwa in Post-Genocide Rwanda: A Review of the Challenges and Prospects from a Human Rights Perspective." *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples* 19(2): 303–313.

Nestorová Dická, Janetta, 2021. "Demographic Changes in Slovak Roma Communities in the New Millennium." *Sustainability* 13(7): 3735.

Nia, Gissou, 2023. "Gender Apartheid is a Horror. Now the United Nations Can Make it a Crime Against Humanity." *Atlantic Council*. Website: atlanticcouncil.org/blogs/new-atlanticist/gender-apartheid-is-a-horror-now-the-united-nations-can-make-it-a-crime-against-humanity/, accessed 1 February 2024.

Nove, Andrea and others, 2021. "Potential Impact of Midwives in Preventing and Reducing Maternal and Neonatal Mortality and Stillbirths: A Lives Saved Tool Modelling Study." *The Lancet Global Health* 9(1): E24–E32.

Nugroh, Adi and others, 2017. "Behavioral Interventions to Reduce HIV Risk Behavior for MSM and Transwomen in Southeast Asia: A Systematic Review." *AIDS Care* 29(1): 98–104.

Nyård, Håvard Mogleiv, 2018. "Inequality and Conflict – Some Good News." *World Bank*. blogs.worldbank.org/dev4peace/inequality-and-conflict-some-good-news, accessed 1 February 2024.

O'Brien, Diana Z. and Johanna Rickne, 2016. "Gender Quotas and Women's Political Leadership." *American Political Science Review* 110(1): 112–126.

OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2023. "Global Humanitarian Overview 2024." Website: humanitarianaction.info/document/global-humanitarian-overview-2024/article/global-humanitarian-overview-2024/article/cost-inaction, accessed 15 March 2024.

OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), n.d. "Protection – Gender-Based Violence 2023." Geneva and New York: OCHA. Website: fts.unocha.org/global-sectors/13/summary/2023, accessed 15 March 2024.

Odeyemi, Isaac A. O. and John Nixon, 2013. "Assessing Equity in Health Care Through the National Health Insurance Schemes of Nigeria and Ghana: A Review-Based Comparative Analysis." *International Journal for Equity in Health* 12: 9.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023. "Systemic Racism and Use of Force in Policing and Justice." Website: www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2023/10/systemic-racism-and-use-force-policing-and-justice, accessed 2 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023a. "A/78/227: Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity – Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity, Victor Madrigal-Borloz."

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2022. "A/HRC/50/27: Report on the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health of persons, communities and populations affected by discrimination and violence based on sexual orientation and gender identity in relation to the Sustainable Development Goals."

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021. "Seminal UN Report Offers an Agenda to Dismantle Systemic Racism." Website: www.ohchr.org/en/stories/2021/06/seminal-un-report-offers-agenda-dismantle-systemic-racism, accessed 2 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021a. "A/HRC/47/28. 65: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Tlaleng Mofokeng."

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021b. "Abortion is Essential Healthcare and Women's Health Must be Prioritized Over Politics." Website: www.ohchr.org/en/statements/2021/09/abortion-essential-healthcare-and-womens-health-must-be-prioritized-over, accessed 5 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2020. "COVID-19: States Should Not Abuse Emergency Measures to Suppress Human Rights – UN Experts." Website: www.ohchr.org/en/press-releases/2020/03/covid-19-states-should-not-abuse-emergency-measures-suppress-human-rights-un, accessed 2 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019. "Time for World's Leaders to Honour 25-Year-Old Promises and Renew Their Commitments on Women's Rights, Say Human Rights Experts." Website: www.ohchr.org/en/press-releases/2019/11/time-world-leaders-honour-25-year-old-promises-and-renew-their-commitments, accessed 3 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019a. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. A/74/137. Website: digitalibrary.un.org/record/3823698

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "A Human Rights Based Approach to Data – Leaving No One Behind in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Guidance Note to Data Collection and Disaggregation." Website: www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/human-rights-based-approach-data-leaving-no-one-behind-2030-agenda, accessed 6 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2017. "Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends. Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and Practice." Website: www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf, accessed 1 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva: OHCHR. Website: www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights, accessed 3 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. "Fact Sheet: Homophobic and Transphobic Violence." Website: www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/LGBT/FactSheets/unfe-27-UN_Fact_Sheets_Homophobic_English.pdf, accessed 1 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.a. "Intersex People. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/intersex-people, accessed 4 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.b. "About LGBTI People and Human Rights. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/about-lgbti-people-and-human-rights, accessed 4 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.c. "Albinism in Africa. Independent Expert on Albinism." Website: www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-albinism/albinism-africa, accessed 13 February 2024.

Onarheim, Kristine H. and others, 2018. "Towards Universal Health Coverage: Including Undocumented Migrants." *BMJ Global Health* 3: e001031.

Organization of African Unity, 1981. *African Charter on Human and Peoples' Rights*. Addis Ababa: OAU.

Osmundsen, Mathias and others, 2021. "How Partisan Polarization Drives the Spread of Fake News." *Brookings*. Website: brookings.edu/articles/how-partisan-polarization-drives-the-spread-of-fake-news/, accessed 1 February 2024.

Ouedraogo, Rasmané and David Stenzel, 2021. "The Heavy Economic Toll of Gender-based Violence: Evidence from Sub-Saharan Africa." *IMF WP/21/277*. Washington, DC: International Monetary Fund.

Owens, Deidre Cooper, 2017. *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*. Athens: University of Georgia Press.

Owusu-Edusei, Kwame and others, 2013. "The Estimated Direct Medical Cost of Selected Sexually Transmitted Infections in the United States, 2008." *Sexually Transmitted Diseases* 40(3): 197–201.

Ozili, Peterson K., 2024. "Effect of Gender Equality on Financial Stability and Financial Inclusion." *Social Responsibility Journal* 20(2): 205–223.

PAI, 2020. "Insight into Country-Level Sexual and Reproductive Health Advocacy in Zambia's Universal Health Coverage Financing Reforms." Website: pai.org/resources/leading-charge/, accessed 8 February 2024.

Paradies, Yin, 2016. "Colonisation, Racism and Indigenous Health." *Journal of Population Research* 33: 83–96.

Patel, Parisa and others, 2018. "The Perceptions, Health-Seeking Behaviours and Access of Scheduled Caste Women to Maternal Health Services in Bihar, India." *Reproductive Health Matters* 26(54): 114–125.

Perritt, Jamila and Natalia Eugene, 2022. "Inequity and Injustice: Recognizing Infertility as a Reproductive Justice Issue." *F&S Reports* 3(2 Suppl): 2–4.

Phillips, James F. and others, 2020. "Four Decades of Community-Based Primary Health Care Development in Ghana." In *Achieving Health for All: Primary Health Care in Action*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Pierce, Jennifer L., 2013. "White Racism, Social Class, and the Backlash Against Affirmative Action." *Sociology Compass* 7(11): 914–926.

Policy Cures Research, 2023. "Sexual and Reproductive Health Research and Development: Beyond Spillovers." Australia: Policy Cures Research.

Pradhan, Rina and others, 2015. "Factors Associated with Pregnancy Among Adolescents in Low-Income and Lower Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Epidemiology & Community Health* 69(9): 918–924.

- Raben, Liselotte A. D. and Maria E. T. C. van den Muijsenbergh, 2018. "Inequity in Contraceptive Care Between Refugees and Other Migrant Women?: A Retrospective Study in Dutch General Practice." *Family Practice* 35(4): 468–474.
- Raghavendra, R. H., 2020. "Literacy and Health Status of Scheduled Castes in India." *Contemporary Voice of Dalit* 12(1): 97–110.
- Ravindran, T.K. Sundari and others, 2020. "Making Pharmaceutical Research and Regulation Work for Women." *BMJ* 371: m3808.
- Reid, Graeme and Minky Worden, 2023. "Caster Semenya Won Her Case, But Not the Right to Compete." *Human Rights Watch*. Website: hrw.org/news/2023/07/18/caster-semenya-won-her-case-not-right-compete, accessed 4 February 2024.
- Roberts, Dorothy E., 1991. "Punishing Drug Addicts Who Have Babies: Women of Color, Equality, and the Right of Privacy." *Harvard Law Review* 104(7): 1419–1482.
- Rohrbach, Louise A. and others, 2015. "A Rights-Based Sexuality Education Curriculum for Adolescents: 1-Year Outcomes From a Cluster-Randomized Trial." *Journal of Adolescent Health* 57(4): 399–406.
- Rollston, Rebekah and others, 2020. "Comprehensive Sexuality Education to Address Gender-Based Violence." *The Lancet* 396: 148–150.
- Ross, Loretta J., 2017. "Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism." *Souls* 19(3): 286–314.
- Ross, Loretta J. and Rickie Solinger, 2017. *Reproductive Justice: An Introduction*. Berkeley: University of California Press.
- Rostami-Moez, Masoumeh and others, 2021. "The Effect of Teaching Patients' Rights to Midwifery Students on Their Compliance with Patients' Rights at Fatemeh Hospital, Hamadan, Iran." *Journal of Medical Education* 20(3): e116707.
- Samanta, Arabinda, 2016. "Physicians, Forceps and Childbirth: Technological Intervention in Reproductive Health in Colonial Bengal." In *Medicine and Colonialism*, Poonam Bala, ed. New York: Taylor and Francis.
- Saroha, Ekta and others, 2008. "Caste and Maternal Health Care Service Use Among Rural Hindu Women in Maitha, Uttar Pradesh, India." *Journal of Midwifery & Women's Health* 53(5): e41–e47.
- Say, Lale and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *The Lancet Global Health* 2(6): e323–333.
- Schaaf, Marta and others, 2023. "A Critical Interpretive Synthesis of Power and Mistreatment of Women in Maternity Care." *PLOS Global Public Health* 3(1): e0000616.
- Semenya, Caster, 2023. "Running in a Body That's My Own." *New York Times*.
- Sen, Gita and Aditi Iyer, 2012. "Who Gains, Who Loses and How: Leveraging Gender and Class Intersections to Secure Health Entitlements." *Social Science & Medicine* 74(11): 1802–1811.
- Sen, Gita and others, 2019. "Moving the ICPD Agenda Forward: Challenging the Backlash." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 319–322.
- Sen, Gita, and others, 2009. "A Methodology to Analyse the Intersections of Social Inequalities in Health." *Journal of Human Development and Capabilities* 10(3): 397–415.
- Shalev, Carmel, 1998. "Rights to Sexual and Reproductive Health – the ICPD and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women." Website: un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm, accessed 3 February 2024.
- Shields, Kristine and Anne Drapkin Lyerly, 2013. "Exclusion of Pregnant Women from Industry-Sponsored Clinical Trials." *Obstetrics & Gynecology* 122(5): 1077–1081.
- Shiva, Vandana, 1996. "Science, Nature and Gender." In *Women, Knowledge, and Reality. Explorations in Feminist Philosophy*, 2nd edn. New York: Routledge.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Stillbirth Among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114: 1246–1252.
- Singh, Gopal K., 2021. "Trends and Social Inequalities in Maternal Mortality in the United States, 1969–2018." *International Journal of MCH and AIDS* 10(1): 29–42.
- Singh, Poonam Khetrpal, 2018. "India Has Achieved Groundbreaking Success in Reducing Maternal Mortality." World Health Organization.
- Sloane, Julie, 2018. "Research Finds Tipping Point for Large-Scale Social Change." Website: asc.upenn.edu/news-events/news/research-finds-tipping-point-large-scale-social-change, accessed 1 February 2024.
- Small, Maria J. and others, 2017. "Global Disparities in Maternal Morbidity and Mortality." *Seminars in Perinatology* 41(5): 318–322.
- Snow, Rachel C. and others, 2015. "Sexual and Reproductive Health: Progress and Outstanding Needs." *Global Public Health* 10(2): 149–173.
- Solinger, Rickie and Mie Nakachi, eds, 2016. *Reproductive States: Global Perspectives on the Invention and Implementation of Population Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Sprecher, Tiffany D. Vann and Ruth Mazo Karras, 2011. "The Midwife and the Church: Ecclesiastical Regulation of Midwives in Brie, 1499–1504." *Bulletin of the History of Medicine* 85(2): 171–192.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher–Lancet Commission." *Lancet* 391(10140): 2642–2692.
- Stepan, Jan and Edmund H. Kellogg, 1974. "The World's Laws on Contraceptives." *American Journal of Comparative Law* 22(4): 615–651.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute.
- Tabaac, Ariella R. and others, 2020. "Sexual Orientation-Related Disparities in Healthcare Access in Three Cohorts of U.S. Adults." *Preventive Medicine* 132: 105999.
- Tampa, Mircea and others, 2014. "Brief History of Syphilis." *Journal of Medicine and Life* 7(1): 4–10.
- Tao, Yu-Ting and others, 2023. "Global, Regional, and National Trends of Syphilis from 1990 to 2019: The 2019 Global Burden of Disease Study." *BMC Public Health* 23: 754.
- Teufel, James and others, 2021. "Income and Poverty Status Among Women Experiencing Intimate Partner Violence: A Positive Social Return on Investment from Civil Legal Aid Services." *Law & Society Review* 55(3): 405–428.
- Thomas, B. Gail, 2016. "A History of Midwifery in the Western World." Website: memoriesofnursing.uk/wp-content/uploads/History-of-midwifery-BGT.pdf, accessed 3 February 2024.
- Thomas, Claire, 2023. "No Data IS Data: What Existing but Untapped Disaggregated Data Tells Us About Inequalities in Vaccination Rates in the Global South." Minority Rights Group.
- Thomas, Lynn M., 2003. *Politics of the Womb: Women, Reproduction, and the State in Kenya*. Berkeley: University of California Press.
- Tikkanen, Roosa and others, 2020. "Maternal Mortality and Maternity Care in the United States Compared to 10 Other Developed Countries." New York and Washington D. C.: The Commonwealth Fund.
- Trans Legislation Tracker, n.d. "2023 Anti-Trans Legislation." Website: translegislation.com/bills/2023, accessed 5 February 2024.
- Trost, Susanna and others, 2017. "Pregnancy-Related Deaths: Data from Maternal Mortality Review Committees in 36 US States, 2017–2019." Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Reproductive Health.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2023. "UNAIDS Board Calls on Member States to Resource and Tailor HIV Response that Integrates Diverse Needs of Transgender People." Website: unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/december/20231219_pcb-decision-2025-targets, accessed 8 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2022. "UNAIDS Warns that Stigmatizing Language on Monkeypox Jeopardises Public Health." Press release. Website: unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220522_PR_Monkeypox, accessed 15 March 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2021. "HIV and Stigma and Discrimination." Human Rights Fact Sheet Series. Website: unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_en.pdf, accessed 5 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), n.d. "Trend of New HIV Infections, 1990–2022." *AIDSinfo database*. Website: aidsinfo.unaids.org/, accessed 30 October 2023.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Statistics Division, 2023. *The Sustainable Development Goals Report 2023: Special Edition*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. *World Family Planning 2022. Meeting the Changing Needs for Family Planning: Contraceptive Use by Age and Method*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022a. *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022b. *World Population Prospects 2022: Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections (UN DESA/POP/2022/TR/NO.4)*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022c. "Family Planning Indicators. Estimates and Projections of Family Planning Indicators, 2022." Website: un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators, accessed 8 February 2024.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2023. *The Human Cost of Inaction: Poverty, Social Protection and Debt Servicing, 2020–2023*. New York: UNDP. Website: undp.org/publications/dfs-human-cost-inaction-poverty-social-protection-and-debt-servicing-2020-2023, accessed 8 February 2024.
- UN ECOSOC, 2024. Flow of financial resources for assisting in the further implementation of the programme of Action of the International Conference on Population and Development. E/CN.9/2024/4. In Press.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. "Education for People and Planet: Creating Sustainable Futures for All." *Global Education Monitoring Report 2016*. Paris: UNESCO. Website: unesco.org/gem-report/en/education-people-and-planet, accessed 7 February 2024.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2021. *The Journey Towards Comprehensive Sexuality Education: Global Status Report*. Paris: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379607, accessed 2 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024. The Future of Sexual and Reproductive Health and Rights. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024a. *Population Data Portal*. Website: pdp.unfpa.org, accessed 15 March 2024
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024b. A Digital World: Future-Proofing the ICPD. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024c. The Future of Population Data Systems. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024d. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Programme Annual Progress Report 2023. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024e. ICPD and the Climate Crisis. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024f. Demographic Diversity and Sustainable Development. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024g. A Systematic Assessment of ICPD Positioning Across the 2024 Voluntary National Reviews. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Statement of the Executive Director to the Second Regular Session of the Executive Board 2023." Website: unfpa.org/press/statement-executive-director-second-regular-session-executive-board-2023, accessed 1 February 2024.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2023a. "Remarks by UNFPA Executive Director Dr. Natalia Kanem during the UNGA 2023 Side Event on Sustainable Financing for Family Planning." Website: [unfpa.org/press/remarks-unfpa-executive-director-dr-natalia-kanem-during-unga-2023-side-event-sustainable](https://www.unfpa.org/press/remarks-unfpa-executive-director-dr-natalia-kanem-during-unga-2023-side-event-sustainable), accessed 1 February 2024.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2023b. *8 Billion Lives, Infinite Possibilities. State of World Population 2023*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. *Investing in Three Transformative Results: Realizing Powerful Returns*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2022a. *Seeing the Unseen: The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy. State of World Population 2022*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. *My Body is My Own: Claiming the Right to Autonomy and Self-Determination. State of World Population 2021*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2021a. *Leaving No One Behind and Reaching the Furthest Behind. Strategic Plan 2022–2025*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2021b. *We Matter. We Belong. We Decide. UNFPA Disability Inclusion Strategy 2022–2025*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. *International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education. An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programmes*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019a. "Submission of the United Nations Population Fund to the Special Rapporteur on Violence Against Women." Website: www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during, accessed 3 February 2024.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Young Persons with Disabilities. Global Study on Ending Gender-based Violence and Realizing Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. *International Technical Guidance on Sexuality Education*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. *Worlds Apart - Reproductive Health and Rights in an Age of Inequality. State of World Population 2017*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 1998. "ICPD+5 Review." Website: [unfpa.org/events/icpd5-review](https://www.unfpa.org/events/icpd5-review), accessed 5 February 2024.

UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. Trends in Women's Sexual and Reproductive Health and Rights Decision-making. Unpublished analysis.

UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Monitoring and Evaluation Results Framework. Unpublished report

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2023. *Maternal Health Analysis of Women and Girls of African Descent in the Americas*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2021. *The State of the World's Midwifery*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2018. *Indigenous Women's Maternal Health and Maternal Mortality*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund) Asia and the Pacific, n.d. "ROI-T: Invest in Her." Website: asiapacific.unfpa.org/en/ROI, accessed 7 February 2024.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2023. "UNICEF Data Warehouse: Cross-Sector Indicators. Indicator: Percentage of Children Under Age 5 Whose Births Are Registered." Website: data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.PT_CHLD_Y0T4_REG..&startPeriod=2016&endPeriod=2023, accessed 6 February 2024.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2022. "UNICEF Data: Female Genital Mutilation." Website: data.unicef.org/topic/gender/fgm/, accessed 1 February 2024.

United Nations, 2023. *The Sustainable Development Goals Report. Special Edition*. New York: UN.

United Nations, 2023a. "Disagreeing over References to Comprehensive Sexual Education, Delegates Fail to Adopt Draft Resolution, as Commission on Population and Development Concludes Session." Website: press.un.org/en/2023/pop1109.doc.htm, accessed 1 February 2024.

United Nations, 2023b. "Engagement Key to Reform of Taliban Decrees Restricting Women's Rights." Website: news.un.org/en/story/2023/09/1141477, accessed 8 February 2024.

United Nations, 2023c. "UN Rights Experts Condemn Uganda's 'Egregious' Anti-LGBT Legislation." Website: news.un.org/en/story/2023/03/1135147#, accessed 8 February 2024.

United Nations, 2020. "Rising Inequality Affecting More Than Two-Thirds of the Globe, But It's Not Inevitable: New UN Report." Website: news.un.org/en/story/2020/01/1055681, accessed 1 February 2024.

United Nations, 2018. "Political, Social Polarization Leading to Rise in Global Insecurity, Secretary-General's Report Finds." Website: press.un.org/en/2018/org1681.doc.htm, accessed 1 February 2024.

United Nations, 2015. "Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development." A/RES/70/1.

United Nations, 2014. "Framework of Actions for the Follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary-General." A/69/62.

United Nations General Assembly, 2022. "Violence and its Impact on the Right to Health. Report by the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Tlaleng Mofokeng." A/HRC/50/28.

United Nations Statistics Division, 2014. "Fundamental Principles of Official Statistics." A/RES/68/261.

United Nations System Chief Executives Board for Coordination, 2017. *Leaving No One Behind: Equality and Non-Discrimination at the Heart of Sustainable Development*. New York: UN.

University of Melbourne and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. *Measuring Technology-Facilitated Gender-Based Violence. A Discussion Paper*. New York: UNFPA.

UNSDG (United Nations Sustainable Development Group), n.d. "Leave No One Behind. Universal Values. Principle Two: Leave No One Behind." Website: unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind, accessed 5 February 2024.

UN Women, 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN Women.

UN Women and others, 2023. *Progress on the Sustainable Development Goals. The Gender Snapshot 2023*. New York: UN Women.

Urban Indian Health Institute, 2018. *Missing and Murdered Indigenous Women & Girls. A Snapshot of Data from 71 Urban Cities in the United States*. Seattle: UIHI.

USAID (United States Agency for International Development), 2022. "Key Populations: Achieving Equitable Access to End AIDS." Website: [usaid.gov/global-health/health-areas/hiv-and-aids/technical-areas/key-populations#](https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/hiv-and-aids/technical-areas/key-populations#), accessed 8 February 2024.

Utomo, Budi and others, 2021. "The Impact of Family Planning on Maternal Mortality in Indonesia: What Future Contribution Can be Expected?" *Population Health Metrics* 19(1): 2.

Victoria, Cesar Gomes and others, 2018. "The Inverse Equity Hypothesis: Analyses of Institutional Deliveries in 286 National Surveys." *American Journal of Public Health* 108(4): 464–471.

Vyas, Seema, 2013. *Estimating the Association between Women's Earnings and Partner Violence: Evidence from the 2008–2009 Tanzania National Panel Survey*. Women's Voice, Agency, & Participation Research Series 2013 No. 2. Washington, DC: World Bank.

Walker, David and Nata Duvvury, 2016. *Costing the Impacts of Gender-Based Violence (GBV) to Business: A Practical Tool*. London: Overseas Development Institute.

Wells, Lana and others, 2024. "Insights on Engaging Men and Boys in Creating a More Gender Equal Future in Canada." *Violence Against Women* 30(1): 297–322.

Westman, Claire S. 2023. Submission to "Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, Victor Madrigal-Borloz." Unpublished.

WHO (World Health Organization), 2023. "Technical Brief: Investing in Sexual and Reproductive Health and Rights: Essential Elements of Universal Health Coverage." Website: cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/uhl-technical-brief-srhr.pdf, accessed 8 February 2024.

WHO (World Health Organization), 2022. "Oman First Country in the Region to Eliminate Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis." *News*. Website: www.emro.who.int/omn/oman-news/oman-firstcountry-in-the-region-to-eliminate-motherto-child-transmission-of-hiv-and-syphilis.html?format=html, accessed 15 March 2024.

WHO (World Health Organization), 2021. *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018: Global Regional and National Estimates for Intimate Partner Violence Against Women and Global and Regional Estimates for Non-partner Sexual Violence Against Women. Executive Summary*. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization), 2020. *Pulse Survey on Continuity of Essential Services During the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020*. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization), 2015. "The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse During Facility-Based Childbirth." Website: iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf, accessed 4 February 2024.

WHO (World Health Organization), 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women. Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization), 2009. *Integrating Poverty and Gender into Health Programmes: A Sourcebook for Health Professionals*. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization), 1991. *Maternal Mortality Ratios and Rates. A Tabulation of Available Information*. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272290/WHO-MCH-MSM-91.6-eng.pdf, accessed 5 February 2024.

WHO (World Health Organization), n.d. "Gender and Health." Website: who.int/health-topics/gender#tab=tab_1, accessed 4 February 2024.

WHO (World Health Organization), n.d.a. "Global Health Estimates: Leading Causes of Death." Website: [who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death](https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death), accessed 6 February 2024.

WHO (World Health Organization), n.d.b. "Congenital Syphilis Reported Rate per 100 000 Live Births, Reported." *The Global Health Observatory*. Website: [who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/congenital-syphilis-rate-per-100-000-live-births](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/congenital-syphilis-rate-per-100-000-live-births), accessed 15 March 2024.

WHO (World Health Organization), n.d.c. "Syphilis." *Factsheet*. Website: [who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis), accessed 15 March 2024.

WHO (World Health Organization), n.d.d. "Self-Care Interventions for Health." Website: [who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1](https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1), accessed 8 February 2024.

WHO (World Health Organization) and others, 2023. *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization) and others, 2023a. *Tracking Universal Health Coverage. 2023 Global Monitoring Report*. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization) and others, 2001. *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva: WHO.

Williams, Brent C. and A. Mark Fendrick, 2022. "Tailoring Complex Care to Patients' Needs: Myths, Realities, and Best Next Steps." *American Journal of Managed Care* 28(2): 47–50.

Wodon, Quentin and Benedicte de la Briere, 2018. *Unrealized Potential: The High Cost of Gender Inequality in Earnings*. Washington, DC: World Bank.

Wodon, Quentin, and others, 2018. *Missed Opportunities: The High Cost of Not Educating Girls. The Cost of Not Educating Girls Notes Series*. Washington, DC: World Bank.

World Bank, n.d. "Women, Business and the Law." Website: wbl.worldbank.org/en/wbl, accessed 1 February 2024.

World Economic Forum, 2024. *Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies*. Geneva: World Economic Forum.

World Economic Forum, 2023. "2024 is a Record Year for Elections: Here's What You Need to Know." Website: [weforum.org/agenda/2023/12/2024-elections-around-world/](https://www.weforum.org/agenda/2023/12/2024-elections-around-world/), accessed 8 February 2024.

Wörman, Xenia and others, 2021. "Males as Victims of Intimate Partner Violence – Results from a Clinical-Forensic Medical Examination Centre." *International Journal of Legal Medicine* 135, 2107–2115.

Yadav, Arvind K. and Pabitra K. Jena, 2020. "Maternal Health Outcomes of Socially Marginalized Groups in India." *International Journal of Health Care Quality Assurance* 33(2): 172–188.


Yang, Fan and others, 2020. "Key Populations and Power: People-Centred Social Innovation in Asian HIV Services." *The Lancet HIV* 7(1): e69–e74.

Yount, Kathryn M. and others, 2022. "Global Measurements of Intimate Partner Violence to Monitor Sustainable Development Goal 5." *BMC Public Health* 22: 465.

Zaneva, Mirela and others, 2022. "What Is the Added Value of Incorporating Pleasure in Sexual Health Interventions? A Systematic Review and Meta-analysis." *PLoS ONE* 17(2): e0261034.



Garantir direitos e escolhas para todos


United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212-297-5000
www.unfpa.org
 @UNFPA



ISSN 1020-5195
ISBN 9789210031318



Sales No. E.24.III.H.1
E/700/2024

 Printed on recycled paper