

MEU CORPO ME PERTENCE

REIVINDICANDO O DIREITO À AUTONOMIA E À AUTODETERMINAÇÃO

PODER TOMAR DECISIONES
WHOLENESS
LAS NUEVAS FORMAS DE VER LA MASCULINIDAD

AUTONOMISER
CHOICE

PROTECTION
ADVOCACY

COMUNIDAD

Права

RESTRICTIONS

القرار الحر

LOVE

МОЯ ТЕЛО

ОТХОЩЕНИЯ

HANDS OFF

المساواة بين الجنسين

Выражение

PONER FIN A LA VIOLENCIA

DETERMINATION

LE POUVOIR DE CHOISIR

INDIVIDUAL
RELACIONES
законны
POWER
STRENGTH
LE POUVOIR DE CHOISIR
ADVOCACY
EMPODERAR
AUTONOMY
LIMITES
AUTOSUFICIENTE
HEALTH
FORCE
HEALTH
FOR
GENDER
EQUALITY
AUTONOMISER
SEXUAL
AND
REPRODUCTIVE
HEALTH
CONTROL
PROTECTION
PODER TOMAR
DECISIONES
AMOR
WELLNESS
RESISTENCIA
BOUNDARIES
LOVE
CORPS
BALANCE
VIOLENCE
COMUNIDAD
TOP
BODY
INDIVIDUO
CONSENTEMENT
CHOIX

RIGHTS

Situação da População Mundial 2021

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

EDITOR-CHEFE

Arthur Erken

EQUIPE EDITORIAL

Editor: Richard Kollodge

Editores de vídeos: Rebecca Zerzan

Diretora criativa: Katie Madonia

Gerentes da edição digital: Katie Madonia, Rebecca Zerzan

Assessor da edição digital: Hanno Ranck

ASSESSOR DE PESQUISA

Nahid Toubia

ASSESSORES TÉCNICOS DO UNFPA

Satvika Chalasani

Nafissatou Diop

Emilie Filmer-Wilson

Mengjia Liang

Leyla Sharafi

PESQUISADORES E AUTORES

Daniel Baker

Alice Behrendt

Stephanie Baric

Marieke Devillé

Laura Ferguson

Gretchen Luchsinger

Mindy Roseman

ARTE DA CAPA

Rebeka Artim

ARTE ORIGINAL COMISSIONADA

Rebeka Artim

Kaisei Nanke

Hülya Özdemir

Tyler Spangler

Naomi Vona

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

Coordenação editorial: Rachel Quintiliano

Revisão: Luciana Pereira e Equipe do UNFPA Brasil

Tradução: Ana Lucinda T. Laranjinha

Diagramação - versão em português: Diego Silva

AGRADECIMENTOS

As ilustrações foram baseadas nas fotografias originais de: Joel Koko (página 65); George Koranteng (página 108); Bushra Noor (página 16); Kingsley Osei-Abraham on Unsplash (página 9); e Mikey Struik on Unsplash (página 114).

O UNFPA agradece às seguintes pessoas por compartilhar vislumbres de suas vidas e de seu trabalho para a produção deste relatório: "inspetor de virgindade" anônimo, África do Sul; Ayim, Quirguistão; Dr. Mozghan Azami, Afeganistão; Enkhjargal Banzragch, Mongólia; Dr. Wafaa Benjamin Basta, Egito; Víctor Cazorla, Peru; Daniyar, Quirguistão; Dra. Mouna Farhoud, Síria; Isabel Fulda, México; Dra. Cairtriona Henchion, Irlanda; Josefina (nome fictício), México; Liana, Indonésia; Lizzie Kiama, Quênia; Olga Lourenço, Angola; José Manuel Ramírez Navas, El Salvador; Monika, Macedônia do Norte; Leidy Londono, EUA; Dr. Ahmed Ben Nasr, Tunísia; Chefe Msingaphansi, África do Sul; Sarojini Nadimpally, Índia; Dr. Nuriye Ortayli, Turquia; Dipika Paul, Bangladesh; Dra. Sima Samar, Afeganistão; Jay Silverman, EUA; Dra. Suraya Sobhrang, Afeganistão; Maeve Taylor, Irlanda; Alexander Armando Morales Tecún, Guatemala; Romeo Alejandro Méndez Zúñiga, Guatemala.

A Chefe do Departamento de Mídia e Comunicações do UNFPA Media, Selinde Dulckeit, trouxe valiosos insights à minuta do relatório, e Gunille Backman e Jo Sauvarin, do Escritório Regional do UNFPA para Ásia e Região do Pacífico, colaboraram com as pesquisas e os comentários sobre as minutas.

Os colegas do UNFPA e outras pessoas em todo o mundo apoiaram o desenvolvimento das reportagens das histórias e dos demais conteúdos, ou forneceram orientação técnica: Samir Aldarabi, Iliza Azyei, Lindsay Barnes, Dr. Shinetugs Bayanbileg, Esther Bayliss, Shobhana Boyle, Warren Bright, Ikena Carreira, Cholpona Egeshova, Jens-Hagen Eschenbaecher, Usenabasi Esiet, Rose Marie Gad, Irene Hofstetter, Matt Jackson, Kinda Katranji, Daisy Leoncio, Guadalupe Natareno, Ziyanda Ngoma, Claudia Martínez, Subhadra Menon, Rebecca Moudio, Rachel Moynihan, Jasmine Uysal, Dalia Rabie, Zaeem Abdul Rahman, Patrick Rose, Mindy Roseman, Alvaro Serrano, Ramz Shalbak, Avani Singh, Irena Spirkovska, Walter Sotomayor, Sabrina Morales Tezagüic, Nahid Toubia, Sujata Tuladhar, Roy Wadia, Irene Wangui, Asti Setiawati Widiastuti, Renato Zeballos.

Os editores são gratos à Subdivisão de População e Desenvolvimento do UNFPA pelos dados regionais agregados na seção de indicadores deste relatório e pela orientação geral sobre os dados. Os dados da fonte para os indicadores do documento foram fornecidos pela Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Organização Mundial de Saúde.

Publicação, Web design interativo e produção: Prographics, Inc.

MAPAS E DESIGNAÇÕES

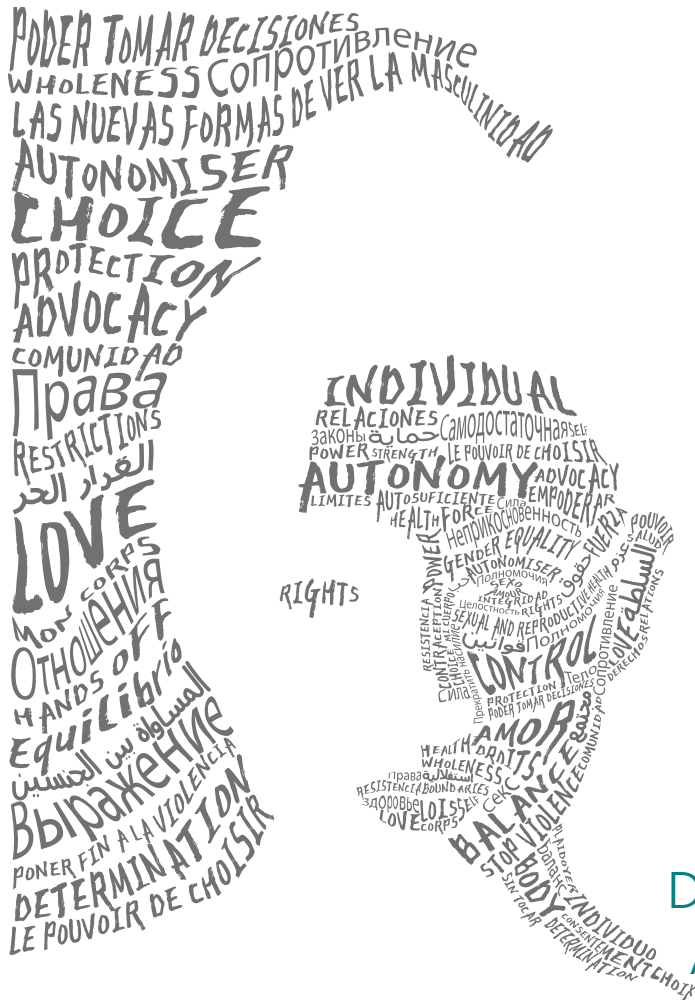
As designações empregadas e a apresentação do material em mapas neste relatório não implicam a expressão de qualquer opinião por parte do UNFPA sobre a situação jurídica de qualquer país, território, cidade ou área, nem de suas autoridades ou, ainda, sobre a delimitação de suas fronteiras ou seus limites.

© UNFPA 2021



Fundo de População
das Nações Unidas

Assegurando direitos e opções para todos e todas desde 1969



MEU CORPO ME PERTENCE

REIVINDICANDO O
DIREITO À AUTONOMIA E
À AUTODETERMINAÇÃO



NOSSA AUTONOMIA, NOSSAS VIDAS

O poder de uma mulher de controlar seu próprio corpo também depende de quanto controle ela tem em outras esferas de sua vida 7

TRÊS DIMENSÕES DE AUTONOMIA

Medindo o poder de tomar decisões sobre cuidados de saúde, contraceção e sexo 17

QUANDO AS DECISÕES SÃO TOMADAS POR OUTROS

A negação da autonomia e da integridade corporal assume muitas formas 33

MEU CORPO, MEUS DIREITOS

Os tratados e as declarações internacionais fornecem as bases para o direito à autonomia e à integridade corporal 55

LEIS QUE EMPODERAM, LEIS QUE CONTROLAM

Um olhar sobre como leis e regulamentos afetam a autonomia corporal 85

○ PODER DE DIZER SIM, ○ DIREITO DE DIZER NÃO

Alcançar a autonomia corporal depende da igualdade de gênero e da expansão das escolhas e oportunidades para mulheres, meninas e grupos excluídos 109

PREFÁCIO

Meu corpo é só meu.

Quantas mulheres e meninas podem afirmar isso livremente?

Cada uma de nós tem direito à autonomia corporal; portanto, deveríamos ter o poder de fazer escolhas sobre os nossos corpos e de ter essas escolhas apoiadas por todas as pessoas ao nosso redor, e pela sociedade em geral.

No entanto, a milhões de pessoas é negado o direito de dizer não ao sexo. Ou sim à escolha de um parceiro no casamento, ou ao momento certo de ter um filho. Muitas têm esse direito negado em virtude de raça, sexo, orientação sexual, idade ou capacidade.

Seus corpos não pertencem a elas.

Privar mulheres e meninas de autonomia sobre seus corpos é errado. Isso causa e reforça desigualdades e violência, todas decorrentes da discriminação de gênero.

Por outro lado, quando mulheres e meninas podem fazer as escolhas mais fundamentais sobre seus corpos, elas ganham não só em autonomia, mas também em avanços em saúde e educação, renda e segurança. Isso se soma a um mundo de maior justiça e bem-estar humano – o que beneficia a todos nós.

No UNFPA, apoiamos mulheres e meninas na reivindicação de seus direitos e suas escolhas, ao longo de suas vidas. Desde 1994, nossos programas são orientados pelo Programa de Ação da Conferência Internacional

sobre População e Desenvolvimento, que fez do empoderamento e da autonomia das mulheres uma base para a ação global para o progresso econômico e social sustentável. O UNFPA também está ao lado de inúmeros outros indivíduos que muitas vezes são excluídos da tomada de decisões autônomas sobre seus corpos: pessoas de orientações sexuais e identidades de gênero diversas, pessoas com deficiência e minorias étnicas e raciais.

Os programas de planejamento reprodutivo que apoiamos aumentam a disponibilidade de anticoncepcionais, além de eliminar barreiras no acesso a serviços, dando às mulheres o poder de decidir sobre seus próprios corpos. Em 2019, por exemplo, o UNFPA adquiriu mais de 128 milhões de caixas de pílulas, de contracepção de emergência e de contracepção de longa duração reversível.

Apoiamos programas que promovem o envolvimento igualitário dos homens na paternidade e os incentivamos a serem melhores comunicadores com suas companheiras em questões de saúde sexual e reprodutiva, ajudando a abrir caminho para que as mulheres possam tomar decisões sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

O Fundo Temático de Saúde Materna do UNFPA está ajudando a tornar serviços que salvam vidas mais acessíveis e baratos, treinando parteiras profissionais e enviando-as para áreas carentes. Nossos programas conjuntos com o UNICEF estão ajudando a erradicar o casamento

infantil – uma prática que nega autonomia às meninas – e a eliminar a mutilação genital feminina, uma prática nociva e que viola a integridade corporal.

Em 2019, na Cúpula de Nairóbi sobre a CIPD25, várias nações, a sociedade civil, instituições de desenvolvimento e outros solicitaram a proteção do direito à autonomia e à integridade corporal, com base nos compromissos internacionais da *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Um impulso adicional veio em 2021, com o Fórum Geração Igualdade, que parte das realizações singulares da 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, de 1995, para alcançar a igualdade de gênero até 2030.

Por meio da nossa liderança na nova Coalizão de Ação Autonomia sobre o corpo, a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos do Fórum Geração Igualdade, e por meio desta edição do relatório *Situação da População Mundial*, o UNFPA está chamando atenção para os motivos pelos quais a autonomia corporal é um direito universal que deve ser defendido. O relatório revela quão séria pode ser a falta de autonomia sobre o corpo, muitas vezes agravada com as pressões da pandemia de Covid-19. No momento, por exemplo, um número recorde de mulheres e meninas está em risco de violência de gênero e de práticas nocivas, como o casamento precoce.

O relatório também apresenta soluções que já estão à mão, ao mesmo tempo em que destaca que o sucesso requer muito mais do que uma série desconectada

de projetos ou serviços, por mais importantes que sejam. O progresso real e sustentável depende, em grande parte, da erradicação da desigualdade de gênero e de todas as formas de discriminação, e da transformação das estruturas sociais e econômicas que as mantêm.

Nisso, os homens devem se tornar aliados. Muito mais: devem se comprometer a se afastar dos padrões de privilégio e dominação que comprometem profundamente a autonomia sobre o corpo, de forma a seguir em direção a modos de vida mais justos e harmoniosos, beneficiando a todos nós. E todos devemos agir para contestar a discriminação onde e quando a encontrarmos. Complacência equivale a cumplicidade.

Nossas comunidades e nossos países florescem somente quando cada indivíduo tem o poder de tomar decisões sobre seus corpos e de traçar seu próprio futuro.

Vamos, portanto, reivindicar o direito de cada indivíduo de tomar decisões sobre seu corpo e de desfrutar da liberdade de escolhas conscientes. Todos nós queremos isso. E é o que todos nós deveríamos ter. Está na essência de nossa humanidade, e nunca devemos perder de vista tudo aquilo que depende disso – para todos.

Dr. Natalia Kanem

Subsecretária Geral das Nações Unidas e Diretora Executiva do UNFPA, a agência de saúde sexual e reprodutiva da ONU



NOSSA AUTONOMIA NOSSAS VIDAS

O poder de uma mulher de controlar seu próprio corpo também depende de quanto controle ela tem em outras esferas de sua vida

Temos o direito inerente de escolher o que fazemos com nosso corpo, garantir sua proteção e cuidado, buscar sua expressão. A qualidade de nossas vidas depende disso. Na verdade, nossas próprias vidas dependem disso.

O direito à autonomia sobre nossos corpos significa que temos o poder e a capacidade de fazer escolhas, sem medo de violência ou de que outra pessoa decida por nós. Significa ser capaz de decidir se, quando ou com quem ter uma relação sexual. Significa tomar suas próprias decisões sobre quando (ou se) deseja engravidar. Significa liberdade para ir a uma consulta médica sempre que precisar.

Dizer não, dizer sim, dizer que esta é a minha escolha para o meu corpo – isso é a base de uma vida com poder de ação e dignidade. Podemos chegar a entender quem somos, plenamente. Não temos que nos encolher para

nos ajustarmos a escolhas que não são nossas, para ser, de alguma forma, “menos que”. Além disso, uma vez que reivindicar autonomia sobre o corpo é fundamental para o exercício de todos os outros direitos humanos – como o direito à saúde ou o direito de viver sem violência –, as instituições em nossa sociedade são obrigadas a prover todo o apoio e os recursos necessários para que possamos fazer nossas escolhas de forma significativa (PWN, s/d).

Entrelaçado com a autonomia sobre o corpo está o direito à integridade corporal, quando as pessoas podem viver livres de atos físicos que não consentem. Embora muitas mulheres e meninas no mundo hoje tenham o poder de tomar decisões autônomas sobre seus próprios corpos, muitas ainda enfrentam restrições, algumas delas com consequências devastadoras para sua saúde, seu bem-estar e seu potencial de vida.

Meu corpo, mas não minha escolha

Para muitas pessoas – mas, especialmente, para mulheres e meninas –, a vida é repleta de perdas de integridade e autonomia sobre o corpo associadas à falta de autodeterminação na tomada de suas próprias decisões. Essas perdas se manifestam quando a falta de opções de contracepção leva à gravidez não planejada. Elas resultam de negociações terríveis em que sexo indesejado é trocado por um lar e comida. Elas passam por violações como mutilação genital feminina e casamento infantil. Surgem quando pessoas com orientações sexuais e identidades de gênero diversas não conseguem andar na rua sem temer agressão ou humilhação. Elas fazem com que as pessoas com deficiência sejam privadas de seus direitos de autodeterminação, do direito de estarem livres da violência e de desfrutarem de uma vida sexual segura e satisfatória.

**MULHERES
TÊM APENAS
75%
DOS DIREITOS
LEGAIS DOS
HOMENS**

Existem muitas dimensões nas forças que impedem mulheres e meninas adolescentes de exercer autonomia e integridade sobre o corpo. Mas a causa raiz é a discriminação de gênero, que reflete e sustenta os sistemas patriarcais de poder que produzem desigualdades de gênero e desempoderamento.

Onde há normas sociais discriminatórias de gênero, os corpos das mulheres e das meninas podem estar sujeitos a escolhas feitas não por elas, mas por outros, de parceiros íntimos a órgãos legislativos. Quando o controle está em outras instâncias, a autonomia segue perpetuamente fora de alcance. Se as normas discriminatórias de gênero já são por si só prejudiciais, tornam-se ainda mais prejudiciais quando são agravadas por outras formas de discriminação, com base em raça, orientação sexual, idade ou deficiência, entre outros fatores.

As normas discriminatórias são perpetuadas pela comunidade, podendo ser reforçadas por instituições políticas, econômicas, jurídicas e sociais (como escolas e meios de comunicação), e até mesmo por serviços de saúde (inclusive aqueles que prestam assistência no âmbito da saúde sexual e reprodutiva). Esses serviços podem, por exemplo, minar a autonomia por serem de baixa qualidade e limitados no atendimento a todas as necessidades das mulheres e das adolescentes.

Apesar das garantias constitucionais de igualdade de gênero em muitos países, em todo o mundo, em média, as mulheres têm apenas 75% dos direitos legais dos homens (Secretário-Geral das Nações Unidas, 2020). Em muitos casos, mulheres e meninas não têm o poder de contestar essas disparidades devido aos níveis ainda baixos de participação na política e em outras formas de tomada de decisão. A marginalização econômica pode diminuir a independência financeira da mulher

– o que, por sua vez, pode enfraquecer seu poder de tomar decisões autônomas sobre sexo, saúde e contracepção. As dificuldades trazidas pela pandemia da Covid-19 só pioraram as coisas.

Para algumas mulheres e meninas, o impacto da desigualdade de gênero é amplificado por múltiplas fontes de discriminação com base em idade, raça, etnia, orientação sexual, deficiência ou mesmo localização geográfica. Quando diversos tipos de discriminação se cruzam, deixam as mulheres e meninas ainda mais em risco de não realizar a autonomia corporal, de não usufruir de seus direitos e ainda mais longe da igualdade de gênero.

Nenhum país do mundo hoje pode afirmar ter alcançado a igualdade de gênero em sua totalidade. Se assim fosse, não haveria violência contra mulheres e meninas; não haveria diferenças salariais, nem de liderança; nem carga injusta de trabalho não remunerado; nem falta de serviços de saúde reprodutiva integrais e de qualidade, e nem falta de autonomia sobre o corpo.

Voz, escolha e capacidade de agir

A saúde e os direitos sexuais e reprodutivos têm relação direta com a autonomia e integridade corporal de mulheres e meninas, sendo o corpo o *locus* de todas as funções e escolhas sobre sexualidade e reprodução. Essas escolhas estão sujeitas a subjugações poderosas e discriminatórias dos direitos de mulheres e meninas. É aqui que seus corpos são frequentemente negociados, comprados e vendidos.

Da perspectiva do patriarcado, o controle das escolhas sobre sexualidade e reprodução torna-

se efetivamente o controle em muitas outras áreas da vida. Uma mulher que não consegue definir se, quando ou quantos filhos vai ter, ou escolher ficar na escola em vez de se casar jovem, ou que aceita a violência doméstica como seu destino, tem poucas chances de ganhar autonomia na força de trabalho, ou nas decisões da comunidade ou em qualquer outro lugar. Ela essencialmente perde direitos não apenas em uma parte de sua vida, mas em muitas ou mesmo em todas as partes.

O interesse em manter padrões como esses pode estar profundamente arraigado no modo como



as sociedades e economias funcionam. Em algumas partes do mundo, por exemplo, o dote de casamento, quando um homem oferece dinheiro, propriedade ou outros ativos para essencialmente “comprar” uma esposa, é um mecanismo econômico crucialmente importante para a troca de poder e riqueza (Shetty, 2007).

Quando as mulheres e meninas adolescentes têm mais opções nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, ocorrem vários resultados de saúde positivos, inclusive uma maior compreensão de como se prevenir do HIV e maior probabilidade de ter o número de consultas pré-natais recomendado pela Organização Mundial da Saúde, bem como de dar à luz com a assistência de um médico, enfermeiro ou uma parteira.

Falhas em manter a autonomia sobre o corpo resultam, portanto, e principalmente, em perdas profundas para mulheres e meninas, individualmente. Todavia, também contribuem para déficits mais amplos, potencialmente pressionando a produtividade econômica, minando habilidades valiosas e impondo custos extras para serviços de saúde e judiciais, inclusive para responder à violência contra mulheres e meninas (ONU Mulheres, 2013).

Uma mistura de baixos níveis de autonomia sobre o corpo e as perdas de capacidade humana a ela associadas podem minar a estabilidade social e a resiliência, deixando as sociedades menos equipadas para enfrentar e se recuperar de crises e desafios, como a pandemia da Covid-19.

Nos últimos anos, países em todo o mundo começaram a priorizar o acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva como um meio importante para promover a igualdade de gênero

(UN ECOSOC, 2019). As conquistas se alinham com o Programa de Ação, de 1994, da histórica Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – a CIPD –, o compromisso global mais abrangente em matéria de direitos reprodutivos. O Programa de Ação estabeleceu uma série de medidas para alcançar a saúde sexual e reprodutiva universal, e chamou atenção para o poder limitado das mulheres e meninas de tomar suas próprias decisões, não apenas sobre seus corpos, mas em todos os aspectos de suas vidas.

Além disso, em 2015, a maioria dos países endossou a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, em que a igualdade de gênero é o quinto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. O objetivo de igualdade de gênero contém uma série de metas, inclusive uma que reitera o Programa de Ação da CIPD ao estabelecer o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, e aos direitos reprodutivos. Contudo, a *Agenda 2030* também dá um passo fundamental adiante. Pela primeira vez em uma estrutura internacional, é necessário medir o progresso em direção ao acesso universal por meio de dois indicadores: um que vai além da prestação de serviços e procura saber se meninas e mulheres podem realmente tomar suas próprias decisões no que tange às relações sexuais, usando métodos anticoncepcionais e buscando atendimento de saúde reprodutiva; e outro que monitora as leis e os regulamentos que permitem ou impedem o acesso total e igualitário a atendimento e informações.

Até agora, informações de 57 países mostram que apenas cerca de metade das meninas e mulheres adolescentes podem tomar suas próprias decisões que sustentam a autonomia sobre o corpo e a integridade medida por esses dois indicadores.

A proporção cai para cerca de uma em cada dez em alguns países. Surpreendentemente, uma vez que essas decisões são especificadas, mais mulheres podem fazer escolhas sobre o uso de métodos contraceptivos – o que poderia ser visto como algo que traz benefícios para os homens –, mas menos mulheres podem dizer não a uma relação sexual, ao passo que o privilégio masculino atua na direção oposta.

Esses indicadores, que são o foco deste relatório, captam apenas algumas dimensões da tomada de decisão autônoma em saúde sexual e reprodutiva, e apenas para mulheres e meninas de 15 a 49 anos que sejam casadas ou estejam em um relacionamento estável. A questão da autonomia corporal, no entanto, também se relaciona com uma série de outras questões, inclusive aborto, idade de consentimento, barriga de aluguel, sexo como profissão e muito mais, e é uma preocupação para outros grupos também, como mulheres e meninas que não são casadas, comunidades LGBTI, pessoas com deficiência e qualquer outra comunidade em situação de vulnerabilidade ou discriminada por causa de raça, etnia, condição econômica, deficiência ou local de residência.

Como a autonomia e a integridade corporal influenciam inúmeros aspectos da saúde, bem como de uma vida decente e digna, o progresso em concretizá-las levará não apenas a alcançar a saúde sexual e reprodutiva, e o quinto Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (sobre igualdade de gênero), mas também muitos dos outros Objetivos de Desenvolvimento, inclusive aqueles relacionados à promoção da saúde, à redução das desigualdades e à erradicação da pobreza. Por exemplo, se a diferença de discriminação de gênero na renda obtida ao longo da vida fosse eliminada, isso geraria espantosos US\$ 172 trilhões em

riqueza de capital humano e ajudaria a tirar milhões de pessoas da pobreza (Secretário-Geral das Nações Unidas, 2020).

Contudo, é preciso progredir rapidamente agora, dado que há apenas uma “Década de Ação” antes do ponto final de 2030 dos objetivos globais, quando todas as mulheres e meninas deveriam ter plenos poderes para fazer escolhas em suas vidas.

Novas alianças apoiam a autonomia sobre o corpo

Em 2019, a Cúpula de Nairóbi marcou o vigésimo quinto aniversário da CIPD. Foi um momento de reflexão sobre quanto mais precisa ser feito para concretizar a autonomia e integridade corporal das mulheres. Embora o uso de anticoncepcionais modernos tenha mais do que dobrado desde 1994, 217 milhões de mulheres em todo o mundo ainda têm necessidades não atendidas de contracepção, por exemplo. As taxas de mutilação genital feminina diminuíram entre as meninas em países onde a prática é comum. A proporção de meninas que são noivas crianças diminuiu (Pantuliano, 2020). No entanto, cerca de 4 milhões de meninas ainda foram submetidas à mutilação genital feminina e cerca de 12 milhões ainda se casaram quando crianças em 2020, e esse número provavelmente está subestimado.

Na Cúpula de Nairóbi, os governos e outros participantes se comprometeram a acelerar a atuação a fim de preencher as lacunas, lutando para atingir os três zeros até 2030: zero mortalidade materna; zero necessidade não atendida de contracepção, e zero violência sexual e de gênero e práticas nocivas. Implícita em todos os três zeros está a plena realização da autonomia sobre o corpo para todas as mulheres e meninas.

Seu corpo: manual do proprietário

Poucos pais ou líderes comunitários fazem objeções quando um aluno traz para casa um livro de química ou cálculo. Porém, as aulas sobre educação integral em sexualidade – com informações corretas e adequadas à idade sobre o próprio corpo, saúde sexual e reprodutiva e direitos humanos – são amplamente consideradas tabu. Muitas escolas não ensinam o assunto ou fornecem apenas informações incompletas. Isso deixa os alunos mal preparados para as mudanças que seus corpos estão sofrendo e mal equipados para se protegerem de perigos.

“Estamos numa luta constante para incluir este tema no currículo escolar”, disse Olga

Lourenço, uma coordenadora do Projeto CAJ, um programa apoiado pelo UNFPA que fornece habilidades para a vida e educação integral em sexualidade para jovens em Angola. “Quase nada é dito sobre saúde sexual e reprodutiva abrangente, por causa de nossos tabus e preconceitos.”

Os que se opõem a uma educação integral em sexualidade frequentemente afirmam que ela promove a atividade sexual, mas estudos mostram que isso é incorreto. Em vez disso, as evidências indicam que essa educação, quando fornecida de acordo com os padrões internacionais, melhora o conhecimento de jovens e

constitui uma estratégia crucial e economicamente eficaz para prevenir a gravidez não intencional e infecções sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV. Alguns estudos mostram que ela pode, inclusive, contribuir para retardar o início da vida sexual de adolescentes (UNESCO, 2016).

Olga Lourenço explicou que, por não ter informações corretas quando jovem, ela se sentiu pressionada a ter relações sexuais antes de estar pronta, aos 15 anos. “Minhas amigas já tinham seus namorados. Elas já tinham vidas sexualmente ativas. Elas zombavam de mim por ser a ‘virgem do grupo’”, disse. “De certa forma, isso me afetou psicologicamente... Acho que, de algum jeito, isso violou minha autonomia corporal.”

Dipika Paul, pesquisadora de saúde sexual e reprodutiva há vários anos e consultora do Ipas em Dhaka, Bangladesh, viu as consequências do acesso

**“Elas precisam
saber como seus
corpos funcionam.”**



Olga Lourenço é usado para enfrentando resistência ao fornecer educação sexual abrangente, mas ela não se abala.
Arte original por Naomi Vona; foto © UNFPA/C. Cesar.

precário à educação integral em sexualidade em sua própria comunidade. “Quando eu era estudante, estava na sétima série e havia apenas um capítulo – sobre menstruação”, lembrou. “O professor também

não se sentiu confortável ao ensinar essa seção para nós.”

Sem uma educação integral em sexualidade, jovens ficam vulneráveis a mitos e à desinformação. Meninos e

homens, em particular, “têm lacunas de conhecimento, têm conceitos errôneos”, disse Paul, explicando que viu homens proibirem suas esposas de usar anticoncepcionais por causa da crença de que “um

DIU viaja em qualquer parte do corpo... Eles acham que podem sentir dor por causa de um DIU. Isso não é verdade.”

Alunos que recebem educação integral em sexualidade não só têm o poder de fazer escolhas sexuais mais saudáveis, como também estão mais aptos a buscar ajuda, quando necessário. “As informações que compartilho podem mudar significativamente a vida de uma pessoa”, disse Lourenço.

Ela se lembrou de uma garota que, enquanto recebia educação sexual por meio de um programa de mentoria, revelou que tinha uma ferida crônica no seio – algo que ela considerava uma vergonha, mas não uma emergência.

Outra jovem revelou que vivia com um tio que abusou dela sexualmente. “A menina se trancou e não conseguia falar com ninguém por medo de ser expulsa de casa e acabar na rua”, descreve Lourenço. Mentores conseguiram garantir atendimento para as duas meninas, mas Lourenço tem receio sobre o que poderia ter sido: “Se não tivéssemos intervindo, o que teria sido dessas meninas?”.

A educação integral em sexualidade também pode desempenhar um papel na prevenção da violência de gênero. Quando ensinadas de acordo com os padrões internacionais, as lições incluem mensagens sobre direitos humanos, igualdade de

gênero e relações de respeito (UNESCO e outros, 2018). E especialistas estão cada vez mais solicitando essas informações a fim de direcionar a prevenção da violência como responsabilidade de potenciais perpetradores, em vez de se responsabilizar vítimas e sobreviventes (Schneider e Hirsch, 2020).

“Elas precisam saber quais são seus direitos e deveres em uma sociedade primeiro”, disse Lourenço, explicando que essa é a base para uma educação integral em sexualidade, conforme ela a ensina. “Depois, elas precisam saber como seus corpos funcionam para que possam tomar decisões por si próprias e não deixar que outros tomem decisões por elas.”

Em 2020, outro marco foi o vigésimo quinto aniversário da Quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, de 1995. Na conferência, acordou-se a Declaração e Plataforma de Ação de Pequim, que se refere ao empoderamento e à autonomia das mulheres como fatores essenciais para o desenvolvimento sustentável. Nesse aniversário, a campanha “Geração Igualdade” das Nações Unidas reuniu defensores jovens e experientes para comemorar as conquistas até o momento e exigir que a próxima geração seja aquela em que as promessas de concretizar igualdade de gênero sejam

finalmente cumpridas. Seis Coalizões de Ação foram formadas, inclusive uma coliderada pelo UNFPA sobre autonomia sobre o corpo e saúde sexual e reprodutiva, que está retomando algumas questões, tais como de que maneira a assistência à saúde e outros serviços podem melhor apoiar as escolhas que as próprias mulheres expressam.

Esse intenso ativismo traz inspiração, mas está se desenvolvendo em um cenário preocupante, com a pandemia da Covid-19 convulsionando o mundo e os atuais modelos de crescimento econômico levando a desigualdades extremas

e desestabilizadoras. A resistência à igualdade de gênero tem crescido, levando a novas restrições à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos e, portanto, ameaçando o progresso em direção à autonomia sobre o corpo de mulheres e meninas em todo o mundo. Por exemplo, tem havido tentativas de remover a educação integral em sexualidade dos currículos escolares (UN ECOSOC, 2019). E há evidências crescentes de que os serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva foram considerados “menos essenciais” e sofreram um desvio de capacidade e financiamento durante a resposta à Covid-19 (Pantuliano, 2020).

Superar essas questões não será fácil. No entanto, até certo ponto, a autonomia e a integridade físicas podem unificar a ação pela igualdade de gênero, da mesma forma que muitas vezes unificam a oposição a ela. Agora é o momento de colocar em marcha um processo poderoso e potencialmente transformador para reafirmar o que a autonomia e a integridade corporal realmente significam na prática, e o que é realmente necessário para alcançá-las.

Em termos gerais, já sabemos que alcançar a autonomia e integridade corporal para mulheres

e meninas depende da efetivação da igualdade de gênero em todas as frentes, e que a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos estão entre os pontos de entrada mais importantes. O progresso aqui pode, por sua vez, valer-se de e apoiar outros esforços para empoderar as mulheres na economia e na tomada de decisões, e para garantir o acesso à justiça. Muito ainda depende da revogação de normas discriminatórias baseadas em gênero, e outras similares, para que se possa evitar que o preconceito atue em primeiro lugar.

Diversos apoiadores estão galvanizando coletivamente o impulso para a mudança. A campanha Geração Igualdade, por exemplo, está forjando novas alianças entre ativistas pela igualdade de gênero; entre defensores das causas que envolvem deficiências, gênero e saúde; e com grupos LGBTI e organizações de pessoas com deficiências.

Olhar para a autonomia sobre o corpo e imaginar o que ela poderia e deveria significar é ver um futuro muito diferente para os seres humanos. Um caminho diferente começa com direitos e leva a escolhas, permitindo que as pessoas cuidem de si e amem seus corpos e suas vidas como bem entenderem.



Arte por Kaisei Nanke



TRÊS DIMENSÕES DE AUTONOMIA

Medindo o poder de tomar decisões sobre cuidados de saúde, contracepção e sexo

O poder de tomar decisões sobre sexualidade e reprodução é fundamental para o empoderamento das mulheres em geral.

Uma mulher que tem controle sobre seu corpo tem mais probabilidade de ter poder de decisão em outras esferas de sua vida. Uma mulher – ou adolescente – com pouca autonomia corporal tem menos probabilidade de ter controle sobre sua vida doméstica, sua saúde, seu futuro e de desfrutar de seus direitos.

Mas, o que é autonomia corporal, exatamente? E como determinar se a pessoa a tem? É algo que pode ser medido?

A noção de autonomia no contexto do empoderamento das mulheres surgiu na década de 1970 e foi posteriormente retomada pelo movimento de saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

(ou CIPD), o termo apareceu no pioneiro Programa de Ação, que reconheceu que “a meta de empoderamento e autonomia das mulheres e a melhoria de sua condição política, social, econômica e de saúde é um fim em si mesmo extremamente importante, além de ser essencial para o alcance do desenvolvimento sustentável”.

Desde então, a palavra “corporal” foi associada a “autonomia” para criar um termo com um significado amplo – e, às vezes, ambíguo. Ele é usado hoje por defensores, ativistas e especialistas em direitos humanos em questões relacionadas a sexualidade, saúde, direitos reprodutivos, orientação sexual, identidade de gênero, sexo transacional, barriga de aluguel, condição de deficiência, aborto e muito mais.

O termo ganhou ainda mais destaque em 2019, quando governos, organizações da sociedade civil, acadêmicos e membros do setor privado se reuniram para a Cúpula de Nairóbi na

CIPD25, quando se comprometeram a finalmente atingir todas as metas estabelecidas no Programa de Ação da CIPD. Muitos dos delegados adotaram a Declaração de Nairóbi voluntária, que citava a necessidade de “proteger e garantir o direito de todos os indivíduos à integridade física, à autonomia e aos direitos reprodutivos, e de fornecer acesso a serviços essenciais em apoio a esses direitos”.

Embora o termo tenha se tornado parte do vernáculo dos movimentos feministas e de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, ele continua a escapar de uma definição simples e de fácil mensuração. Contudo, quando as Nações Unidas adotaram sua transformadora *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* e os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que a acompanham, foram estabelecidos indicadores para ajudar os governos a acompanhar o progresso em direção ao cumprimento dos objetivos e de suas metas relacionadas, tais como a meta 5.6, o alcance da saúde sexual e reprodutiva e de direitos reprodutivos para todos. Dois indicadores foram identificados para medir os avanços nesta área. O primeiro – indicador 5.6.1 – visa medir a proporção de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões conscientes sobre relações sexuais, uso de anticoncepcionais e cuidados de saúde reprodutiva. O segundo indicador – 5.6.2 – rastreia o número de países com leis e regulamentos que garantem o acesso total e igual para mulheres e homens com 15 anos de idade ou mais a atendimento em saúde sexual e reprodutiva, informação e educação.

O Indicador 5.6.1 baseia-se nas respostas às perguntas feitas a mulheres de 15 a 49 anos em

Pesquisas Demográficas e de Saúde (ou “DHS”, na sigla original em inglês), em 57 países:

- Quem geralmente toma as decisões sobre os cuidados de saúde para você?
- Quem geralmente decide se você deve ou não usar anticoncepcionais?
- Você pode dizer não ao seu marido ou parceiro se não quiser ter relações sexuais?

Somente as mulheres que afirmam tomar suas próprias decisões em todas essas três áreas são consideradas como aquelas que têm autonomia na tomada de decisões em saúde reprodutiva e o poder de exercer seus direitos reprodutivos.

As pesquisas DHS têm base em questionários padrão que fornecem dados representativos em âmbito nacional sobre casamento, fecundidade, mortalidade, planejamento familiar, saúde reprodutiva, saúde infantil, nutrição e HIV/AIDS. O programa DHS é implementado pela ICF International e financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, com contribuições de organizações internacionais – como o UNFPA.

A formulação do indicador 5.6.1 marca a primeira vez que uma estrutura internacional mede a saúde sexual e reprodutiva – e a autonomia corporal – de maneiras que vão além do acesso aos serviços e exploram até que ponto meninas e mulheres são capazes de fazer suas próprias escolhas. O UNFPA, agência das Nações Unidas para a saúde sexual e reprodutiva, é responsável pela gestão dos dados incluídos neste indicador, bem como no indicador 5.6.2, abordado no capítulo 5 deste relatório.

Uma olhada nos números

Os dados completos sobre todas as três dimensões do indicador 5.6.1 estão disponíveis apenas para 57 países, a maioria dos quais situados na África Subsaariana. No entanto, futuras pesquisas internacionais – como as Pesquisas por Grupo de Indicadores Múltiplos do UNICEF –, bem como programas de pesquisas regionais – como a Pesquisa de Gerações e Gênero –, devem produzir dados para mais países nos próximos anos.

Enquanto os dados atualmente cobrem apenas cerca de um em cada quatro países do mundo, eles pintam um quadro alarmante do estado de

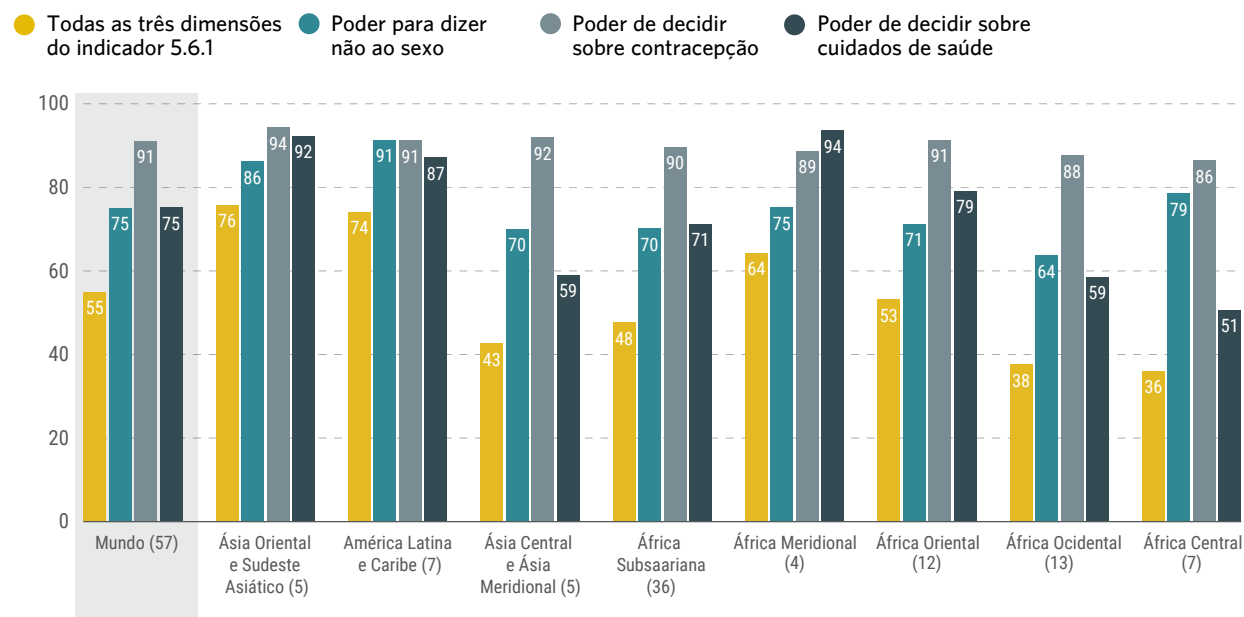
autonomia corporal para milhões de mulheres e meninas: apenas 55% das meninas e mulheres são capazes de tomar suas próprias decisões em todas as três dimensões da autonomia corporal.

Isso significa que pouco mais de uma em cada duas mulheres e meninas têm o poder de decidir se e quando procurar atendimento de saúde, inclusive serviços de saúde sexual e reprodutiva, se usar contracepção, e se e quando fazer sexo com seus parceiros ou maridos (Figura 1).

As porcentagens variam entre as regiões. Por exemplo, enquanto 76% das meninas e mulheres

FIGURA 1

Proporção de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões em relação à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos (inclusive decidir sobre seus próprios cuidados com a saúde; decidir sobre o uso de anticoncepcionais; e poder dizer não ao sexo); por região abrangida pelos ODS, dados mais recentes 2007-2018



Observações: O número de países com dados de pesquisa comparáveis incluídos nos agregados regionais está apresentado entre parênteses.

Fonte: Bancos de dados globais do Fundo de População das Nações Unidas, 2020. Baseado nas Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICS) e outras pesquisas nacionais conduzidas no período entre 2007 e 2018.

adolescentes no leste e sudeste da Ásia e na América Latina e no Caribe tomam decisões autônomas em todas as três dimensões do indicador 5.6.1, esse número é inferior a 50% na Região Subsaariana da África, e na Ásia Central e Meridional.

Os agregados regionais mascaram diferenças substanciais entre os países (Figura 2). Na África Subsaariana, por exemplo, onde cerca de 50% das mulheres tomam decisões autônomas, há três países – Mali, Níger e Senegal – onde menos de 10% o fazem.

Em outras regiões, as diferenças entre os países são menos pronunciadas, mesmo assim, são dignas de nota. Por exemplo, as porcentagens de mulheres que tomam decisões autônomas em todas as três dimensões do indicador 5.6.1 variam de 33% a 77% na Ásia Central e Meridional, de 40% a 81% na Ásia Oriental e no Sudeste Asiático, e de 59% a 87% na América Latina e no Caribe.

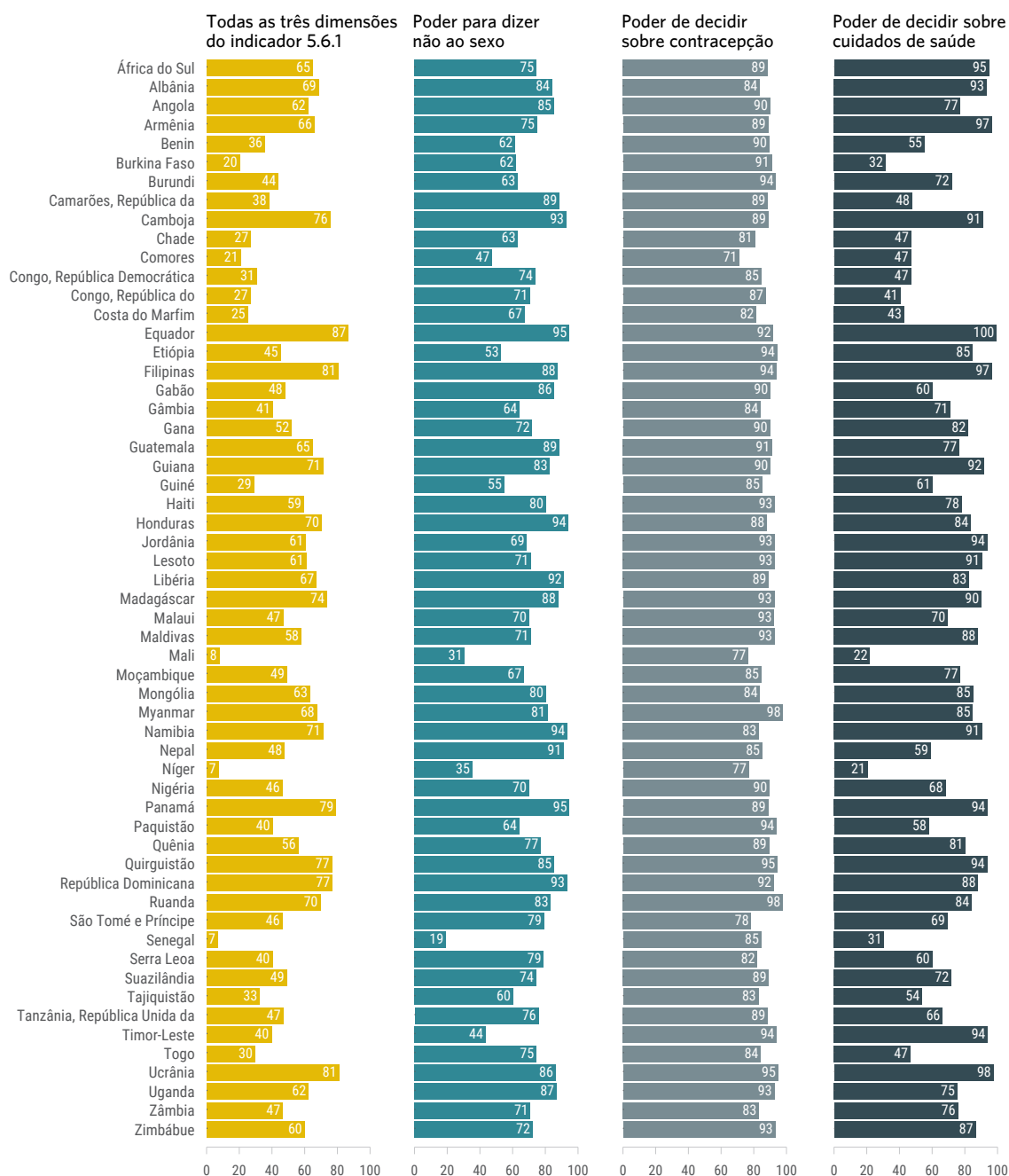
Os dados também mostram inconsistências nas três dimensões: uma alta porcentagem em uma dimensão não significa automaticamente altas porcentagens em outras. No Mali, por exemplo, 77% das mulheres tomam decisões independentes ou conjuntas sobre o uso de anticoncepcionais, mas apenas 22% são capazes de fazer o mesmo ao procurar assistência médica. Na Etiópia, 53% das mulheres conseguem dizer não ao sexo, mas 94% podem, de forma independente ou em conjunto, tomar decisões sobre contracepção. Essas discrepâncias ajudam a explicar indicadores compostos gerais mais baixos em alguns países: uma mulher é contada apenas quando ela relata escolhas autônomas em todas as três dimensões. Uma mulher que decide usar contraceptivos autonomamente, mas é incapaz de dizer não ao sexo ao marido, por exemplo, não seria incluída no indicador composto geral 5.6.1.

Arte por Rebeka Artim



FIGURA 2

Proporção de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões em relação a cuidados de saúde, contracepção e sexo com seus maridos ou parceiros, dados mais recentes por país, 2007-2018



Fonte: Bancos de dados globais do Fundo de População das Nações Unidas, 2020. Baseado nas Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICS) e outras pesquisas nacionais conduzidas no período entre 2007 e 2018.

Quais são as tendências?

Uma análise das tendências em 22 países de baixa e média renda que tiveram pelo menos duas pesquisas de DHS consecutivas que perguntaram às mulheres sobre as três dimensões da autonomia corporal mostra que os investimentos em programas ou serviços em uma única dimensão não levam necessariamente a mudanças positivas nas outras. Na verdade, as tendências nas respostas às três perguntas padrão do indicador 5.6.1 frequentemente se movem em direções diferentes (Figura 3).

Em Gana, por exemplo, foram feitos investimentos maciços para melhorar a saúde materna, por meio de maior acessibilidade financeira, qualidade e alcance dos serviços, combinados com programas de extensão à comunidade para promover esses serviços. Como resultado, a porcentagem de mulheres capazes de tomar suas próprias decisões sobre seus próprios cuidados de saúde tem aumentado continuamente. Ao mesmo tempo, a porcentagem de mulheres que tomam suas próprias decisões sobre contracepção se estabilizou, e a porcentagem de mulheres que conseguem dizer não ao sexo diminuiu consideravelmente. Uma situação semelhante ocorreu no Benin, onde a porcentagem de mulheres que são capazes de tomar decisões autônomas sobre contracepção e cuidados de saúde mostrou pouca mudança nos últimos 10 anos. O poder das mulheres de dizer não ao sexo, por outro lado, diminuiu 20% no mesmo período (UNFPA, 2019).

Entre os 22 países, apenas Uganda e Ruanda mostraram tendências positivas consistentes

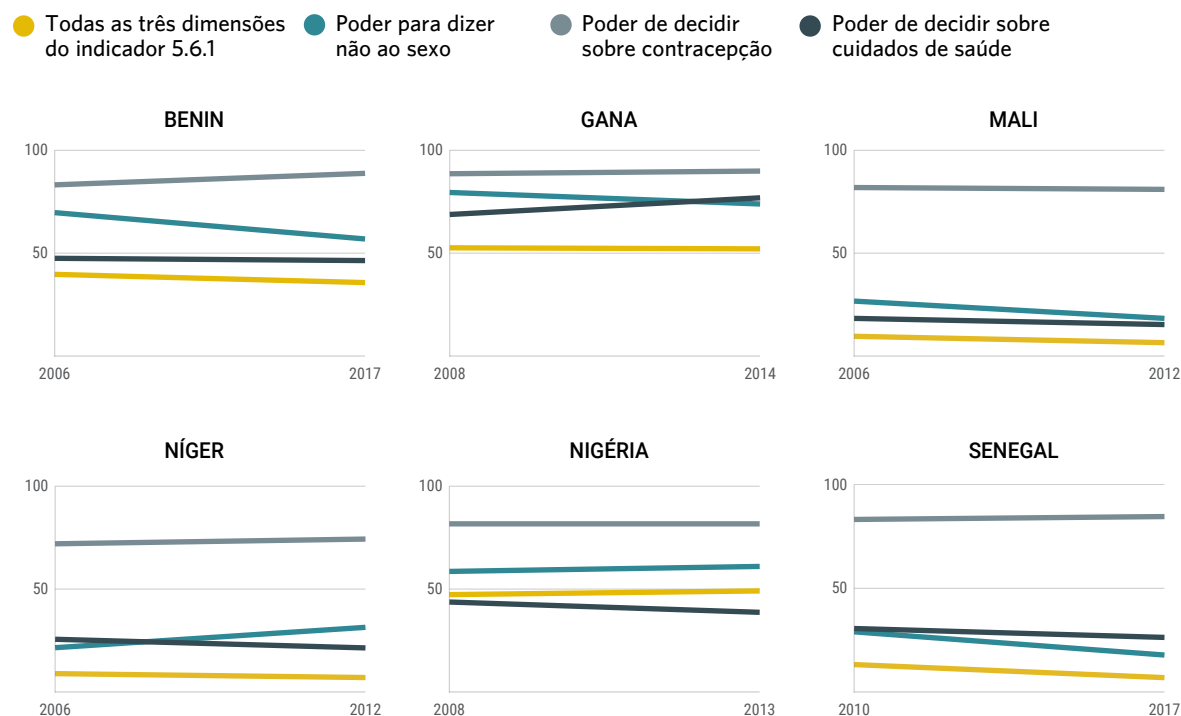
na porcentagem de mulheres que tomam decisões autônomas em todas as três dimensões do indicador 5.6.1. Os dados mostram que Uganda teve o maior aumento: 12,3%. A mudança positiva pode ser atribuída a um ambiente favorável em termos de leis e políticas (inclusive a abolição de taxas de uso para serviços de saúde materna e infantil para menores de 5 anos) combinado com abordagens de alcance comunitário com o objetivo de enfrentar as normas de desigualdade de gênero (UNFPA, 2019).

A Figura 3 mostra que as porcentagens gerais do indicador podem mascarar tendências negativas e positivas simultâneas dentro de um país. As tendências positivas são mais comuns em respostas à pergunta sobre decisões autônomas sobre a busca de assistência médica. Tendências negativas, no entanto, são mais comuns em respostas à pergunta sobre ter o poder de dizer não ao sexo. Na verdade, as mulheres em mais da metade dos países com pelo menos dois pontos de dados perderam terreno entre 2005 e 2018 quanto ao seu poder de dizer não ao sexo. É difícil apontar a causa exata dessa tendência negativa ou a aparente falta de progresso. No entanto, um estudo sugere que uma combinação de fatores pode estar em jogo (UNFPA, 2019):

- Tabus persistentes sobre sexo e sexualidade que são reforçados por normas e atitudes sociais, deixando às mulheres e meninas adolescentes poucas oportunidades de negociar abertamente sobre sexo com seus parceiros ou maridos.
- Sistemas patriarcais que perpetuam dinâmicas de poder desiguais nos relacionamentos, quando as demandas sexuais masculinas são colocadas acima das demandas das mulheres.

FIGURA 3

Mudança na porcentagem de mulheres que relatam tomar decisões autônomas nos três componentes do indicador 5.6.1 na África Ocidental



Estudos mostram que no Azerbaijão, em Ruanda e no México, algumas mulheres concordam em perder o direito de dizer não ao sexo em troca de maior autonomia em outras esferas de suas vidas, como na tomada de decisões para a família ou decidir se ou quando se aventurar a sair de casa.

- A pesquisa qualitativa indica que as mulheres também podem atender às demandas sexuais dos homens como uma forma de barganha para obter mais independência em seus empreendimentos econômicos e pessoais. Essas compensações foram relatadas em países tão diversos como Azerbaijão, México, Níger e Nigéria (UNFPA, 2019).

As limitações do indicador

O indicador 5.6.1 é uma imagem da autonomia corporal das mulheres pintada com um pincel largo; portanto, revela poucas sutilezas sobre as forças por trás das tendências positivas ou negativas. Os dados sobre o uso de anticoncepcionais pelas mulheres, por exemplo, refletem apenas as mulheres que eram casadas ou em união estável e que realmente usavam contraceptivos no momento da coleta dos dados da pesquisa. Além disso, a pergunta usada para obter respostas sobre as decisões de acessar assistência médica não se refere especificamente aos cuidados de saúde reprodutiva. E todas as três perguntas são feitas apenas para meninas e mulheres de 15 a 49

anos, deixando-se de fora adolescentes mais jovens e mulheres com 50 anos ou mais.

Outra limitação é que os dados relacionados à contracepção e aos cuidados com a saúde refletem escolhas tanto conjuntas quanto individuais. Uma mulher pode dizer, por exemplo, que a decisão de usar anticoncepcionais foi tomada em conjunto com o marido ou companheiro. Mas há casos prováveis em que uma decisão “conjunta” foi, na verdade, individual, tomada pela mulher, mas rejeitada pelo marido. Além disso, as mulheres

cujos maridos as proibem de usar contraceptivos ainda podem usá-los secretamente, mas esse tipo de situação não se reflete no indicador sobre a tomada de decisões autônomas sobre a contracepção. Pesquisas quantitativas sugerem que entre 4% e 29% das mulheres que usam anticoncepcionais o fazem sem o conhecimento de seus maridos ou parceiros. Embora o uso secreto de anticoncepcionais seja uma escolha individual, as mulheres geralmente descrevem a experiência como negativa e “desempoderadora” (UNFPA, 2019).

FIGURA 4

Determinantes do poder de decisão das mulheres



Um modelo ecológico de autonomia corporal

Uma série de fatores sociais e econômicos influenciam a tomada de decisão de uma mulher nas três dimensões do indicador 5.6.1 (Figura 4).

Circunstâncias socioeconômicas

O nível de escolaridade de uma mulher é um fator-chave para determinar quanto

poder ela tem para dizer não ao sexo, mas também se correlaciona com seu poder de tomar suas próprias decisões sobre contracepção e cuidados de saúde (Figura 5). O nível de escolaridade do parceiro também está positivamente associado à sua participação nas decisões sobre contracepção e cuidados de saúde. Uma mulher com menos escolaridade do que seu marido ou parceiro tem maior probabilidade de ser submetida à violência sexual do que uma

FIGURA 5A

Mais poder de tomada de decisão vinculado a níveis mais altos de educação

Poder de decisão das mulheres sobre cuidados com sua própria saúde, por nível de instrução das mulheres, países selecionados, por cento

● Nenhuma instrução ● Primária ● Secundária ● Superior



mulher cujo nível de escolaridade é mais ou menos igual ao de seu marido (UNFPA, 2019). Enquanto isso, meninas e mulheres nos dois quintis de riqueza mais baixos também têm maior probabilidade de ter tido relações sexuais indesejadas (Figura 6).

Relações interpessoais

Os relacionamentos e a comunicação com maridos ou parceiros, bem como com membros da família estendida, influenciam a capacidade da mulher de tomar decisões autônomas.

Os homens, como chefes de família, muitas vezes detêm todo o poder e tomam muitas das decisões – inclusive aquelas relacionadas a questões de saúde sexual e reprodutiva, embora essas questões sejam frequentemente percebidas como “assuntos de mulheres”. As normas de gênero normalmente atribuem às mulheres a responsabilidade exclusiva pela saúde reprodutiva, mas, ao mesmo tempo, negam a elas o poder de tomada de decisão.

A comunicação é um indicador positivo para a tomada de decisão conjunta ou autônoma.

FIGURA 5B

Mais poder de tomada de decisão vinculado a níveis mais altos de educação

Dizer não ao sexo, por nível de instrução das mulheres, países selecionados, por cento



Os casais que se comunicam regularmente sobre questões de saúde sexual e reprodutiva têm maior probabilidade de tomar decisões conjuntas sobre contracepção e cuidados com a saúde reprodutiva. As opiniões dos membros da família estendida, principalmente das sogras, também desempenham papel importante nessas decisões (UNFPA, 2019).

O papel da comunidade

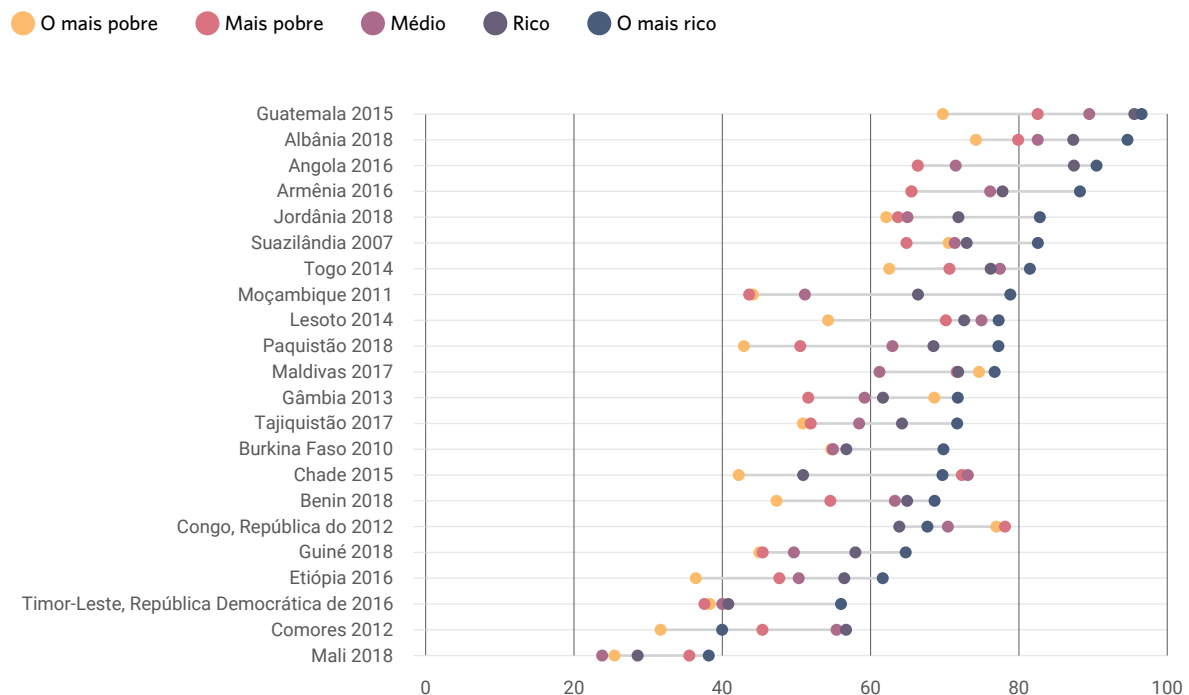
Em certas comunidades, a noção de autonomia corporal pode ser vista como incompatível com

as normas e os valores locais. As comunidades podem pressionar as mulheres a ter filhos e geralmente perpetuar a visão de que as mulheres devem ser submissas e passivas nas relações sexuais. Ao mesmo tempo, as normas da comunidade muitas vezes podem dissuadir as mulheres de discutir questões de saúde sexual e reprodutiva com os homens, tornando difícil – se não impossível – para as mulheres negociar relações sexuais, uso de anticoncepcionais e cuidados de saúde reprodutiva. Estudos em nove países mostraram que alguns homens relatam crer

FIGURA 6

Maior poder de dizer não ao sexo em quintis de riqueza mais altos

Dizer não ao sexo, por nível econômico domiciliar, países selecionados, por cento



Curando corpos, mentes, espíritos

Profissionais de saúde têm a responsabilidade única de afirmar e salvaguardar a autonomia corporal de suas pacientes. “Meu conselho para qualquer profissional de saúde seria ter empatia”, disse Víctor Cazorla, um parteiro que trabalha na cordilheira dos Andes, no Peru. Ele passou mais de duas décadas trabalhando com comunidades indígenas na região de Ayacucho e conhece muito bem os desafios que ameaçam o bem-estar e a autonomia das pacientes mais vulneráveis.

“O sistema de trabalho dos profissionais de saúde geralmente gira em torno

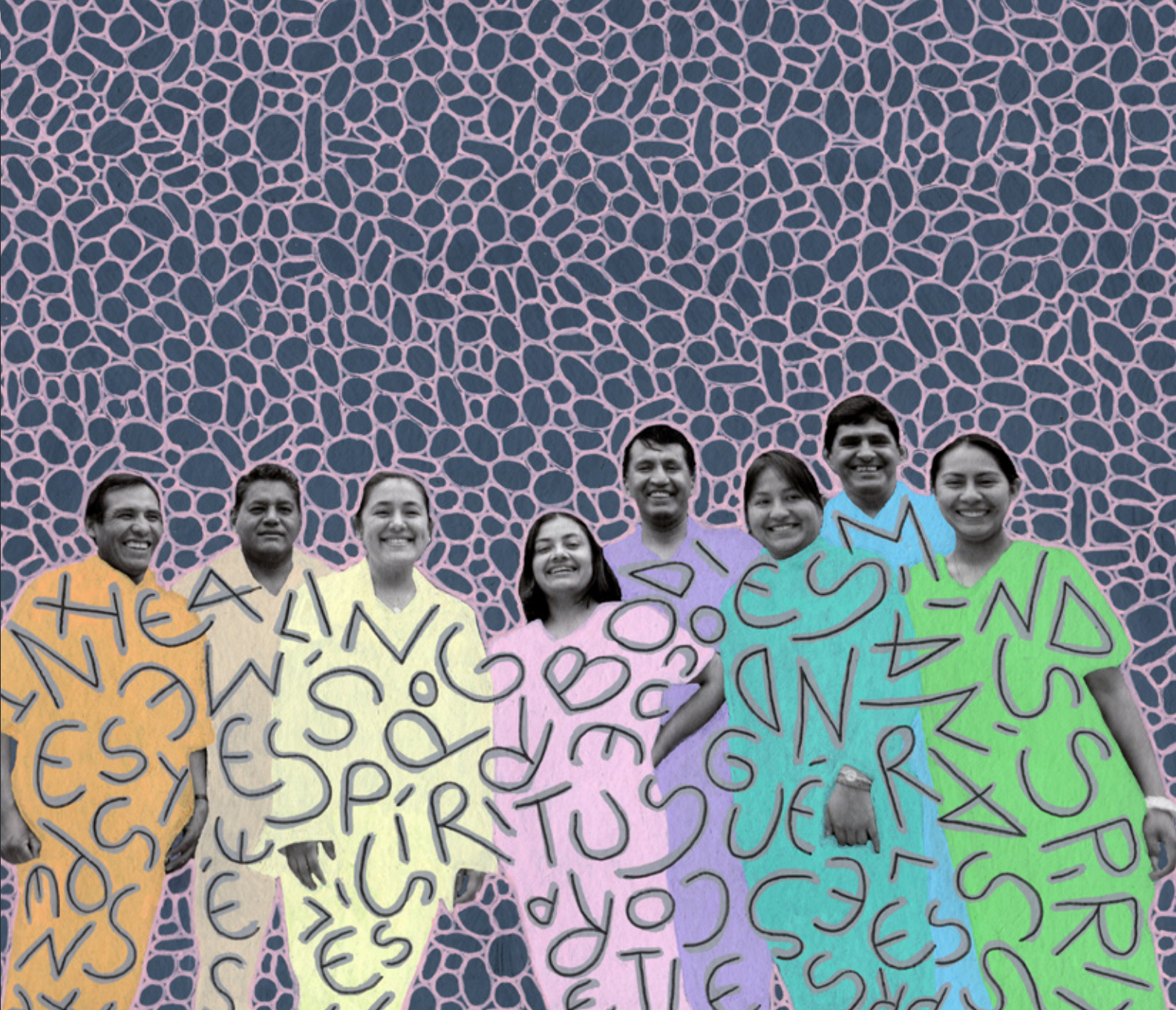
da produção, e produção é sinônimo de quantidade”, disse ele. “Estamos esquecendo a qualidade no atendimento que prestamos às nossas pacientes”. Também existem barreiras culturais, acrescentou. “Muitos colegas, muitas pessoas, foram para as áreas rurais sem conhecer o quíchua, a língua materna das comunidades de lá”, o que gerou mal-entendido e até discriminação.

Ao mesmo tempo, muitas pacientes não estão sensibilizadas com relação a seus direitos sexuais e reprodutivos. “Entre a população em geral, talvez

80% a 90%, ousou dizer, não podem tomar suas próprias decisões sobre quando fazer sexo com seu parceiro... Prevalece o machismo”, disse ele. Pacientes mulheres muitas vezes se sentem incapazes de falar abertamente sobre questões relativas à sua saúde sexual e, por vezes, têm receio de expressar seu desconforto sobre procedimentos ginecológicos, particularmente com profissionais de saúde do sexo masculino, observou.

Esses fatores, juntos, são uma combinação perigosa: os médicos ficam lutando para entender as necessidades e os limites de suas pacientes,

“Elas consentem?... Se não estiverem preparadas psicologicamente, devemos respeitar sua escolha.”



Equipe médica de um centro de saúde na região de Ayacucho, no Peru. A parteira Victor Cazorla é o quinto da esquerda para a direita. Arte Original por Naomi Vona; foto © UNFPA/A. Castañeda.

e as pacientes ficam sem palavras ou ferramentas para defender a si mesmas.

Essas preocupações são ainda mais angustiantes quando os profissionais de saúde atendem sobreviventes de violência

sexual e de gênero. “Na Síria, mais da metade das mulheres desconhecem seus direitos sexuais, físicos e gerais”, disse Mouna Farhoud, uma ginecologista especializada no tratamento de sobreviventes. “Mesmo as mulheres instruídas

estão expostas à violência e são incapazes de lidar com ela. Elas acham que falar sobre esses temas prejudica sua dignidade e sua reputação.”

A Dra. Farhoud diz que até mesmo os profissionais de

saúde têm pontos de vista que prejudicam a saúde e os direitos de suas pacientes. Ela lembrou-se de ter ministrado um curso para profissionais de saúde sobre o tratamento de sobreviventes de violência sexual: "Houve muitas objeções dos participantes... Houve negação e falta de reconhecimento sobre a existência de casos de violência sexual".

Os médicos devem se comunicar com suas pacientes sem fazer julgamentos, e reconhecer quando elas estão desconfortáveis ou quando podem ter sofrido abuso. Às vezes, isso significa ser um detetive, explicou a Dra. Farhoud. "Talvez os sintomas da paciente não sejam compatíveis com sua queixa. Seu jeito de andar, seu olhar, suas palavras, seu companheiro, o exame físico – tudo isso se junta para sinalizar que há um problema."

E os profissionais de saúde devem saber quando recuar. "É seu direito se recusar. Quando examino a paciente, como num exame ginecológico, explico sua importância, especialmente para as pessoas que foram

submetidas a violência sexual", disse Farhoud. "Deixo claro que se trata de um procedimento médico para saber se há infecções, feridas, sangramentos, hematomas ou coisas que ajudem a documentar o caso. Elas consentem? Mesmo quando as pessoas percebem que o objetivo é a documentação, se não estiverem preparadas psicologicamente, devemos respeitar sua escolha. Talvez desta vez não possamos examiná-la, mas da próxima vez seremos capazes de fazê-lo, depois que ela se sentir respeitada e valorizada."

Cazorla acrescentou que mostrar respeito pela cultura de alguém é fundamental. Mas, o mais importante, diz ele, é capacitar as próprias pacientes para se tornarem defensoras de seus próprios corpos e de sua autonomia. "Nós as ensinamos a esperar respeito, que ninguém tem o direito de tocar em seus corpos: nem eu, nem suas tias, nem seus pais, nem suas mães, nem funcionários, nem policiais, ninguém."

Ele e seus colegas conduzem sessões de educação para a comunidade, e assuntos como direitos, autoestima, saúde

sexual e relacionamentos saudáveis também são discutidos durante as sessões de aconselhamento individual e familiar. Esses esforços estão fazendo a diferença, disse ele, especialmente entre os mais jovens. Mas o ônus de fornecer essas informações recai fortemente sobre profissionais de saúde. "Eu sou o único parteiro, por exemplo, que trabalha no plantão do posto de saúde e tenho que ficar lá para atender pacientes que chegam com emergências". Ele diz que há necessidade de mais recursos de saúde, inclusive funcionários, para que eles possam oferecer mais educação comunitária, como programas direcionados para homens e meninos.

A Dra. Farhoud ecoa o pedido de apoio. Sua organização também realiza sessões de sensibilização para a comunidade. Mas ela quer ver mais educação e responsabilidade entre a equipe de saúde também. Eles têm o dever especial de cuidar, como prestadores de serviços de saúde sexual e reprodutiva, de respeitar e capacitar suas pacientes. "Fizemos um juramento profissional", disse ela.

que têm o direito de dominar as mulheres, com expressões claras de relações de poder desiguais (por exemplo, Habibovic e outros, 2017; Fahmida e Doneys, 2013; Hattori e DeRose, 2008).

Meninas adolescentes enfrentam mais barreiras para obter informações e serviços devido às normas que desencorajam a atividade sexual fora do casamento. Ao mesmo tempo, as normas em algumas comunidades podem permitir ou mesmo encorajar meninas adolescentes a praticar sexo transacional como forma de sustentar suas famílias ou para cobrir os custos de sua própria educação. Como essas meninas vêm de famílias mais pobres, elas têm pouco poder para dizer não ao sexo. Casadas ou solteiras, eventualmente têm poder limitado para negociar o uso de preservativos (November e Sandall, 2018; Moore e outros, 2007). As meninas casadas, no entanto, também possivelmente enfrentam pressão familiar e comunitária para demonstrar sua fecundidade e vivenciam sexo forçado e oposição ao uso de anticoncepcionais (Woog e Kågesten, 2017).

Barreiras no sistema de saúde

As decisões sobre contracepção e cuidados de saúde reprodutiva às vezes são impedidas pela distância das clínicas e instalações, especialmente nas áreas rurais. Entre outros impedimentos, destacam-se a ausência de serviços que atendam adolescentes e jovens, a escassez de métodos preferenciais de contracepção, serviços de má qualidade ou mal administrados, serviços administrados por provedores preconceituosos e falta de privacidade. Em contraste, os serviços que têm horários de funcionamento convenientes e empregam profissionais de saúde que têm atitudes positivas em relação aos seus clientes e respeitam sua privacidade ajudam a capacitar

mulheres e meninas adolescentes a tomarem decisões autônomas. Informações precisas e prontamente disponíveis sobre anticoncepcionais – especialmente quando fornecidas em um ambiente respeitoso, privado e amigável – também têm impacto positivo. Estudos têm mostrado que os serviços de planejamento familiar prestados por profissionais de saúde comunitários levam a um maior uso de anticoncepcionais, especialmente quando os serviços incluem informações sobre planejamento familiar e educação para os homens (UNFPA, 2019).

Autonomia corporal ainda é apenas uma possibilidade distante para muitas

O fato de apenas 55% das mulheres terem o poder de tomar suas próprias decisões sobre seus corpos deveria ser um alerta para governos, formuladores de políticas e instituições de desenvolvimento. No Mali, Níger e Senegal, mais de 90% das mulheres estão privadas de sua autonomia corporal.

Os dados do indicador 5.6.1 fornecem percepções sobre os desafios que as mulheres enfrentam ao reivindicar seu direito à autonomia corporal. Mas uma análise mais profunda dos dados é necessária para entender o alcance e a natureza dos obstáculos enfrentados por grupos como mulheres que não são casadas nem vivem em união estável, pessoas com deficiência ou minorias étnicas e raciais.

O que fica nítido a partir dos dados é que em 57 países – e provavelmente em todos os outros países do mundo – as mulheres não têm o controle total sobre seus corpos.



QUANDO AS DECISÕES SÃO TOMADAS POR OUTROS

A negação da autonomia e da integridade corporal assume muitas formas

O *slogan* feminista “o pessoal é político” tem mobilizado as mulheres em torno da causa da autonomia corporal desde os anos 1960. Ativistas antes e depois argumentaram que, se mulheres e meninas não têm o poder – ou a capacidade de agir – para efetivar seus direitos à autodeterminação e à autonomia, elas também são incapazes de controlar outros aspectos de suas vidas.

Capacidade de agir significa ter o poder de fazer escolhas e tomar decisões em seu próprio nome. Em questões de sexo, sexualidade e reprodução, essa capacidade pode significar ter o poder de decidir livremente se, quando ou com quem fazer sexo e se, quando ou com que frequência engravidar. Sem isso, uma pessoa nunca poderá ter autonomia.

De acordo com a Rede de Mulheres Positivas, quando as mulheres têm total autonomia corporal, não apenas têm o poder de tomar decisões sobre sua saúde e seu futuro – sem coerção ou controle de outras pessoas –, mas também têm o apoio e os recursos necessários para realizar essas decisões de forma significativa.

Apesar dos acordos e das declarações internacionais sobre a importância da autonomia na saúde das mulheres e no seu empoderamento geral, incontáveis milhões de mulheres e meninas em todo o mundo ainda não têm o poder de tomar suas próprias decisões sobre cuidados de saúde, contracepção e sexo com seus maridos ou parceiros.

Frequentemente, essas decisões são tomadas ou influenciadas por outras pessoas, sejam parceiros, famílias, sociedades ou até mesmo o governo, e isso significa que mulheres e meninas são impedidas de ter sua autonomia corporal.

Embora existam muitos obstáculos à autonomia corporal, a desigualdade de gênero é talvez o mais insidioso e generalizado deles. Mais de 160 anos atrás, a sufragista americana Lucy Stone escreveu: “É muito pouco para mim ter o direito de votar, possuir propriedade etc., se não posso manter meu corpo, e seus usos, em meu direito absoluto. Nenhuma esposa em mil pode fazer isso agora, e enquanto ela sofrer essa escravidão, todos os outros direitos não a ajudarão a alcançar sua verdadeira posição” (Hasday, 2000).

A desigualdade de gênero impede a tomada de decisão autônoma

Normas e atitudes desiguais de gênero levam a desequilíbrios de poder nos relacionamentos que restringem as decisões das mulheres, especialmente quando se trata de dizer não ao sexo. As crenças patriarcais muitas vezes se traduzem em expectativas de que as mulheres se submetam a seus maridos ou parceiros em todos os aspectos de suas vidas, inclusive na vida sexual. Essas expectativas podem significar não apenas que a mulher deve aceitar o sexo sempre que seu marido quiser, mas também que ela não deve iniciar o sexo, e tampouco expressar seus desejos abertamente. Ao mesmo tempo, espera-se que as mulheres evitem conflitos – reforçando, assim, dinâmicas desiguais de poder. As mulheres também, por vezes, evitam dizer não ao sexo por medo de abuso verbal, retirada de apoio financeiro, divórcio ou mesmo espancamentos e estupro.

A pesquisa mostrou que meninas e mulheres muitas vezes não sabem que têm o direito de dizer não. Um estudo na Índia, por exemplo,

mostrou que as mulheres recém-casadas eram menos propensas a se referir ao primeiro sexo como forçado ou “contra a sua vontade”, porque o sexo era esperado dentro do casamento. A noção de consentimento era irrelevante, porque o sexo, mesmo que fosse forçado, era considerado um dever marital e, portanto, não uma questão de consentimento (UNFPA, 2019).

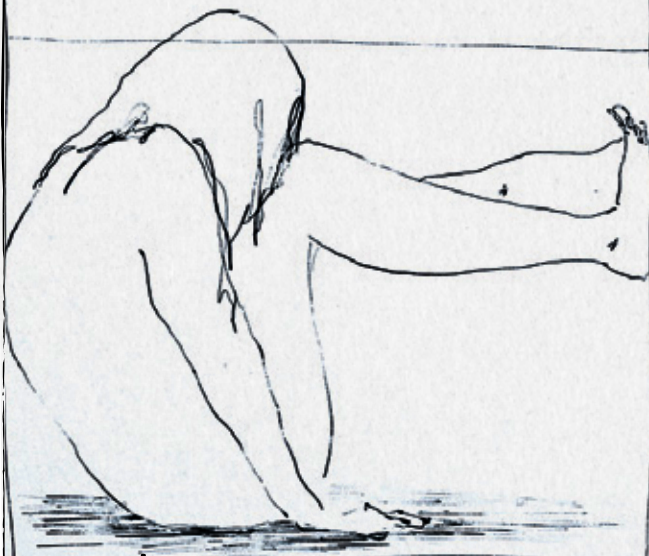
Normas e atitudes desiguais de gênero podem minar o poder da mulher de tomar suas próprias decisões sobre contracepção. Por exemplo, em vários países incluídos no indicador 5.6.1 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os maridos – especialmente nas áreas rurais – querem mais filhos do que suas esposas e consideram que é seu direito tomar a decisão sobre o tamanho da família e se (ou quando) a contracepção deve ser usada. Dinâmicas de poder desiguais nos relacionamentos constituem mais uma barreira para as mulheres que desejam conversar com seus maridos ou parceiros sobre contracepção. Além disso, até mesmo mencionar o tema da contracepção pode ser percebido pelos homens como uma admissão a relacionamentos extraconjugais, podendo levar a conflitos que resultem em violência, separação ou divórcio (UNFPA, 2019). O nexo entre desigualdade de gênero e negação da autonomia corporal tem um impacto real na vida de mulheres e meninas em todos os lugares, todos os dias. Atitudes e normas que subordinam o bem-estar, as necessidades e os direitos de uma mulher ou menina aos de um homem ou menino tiram seu poder – sua capacidade de agir –, e pesquisas têm verificado que isso pode ter consequências negativas que podem durar por toda a vida e passar de uma geração para a próxima (van Eerdewijk e outros, 2017; O’Neil e outros, 2014). Essa dinâmica pode se manifestar de várias maneiras, algumas mais flagrantes do que outras, mas é particularmente evidente nas leis e práticas conjugais que subordinam as mulheres aos homens.

**A PESQUISA MOSTROU
QUE MENINAS E
MULHERES MUITAS
VEZES NÃO SABEM
QUE TÊM O DIREITO
DE DIZER NÃO**

Pessoas com deficiência sob maior risco de estupro e sexo forçado

Meninas e mulheres jovens com deficiência têm maior probabilidade de sofrer violência do que seus pares do sexo masculino com deficiência ou meninas e mulheres jovens sem deficiência (UNFPA e outros, 2018). Meninas e meninos com deficiência têm quase três vezes mais probabilidade de serem submetidos a violência sexual, ficando as meninas expostas ao maior risco.

O consentimento é crucial quando qualquer pessoa se envolve em atividade sexual, mas desempenha um papel ainda maior e potencialmente mais complicado quando alguém tem uma deficiência, de acordo com a Rede Nacional de Estupro, Abuso e Incesto – RAINN, uma organização antiviolência sexual nos Estados Unidos (RAINN, 2020).



Pesquisas sobre os níveis de violência sexual contra pessoas com deficiência mostram níveis elevados, quando comparados com pessoas sem deficiência. Nos Estados Unidos, por exemplo, o Departamento de Justiça dos EUA descobriu que meninas e mulheres com deficiência sofrem crimes violentos, inclusive violência sexual e estupro, a uma taxa de 32,8 mulheres por 1.000 a cada ano, em comparação com 11,4 mulheres por 1.000, no caso de mulheres que não têm deficiência (Harrell, 2017).

Nos Estados Unidos, o grupo de defesa *Disabled World* relatou que cerca de 80% das mulheres e 30% dos homens com deficiência intelectual são forçados em algum momento a alguma forma de sexo não consensual, mas apenas 3% desses abusos sexuais envolvendo pessoas com deficiências de desenvolvimento são denunciados em algum momento. As mulheres com deficiência eram muito mais propensas a ter uma história de sexo indesejado, ou estupro conjugal, por um parceiro íntimo. Um estudo descobriu que 54% dos meninos com deficiência auditiva foram abusados sexualmente, em comparação com 10% dos meninos que são ouvintes (*Disabled World*, 2012).

Na medida em que as sociedades não preparam as pessoas com deficiência fornecendo-lhes os meios para controlar se, quando ou com quem fazer sexo, e se, quando ou com que frequência engravidar, estão negando a um grande número de pessoas seu direito à autonomia corporal.

Arte por Kaisei Nanke



Arte por Tyler Spangler

Casamento forçado e infantil

As práticas conjugais mais óbvias que negam a autonomia da mulher são os casamentos em que ela não pode fazer uma escolha livre e consciente sobre seu próprio parceiro: casamento forçado e infantil. Casamento forçado é qualquer casamento em que um ou ambos os cônjuges participam “sem consentimento pleno, livre e consciente”. O casamento infantil, um subconjunto do casamento forçado, é qualquer casamento em que pelo menos uma das partes tem menos de 18 anos e, portanto, não atingiu a idade em que ela ou ele pode expressar consentimento pleno, livre e bem-informado (OHCHR, 2020). Ambas as formas de casamento violam os direitos do indivíduo, inclusive os direitos associados a sua autonomia e integridade física.

Esses casamentos estão enraizados em atitudes patriarcais e negam autonomia às mulheres e meninas em geral, inclusive seu poder de tomar decisões sobre cuidados de saúde, contracepção e, especialmente, sexo.

O casamento infantil é uma forma de violência baseada no gênero. É também uma restrição

poderosa da autonomia de mulheres e meninas, forçando-as a relacionamentos subordinados vitalícios antes que alcancem a capacidade legal de tomar decisões que afetam suas vidas inteiras. As estimativas mais recentes indicam que existem 650 milhões de mulheres vivas hoje que se casaram antes dos 18 anos, e a cada ano outros 12 milhões de meninas se casam antes de se tornarem adultas (UNFPA, 2020; UNICEF 2020).

Embora todos os países do mundo – exceto um – tenham ratificado a Convenção sobre os Direitos da Criança, muitos deles ainda permitem o casamento de menores de 18 anos, às vezes com o consentimento de um dos pais, tutor, juiz ou outro funcionário do governo.

Entretanto, mesmo onde o casamento infantil é proibido por lei, ele continua, na prática. Muitos desses casamentos acontecem por meio de cerimônias tradicionais ou religiosas e nunca são registrados nas autoridades civis. Em algumas partes do mundo, a coabitação, onde um ou ambos os parceiros são menores, também é comum. Com as taxas continuamente altas de casamento infantil no Sul da Ásia e na África Subsaariana, e em partes da América Latina e do Caribe, projeta-se que até 2030, na ausência de intervenções de alto impacto, pode haver mais 120 milhões de mulheres e meninas que terão se casado até os 18 anos (UNFPA, 2020; UNICEF, 2020).

Os casamentos forçados são motivados por práticas patriarcais institucionalizadas, inclusive o pagamento de dote ou preço da noiva, sequestro de noivas, casamento de viúvas com parentes por afinidade ou “herança de viúvas” e casamento de sobreviventes de estupro com seus agressores. Por meio dessas práticas, as noivas se tornam uma mercadoria, ou propriedade, a ser possuída, comprada, vendida ou negociada, sem nenhuma consideração por seus direitos ou sua autonomia.

Por meio de dotes, a família da noiva paga, em dinheiro ou em espécie, à família do noivo para “tirá-la de suas mãos”. Os dotes supostamente garantem o bem-estar da noiva, mas um olhar mais atento revela um sistema que é “tão feio e corrosivo para os direitos das mulheres quanto o casamento infantil, a mutilação genital feminina e os sistemas de tutela masculina” (McCarthy, 2017).

Em quase todos os casos, a prática do dote oprime direta ou indiretamente as mulheres, muitas vezes levando ao abuso e à violência, e mantendo um sistema de desigualdade de gênero. Encoraja o casamento infantil porque as famílias pagam dotes menores para as noivas mais jovens. Também resulta em violência: cerca de 8.000 mortes por dote, em que mulheres são mortas porque as famílias não recebem o dote esperado, são registradas a cada ano apenas na Índia, de acordo com o órgão National Crimes Statistics Bureau (Dhillon, 2018) daquele país.

O “preço da noiva” é o oposto do dote: uma menina ou mulher é “comprada” pela família do noivo para se tornar a esposa de seu filho. A prática é comum em algumas partes da África, onde “o preço da noiva é a troca condicional de bens, geralmente vacas ou dinheiro, do noivo para os pais da noiva, em troca do casamento” (Turner, 2009). Ele relega a mulher ao *status* de propriedade e sustenta a noção de que um homem comprou a capacidade reprodutiva e produtiva de sua esposa, bem como – o mais importante – sua obediência. O pagamento de um preço pode dar ao homem licença para usar a violência contra sua esposa para fazê-la obedecer (Thiara, 2011).

Além disso, o preço da noiva deve ser reembolsado se o homem decidir se divorciar

ou se separar de sua esposa: “Essa prática paira como uma ameaça sobre a cabeça dela e de seus pais, garantindo a submissão da esposa” (Turner, 2009). A tradição de reembolsar o preço da noiva é especialmente problemática porque significa que, se uma mulher ou sua família não puderem pagar, ela poderá ficar presa em um relacionamento abusivo sem recurso. A prática também ocorre em outras partes do mundo, inclusive em alguns países nas ilhas do Pacífico.

Existem outros costumes tradicionais do casamento patriarcal, menos comuns, que tiram a autonomia feminina. Em algumas partes do mundo, por exemplo, existe uma tradição de sequestro de noivas: remover fisicamente uma menina ou mulher para levá-la à casa de um homem que deseja se casar com ela. De acordo com um estudo de 2016 do UNFPA no Quirguistão, a tradição de sequestro de noivas persiste, apesar de ser ilegal. Segundo o costume, um homem pode raptar uma mulher ou menina de sua casa, escola ou trabalho e levá-la para a casa de sua família, onde ela geralmente é forçada a escrever uma carta pedindo consentimento da família dela. A carta é acompanhada do pagamento do preço da noiva pela família do noivo. Menos de uma em cada dez “propostas” é rejeitada pela família da mulher ou da menina. O estudo do UNFPA descobriu que quase um quinto dos casamentos no Quirguistão seguem a prática tradicional de “sequestro”, e estima-se que cerca de um quarto deles não tenham tido o “consentimento” da noiva (UNFPA na República do Quirguistão, 2016).

Outra tradição ainda praticada é a “herança de viúvas”, segundo a qual uma mulher cujo marido morreu é forçada a se casar com um parente do falecido, geralmente um irmão. Tradicionalmente, isso era visto como um meio de proteger a mulher e seus filhos, e mantê-la na família do marido – especialmente após o pagamento do dote. Mas a

viúva não dá seu consentimento e muitas vezes acaba em um relacionamento que ela não queria, nem pediu.

Práticas conjugais que subordinam as mulheres e prejudicam a saúde

As mais perniciosas das práticas conjugais de subordinação feminina, que violam o direito da mulher à autonomia corporal, também provaram ter consequências negativas para a saúde sexual e reprodutiva. A herança de viúvas, por exemplo, exige que a mulher tenha relações sexuais com o homem que a “herda”, não importando quantas parceiras sexuais ele possa ter tido no passado, aumentando o risco de transmissão do HIV (Mabumba e outros, 2007). Um estudo no distrito de Bondo, no Quênia, descobriu que 56,3% das viúvas foram “herdadas” por meio de uma cerimônia tradicional. Entre essas mulheres, aquelas que haviam participado de um ritual sexual conhecido como “limpeza de viúvas” tinham maior probabilidade de estar infectadas com o HIV (Agot *et al.*, 2010). A limpeza da viúva é uma dissolução ritualizada do vínculo do espírito de um homem morto com sua esposa, por meio de sua submissão à relação sexual com um de seus parentes vivos.

O casamento infantil tem inúmeros efeitos deletérios na saúde sexual e reprodutiva, e na autonomia corporal de uma menina. Sexo forçado e gravidezes precoces e frequentes são fatores intimamente ligados a altas taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil, bem como a problemas de saúde mental. Em países de renda baixa e média, as complicações na gravidez e no parto são a principal causa

de morte entre meninas de 15 a 19 anos, e mães adolescentes enfrentam taxas muito mais altas de complicações no decorrer da gravidez e no parto, com maiores taxas de natimortos e mortes de recém-nascidos do que as mães apenas alguns anos mais velhas, de 20 a 24 anos (OMS, 2020).

As meninas e mulheres que são submetidas a casamento infantil e forçado frequentemente têm seu direito de tomar decisões negado ou não têm informações precisas sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Um estudo em grande escala na Índia, por exemplo, documentou consequências negativas para a saúde reprodutiva em virtude de casamentos infantis: as mulheres jovens que se casaram com 18 anos ou mais tinham maior probabilidade do que aquelas que se casaram antes dos 18 anos de estarem envolvidas no planejamento do casamento, de recusar-se a tolerar a violência doméstica, de ter usado anticoncepcionais para postergar a primeira gravidez e de ter feito o primeiro parto em uma unidade de saúde. Elas eram menos propensas do que as mulheres que se casaram cedo de ter sofrido violência física ou sexual em seu casamento ou de ter tido um aborto espontâneo ou um bebê natimorto (Santhya e outros, 2010).

Outro estudo no Nepal descobriu que uma combinação de pressão para dar à luz logo após o casamento, autonomia limitada e pouco conhecimento sobre questões de saúde reprodutiva deixa as meninas casadas vulneráveis a gestações de alto risco (Maharjan e outros, 2019).

Além da violação da autonomia corporal, o casamento infantil atenta contra outros direitos humanos, como o direito à educação. As taxas de educação diferenciadas entre os gêneros são um dos principais obstáculos para a plena igualdade de gênero e o empoderamento de

Escravidão: a violação extrema do direito à autonomia

Pessoas que são escravizadas não têm poder de tomar decisões sobre seus corpos, nem sobre suas vidas.

Estima-se que 40 milhões de pessoas vivam em alguma forma de escravidão moderna



(Nações Unidas, s/d). Embora a escravidão moderna não seja definida por lei, é um termo abrangente que compreende práticas como trabalho forçado, servidão por dívida, casamento forçado e tráfico de pessoas. Refere-se a situações de exploração que uma pessoa não pode recusar ou abandonar devido a ameaças, violência, coerção, engano ou abuso de poder.

Existem mais de cinco vítimas da escravidão moderna para cada 1.000 pessoas no mundo. Uma em cada quatro vítimas é criança. Mais de sete em cada 10 vítimas são mulheres.

A meta de erradicar o trabalho forçado, acabar com a escravidão moderna e o tráfico humano está incorporada ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 8, que visa alcançar o crescimento econômico inclusivo e trabalho decente até 2030.

As vítimas são frequentemente as pessoas mais vulneráveis em nossas sociedades, aquelas que sofrem múltiplas formas de discriminação – mulheres, crianças, povos indígenas, afrodescendentes e pessoas com deficiência, disse a Secretária-Geral Adjunta das Nações Unidas, Amina J. Mohammed, em 2020. “A escravidão moderna é uma praga em nosso mundo que devemos erradicar”, acrescentou ela, chamando a escravidão moderna e o tráfico de pessoas de “crimes internacionais com custos significativos para a sociedade e a economia”.

Arte por Kaisei Nanke

Capaz de escolher

Em 1999, Lizzie Kiama estava indo para o trabalho em Mombaça, no Quênia, quando seu micro-ônibus colidiu frontalmente com outro veículo. “Eu estava sentada na frente”, lembrou. “O acidente me transformou em deficiente”. Mas levaria 11 anos até que ela aceitasse totalmente essa nova realidade.

“Eu não me identificava como uma pessoa com deficiência, por muito tempo”, disse Kiama. “Isso porque sempre houve uma conotação muito negativa que cercava a palavra ‘deficiente’.”

O momento decisivo foi se tornar mãe e decidir que melhoraria o mundo para seus filhos. Para ela, isso significava

identificar-se como uma pessoa com deficiência – e redefinir o que isso significa, explicou ela. Kiama acabou fundando o This Ability Trust, um empreendimento social com foco nos direitos das pessoas com deficiência, por meio do qual ela observou as muitas maneiras pelas quais as pessoas com deficiência são privadas de sua autonomia, especialmente no que diz respeito à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos.

Pessoas com deficiência visual ou auditiva raramente têm acesso a intérpretes ou Braille quando procuram serviços de saúde – disse ela –, e pessoas com cuidadores enfrentam menor privacidade e confidencialidade. Muitas pessoas com deficiência

não têm opções de transporte acessíveis e muitas unidades de saúde não têm infraestrutura, equipamento e pessoal treinado para atendê-las.

Além disso, existem as histórias de terror.

“Já ouvi histórias de mulheres que preferem dar à luz em casa a enfrentar enfermeiras ou parteiras que questionam por que, em sua condição de deficiente, teriam filhos ou engravidariam”, declarou Kiama. “A sociedade, em geral, tem associado as pessoas com deficiência – as mulheres em particular – como sendo assexuadas... Coisas simples, como capacidade jurídica, autonomia corporal, direito de decidir, não são consideradas a norma.”

Mulheres e meninas com deficiência enfrentam altas taxas de violência de gênero no Quênia (Salome e outros, 2013). Porém, muitas vezes, em resposta, sua autonomia corporal é ainda mais violada, afirma Kiama. “Você encontra, em alguns casos, meninas com deficiência cujas famílias

“Famílias conspiram com profissionais médicos para esterilizá-las.”



Lizzie Kiama é uma defensora dos direitos das pessoas com deficiência. Arte original por Naomi Vona; imagem cortesia de Lizzie Kiama.

conspiram com profissionais médicos para esterilizá-las como forma de 'protegê-las', porque são vítimas constantes de violência sexual", explicou ela. "Nada acontece com os perpetradores."

Mas essas questões não são exclusivas do Quênia. Pessoas com deficiência enfrentam sérios obstáculos à tomada de decisões sobre saúde sexual e reprodutiva em quase todos os lugares.

Na Mongólia, por exemplo, houve relatos de profissionais de saúde realizando abortos em mulheres com deficiência sem consultá-las. Em vez disso, os médicos buscam o consentimento dos

responsáveis pelas mulheres, de acordo com Enkhjargal Banzgarch, assistente social da Associação Nacional de Usuários de Cadeiras de Rodas da Mongólia. Um estudo da Associação descobriu que 22% das pessoas com deficiência foram forçadas por familiares ou profissionais de saúde a usar anticoncepcionais.

Recusar a contracepção pode ter consequências. As mulheres com deficiência intelectual muitas vezes não têm direito a auxílio financeiro ou extensão de seu *status* de deficiência se não tiverem recebido as doses necessárias de anticoncepcionais injetáveis, explicou Banzgarch.

Os indivíduos com deficiência e seus cuidadores por vezes recebem pouca ou nenhuma explicação, diz a Representante Assistente do UNFPA na Mongólia, Iliza Azyei, que trabalhou com ativistas e o Ministério da Saúde para levantar essas questões.

Ela se lembrou da história de uma menina: "Assim que ela completou 16 anos, o médico da saúde pública veio à sua casa e eles começaram a fornecer anticoncepcionais injetáveis

trimestrais". Azyei perguntou à mãe da menina se eles haviam questionado o que estava acontecendo. "Ela disse: 'Não, eu confio no meu médico'".

Mesmo assim, há motivos para esperança.

"Observando as políticas e a estrutura legal do ponto de vista do *advocacy*, tem havido progresso", mencionou Kiama, citando a lei da deficiência de 2003, do Quênia; a constituição do país; a ratificação das convenções internacionais sobre os direitos das pessoas com deficiência, e padrões de construção cada vez mais acessíveis.

A Mongólia também tem visto avanços. Durante uma análise dos registros de direitos humanos da Mongólia em 2015, violações da saúde reprodutiva contra pessoas com deficiência foram trazidas à tona. O governo "fez revisões imediatas na ordem ministerial da saúde, a fim de fornecer serviços de saúde sexual e reprodutiva às mulheres, inclusive para as mulheres com deficiência", disse Azyei.

A mudança no nível da política é apenas uma etapa

- acrescentou. "Mas, como lidamos com as práticas reais?"

Para isso, concordam os especialistas, as mentalidades também devem mudar. "As mulheres com deficiência têm o direito de se apaixonar, ter um filho, receber serviços e ter uma vida", enfatizou Azyei.

Pessoas com deficiência devem ser protegidas contra abuso sexual, mas essas proteções devem apoiar - em vez de minar - sua autonomia corporal. E elas devem ter o poder de reivindicar seus direitos.

"Como pessoas com deficiência, imaginamos que precisamos que peguem em nossas mãos e que devemos pedir permissão", disse Kiama. Mas ela vê mudanças na geração mais jovem de pessoas com deficiência. "Estamos vendo mais mulheres jovens ocupando espaço e usando as mídias sociais para fazer *advocacy*. Elas estão defendendo os direitos sexuais reprodutivos de diferentes maneiras, e isso é incrível de se ver."

mulheres e meninas, sendo o casamento infantil e a gravidez precoce outros obstáculos significativos para a garantia de oportunidades educacionais, emprego e outras oportunidades econômicas para meninas e jovens mulheres.

Um extenso estudo do Banco Mundial comprometeu-se a testar se as mulheres em todo o mundo que se casaram quando crianças tinham menos poder de decisão no casamento por meio de perguntas específicas sobre a procura de serviços de saúde reprodutiva e o uso de anticoncepcionais. O estudo constatou que, tanto no caso do uso de anticoncepcionais quanto no do poder de decisão, a variável com maior impacto era o número de anos de escolaridade. O que o estudo validou foi que o casamento infantil teve um efeito sobre a saúde reprodutiva e o poder de tomada de decisão, principalmente por meio de seu impacto indireto no nível de escolaridade (Wodon e outros, 2017). A redução da educação formal para noivas crianças tem implicações econômicas para elas e para a sociedade, mas também tem um impacto real em sua saúde sexual e reprodutiva, e em sua capacidade de tomar decisões autônomas.

Crises humanitárias afetam negativamente a autonomia corporal das mulheres

A ocorrência de crises humanitárias em todo o mundo mostra que o colapso das redes familiares, sociais e jurídicas aumenta o risco de violência sexual, além de alimentar a percepção generalizada de que a “honra” de meninas e mulheres – e, portanto, de suas famílias – está em perigo. Esse medo

de “danos” à honra da família pode sustentar as decisões das famílias de casar as meninas em tenra idade, resultando em um maior número de casamentos forçados e infantis. O medo da violência sexual contra mulheres e meninas foi considerado como sendo uma das principais causas para as famílias fugirem de suas casas em emergências – e um incentivo para casar suas filhas ainda bem jovens, na crença de que o casamento as protegerá (UN HRC, 2019).

Em países com altas taxas de prevalência de casamento infantil, as meninas deslocadas ou afetadas por crises estão entre as mais vulneráveis. O Níger, por exemplo, tem a maior taxa de prevalência de casamento infantil do mundo (76% das meninas se casam antes dos 18 anos), mas as taxas em regiões com grande número de pessoas recebendo assistência humanitária são ainda mais altas – até 89% em Maradi. Em outro exemplo, um relatório da Oxfam descobriu que 70% das meninas em uma cidade do norte do Sudão se casaram antes dos 18 anos, após um surto de combates na região, muito acima da média nacional (UN HRC, 2019).

Os cenários de conflito e pós-conflito são particularmente propícios à violência de gênero, inclusive casamento forçado e infantil, devido a fatores como: o colapso do estado de direito e da segurança; mudanças nos papéis tradicionais de gênero e restrições à liberdade de mulheres e meninas; culturas de impunidade; perda de capital econômico e social, e até ideologias extremistas que incentivam o sequestro de mulheres e meninas por grupos armados (Swaine e outros, 2019).

No caso dessas ideologias extremas, nos últimos anos, atores armados não estatais impuseram uma ordem social que vê as mulheres e meninas como ferramentas de seus movimentos, ou como ameaças.

Em alguns casos, meninas e mulheres foram forçadas a se casar com membros desses grupos para servir como escravizadas sexuais. Por exemplo, a partir de 2014, meninas e mulheres Yazidi, no Iraque, foram forçadas a se casar com membros do Estado Islâmico no Iraque e no Levante (*ISIL*).

O *ISIL*, na República Árabe Síria; o Boko Haram, na Nigéria e nos Camarões; e o Al-Shabaab, na Somália, raptaram meninas e mulheres para serem estupradas, vendidas e forçadas ao casamento. A exploração ideológica de casamento infantil e forçado foi relatada na República Centro-Africana, na Líbia, no Mali e na Somália, enquanto grupos armados e do crime organizado na Malásia e na Nigéria usaram o casamento infantil e forçado como cobertura para exploração sexual e tráfico de pessoas (UN HRC, 2019).

Embora haja ampla evidência de que a violência baseada em gênero aumenta em ambientes de conflito e deslocamento, há menos evidências sobre como as crises afetam a capacidade de tomada de decisão das mulheres nas relações sexuais. Embora as crises frequentemente levem à deterioração dos serviços públicos, também há evidências a sugerir que a capacidade das mulheres de obter acesso a assistência médica e usar anticoncepcionais pode realmente ser ampliada nessas ocasiões. Uma razão para isso é a diminuição da influência das normas comunitárias desiguais de gênero em ambientes afetados por crises, que permitem maior liberdade na tomada de decisões autônomas.

Em países afetados por crises, como a Eritreia e a Libéria, a dissolução progressiva das normas comunitárias permitiu que algumas

mulheres tivessem não apenas mais autonomia, mas também maior liberdade de expressão e autoridade para tomar decisões no âmbito familiar. Esse fenômeno também foi observado em locais afetados por desastres naturais, como as secas, onde mais mulheres optaram por usar anticoncepcionais. Outra razão pela qual algumas mulheres têm mais poder para tomar decisões sobre cuidados de saúde deve-se ao fato de que as informações e os serviços sobre contracepção estão geral e prontamente disponíveis em campos de refugiados (UNFPA 2019). Contudo, durante e após as crises, a desigualdade e a discriminação de gênero podem também agravar os desafios que mulheres e meninas enfrentam para garantir sua autonomia e integridade corporal. Como resultado, muitas enfrentam o aumento da insegurança, a mobilidade restrita, a violência de gênero e práticas prejudiciais, inclusive a mutilação genital feminina (CICV, 2020)

Programas que visam eliminar ou prevenir a mutilação genital feminina muitas vezes são deixados de fora de planos de resposta humanitária. Durante as fases iniciais da pandemia da Covid-19, por exemplo, a maioria dos países onde a mutilação genital feminina é prevalente não priorizou a eliminação da prática em seus planos nacionais de resposta humanitária (UNFPA e UNICEF 2020). Ainda assim, várias avaliações indicaram um risco aumentado de meninas submetidas à prática: uma avaliação do UNFPA na Somália mostrou que 31% dos membros da comunidade entrevistados disseram acreditar que houve um aumento nesta prática nociva desde o início da pandemia (UNFPA, 2020a). Uma pesquisa da Save the Children em setembro de 2020, no campo de refugiados de Dadaab, no Quênia, explorou o impacto da Covid-19 e descobriu que 75% dos profissionais de proteção à criança relataram um aumento de

20% na mutilação genital feminina (Save the Children, 2020)

Em países como Etiópia, Quênia, Nigéria e Sudão, as meninas também correm um risco maior de sofrer mutilação genital feminina como um precursor para o casamento, sugerindo uma estratégia de enfrentamento negativa associada a efeitos econômicos adversos e ao fechamento de escolas (UNFPA e UNICEF, 2020).

De acordo com estimativas do UNFPA, a pandemia pode resultar em 2 milhões de casos de mutilação genital feminina que de outra forma teriam sido evitados, ou uma redução de um terço no progresso em direção à meta 5.3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, de eliminar a mutilação genital feminina até 2030 (UNFPA, 2020b).

“Crimes de honra”: uma negação extrema da autonomia corporal

Os assassinatos por honra ocorrem em comunidades onde a “honra” da família é considerada mais importante do que a vida da pessoa – geralmente, uma mulher que viola certas normas ou códigos (Gibbs e outros, 2019).

Racionalizações para crimes de honra incluem a separação de um cônjuge que pagou o preço da noiva, recusar-se a fazer parte de um casamento arranjado, manter um relacionamento com uma pessoa de uma religião, grupo étnico ou casta diferente, praticar sexo antes do casamento



Arte por Tyler Spangler

ou extraconjugal, ser a vítima de estupro ou agressão ou ser identificada como *gay* (Selby, 2016).

Embora homens e mulheres possam cometer ou ser vítimas de crimes de honra, o “código de honra” tem padrões diferentes para homens e mulheres, inclusive padrões mais rígidos de castidade para as mulheres e a percepção de um dever dos homens de cometer atos

Ameaçados pela sexualidade de uma mulher

Cultura, tradição e religião estão entre as motivações mais comumente citadas para realizar a mutilação genital feminina. Ainda assim, o desejo sexual reduzido é quase universalmente entendido como um resultado da prática e, de fato, é também um motivador-chave. Muitos defensores da mutilação genital feminina argumentaram que a sexualidade feminina desenfreada é, de alguma forma, uma ameaça à castidade, honra e virtude (Berg e Denison, 2013).

Conversas francas sobre sexualidade feminina, integridade corporal e autonomia corporal podem oferecer um antídoto inesperado para a prática, dizem os especialistas.

Os esforços para acabar com a mutilação genital feminina têm historicamente ressaltado os danos físicos causados pela prática, que podem incluir hemorragia, sepse, complicações no parto futuro e até morte. A ênfase nas consequências físicas é mais facilmente recebida em comunidades conservadoras, onde discutir a sexualidade feminina é geralmente um tabu. Mas um único foco em danos físicos pode levar inadvertidamente à medicalização da prática, ou à prática de tipos alternativos de corte, em vez de seu abandono por completo (Powell e Yussuf, 2021).

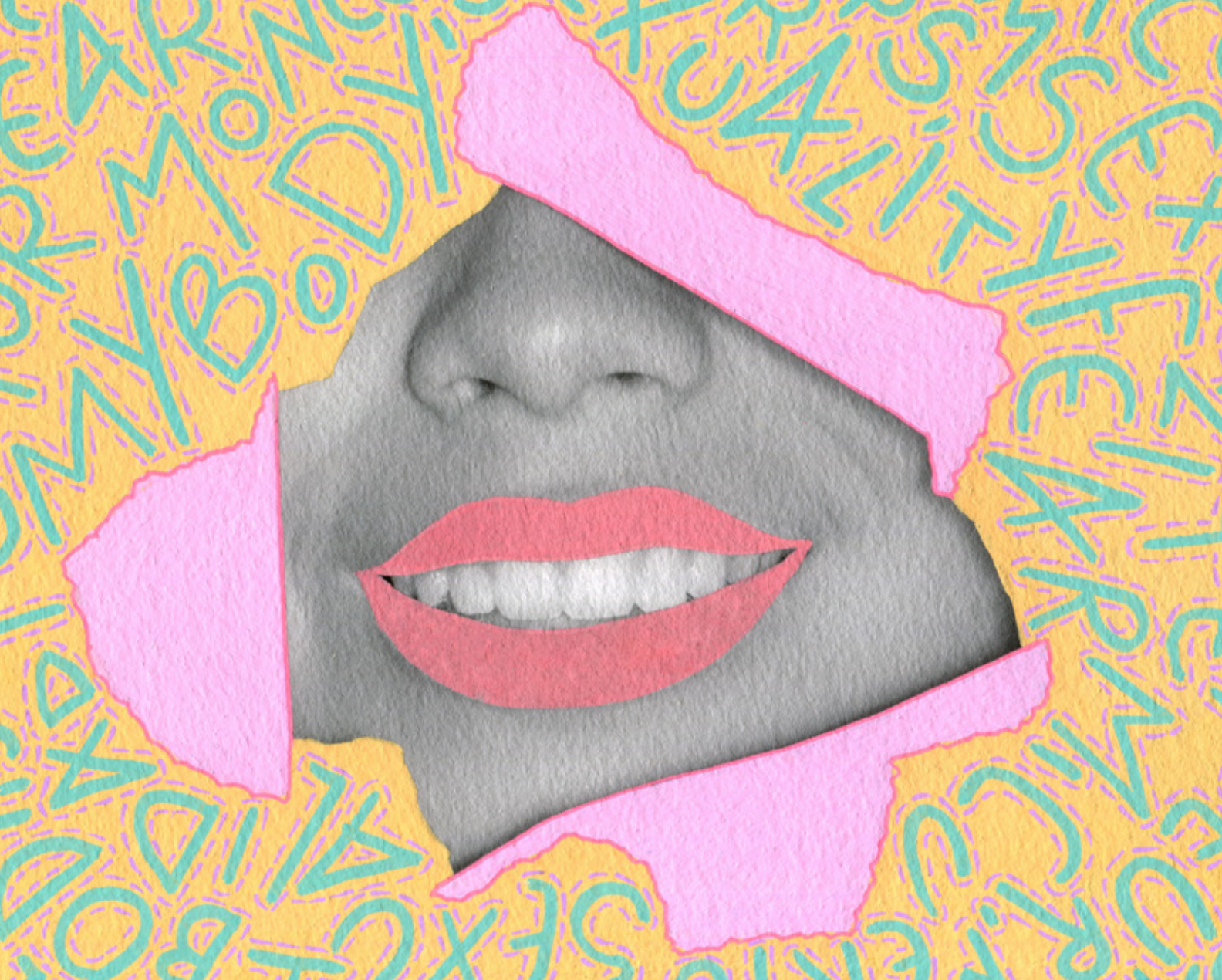
Ampliar essas conversas para incluir um relato honesto dos danos sexuais causados pela mutilação genital feminina

ajudou Wafaa Benjamin Basta, obstetra e ginecologista no Egito, a convencer pais a rejeitarem a prática. Articular claramente os danos, como incapacidade de sentir orgasmo, dor durante a relação sexual e aversão ao sexo devido ao transtorno de estresse pós-traumático, tem sido uma argumentação dissuasiva eficaz, especialmente “se a mãe teve uma experiência muito ruim durante a mutilação genital feminina quando ela era jovem ou teve problemas na vida conjugal por causa da circuncisão”, diz a Dra. Basta.

Ela fala com naturalidade sobre as repercussões sociais e psicológicas que as mulheres podem vivenciar. “Isso pode afetar sua saúde mental, seu bem-estar social e sua relação com o parceiro, o que pode afetar profundamente o próprio conceito de família.”

Um dos motivos pelos quais a Dra. Basta consegue ter essas discussões diretas é seu papel como médica.

“As mentes estão mudando, especialmente para as novas gerações.”



A mutilação genital feminina não é simplesmente um problema de saúde. É uma questão de sexualidade. Arte original por Naomi Vona; foto por Hana Lopez em Unsplash.

“Existe esse vínculo entre o paciente e o médico”, considera. Mas ainda mais crucial é a crescente aceitação dos direitos e do empoderamento das mulheres no Egito. “As mentes estão mudando, especialmente para as novas gerações.”

À medida que o medo da sexualidade feminina diminui e o

bem-estar sexual é cada vez mais considerado dentro da estrutura da saúde psicológica e social, fica mais fácil repensar a prática da mutilação genital feminina.

A Dra. Basta diz que suas observações se limitam às conversas confidenciais que ela consegue ter com suas pacientes, e que o conforto com esses

tópicos varia de acordo com a comunidade e o médico. Ainda assim, ela tem visto um grande progresso nos últimos anos e está esperançosa quanto ao futuro, tanto no que se refere à erradicação da mutilação genital feminina quanto à promoção da saúde sexual e do bem-estar das mulheres. “Não há vergonha de falar sobre isso”, disse ela.

violentos para garantir sua honra ou a de sua família. Em todos os casos, o código de honra faz parte do sistema social patriarcal que subjuga as mulheres aos homens. O resultado é que os crimes de honra são desproporcionalmente violentos contra as mulheres. Embora não seja possível saber o verdadeiro número dessas mortes, estima-se que ocorram cerca de 5.000 assassinatos a cada ano, sendo que a maioria deles ocorre no Oriente Médio e no Sul da Ásia (Gibbs e outros, 2019). É importante notar que cerca de 58% das mulheres vítimas de homicídio foram mortas por um parceiro íntimo ou membro da sua própria família, totalizando 137 mulheres todos os dias (OMS, 2013). Isso foi intensificado pela pandemia da Covid-19 – e a violência contra as mulheres tem sido considerada a “pandemia na sombra”.

Estupro marital e leis de “case-se com seu estuprador”

É claro que os pontos de dados escolhidos para o indicador 5.6.1 são medidas inexatas para todas as maneiras em que a autonomia das mulheres é atenuada pelas estruturas matrimoniais patriarcais, mas há uma relação direta no caso de um componente: uma mulher pode dizer não ao marido ou parceiro se ela não quiser ter relações sexuais? Qualquer que seja a dinâmica interpessoal dentro do casamento, é verdade que em alguns países a lei permite que o marido tenha relações sexuais, quer a esposa queira, quer não, e há países onde um homem que estupra uma mulher pode escapar de penalidades se ele se casar com ela, mesmo contra sua vontade.

Quer uma mulher tenha sido forçada a um casamento, quer o tenha feito livremente, segundo as normas patriarcais tradicionais, uma vez que o casamento ocorre, o homem

“possui” o corpo de sua esposa e pode usá-lo para sexo sempre que quiser. Foi apenas nas últimas décadas que o “estupro marital” foi reconhecido como um conceito e considerado como sendo uma flagrante violação dos direitos humanos. As vítimas de estupro marital estão sujeitas aos múltiplos danos sofridos por todas as sobreviventes de estupro: danos psicológicos, bem como lesões físicas associadas ao sexo forçado, gravidez não intencional, aborto espontâneo e infecções sexualmente transmissíveis (Yllö e Torres 2016).

Essa violação dos direitos humanos tem consequências importantes para a saúde reprodutiva. O risco de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis aumenta devido à penetração vaginal forçada e à laceração, o que facilita a entrada do vírus no corpo (Jewkes e outros, 2011). Mulheres que sofrem abuso no casamento têm probabilidade de uma e meia a três vezes mais de ter um teste positivo para HIV, e duas a quatro vezes mais probabilidade de relatar outra infecção sexualmente transmissível (OMS, 2015).

As várias práticas que impõem o controle masculino e violam os direitos de autonomia corporal das mulheres estão inter-relacionadas. Estudos encontraram uma forte correlação, por exemplo, entre estupro marital e casamento infantil: um estudo de 2011 descobriu que a maioria dos casos de estupro marital em Uganda foram cometidos contra meninas de 15 a 19 anos, cujos maridos mais velhos haviam pagado um “preço da noiva” para obter suas esposas (Hague e outros, 2011).

Quarenta e três países não possuem nenhuma legislação que trate da questão do estupro marital. Mesmo em países que reconhecem o conceito, as penalidades para os casos de sexo não consensual dentro do casamento podem ser significativamente mais baixas do que em outros casos. Equiparar

o casamento a um “cartão para sair livre da prisão”, um estudo de 2020 descobriu que, entre os 54 países da *Commonwealth*, 35 ainda aplicam alguma forma de isenção conjugal para os crimes sexuais (Richardson, 2020).

Em alguns países e territórios, o casamento pode ser considerado uma “cura” legal para o estupro, permitindo que os perpetradores se casem com suas vítimas e, assim, evitem quaisquer penalidades por seus crimes. As leis permitem que homens condenados por estupro tenham o veredito anulado caso optem por se casar com as mulheres que agrediram, na Argélia, Angola, no Bahrein, na Bolívia, nos Camarões, na República Dominicana, da Guiné Equatorial, Eritreia, de Gaza, do Iraque, Kuwait, da Líbia, das Filipinas, da Federação Russa, Sérvia, Síria, do Tadjiquistão, da Tailândia, de Tonga e da Venezuela (*Equality Now*, 2020).

Em 2017, a ONG *Equality Now* realizou uma extensa análise das leis do tipo “case-se com seu estupro”. Constatou, por exemplo, que no Iraque, se o perpetrador se casar com a vítima, qualquer ação legal contra ele torna-se nula e qualquer investigação ou processo judicial em andamento é encerrado. Se a sentença já foi proferida, ela é revertida e não executada, mas pode ser reativada se houver divórcio no prazo de três anos. No Kuwait, se o perpetrador se casar legalmente com sua vítima, com a permissão de seu tutor – e este solicitar que ele não seja punido –, o perpetrador é libertado. Na Rússia, se o perpetrador atingiu 18 anos de idade e cometeu estupro, como definido por lei, com uma menor de 16 anos, ele ficará isento de punição se se casar com a vítima. Na Sérvia, “coabitar com uma menor” é proibido; no entanto, “se o casamento for celebrado, o processo criminal não deve ser instaurado e, caso

tenha sido, deverá ser interrompido”. Na Tailândia, o casamento pode ser considerado um acordo para o caso de estupro, como definido em lei, se o infrator tiver mais de 18 anos e a vítima tiver mais de 15, se ela “consentiu” o crime e se o tribunal conceder permissão para o casamento (*Equality Now*, 2017)

As leis e práticas matrimoniais que subordinam as mulheres e negam-lhes a autonomia são generalizadas e difíceis de erradicar. No entanto, estão longe de ser as únicas maneiras pelas quais as estruturas patriarcais reforçam a dominação masculina e circunscrevem a sexualidade feminina.

Mutilação genital feminina

A mutilação genital feminina compreende todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos, ou outras lesões nos órgãos genitais femininos por motivos não médicos (OMS, 2020a).

A mutilação genital feminina é uma violação dos direitos humanos de mulheres e meninas, e uma forma extrema de discriminação e violência dirigida exclusivamente a meninas e mulheres. Também faz parte de práticas patriarcais mais amplas, enraizadas na desigualdade de gênero e destinadas a controlar a sexualidade de mulheres e meninas, seus corpos, e seus direitos sexuais e reprodutivos.

A prática nega às mulheres e meninas seus direitos: à integridade física e mental; de se verem livres da violência; ao mais alto padrão de saúde alcançável; de se livrarem da discriminação de gênero, de tortura, tratamento cruel, desumano e degradante, entre outros. No entanto, mais de 200 milhões de meninas e mulheres vivem com as consequências da mutilação genital feminina, e pelo menos 4 milhões de meninas correm o risco de ser submetidas à prática a cada ano (UNFPA, 2020c; UNICEF, 2020a).

Trazendo a **unidade** em comunidade

Daniyar percebeu que era transgênero aos 7 anos, mas acreditou durante anos que estava sozinho. “Quando eu tinha 15 ou 16 anos, ficava muito deprimido. Eu não estava me aceitando... Não sabia que havia comunidades ou organizações LGBTI no Quirguistão.” Foi só quando alguém o avisou reservadamente sobre um grupo LGBTI local que ele se sentiu preparado para assumir o controle de seu corpo e de sua vida. “Eu entendi que este é o meu ambiente”, disse ele. “Antes, eu sentia que não vivia no meu próprio corpo. Mas eu aprendi sobre pessoas transgênero e comecei a ler sobre isso, e então iniciei minha transição.”

Daniyar, agora com 23 anos, sabe que essa experiência está longe de ser única. Na verdade, defensores e pesquisadores há muito observam as maneiras criativas e coletivas como as pessoas se reúnem para reivindicar sua autonomia corporal quando ela está ameaçada. Pessoas LGBTI criaram espaços seguros uns para os outros, mesmo nos ambientes mais restritivos, ao redor do mundo. E existem outros exemplos. As profissionais do sexo se reúnem para compartilhar informações sobre clientes violentos. As mulheres ajudam umas às outras a ocultar anticoncepcionais, escapar de parceiros abusivos ou

interromper uma gravidez não intencional em países onde o aborto é difícil ou ilegal. Quando e onde for possível, essas redes informais tendem a se formalizar em grupos de defesa que constituem uma força motriz para a mudança.

Isso está acontecendo no Quirguistão, segundo Ayim, mulher transgênero de 24 anos. Também ela se sentiu isolada por anos, antes de encontrar aceitação e solidariedade na comunidade LGBTI. “Eu usava as saias da minha mãe. Minha mãe zombava de mim e me repreendia ao mesmo tempo... Quando comecei meus estudos na

“Temos problemas comuns e sabemos como nos apoiar”



Ayim diz que se sentiu isolada antes de encontrar a comunidade LGBTI. Arte original por Naomi Vona; imagem cortesia de Ayim.

universidade, entendi que precisava revelar quem eu sou. Se eu disfarçasse por toda a minha vida, estaria aprisionada. Em 2016, comecei ativamente a fazer amizades com pessoas da comunidade LGBTI.”

Hoje, Daniyar e Ayim são ativistas LGBTI. Elas trabalham com uma organização não governamental local, a Kyrgyz Indigo, para prestar serviços às pessoas LGBTI necessitadas – inclusive

assistência habitacional e acesso a informações e cuidados de saúde. Esse apoio é fundamental em um país onde as pessoas LGBTI enfrentam discriminação frequente. Pessoas transgênero

são especialmente vulneráveis – dizem –, com altas taxas de desemprego, em parte porque não podem atualizar seus documentos de identificação para refletir sua identidade de gênero. “As últimas emendas na lei proíbem as pessoas de mudar seus passaportes para corrigir seu gênero”, disse Daniyar. Também há muito poucos médicos especialistas ajudando pessoas transgênero a fazer sua transição, o que torna o processo extremamente caro. “Muitos sacrificam sua alimentação ou não dormem [para trabalhar o tempo todo], para poder economizar dinheiro para fazer a cirurgia e corrigir seus corpos.”

Sempre há uma ameaça de violência pairando sobre elas. Daniyar e Ayim foram ameaçadas e têm amigos que foram agredidos. “Há muitas histórias como esta”, disse Daniyar. “Eles espancam ou levam a pessoa para algum lugar, para as montanhas, fora da cidade... Espancam-nos quase até a morte, ou talvez até a morte, e os deixam em um terreno baldio.”

Apesar desses riscos, elas são motivadas por uma

compreensão íntima das lutas em sua comunidade. “Temos problemas comuns e sabemos como nos apoiar”, explicou Ayim. “Nós ficamos um com o outro.” E expressar a identidade de gênero autêntica de alguém não é negociável, afirmam. É uma questão de vida ou morte. Se pessoas transgênero fossem forçadas a se esconder completamente, “acho que haveria muitos suicídios”, disse Daniyar. Ou eles “deixariam o Quirguistão e se tornariam refugiados, porque viver em um corpo que não é o seu é terrível”, acrescentou Ayim.

As circunstâncias para a comunidade pioraram com a pandemia de Covid-19, com a perda de empregos, deixando muitos desabrigados, famintos ou incapazes de comprar medicamentos. O Kyrgyz Indigo tem entregado alimentos e suprimentos essenciais, incluindo sabonete, papel higiênico e absorventes higiênicos, para quem precisa. Está ajudando a garantir o acesso contínuo à terapia hormonal para pessoas transgênero e antirretrovirais para pessoas que vivem com HIV. E tem administrado

três abrigos durante a pandemia para atender à crescente necessidade de moradia de emergência.

Suas experiências trazem lições para outras comunidades em situação de vulnerabilidade que trabalham para defender seus direitos e sua autonomia corporal, declaram. Em primeiro lugar, “é necessário empoderar a comunidade e aumentar a visibilidade”, observou Ayim. A aceitação das questões LGBTI dentro do país é maior em Bishkek, a capital, graças à presença de grupos ativistas e esforços por lá, explicou ela.

Mas os defensores [da causa] também devem estar preparados para enfrentar oposição, e devem se proteger: “Você precisa estar pronto para qualquer reação e agir sem medo”, disse Ayim. “Quando você se dedica totalmente ao ativismo, a esse trabalho, você fica exausto.” E o mais importante – disse ela – é a confiança: “O principal é confiar em si mesmo, confiar no seu poder... Não tenha medo de ninguém. Porque existe você, existimos nós, e juntos podemos ir mais longe.”

A mutilação genital feminina priva mulheres e meninas de seu direito de tomar decisões autônomas sobre uma intervenção que tem efeito duradouro em seus corpos e tolhe sua autonomia e seu controle sobre suas vidas. A mutilação genital feminina é uma privação de capacidades, afetando a habilidade de mulheres e meninas de alcançar o pleno funcionamento no mundo devido às consequências físicas, sexuais e emocionais dessa prática. Essas consequências, por sua vez, podem afetar negativamente seu bem-estar individual, inclusive oportunidades de satisfação sexual e de escolha em questões de reprodução (Nussbaum, 2000).

Enquanto famílias e comunidades citam razões culturais, religiosas e sociais para praticar a mutilação genital feminina, as justificativas centram-se na necessidade de reduzir o desejo sexual das mulheres (Gamal e outros, 2018). A mutilação genital feminina está diretamente ligada às relações de poder de gênero e ao controle social sobre o corpo e a sexualidade das mulheres, e ao *status* das mulheres e meninas em uma determinada sociedade, bem como seu nível de empoderamento ou autonomia (Toubia e Sharief, 2003).

As mulheres que vivem em comunidades que praticam a mutilação genital feminina estão sujeitas a um forte regime social e econômico patriarcal, com muito poucas opções de subsistência, o que lhes deixa poucas oportunidades de negociar uma quantidade limitada de poder (Toubia e Sharief, 2003). A falta de escolha sobre suas próprias vidas significa que ter suas filhas submetidas à mutilação genital feminina e ao cumprimento de outras normas sociais, especialmente aquelas ligadas à sexualidade e à economia da reprodução, é um

requisito essencial para “negociações silenciosas de poder” (Toubia e Sharief, 2003).

As mulheres eventualmente protegem e praticam a mutilação genital feminina porque a usam como uma ferramenta para ganhar poder (MIGS, 2015). As mulheres podem até abrir mão da autonomia sobre seu corpo em troca de inclusão social, sobrevivência econômica (casamento) e outras liberdades (MIGS, 2015; Toubia e Sharief, 2003).

Não há igualdade de gênero sem o controle sobre o próprio corpo

Casamento forçado e infantil, estupro marital e a mutilação genital feminina são alguns dos exemplos mais gritantes da relação entre as normas desiguais de gênero e a erosão do poder de uma mulher ou menina de tomar decisões autônomas na vida. Os ataques a esse poder vêm de muitas outras direções também, variando desde sistemas jurídicos e econômicos que negam independência financeira às mulheres até tradições de herança patrilinear e sistemas de educação que deixam de transmitir conhecimento às meninas sobre seus corpos e direitos.

Romper as muitas barreiras econômicas, sociais e institucionais para a plena equidade e igualdade de gênero é complexo e difícil, mas quaisquer conquistas alcançadas são de pouca consequência, a menos que forneçam o direito mais fundamental: o direito de controlar o próprio corpo. Isso se tornou mundialmente admitido por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que reconhecem que o Objetivo 5, de alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas, deve incluir o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, e aos direitos reprodutivos. E uma das medidas de desempenho é a proporção de mulheres que tomam suas próprias decisões conscientes sobre as escolhas sexuais e reprodutivas – em outras palavras, até que ponto as mulheres controlam seus próprios corpos.



HÜLYA'20

MEU CORPO MEUS DIREITOS

Os tratados e as declarações internacionais fornecem as bases para o direito à autonomia e à integridade corporal

As pessoas têm o direito de tomar decisões sobre seus próprios cuidados de saúde, inclusive cuidados de saúde reprodutiva? Esses direitos incluem fazer escolhas sobre contracepção? A mulher tem o direito de dizer não – ou sim – ao sexo, quando quiser e com quem quiser?

De acordo com o direito internacional sobre direitos humanos, a resposta a essas perguntas é um enfático “sim”.

Embora a autonomia corporal seja uma base sobre a qual os direitos humanos são construídos, ela raramente é articulada como um direito em si (Assembleia Geral da ONU, 2007). Em vez disso, a autonomia corporal sustenta ou está incluída em uma série de direitos que são explicitados em tratados e acordos internacionais.

A autonomia corporal no contexto das questões sexuais e reprodutivas abrange direitos que permitem aos indivíduos fazer escolhas e decisões conscientes sobre suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva, e fazê-lo livre de discriminação, coerção e violência. Esses direitos foram inicialmente articulados no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994 e na Plataforma de Ação da Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher de 1995 (Nações Unidas, 1995; UNFPA, 1994).

Dependendo do tratado ou acordo, “autonomia” em questões relacionadas a sexualidade e saúde reprodutiva, e tomada de decisões, pode compreender acesso a educação integral em sexualidade abrangente, informações e serviços referentes a anticoncepcionais, cuidados de

saúde materna, tratamento de infertilidade, intervenções de afirmação de gênero – como tratamento hormonal e cirúrgico – e atenção integral aos casos de aborto. A autonomia também abrange questões de estado civil, que vão desde o casamento e o divórcio até a capacidade legal de tomar decisões sobre o próprio corpo e o poder de expressão da identidade de gênero.

Os direitos à *autonomia* corporal estão alinhados com os direitos à *integridade* corporal, que estão fisicamente vinculados à liberdade e segurança da pessoa de viver livre de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante, bem como à inviolabilidade de si mesmo: corpo e mente. No contexto da reprodução e da sexualidade, as violações da integridade corporal incluem práticas como mutilação genital feminina, teste de virgindade e exames anais forçados, bem como estupro – inclusive estupro por um cônjuge ou parceiro – e outras formas de violência de gênero.

Os direitos relacionados a autonomia e integridade corporal permitem que os indivíduos tomem suas próprias decisões nas áreas de reprodução e sexualidade. Os estados afirmam e regulam esses direitos por meio de políticas e leis que definem “capacidade jurídica” ou determinam a idade de consentimento para sexo, casamento ou acesso a serviços como contracepção.

Os direitos de autonomia são interdependentes e apoiam-se mutuamente, independentemente da forma como são expressos, seja como um “direito ao respeito pela... integridade física e mental” (União Europeia, 2012, Artigo 3(1)), como “direitos à vida, integridade

física e mental, liberdade e segurança da pessoa” (Assembleia Geral da ONU, 2007a, Artigo 7(1)), como viver livre de tortura, tratamento cruel, desumano e degradante, ou como um direito à dignidade e privacidade, ou no direito à saúde, como expresso em muitas constituições nacionais (Viens, 2020).

Autonomia corporal e tomada de decisão reprodutiva

A lei de direitos humanos afirma categoricamente o direito à informação e os meios para tomar decisões sobre gravidez. O Artigo 16.1(e) da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres – comumente conhecida como Convenção das Mulheres – exige que os Estados Partes defendam os direitos das mulheres “de decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos e o intervalo entre um e outro, e de ter acesso à informação, à educação e aos meios que lhes permitam exercer esses direitos” (Assembleia Geral da ONU, 1979).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, conhecida como Convenção sobre Deficiências, especifica que o direito de tomar decisões sobre o número de filhos e o intervalo entre um e outro se aplica às pessoas com deficiência (Assembleia Geral da ONU, 2007). O direito de decidir sobre o número de filhos e o intervalo entre eles espelha-se na Carta Africana dos Direitos Humanos

Direitos humanos e o sistema de tratados das Nações Unidas

Os direitos humanos são garantias básicas, que a comunidade internacional reconhece e promete manter. Esses direitos abrangem questões civis, políticas, sociais, econômicas e culturais, e estabelecem o que os governos podem e não podem fazer, bem como o que devem fazer por todos nós, sem discriminação. Todos, independentemente de sexo, gênero, raça, origem étnica, religião, nacionalidade, idioma, deficiência, local de residência ou qualquer outra condição, têm esses direitos.

Os direitos humanos são frequentemente expressos e garantidos por lei, na forma de tratados, direito internacional consuetudinário, princípios gerais e outras fontes do direito internacional (OHCHR, s.d.).

Os tratados de direitos humanos são supervisionados pelas Nações Unidas por meio de comitês de monitoramento de tratados, conhecidos como 'órgãos de tratado', os quais garantem que os Estados Partes honrem seus compromissos assumidos em cada tratado. Por exemplo, o Comitê das Nações Unidas para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher monitora o progresso das mulheres em países que são Estados Partes da Convenção de 1979 sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. O Comitê também faz recomendações sobre questões às quais, na sua perspectiva, os Estados Partes deveriam dedicar mais atenção.

Organismos semelhantes foram criados para monitorar o progresso no cumprimento das obrigações de outros tratados, como a Convenção sobre os Direitos da Criança.

Os órgãos de tratado podem emitir recomendações não vinculativas ou Observações Finais, que sugerem certas medidas que os países devem tomar para melhor cumprir suas obrigações no âmbito dos direitos humanos. Eles também podem emitir Comentários Gerais ou Recomendações para ajudar os governos a compreender suas obrigações previstas nos tratados e fornecer interpretação confiável quanto ao significado dos tratados. Em certos casos, os órgãos de tratado podem agir como tribunais e emitir opiniões destinadas a resolver conflitos e questões jurídicas.

Outra fonte importante de normas de direitos humanos vem de acordos de consenso político, como o Programa de Ação da CIPD e a Plataforma de Ação da Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres de 1995. Esses acordos, com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, estabelecem políticas e metas globais para a realização dos direitos, inclusive direitos sexuais e reprodutivos.



Arte por Kaisei Nanke

Antes de tudo, não prejudicar

O teste de virgindade viola os direitos humanos e a dignidade dos indivíduos, afirmaram as Nações Unidas com veemência. Quando realizado sem consentimento, constitui tortura e é uma forma de violência sexual. Também é cientificamente inútil e uma violação da ética médica (OMS e outros, 2018). Ainda assim, persiste em todas as regiões do mundo; sua prática contínua ganhou as manchetes recentemente no Reino Unido, por exemplo, onde um projeto de lei está sendo analisado para proibir a prática. Os testes de virgindade são usados para impor ou encorajar a abstinência entre mulheres e meninas solteiras, com justificativas que vão desde a preservação de sua “pureza” e “honra” familiar até a prevenção da transmissão do HIV e da gravidez na

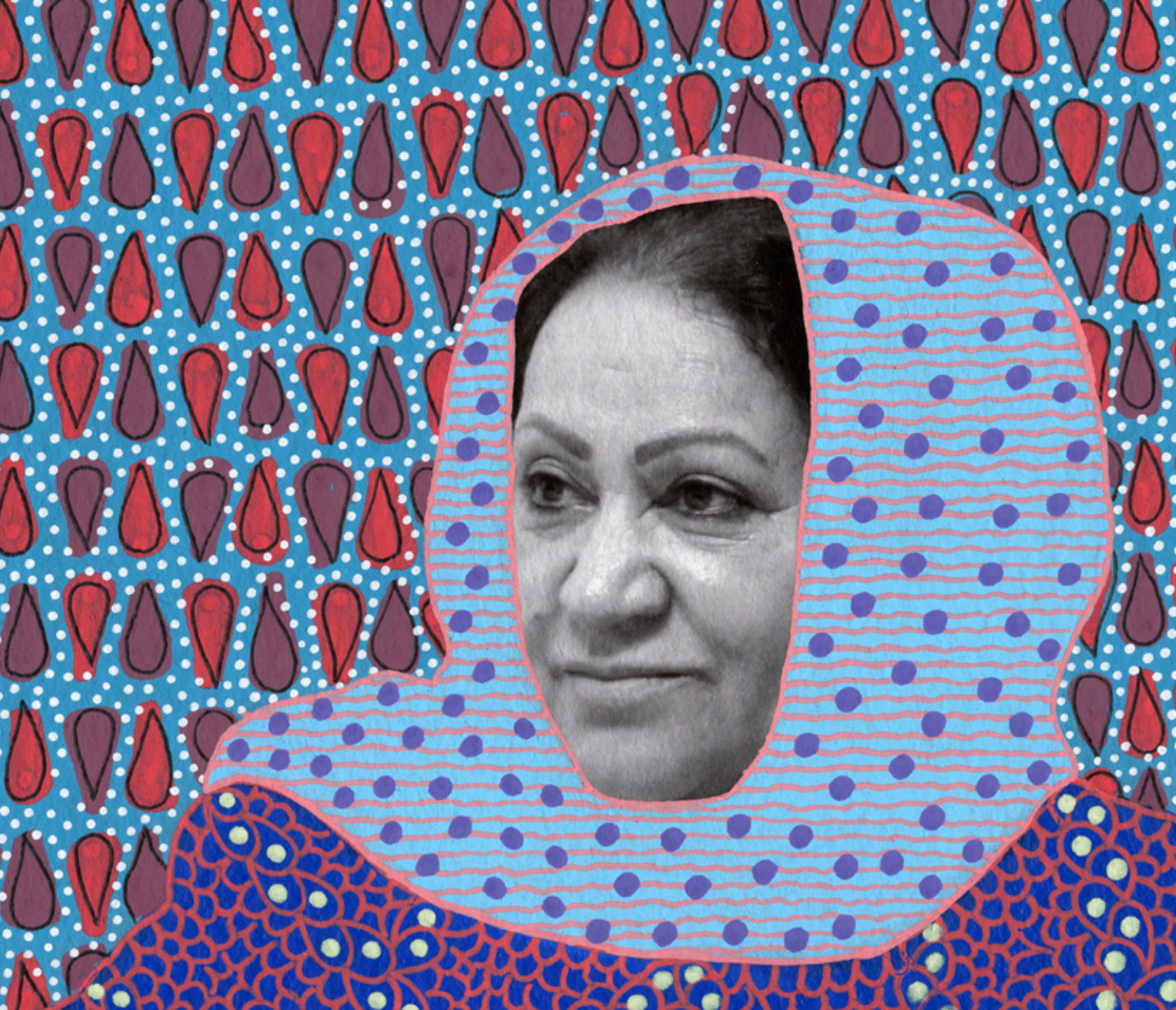
adolescência (Olson e García-Moreno, 2017). E mesmo assim muitas de suas defensoras invocam a linguagem feminista para argumentar a favor de sua continuação.

Um teste de virgindade – também conhecido como exame do hímen ou teste dos “dois dedos” – geralmente envolve o exame do hímen, um tecido fino frequentemente (mas nem sempre) presente na vagina. O teste se baseia na suposição de que as características físicas do hímen ou da vagina podem demonstrar se uma mulher ou menina teve relações sexuais vaginais – uma convicção totalmente desacreditada pelos estudos médicos. Os exames não científicos para “provar” ou “refutar” a relação sexual apenas reforçam as normas sociais prejudiciais e

devem ser proibidos, afirmam os especialistas em direitos humanos e médicos. Isso inclui não apenas testes de virgindade, mas também exames anais forçados, que envolvem a inserção de dedos ou objetos no ânus de um homem ou mulher transexual com o suposto objetivo de encontrar “provas” de conduta homossexual. Testes anais forçados foram relatados em todos os Estados Árabes e em regiões da África Oriental e Meridional, mas eles são “medicamente inúteis” e “equivalentes a tortura ou maus-tratos”, conforme o relatório de 2018 de um especialista independente para o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (UN HRC, 2018).

Os testes de virgindade, assim como os exames anais

“Isso é uma violação dos direitos humanos e é contra a dignidade humana”




Suraya Sobhrang descreve como o pessoal médico e jurídico perpetuou o teste de virgindade não consensual no Afeganistão. Arte original por Naomi Vona; foto © UNFPA/A. Mohaqqueq.

forçados, são fisicamente invasivos, dolorosos e estigmatizantes. Suraya Sobhrang, uma médica e ex-comissária de direitos humanos no Afeganistão, diz que os testes costumavam

ser solicitados como forma de punição após qualquer transgressão percebida, como sentar-se ao lado de um membro do sexo oposto. “Tudo isso era um ‘crime moral”, descreveu a Dra. Sobhrang.

As condições dos exames muitas vezes não eram higiênicas nem privadas, e as mulheres por vezes eram forçadas a fazer o teste repetidamente, disse ela. “Isso estava traumatizando essas



mulheres... Uma delas me disse: 'Eu sinto que, na segunda vez, alguém me estuprou.'"

As mulheres podem ser presas por falhar em um teste de virgindade. "Algumas mulheres se autoimolaram após esse teste", lembra a Dra. Sobhrang. Outras foram mortas por suas famílias.

A Dra. Sobhrang e seus colegas ajudaram a proibir testes de virgindade consensuais no Afeganistão em 2018. Hoje, os testes de virgindade só podem ser realizados no Afeganistão quando há uma ordem judicial e o consentimento da paciente – embora a aplicação dessa regra continue sendo uma preocupação, especialmente nas áreas rurais. E tanto médicos quanto pacientes ainda podem enfrentar consequências se recusarem o teste. Mozghan Azami, especialista em medicina legal em Cabul, lembrou-se de uma menina que se recusou duas vezes, apesar de uma ordem judicial: "Na terceira vez, o tribunal a mandou de volta para nós, dizendo que, se os médicos não fizessem o teste daquela vez, eles seriam colocados sob investigação. Portanto, depois de duas horas conversando com a garota, nós a convencemos a fazer o teste".

A Dra. Azami concorda que os testes de virgindade,

principalmente quando realizados sob coação, podem "prejudicá-las psicologicamente". No entanto, ela defende o teste em alguns casos, se realizado com confidencialidade, com dignidade e pleno consentimento bem-informado. Essas visões são moldadas por medos e realidades reais: em lugares sem procedimentos médicos cientificamente sólidos, como o teste de DNA, o teste de virgindade oferece uma das poucas maneiras pelas quais as sobreviventes podem apresentar evidências para embasar uma alegação de estupro. "Para a vítima, o teste do hímen é uma ferramenta para buscar justiça e lutar contra a culpa que a sociedade e a tradição impõem", disse a Dra. Azami.

O teste, se os resultados forem favoráveis, também pode ajudar as mulheres a evitar a violência em locais onde a percepção da perda da virgindade pode ser uma sentença de morte. "Em uma noite de casamento, é dado ao casal um pano ou papel branco, que deve ser manchado de vermelho com o sangue do hímen depois que o casamento for consumado", acrescentou a Dra. Azami. Se "o homem não vê os sinais de virgindade, o teste de virgindade será realizado... Com base no pedido da menina", normalmente na esperança de

que seu hímen mostrará uma indicação de dilaceramento.

Em algumas comunidades, como na província de KwaZulu-Natal, na África do Sul, o teste de virgindade também é visto por alguns como proteção contra gravidez na adolescência, HIV e outros danos (UN HRC, 2016). "Acredita-se que o teste de virgindade evitará que as meninas sejam coagidas a ter relações sexuais e abusos por parte dos 'iintsizwa' [homens mais velhos], especialmente meninas na 10ª, 11ª e 12ª séries", disse o chefe Msingaphansi de Umzimkhulu em KwaZulu-Natal. Ele sugere que os testes, em grande parte realizados por mulheres mais velhas, enfatizam o valor cultural da abstinência, encorajando as meninas a rejeitar a pressão dos colegas e adiar a atividade sexual. O chefe Msingaphansi expressa-se sobre o ritual na linguagem do empoderamento: "Após os testes, as meninas são informadas sobre seus direitos", disse ele, acrescentando que elas aprendem a identificar relações de exploração. No entanto, esses testes geralmente não são consensuais, o que os torna ilegais. "Os pais decidem", reconheceu um "inspetor de virgindade" dos distritos de uMgungundlovu e uThukela.

Apesar dessas justificativas, o teste contribui para a crença

errônea de que a virtude de uma mulher depende de sua história sexual e perpetua uma compreensão deturpada da anatomia humana. Dar credibilidade ao teste levará inevitavelmente a danos, enfatizou a Dra. Sobhrang. “Esse hímen, algumas mulheres não têm. E, às vezes, a estrutura é muito elástica. Eu vi uma mulher que teve seu primeiro filho e, no parto, ela ainda tinha um hímen. Portanto, não garante que uma menina não tenha tido relações sexuais.”

Alguém que relata um estupro pode ainda ter mantido seu hímen, e a reclamante pode ser presa por fazer falsas acusações enquanto o agressor fica em liberdade, explicou a profissional. E os testes de virgindade não substituem os exames médicos pós-estupro, que avaliam e tratam traumas físicos sem exigir a inserção de nada na vagina (OMS e outros, 2018).

“Isso é uma violação dos direitos humanos e é contra a dignidade humana”, disse Sima Samar, médica e ex-ministra de Estado para os direitos humanos no Afeganistão que também defendeu a proibição de testes consensuais de virgindade. “Requer educação do público, para todos, principalmente os jovens. Em segundo lugar, acho que é necessário educar a polícia, educar o promotor, educar os médicos.”

Mais importante ainda: as pessoas devem ser encorajadas a conhecer e reivindicar sua autonomia corporal, acrescentou a Dra. Samar. “Quantas delas conhecem seus direitos?”

e dos Povos, no seu Protocolo sobre os Direitos das Mulheres na África, o “Protocolo de Maputo” (União Africana, 2003). Linguagem semelhante também é encontrada no Programa de Ação da CIPD e na Declaração e Plataforma de Ação de Pequim da Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher.

Autonomia corporal e saúde

Decidir por si mesmo, buscar e receber informações, e acessar serviços em matéria reprodutiva e sexual são entendidos e incluídos no direito à saúde, de acordo com o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (UN CESCR, 2016). Ao mesmo tempo, usufruir da saúde sexual e reprodutiva é “indispensável para a autonomia [das mulheres]” e está “intimamente ligado aos direitos civis e políticos que sustentam a integridade física e mental dos indivíduos e sua autonomia” (UN CESCR, 2016, § 34).

Os direitos de “tomar decisões e escolhas livres e responsáveis, livres de violência, coerção e discriminação em relação a questões relativas ao corpo e à saúde sexual e reprodutiva”, e de ter “acesso irrestrito a uma ampla gama de instalações, bens, serviços e informações de saúde”, são, portanto, as duas faces da mesma moeda (UN CESCR, 2016, parágrafo 5º).

De acordo com o Comitê das Nações Unidas para a Eliminação da

Direitos e tratamento de infertilidade

O acesso ao tratamento de infertilidade faz parte dos cuidados de saúde reprodutiva e inclui técnicas como a fertilização *in vitro* (Zegers-Hochschild e outros, 2009). Os direitos humanos internacionais exigem que todos os serviços de saúde reprodutiva e sexual estejam disponíveis e sejam acessíveis de maneira não discriminatória e igualitária. Vários órgãos de tratados concluíram que, quando a fertilização *in vitro* está disponível dentro de um Estado, ela não deve ser indevidamente restringida, nem oferecida de forma a violar outros direitos humanos (UN CESCR 2019; UN CCPR, 2016; UN CEDAW, 2015).



Arte por Kaisei Nanke

Discriminação contra a Mulher, os serviços de saúde devem criar um ambiente propício, onde as pessoas possam exercer suas escolhas autônomas, e os Estados devem “exigir que todos os serviços de saúde sejam compatíveis com os direitos humanos das mulheres, inclusive os direitos a autonomia, privacidade, confidencialidade, consentimento informado e escolha” (UN CEDAW, 1999).

Autonomia corporal e privacidade

Poder tomar decisões sobre a vida privada e familiar são aspectos adicionais dos direitos à autonomia corporal. Por exemplo, o Pacto de Direitos Políticos prevê que “Ninguém será sujeito a interferência arbitrária ou ilegal em sua privacidade, família, casa ou correspondência, nem a ataques ilegais à sua honra e reputação” (Assembleia Geral da ONU, 1966, Artigo 17(1)).

Formulações semelhantes do direito à privacidade também estão incluídas em outros tratados internacionais e regionais de direitos humanos – notadamente, a Convenção da Criança (Assembleia Geral da ONU, 1989, Artigo 16), a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (OEA, 1969, Artigo 11), a Convenção Europeia dos Direitos Humanos (Conselho da Europa, 1950, Artigo 8), a Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança (União Africana, 1990, Artigo 10) e a Declaração dos Direitos Humanos da ASEAN (ASEAN, 2012, Artigo 21).

A Corte Europeia de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos interpretaram seus tratados de maneira semelhante, enfatizando que “a noção de

Aborto e integridade e autonomia corporal

Órgãos de tratados das Nações Unidas, os comitês que monitoram a aplicação dos governos de suas obrigações concernentes aos direitos humanos, apelaram aos Estados para que estes reformem as leis de aborto, a fim de proteger a integridade corporal e a autonomia das mulheres. De acordo com o Comitê de Direitos Civis e Políticos das Nações Unidas, por exemplo, as leis devem permitir às mulheres a opção de interromper a gravidez que puser em risco suas vidas (UN CCPR, 2019). As leis que obrigam as mulheres, contra a sua vontade, a continuar com uma gravidez inviável ou que as impele a viajar para o exterior a fim de interromper essa gravidez, ou aquelas que colocam suas vidas em risco, violam uma série de direitos humanos reconhecidos (UN CCPR, 2017). Os Estados também devem garantir que, quando suas leis permitem que as mulheres optem pelo aborto, nenhuma barreira seja erguida para impedi-las de exercer sua escolha (UN CCPR 2011, 2005).

O Programa de Ação da CIPD é um documento fundamental que orienta o trabalho do UNFPA desde 1994. Ele enfatiza que as medidas ou mudanças relacionadas ao aborto no sistema de saúde são questões deixadas para o processo legislativo nacional. O Programa de Ação também afirma que onde o aborto é legal, ele deve ser sempre seguro; e, em todos os casos, as mulheres devem receber atenção de qualidade com relação às consequências do aborto.

Enquanto isso, órgãos e tribunais internacionais, regionais e nacionais de direitos humanos recomendam cada vez mais garantir que, mesmo onde o acesso for restritivo, a saúde e a vida das mulheres sejam promovidas e protegidas. Além disso, eles orientam os Estados a descriminalizar o aborto – tanto para as mulheres que procuram serviços quanto para os profissionais de saúde que os prestam –, reduzindo, assim, o estigma e a discriminação que possam enfrentar.



Arte por Kaisei Nanke

autonomia pessoal é um princípio importante subjacente à interpretação de suas garantias [de privacidade do Artigo 8º]” (TEDH, 2002).

Nos Estados Unidos, há mais de um século, Samuel Warren e Louis Brandeis articularam

o direito à privacidade como o “direito de ser deixado em paz” (Warren e Brandeis, 1890). Desde então, a privacidade ganhou uma definição muito mais ampla nos Estados Unidos e em outros lugares, além de se aplicar a decisões sobre saúde sexual e reprodutiva,

Relações homoafetivas legalizadas significam maior autonomia para grupos anteriormente excluídos

Espelhando leis que discriminam pessoas, especialmente mulheres, dentro do casamento ou as forçam a assumir casamentos indesejados, existem restrições legais generalizadas sobre relações sexuais entre adultos do mesmo sexo e com o consentimento mútuo, bem como restrições para parceiros do mesmo sexo que contraem um matrimônio legal.

Nos últimos anos, o Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos das Nações Unidas e outras organizações internacionais preocupadas com os direitos humanos reconheceram que os direitos de autonomia das pessoas LGBTI são violados por meio de leis e medidas discriminatórias. O relatório de 2015 do Alto Comissariado para os Direitos Humanos declarou, sem rodeios: “Os Estados que criminalizam atos homossexuais consensuais violam o direito internacional dos direitos humanos, uma vez que essas leis, por sua mera existência, violam os direitos à privacidade e à não discriminação” (OHCHR, 2015).

Em um discurso pioneiro em uma reunião ministerial da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2017, o Alto Comissário para os Direitos Humanos disse: “Mas a premissa para o diálogo deve ser clara: não se trata de escolher acabar ou não com esses abusos, mas de como fazê-lo. Pessoas LGBTI são membros plenos da família humana. Elas não são menos do que o resto de nós; elas são iguais e, como tal, têm o direito de desfrutar dos mesmos direitos, assim

como todas as outras pessoas.” O Alto Comissário exortou todos os governos a permitir que os indivíduos amem quem eles escolherem e desfrutem dos mesmos direitos que os outros (OHCHR, 2017).

Nessa declaração, o Alto Comissário estava reconhecendo que tal mudança nas leis e atitudes em relação ao nosso entendimento da autonomia corporal teria um efeito libertador nos 300 milhões, segundo estimativas, de pessoas em todo o mundo que se identificam como LGBTI (Patterson e D’Augelli, 2012).

No entanto, o Alto Comissário reconheceu que não apenas os avanços eram lentos, como também estavam regredindo, devido às agendas políticas que alimentam o preconceito e a intolerância. Na verdade, existem 69 países no mundo hoje onde as relações sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo são ilegais (ILGA World, 2020).

Com as implicações de direitos humanos de tais leis, a discriminação contra pessoas LGBTI tem implicações importantes em muitas outras esferas, como a saúde. O Especialista Independente em proteção contra violência e discriminação com base na orientação sexual e identidade de gênero do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos concluiu que tais leis “prejudicam a capacidade de departamentos governamentais relevantes e outros atores envolvidos nas medidas de



Arte por Kaisei Nanke

saúde”, de, por exemplo, agir com relação ao HIV e à aids. Um relatório recente apontou que ambientes legais punitivos, combinados com estigma, discriminação e altos níveis de violência, colocam gays e outros homens que fazem sexo com homens em alto risco de infecção por HIV, porque eles são conduzidos à clandestinidade, por medo de processo ou outras consequências negativas. Conseqüentemente, eles não recebem instrução de saúde adequada e relutam em procurar serviços de saúde, testes e tratamento (UN HRC, 2018).

Uma parte importante da busca pela igualdade plena perante a lei é a capacidade dos indivíduos LGBTI de formarem uniões com a mesma situação jurídica das uniões de sexos opostos: “As Nações Unidas e os órgãos regionais de direitos humanos... Exortaram os Estados a prover o reconhecimento legal dos casais do mesmo sexo e de seus filhos, e a garantir que casais do mesmo sexo não sejam discriminados, em comparação com casais de sexos

diferentes... Cabe ao Estado determinar a forma de reconhecimento, mas ,seja qual for a forma escolhida, não deve haver diferença no tratamento entre casais do mesmo sexo e casais de sexos diferentes ”(Nações Unidas, 2016). Esse reconhecimento está longe de ser alcançado em todo o mundo.

No entanto, as coisas estão mudando. Em 1989, as parcerias do mesmo sexo registradas tornaram-se uma realidade na Dinamarca. Dois anos depois, a Holanda legalizou o casamento entre pessoas do mesmo sexo. Desde então, o direito legal de parceiros do mesmo sexo de se casar e constituir família também foi reconhecido na Argentina, Áustria, Bélgica, no Brasil, Canadá, na Colômbia, no Equador, na Finlândia, França, Alemanha, Groenlândia, Islândia, Irlanda, em Luxemburgo, Malta, na Nova Zelândia, Noruega, em Portugal, na África do Sul, Espanha, Suécia, em Taiwan – Província da China, no Reino Unido, nos Estados Unidos da América e no Uruguai (*World Population Review*, 2020).

O parto como trabalho: ser uma gestante substituta

Josefina lembra-se de quando fez a escolha de se tornar uma gestante substituta. “Parte disso era pelo dinheiro, mas o que realmente me comoveu foi ter o poder de tornar real o sonho de muitas mulheres de ter um filho”, disse ela. O que ela não previu foi quão mal administrada – e abusiva – a agência de “barriga de aluguel” acabaria sendo.

“Achei que haveria outras mulheres como eu: confiantes na decisão, com, no mínimo, um filho, conforme os requisitos estabelecidos. Mas o lugar aonde cheguei não era assim. Havia muitas mulheres jovens que não tinham tido nenhum filho antes. Lembro-me de pensar ‘onde é que estou?’” Com alguns meses de gravidez,

ela e duas ou três outras mães de aluguel, e alguns de seus filhos, foram levados para uma casa em ruínas, sem água, eletricidade ou comida – e depois trancados lá dentro.

A situação era apenas temporária. Porém, Josefina (nome fictício), que mora no México, disse que de repente começou a se preocupar com o fato de que a gravidez não tivesse exatamente o propósito de ser uma barriga de aluguel. “Muitas ideias me vieram à mente, como tráfico de crianças ou de órgãos.” Ela ainda tinha seu telefone celular e foi capaz de entrar em contato secretamente com os futuros pais do bebê, algo que ela havia sido expressamente proibida de fazer. “Encontrei os pais

pelo Facebook”, disse ela. “Eles foram muito legais comigo e me apoiaram.” Mudaram-se para outra agência de mães de aluguel, trazendo Josefina com eles. “Continuei o processo em um lugar mais seguro, onde me senti mais confiante.”

No entanto, mesmo depois dessa experiência perigosa, Josefina diz que nunca duvidou de sua decisão. “Eu tinha certeza de que queria ter o bebê. Eu não me arrependo. Foi uma aventura”, considerou. “Depois que conheci os pais, fiquei satisfeita com o processo.”

Ela até pensaria em fazer isso de novo.

A questão da gestação por substituição há muito

“Eu vi esta oportunidade de ajudar outras pessoas a terem o que elas realmente queriam: um bebê.”



Os legisladores raramente consideram as perspectivas das gestantes substitutas ao elaborar as leis de gestantes substitutas, dizem os especialistas. Arte original por Naomi Vona; foto by Alexander Krivitskiy em Unsplash.

é considerada cheia de controvérsias de cunho ético e jurídico. Processos judiciais e batalhas pela custódia amplamente divulgados nos Estados Unidos, na Índia e em outros lugares levantaram

questões sobre os direitos e as responsabilidades das gestantes substitutas e dos futuros pais, bem como os direitos do bebê produzido pelo acordo de gestação por substituição (Nadimpally e outros, 2016).

As leis variam enormemente entre os países. Alguns proíbem a gestação por substituição; outros proíbem sua prática na modalidade comercial (também chamada onerosa), mas a permitem na modalidade

altruística; alguns a permitem em ambas as modalidades; e outros não têm nenhuma lei específica sobre gestação por substituição (UCLS, 2019).

Nos lugares em que a gestação por substituição onerosa é permitida, muitas vezes surge uma indústria lucrativa, que compreende clínicas de tecnologia de reprodução assistida, operadoras de turismo médico, escritórios de advocacia, recrutadores e outros. Países com custos mais baixos podem se tornar destinos procurados para pais contratantes. Porém, em tais lugares, a gestação por substituição é muitas vezes uma das poucas oportunidades bem remuneradas disponíveis para mulheres economicamente em situação de vulnerabilidade, criando o potencial para a exploração. Os intermediários e as agências eventualmente controlam a troca de dinheiro e informações, bem como a prestação de cuidados de saúde. As gestantes substitutas por vezes acabam sendo mal pagas, mal informadas e mal atendidas, do ponto de vista médico (Nadimpally e outros, 2016).

A natureza da gestação por substituição e da maternidade, por ser estritamente ligada ao gênero, também cria vulnerabilidades em ambos os lados do acordo. Mulheres

inférteis podem enfrentar intensa pressão cultural para se tornarem mães, ao passo que casais do mesmo sexo ou mães/pais solteiros são frequentemente impedidos de contratar gestantes substitutas porque não cumprem as normas aceitas de maternidade/paternidade. E as gestantes substitutas eventualmente são criticadas por trair o que se considera um vínculo sagrado entre uma mulher e o feto que ela carrega. Josefina manteve seu acordo de gestação por substituição em silêncio exatamente por esse motivo. “É um tabu. Muitas pessoas ficam assustadas quando ouvem sobre isso, então decidi não contar para tantas pessoas. Na verdade, muitas pessoas da minha própria família não sabem”, disse ela.

“O estigma cresceu muito nos últimos 10 anos”, afirmou Isabel Fulda, vice-diretora do Grupo de Información en Reproducción Elegida, uma organização de justiça reprodutiva no México que advogou em nome de gestantes substitutas e pais contratantes. As leis sobre gestação por substituição variam no México, mas geralmente se tornaram mais restritivas nos últimos anos. “Mesmo que as intenções iniciais de reforma sejam boas e destinadas a uma melhor proteção

de todos os envolvidos, isso tem consequências desastrosas, especialmente para as mulheres gestantes substitutas”, mencionou. Em locais que implementaram proibições rígidas, “a prática ainda existe, mas agora de forma clandestina e insegura”.

Josefina suportou muitas dessas consequências. “Quando eu estava na primeira agência, não tínhamos nem contrato. Um contrato teria me dado a segurança de que tudo ficaria bem.” Ela acredita que as restrições estão apenas empurrando a prática ainda mais para as sombras, onde agências antiéticas podem prosperar sem regulamentação e as próprias substitutas são penalizadas. “Se fosse legal, as pessoas se sentiriam mais seguras”, disse ela.

Em vez de proibições, deve haver políticas mais diversificadas que levem em consideração as contribuições e as perspectivas das pessoas afetadas, disse Sarojini Nadimpally, membro fundador do Grupo de Recursos Sama para Mulheres e Saúde na Índia, e especialista em questões sociais e jurídicas em torno da gestação por substituição. “As gestantes substitutas e os casais inférteis foram envolvidos na formulação das políticas?

Eles foram questionados sobre o que desejam na política ou na legislação? Quão acessíveis serão essas disposições legais para as gestantes substitutas?”

Não apenas as experiências das gestantes substitutas são negligenciadas na elaboração da legislação, mas os estigmas e as regras punitivas tornam mais difícil para elas levantarem sua voz. “Quanto mais política a questão se torna, mais elas são silenciadas”, afirmou Fulda. No lugar das histórias reais de substitutas, surgiu uma caricatura, em que substitutas remuneradas são descritas como vítimas, enquanto substitutas altruístas “são frequentemente retratadas como anjos dispostos a gestar por nove meses e se expor a possíveis riscos apenas pelo amor que seus corações carregam. Torna-se inacreditável pensar que elas iriam querer dinheiro por isso”, disse.

A distinção entre gestação por substituição onerosa e altruísta não faz sentido para Josefina. Para ela, ser uma substituta era, ao mesmo tempo, um trabalho e um dom. Ela não recorreu a isso por causa da pobreza: “Minha situação econômica naquela época não era tão ruim assim. Minha escolha foi feita porque eu queria fazer algo diferente da minha vida e fazer algo positivo para outra pessoa... Eu sou mãe também, e eu sei a felicidade que uma criança pode trazer”.

inclusive informações e serviços relativos a anticoncepcionais, acesso ao aborto, tratamentos de infertilidade, relações sexuais, orientação sexual e identidade de gênero. Os tribunais internacionais, regionais e nacionais concluíram que os direitos à privacidade proíbem a interferência governamental no comportamento sexual e reprodutivo privado e consensual entre adultos (UN CCPR, 1994). A Suprema Corte dos Estados Unidos baseou sua decisão no caso *Roe v. Wade* nesse direito à privacidade.

Mesmo em casos de suposto comportamento sexual prejudicial, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos orienta os governos a equilibrar cuidadosamente os interesses do Estado mediante os interesses de autonomia de um indivíduo e o direito de se envolver em atividade sexual privada e consensual (TEDH, 1997).

A privacidade, especialmente no que se refere à vida familiar, é ampla o suficiente para abranger todas as formas de tomada de decisão relacionadas à sexualidade e à vida reprodutiva, inclusive “o direito ao respeito pela decisão de se tornar ou não pai/mãe” (TEDH, 2010, 2007). A jurisprudência sobre privacidade da Corte Europeia de Direitos Humanos é a mais desenvolvida; o aborto, bem como a reprodução assistida para casais e indivíduos heterossexuais e os do mesmo sexo (inclusive gestação de substituição ou “barriga de aluguel”, tanto a remunerada quanto a altruísta) foram interpretados de acordo com as proteções da vida privada e familiar do Artigo 8º da Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais (Roseman, 2020).

Não discriminação e igualdade de gênero

Gozar de autonomia e ter a capacidade de tomar decisões sem discriminação são condições fundamentais para os direitos humanos.

Estar livre de discriminação e gozar de igualdade de tratamento significa que os Estados não podem fazer nenhuma distinção nas leis ou políticas com base em características como sexo, idade, raça, etnia, expressão de gênero, religião, nacionalidade, estado civil, saúde ou deficiência (ONU CESCR, 2009). A discriminação

com base no sexo, por exemplo, incluiria distinções feitas “não apenas nas características fisiológicas, mas também na construção social de estereótipos de gênero, nos preconceitos e papéis a serem desempenhados” (UN CESCR, 2009, § 20). O acesso desigual de adolescentes a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva é um exemplo de discriminação com base na idade (UN CESCR, 2009).

Os Estados devem respeitar a autonomia e a integridade física dos indivíduos, não obstante seu contexto social. De acordo com um grupo de trabalho de direitos humanos sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática, “o direito de uma mulher ou menina de tomar decisões autônomas sobre seu próprio corpo e suas funções reprodutivas está no cerne de seu direito fundamental à igualdade e à privacidade” (Grupo de Trabalho da ONU sobre Discriminação contra as Mulheres na Lei e na Prática, 2017).



**○ ACESSO DESIGUAL
DE ADOLESCENTES...
É UM EXEMPLO DE
DISCRIMINAÇÃO
COM BASE NA IDADE**

Frequentemente, tem sido negado a mulheres e meninas o direito de tomar suas próprias decisões devido a crenças ou posturas estereotipadas, sociais e culturais, que atribuem mais valor à opinião de homens e pais. A legislação internacional de direitos humanos vê essas crenças e posturas como estereótipos baseados em gênero associados a práticas prejudiciais, inclusive mutilação

genital feminina, estupro marital e “curativo” (contra indivíduos com base em sua orientação sexual ou identidade de gênero), casamento infantil, casamento forçado e gestação forçada.

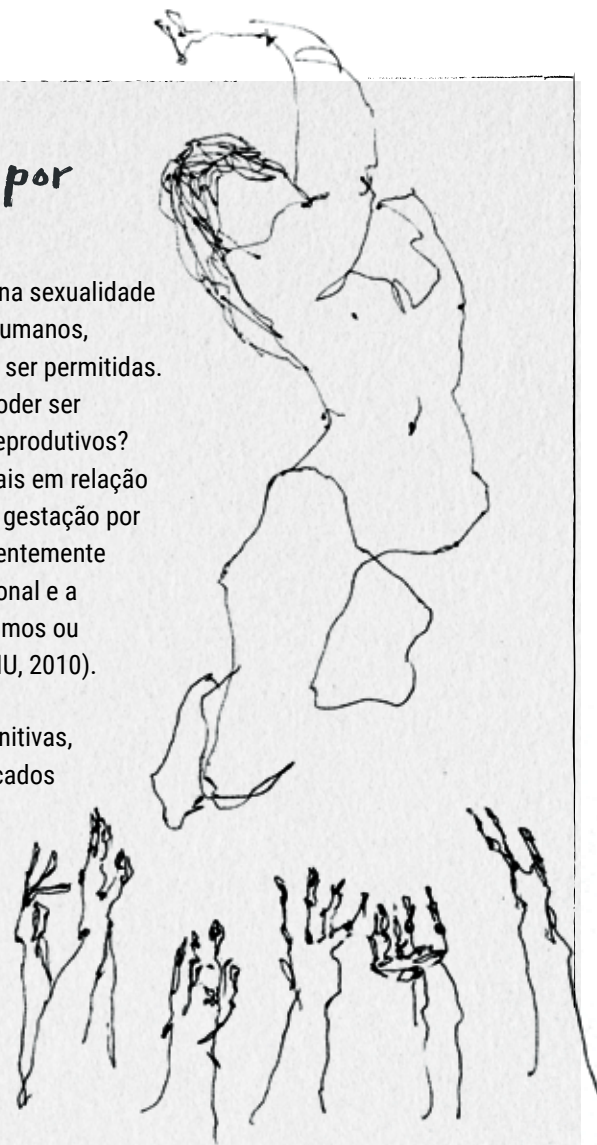
Essas crenças e posturas também resultaram na exclusão da educação sexual abrangente, na negação de informações e serviços relativos a anticoncepcionais e no aborto forçado, bem

Sexo transacional e gestação por substituição

Quais são os limites para o exercício da autonomia corporal na sexualidade e na reprodução? De acordo com os princípios dos direitos humanos, escolhas pessoais que não causem danos a terceiros devem ser permitidas. Mas a troca de dinheiro não faz mal? Um indivíduo deveria poder ser compensado financeiramente por atos sexuais ou serviços reprodutivos? Há uma grande variabilidade nas leis e regulamentos nacionais em relação a sexo profissional, prostituição, fornecimento de gametas e gestação por substituição. Alguns governos veem essas trocas como inerentemente exploradoras e as criminalizam. Outros veem o sexo profissional e a gestação por substituição como meios de subsistência legítimos ou formas de trabalho (UN HRC, 2018a, Assembleia Geral da ONU, 2010).

A legislação de direitos humanos não fornece respostas definitivas, embora argumentos baseados em direitos tenham sido invocados para apoiar tanto a proibição quanto a legalização.

Por exemplo, a Comissão Global do UNAIDS sobre HIV/AIDS e a Lei recomendou a descriminalização do sexo profissional, enquanto o Conselho de Direitos Humanos recomendou que, em casos de gestação por substituição onerosa, os direitos humanos de todas as partes envolvidas devem ser considerados e respeitados apropriadamente dentro da lei (ONU HRC, 2019a; PNUD, 2012).



Arte por Kaisei Nanke

Capacidade jurídica e idade de consentimento

O Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos define capacidade jurídica como “a capacidade e o poder de exercer direitos e assumir obrigações por meio da própria conduta, ou seja, sem assistência nem representação de terceiros” (OHCHR, 2005). Ter “capacidade”, como reconhecido por lei, significa que uma pessoa pode dar ou negar consentimento com relação a atividade sexual, serviços de saúde, casamento e muito mais.

Considerar mulheres, crianças e pessoas com deficiência “incompetentes” para tomar decisões por si mesmas ou que elas precisam de proteção contra a exploração é o legado que os direitos

humanos internacionais buscam reparar. Por exemplo, a Convenção das Mulheres determina que “os Estados Partes reconhecerão às mulheres, em questões civis, uma capacidade jurídica idêntica à dos homens” e elas terão “as mesmas oportunidades de exercer essa capacidade” (Assembleia Geral da ONU, 1979, Artigo 15(2)).

Considerando-se a histórica discriminação enfrentada por mulheres com deficiência, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência enfatizou a importância da capacidade jurídica para a tomada de decisão autônoma por mulheres com deficiência: “Todas as mulheres com deficiência devem ser capazes de exercer sua capacidade jurídica tomando suas próprias decisões, com apoio quando desejado, no que diz respeito ao tratamento médico e/ou terapêutico, inclusive tomando suas próprias decisões sobre como manter sua autonomia em termos de fecundidade e autonomia reprodutiva ... Restringir ou remover capacidade jurídica pode facilitar intervenções forçadas, tais como esterilização, aborto, contracepção, mutilação genital feminina, cirurgia ou tratamento realizado em crianças intersexuais sem seu consentimento informado e detenção forçada em instituições” (UN CRPD, 2016).

Outra forma de entender a capacidade jurídica é considerar a “idade de consentimento”. As idades mínimas de consentimento variam entre nações, e, às vezes, dentro delas, por atividade e, às vezes, por sexo (embora isso seja considerado incompatível com os padrões de direitos humanos). A Convenção sobre os Direitos da Criança orienta os Estados a reconhecer a capacidade de evolução das crianças, especificamente adolescentes, no que diz respeito ao consentimento para a atividade sexual, bem como ao acesso a serviços e informações de saúde sexual e reprodutiva. O Comitê dos Direitos da Criança



Arte por Kaisei Nanke

exorta os governos a estabelecer leis e políticas de apoio para que “as crianças, os pais e profissionais de saúde tenham orientação adequada com base em direitos sobre consentimento, permissão e confidencialidade” (UN CRC, 2013). Essas políticas incluem o fornecimento de aconselhamento confidencial a crianças, sem a necessidade de consentimento dos pais ou responsáveis, bem como a atribuição de competência legal presumida para adolescentes buscarem e obterem serviços, produtos e informações de saúde sexual e reprodutiva (UN CRC, 2016). De acordo com o Comitê dos Direitos da Criança, os governos devem evitar criminalizar a atividade sexual consensual e não exploratória entre adolescentes de idades semelhantes (UN CRC, 2016).

O direito de casar-se e constituir família é reconhecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos, Artigo 16 (Assembleia Geral da ONU, 1948), e no Pacto Político, Artigo 23, nos quais se especifica que “nenhum casamento será celebrado sem a liberdade e o consentimento total dos futuros cônjuges” (Assembleia Geral da ONU, 1966). Qualquer casamento celebrado sem esse consentimento é forçado, e é sempre uma violação dos direitos humanos. A Convenção das Mulheres afirma claramente que o noivado e o casamento infantil são nulos de pleno direito, e orienta os Estados a estabelecerem idades mínimas de consentimento para o casamento (Assembleia Geral da ONU, 1979, Artigo 16(2)). De acordo com o princípio de capacidades em evolução, a maioria das nações, seguindo a Convenção sobre os Direitos da Criança, estabelece a idade mínima de consentimento para o casamento aos 18 anos, embora em alguns ambientes a idade mínima varie, dependendo do sexo do indivíduo (Pew Research Center, 2016). Em mais da metade das nações do mundo, o consentimento dos pais pode prevalecer sobre qualquer mínimo relacionado à idade (Arthur e outros, 2018).

como na violência contra pessoas de diversas orientações sexuais e identidades de gênero (UN CEDAW e UN CRC, 2014). Essas práticas coercitivas e violentas são todas fundadas em crenças sociais que privilegiam a heteronormatividade e buscam controlar e subordinar as capacidades sexuais e reprodutivas das mulheres.

Os Estados têm o dever de “modificar os padrões sociais e culturais de conduta de homens e mulheres, com vistas a conseguir a eliminação de preconceitos e costumes, e todas as outras práticas que se baseiam na ideia de inferioridade ou superioridade de qualquer um dos sexos, ou em papéis estereotipados para homens e mulheres” (OEA, 1994, Artigo 8(b); Assembleia Geral da ONU, 1979, Artigo 5(a)).

Os governos podem – e, às vezes, devem – tratar as pessoas de maneira diferente; no entanto, deve haver uma justificativa legítima para o tratamento diferenciado, equilibrando todos os respectivos direitos (Clapham, 2015). O princípio geral do “melhor interesse” na Convenção sobre os Direitos da Criança é uma ilustração dessa abordagem. Ao mesmo tempo em que os pais e responsáveis tomam decisões em nome de seus filhos, os filhos têm o direito de participar de forma significativa nas decisões que os afetam, sem uma linha clara que delimite uma idade apropriada (Coyne e Harder, 2011). À medida que as capacidades das crianças evoluem, a Convenção sobre os Direitos da Criança espera que os pais as incluam e, eventualmente, cedam o controle final sobre tais decisões a elas quando forem maduras. Um exemplo de respeito às capacidades

em evolução das crianças está na mudança de pensamento sobre bebês intersexuais. No passado, era amplamente aceito que a cirurgia deveria ser realizada imediatamente para atribuir a genitália a um ou outro sexo. Essa postura foi amplamente substituída por outra, qual seja, esperar que as crianças façam sua própria escolha sobre a cirurgia (Reis, 2019; Zillén e outros, 2017). Sem o consentimento significativo das crianças intersexuais, tais cirurgias foram rotuladas como violações da integridade física, equivalentes à tortura (UN HRC, 2016a).

Da mesma forma, a negação categórica das escolhas e dos desejos sexuais e reprodutivos de pessoas que vivem com deficiências físicas ou de desenvolvimento, evidenciada por dar autoridade a pais, tutores e instituições, ou pela “tomada de decisão substituída”, foi transformada no padrão de “tomada de decisão apoiada”, quando todos os esforços são feitos para instruir e apurar a vontade da pessoa e capacitá-la para concretizar essa vontade (UN CRPD, 2018; UN CRPD, 2014)

OS DIREITOS À INTEGRIDADE CORPORAL SÃO FORMALMENTE RECONHECIDOS EM INSTRUMENTOS DE DIREITOS HUMANOS

Integridade corporal

Como princípio geral, os direitos relacionados à integridade corporal impedem que o Estado ou terceiros interfiram no corpo físico de alguém sem obter o consentimento livre e informado.

O fundamento para a noção de consentimento informado em relação à integridade corporal deriva do Artigo 7º da Convenção Política: “Ninguém será submetido a tortura, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Em especial, ninguém deve ser submetido, sem seu livre consentimento, a experimentação médica ou científica” (Assembleia Geral da ONU, 1966). Essa ideia foi repetida em tratados internacionais e regionais de direitos humanos, inclusive na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Artigo 15 (Assembleia Geral da ONU 2007); na Convenção sobre os Direitos da Criança, Artigo 37 (a) (Assembleia Geral da ONU 1989); e na Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1984).

A integridade corporal foi interpretada pelo Comitê de Direitos Humanos como sendo protegida pelo direito à liberdade e segurança da pessoa na Convenção Política (UN HRC, 2014) e pelo Artigo 7º da Convenção Política, que protege todos os indivíduos contra atos cruéis, desumanos ou tratamento degradante.

Os direitos à integridade corporal são formalmente reconhecidos em instrumentos de direitos humanos. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, por exemplo, observa que “Toda pessoa com

deficiência tem direito ao respeito por sua integridade física e mental em igualdade de condições com os demais” (Assembleia Geral da ONU, 2007, Artigo 17). Vários tratados regionais de direitos humanos reconhecem a integridade física diretamente ou como parte do direito a tratamento humano; por exemplo, a Carta de Banjul da União Africana (União Africana 1981, Artigo 4), o Protocolo de Maputo da União Africana (União Africana, 2003, Artigo 4(1)) e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (OEA, 1969, Artigo 5(1)).

Uma série de questões de saúde e direitos sexuais e reprodutivos foram julgadas por tribunais regionais de direitos humanos. Por exemplo, a Corte Interamericana de Direitos Humanos constatou violações do direito à integridade corporal em casos de nudez forçada e inspeções vaginais (IACtHR, 2006), ameaças de estupro e infecção sexualmente transmissível (IACtHR, 2014), e uma ampla gama de outras formas de violência sexual (IACtHR, 2013, 2010).

Obrigações dos Estados Partes

Os direitos à autonomia e integridade física são formalmente reconhecidos pelas leis internacionais de direitos humanos e tratam de uma série de questões de saúde reprodutiva e sexual e direitos correlatos. Mas, como esses direitos se traduzem no que os governos podem, não podem ou devem fazer pelas pessoas e populações que servem?

Os governos observam principalmente seus deveres referentes aos direitos humanos por meio de legislação, políticas e dotações orçamentárias; algumas medidas podem ser tomadas

imediatamente e outras, progressivamente, ao longo do tempo para que os direitos sejam respeitados, protegidos e cumpridos (UN CESCR, 2016; Gruskin e Tarantola, 2002).

Remover as barreiras para a tomada de decisão individual

Respeitar os direitos à autonomia e à integridade corporal exige que os governos garantam que suas leis, políticas e programas não infrinjam a capacidade dos indivíduos de tomar decisões sobre sua vida reprodutiva e sexual. Isso significa remover as barreiras que interferem no acesso a serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva, bens, educação e informações (UN CESCR, 2016).

Leis, políticas e programas devem levar em consideração as diferentes necessidades e vulnerabilidades de mulheres, crianças, comunidades LGBTI, migrantes, minorias raciais e étnicas, e pessoas em áreas rurais, e garantir que as medidas para proteger determinado grupo não prejudiquem outros ao longo do caminho (UN CESCR, 2000).

De acordo com o Comitê de Direitos Civis e Políticos das Nações Unidas, as leis penais relacionadas a contracepção, educação sexual abrangente, aborto e acesso a informações sobre saúde sexual e reprodutiva violam os direitos à autonomia e à integridade corporal (UN CCPR, 2019; UN CESCR, 2016). Leis que exigem autorização ou consentimento de terceiros (levando em consideração a capacidade de evolução das crianças) também violam direitos (UN CEDAW, 1999).

Órgãos de tratados de direitos humanos têm criticado Estados que têm permitido que

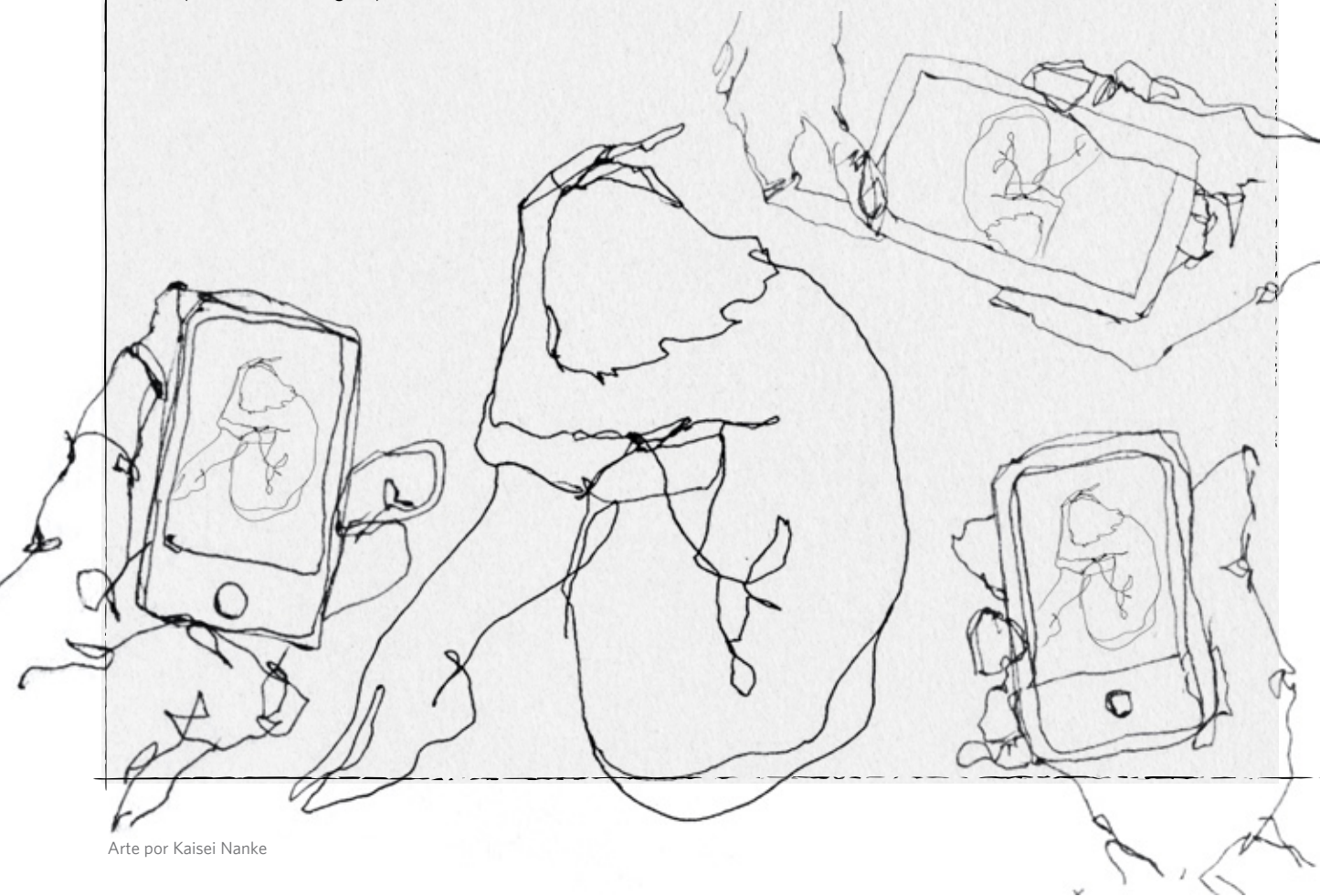
“Terapia de conversão”

A “terapia de conversão” visa mudar a orientação sexual e as identidades de gênero que não estão de acordo com as expectativas sociais e culturais heteronormativas. Emprega métodos como “estupro corretivo”, terapia de aversão, castração química e tratamentos hormonais – e até mesmo o exorcismo.

Em 2020, o Especialista Independente em proteção contra violência e discriminação com base na orientação sexual e identidade de gênero publicou um relatório sobre as práticas da chamada terapia de conversão. Nele, observou que todas essas práticas compartilham “o objetivo específico de interferir na integridade e autonomia pessoal [de um indivíduo]” (UN HRC, 2020, § 59). Ele descreveu em detalhes a

dor psicológica e física e o sofrimento que a terapia de conversão causa, e observou que os órgãos de tratados consideraram que essas práticas violam os direitos à igualdade e não discriminação, à saúde e à liberdade contra tortura e maus-tratos.

O Especialista Independente recomendou que os Estados proibam a prática da terapia de conversão e tomem medidas eficazes para proteger a autonomia e integridade corporal por meio de intervenções, inclusive a eliminação do preconceito e da discriminação contra as comunidades LGBTI (UN HRC, 2020).



Arte por Kaisei Nanke

terceiros, sejam pais, cônjuges ou outros, impeçam os indivíduos de tomar decisões sobre seus próprios corpos e sua vida reprodutiva e sexual (UN CCPR, 2005).

Os tratados e acordos de direitos humanos orientam os governos a não interferirem na “atividade sexual consensual de adultos em ambiente privado”, nem a promulgar leis penais contra a atividade sexual entre adultos no âmbito “privado” (UN CCPR, 1994, § 8.2). Além disso, as leis que “criminalizam” o aborto, a não divulgação da condição de viver com HIV e a identidade ou expressão transgênero colidem com a autonomia corporal e os direitos de integridade (UN CESCR, 2016, § 40).

O Comitê das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais declara que as leis e políticas podem cumprir as obrigações de direitos humanos de um governo, desde que possibilitem e garantam a todos os indivíduos o acesso a anticoncepcionais seguros e eficazes, de baixo custo, e educação sexual abrangente, liberalizem leis restritivas ao aborto, garantam a mulheres e meninas acesso a serviços de aborto seguro e atendimento pós-aborto de qualidade, e respeitem o direito da mulher de tomar decisões autônomas sobre sua saúde sexual e reprodutiva (UN CESCR, 2016).

Defender os direitos dos adolescentes

Ter informações precisas sobre o próprio corpo e a saúde, e entender o que isso significa, é imprescindível para o exercício da autonomia corporal (UN CESCR, 2016). Significa garantir que os adolescentes tenham esse acesso, “independentemente de seu estado civil e do consentimento dos pais ou responsáveis,

TER INFORMAÇÕES PRECISAS SOBRE O PRÓPRIO CORPO E A SAÚDE... É IMPRESCINDÍVEL PARA O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA CORPORAL

respeitando sua privacidade e confidencialidade” (UN CESCR, 2016, § 44).

Alguns Estados criminalizaram o casamento infantil e o sexo com menores de 18 anos no interesse de proteger as populações vulneráveis de exploração e danos (Kholza e outros, 2017). Mas os defensores dos direitos humanos geralmente são céticos sobre as proibições penais, apesar de sua importância simbólica, porque afetam desproporcionalmente as comunidades que já estão marginalizadas e comparativamente sem poder de ação e que têm poucas alternativas. Os defensores, em vez disso, recomendam reparar as condições que tornam tais indivíduos e comunidades vulneráveis à exploração em primeiro lugar, por exemplo, fornecendo oportunidades econômicas para mulheres jovens (Miller e Roseman, 2019).

A linguagem da violação

Em seus anos como defensora de sobreviventes nos Estados Unidos, Leidy Londono se acostumou com a linguagem de choque, medo e vergonha que as pessoas usam quando lutam contra as consequências de uma agressão sexual. E ela ouviu as pessoas lutarem para colocar em palavras uma forma particular de violação sexual, um fenômeno que é generalizado, porém mal compreendido, mesmo por aqueles que o vivenciam ou perpetram: a coerção reprodutiva.

“Envolve comportamentos que um parceiro ou alguém usa para manter o poder e o controle em uma relação no que tange à saúde reprodutiva”, explicou Londono, que acompanhou

sobreviventes a hospitais e prestou aconselhamento por linha direta. Ela agora trabalha como educadora e gerente de programa na Planned Parenthood, em Washington, DC. “Isso pode assumir muitas formas diferentes. Existem tentativas explícitas de engravidar uma parceira contra sua própria vontade. Pode ser ao controlar os resultados de uma gravidez, coagir uma parceira a fazer sexo desprotegido, interferir explícita ou implicitamente nos métodos de controle de natalidade ou mentir ou enganar sobre os métodos de controle de natalidade.”

As sobreviventes não têm uma linguagem comum para descrever a violação específica sentida quando lhes é negada a

propriedade de sua fecundidade ou saúde sexual, tenham ou não consentido em um encontro sexual. Sem palavras para identificar essa experiência, elas muitas vezes expressam confusão e autorrecriminação. Londono lembrou-se de uma jovem que descobriu que seu parceiro havia removido o preservativo durante o sexo consensual de forma dissimulada – uma prática conhecida como “*stealth*ing”. “No início, ela pensou: ‘Será que eu estou apenas exagerando?’”

O conceito de coerção reprodutiva é relativamente novo, com a maioria dos estudos sobre o tema ocorrendo nos últimos 20 anos, geralmente nos Estados Unidos, onde a prevalência de coerção reprodutiva é

“Há um conceito universal envolvido aqui, e é o direito masculino de controlar as parceiras”



Leidy Londono trabalhou pessoalmente, por telefone e via chat online para fornecer suporte e informações a sobreviventes de agressão sexual. Arte original por Naomi Vona; foto © UNFPA/R. Zerzan.

estimada em 15% a 25% (Park e outros, 2016). Mas investigações recentes mostram que é um ato generalizado em todo o mundo, perpetrado não apenas por parceiros, mas até mesmo por famílias e membros da comunidade (Grace e Fleming, 2016). Pode até ter a cumplicidade dos sistemas de saúde, por meio de políticas que exigem a permissão dos

maridos antes que uma mulher possa usar o planejamento familiar, por exemplo.

Dipika Paul trabalha há décadas como pesquisadora em saúde sexual e reprodutiva em Bangladesh, porém mesmo ela diz que não conhecia o termo coerção reprodutiva. Em vez disso, ela e os profissionais de saúde e defensores falavam de

forma mais geral sobre “barreiras no planejamento familiar”.

Hoje, Paul é uma especialista no assunto. Como conselheira do Ipas em Dhaka, ela vê muitas formas de coerção reprodutiva. “Com os maridos... Pode começar falando pra elas ‘não use nenhum anticoncepcional’, aí a mulher vai seguir a opinião do marido. E leva até a violência severa. Às vezes,

os maridos negam comida ou dinheiro se ela quiser continuar usando anticoncepcionais”, disse Paul. Frequentemente, essa pressão está relacionada ao “desejo dos maridos ou de outros membros da família por mais filhos ou ao desejo de ter filhos do sexo masculino”. Também se verificam o uso forçado de anticoncepcionais e o aborto forçado, acrescentou ela.

Esses atos coercitivos não são amplamente considerados como formas de violência porque a reprodução talvez seja vista como uma decisão familiar. “Sogros, eles desempenham um grande papel”, disse Paul. Isso é particularmente verdadeiro para esposas mais jovens e menores de idade; a idade média de casamento é 16 anos, de acordo com uma Pesquisa Demográfica e de Saúde de 2018. “É difícil para as mulheres jovens tomarem decisões sozinhas.”

No entanto, há uma ligação clara entre coerção reprodutiva e violência. Paul estima que, em um estudo que ela está conduzindo atualmente, cerca de três em cada cinco mulheres que disseram ter sofrido coerção reprodutiva também sofreram violência sexual ou física de seus maridos.

Jay Silverman, professor da Escola de Medicina da Universidade da Califórnia em San Diego, começou sua

carreira trabalhando com homens e meninas que haviam cometido violência contra parceiras íntimas. Desde então, ele estudou a coerção reprodutiva em Bangladesh, na Índia, no Quênia, Níger e nos Estados Unidos. Embora a coerção reprodutiva às vezes seja praticada por mulheres da família, a violação está enraizada na desigualdade de gênero, disse Silverman.

“Há um [conceito] universal envolvido aqui”, explicou ele, “e é o direito masculino de controlar as parceiras... Em algum nível, esse sentido que os homens têm, esse direito a esse controle, é algo que está onipresente, eu acho, na maioria das nossas sociedades”.

Silverman e seus colegas – inclusive do Ipas em Bangladesh – estão testando ferramentas para ajudar os profissionais de saúde a identificar coerção reprodutiva, tais como perguntas sobre atitudes e comportamento do parceiro. Uma vez que a coerção é reconhecida, as mulheres podem reafirmar a autonomia corporal, por exemplo, selecionando métodos de planejamento familiar que são indetectáveis por um parceiro.

Mesmo que as mulheres não tenham uma linguagem para descrever a coerção reprodutiva, Silverman explicou: “Eu também

acredito que os seres humanos resistem, de maneira inata, a serem controlados... Existem muitas estratégias diferentes de enfrentamento que as mulheres em comunidades ao redor do mundo desenvolveram para lidar com a coerção reprodutiva, inclusive mulheres que apoiam mulheres. Isso é algo que está acontecendo organicamente, em todos os lugares. Sempre aconteceu, seja um vizinho ou mulher da família que escondia seus comprimidos para você ou lhe ajudava a ir a uma clínica.” Onde as clínicas distribuem panfletos sobre coerção reprodutiva, violência praticada pelo parceiro e como buscar ajuda, as mulheres muitas vezes “pegam aos montes”, para poder compartilhar as informações com outras mulheres.

Grande parte do peso de se abordar a coerção reprodutiva recai sobre os prestadores de serviços, que muitas vezes enfrentam um dilema: eles devem encontrar um equilíbrio entre envolver os homens em questões de saúde reprodutiva sem ceder a eles o poder total de tomada de decisão. “O ideal do envolvimento masculino na saúde sexual e reprodutiva e na saúde materno-infantil internacionalmente se tornou uma prioridade”, disse Silverman. O envolvimento masculino tem sido associado a um maior planejamento familiar e uso de anticoncepcionais,

e a melhores resultados de saúde materno-infantil (Kriel e outros, 2019; Assaf e Davis, 2018). Entretanto, quando os homens desejam controlar as escolhas reprodutivas de suas parceiras, “envolver os homens é obviamente prejudicial”.

E os homens – na verdade, pessoas de todos os gêneros e orientações sexuais – também podem ser vítimas de coerção reprodutiva. “Qualquer pessoa pode estar sujeita a coerção reprodutiva”, disse Londono. “Mulheres em comunidades marginalizadas convivem com níveis de violência em taxas desproporcionais, e isso inclui coerção reprodutiva... Mas isso não nega o fato de eu ter conversado com meninos e homens jovens – homens em geral – que estão tentando identificar suas próprias experiências e colocá-las em palavras e contextualizá-las.”

É necessário fluência na linguagem da coerção reprodutiva, principalmente entre os formuladores de políticas. “Quando nossas leis e políticas são vagas e nossa linguagem é ambígua, isso não atende as sobreviventes”, disse Londono.

E aprender sobre a autonomia corporal também é crucial. Em um projeto recente, Paul explicou: “conversamos com mulheres e elas escolheram esta terminologia: ‘meu corpo, meus direitos.’ ... Todas concordaram que precisamos disseminar isso para a população – que meu corpo é meu”.

Estabelecer sistemas para reparar violações de direitos

A proteção dos direitos à autonomia e à integridade corporal requer um sistema funcional para reparar as violações de direitos. Em 2016, o Comitê das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais exigiu dos governos que implementassem leis, políticas e programas que “previnam, abordem e remediem as violações do direito de todos os indivíduos à tomada de decisão autônoma em questões relacionadas à sua sexualidade e saúde reprodutiva, livre de violência, coerção e discriminação” (UN CESCR, 2016).

Além de remover os requisitos de autorização de terceiros para acessar serviços e informações, o Comitê pediu o fim da “objeção de consciência” dos profissionais de saúde à prestação de serviços e a exigência de encaminhamentos para prestadores “capazes e dispostos a fornecer os serviços procurados” (UN CESCR, 2016, § 43).

Leis alinhadas aos direitos humanos garantem proteção igualitária a todos os indivíduos com o objetivo de exercer seus direitos à autonomia e à integridade corporal. Todavia, em todo o mundo existem exemplos em que as proteções são tudo, menos iguais. A violência e a discriminação contra pessoas de diversas orientações sexuais ou identidades de gênero, por exemplo, estão bem documentadas e foram perpetradas por atores estatais e não estatais (UN HRC, 2016b).

Da mesma forma, mulheres e meninas, especialmente aquelas que enfrentam discriminação interseccional, como aquelas com deficiência ou membros de minorias étnicas ou religiosas, enfrentam taxas mais altas de violência de gênero e disparidades no acesso à justiça e a um atendimento imparcial das autoridades policiais (UN CEDAW,

O direito à saúde reprodutiva e os direitos no Programa de Ação

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todas as questões relativas ao aparelho reprodutivo e às suas funções e aos seus processos. A saúde reprodutiva, portanto, implica as pessoas serem capazes de ter uma vida sexual satisfatória e segura, e terem a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e com que frequência fazê-lo. Implícitos nesta última condição estão os direitos de homens e mulheres serem informados e terem acesso a métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, bem como a outros métodos de sua escolha para a regulação da fertilidade que não sejam contra a lei, e o direito de acesso a serviços de saúde adequados que permitirão às mulheres atravessar com segurança a gravidez e o parto, e oferecer aos casais a melhor chance de ter um bebê saudável. De acordo com a definição de saúde reprodutiva acima, cuidados de saúde reprodutiva são definidos como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e o bem-estar, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Inclui também a saúde sexual, cujo objetivo é a melhoria da vida e das relações pessoais, e não apenas aconselhamento e cuidados relacionados à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis... Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos que já são reconhecidos nas leis nacionais, em documentos internacionais



de direitos humanos e outros documentos de consenso. Esses direitos baseiam-se no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsabilmente o número de filhos, o intervalo entre eles e quando tê-los, e de ter as informações e os meios para tomar tais decisões, além do direito de atingir o mais alto padrão sexual e de saúde reprodutiva. Inclui também o direito de tomar decisões sobre a vida reprodutiva livre de discriminação, coerção e violência, como expresso em documentos de direitos humanos "(UNFPA, 1994).

Arte por Kaisei Nanke

2015a). Impunidade para violência sexual e baseada em gênero, estupro marital e “estupro corretivo” direcionado a indivíduos não conformes de gênero são outros exemplos flagrantes de proteção desigual perante a lei (UN CESCR, 2016).

Permitir que todos exerçam os direitos à autonomia e à integridade física

O cumprimento dos direitos à autonomia e à integridade corporal exige que os governos tornem informações, serviços e métodos de saúde sexual e reprodutiva de qualidade disponíveis e acessíveis (UN CESCR 2016, 2000). De acordo com os órgãos de tratado das Nações Unidas, isso envolveria serviços e informações que apoiam as decisões sobre a formação da família (contracepção, tratamento de infertilidade, cuidados de saúde materna, aborto seguro) e sobre saúde sexual (prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV, educação sexual abrangente, tratamento para disfunção sexual, prevenção de violência sexual e cuidados para sobreviventes) e cuidados de saúde afirmativos de gênero (*World Professional Association for Transgender Health*, 2011).

Serviços e informações, como detalhado pelo Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, devem estar/ser/ter:

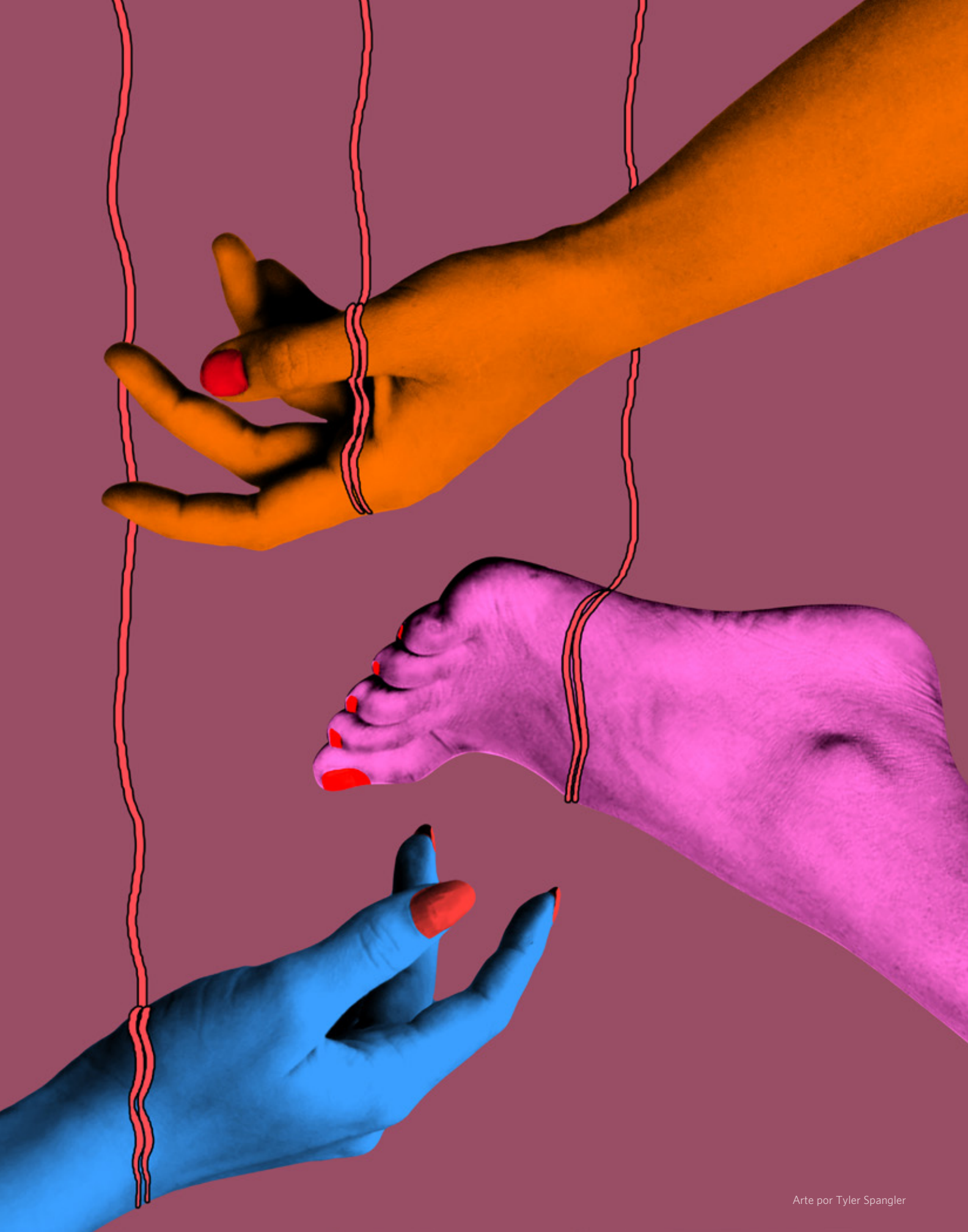
- *Disponíveis* – em quantidades suficientes;
- *Acessíveis* – fáceis de obter e acessíveis financeiramente para todos;
- *Aceitáveis* – sensíveis a gênero, cultura, idade e éticos do ponto de vista médico;

- *Qualidade* – atender aos padrões científicos e médicos de atendimento e serem prestados com respeito aos direitos.

Ter os meios para exercer os direitos relacionados à autonomia e à integridade corporal por meio dos serviços de saúde reprodutiva e sexual é indissociável do reconhecimento desses direitos em primeiro lugar. De acordo com o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, “os ambientes de saúde devem capacitar os usuários como detentores de direitos para exercer autonomia e participar significativa e ativamente em todos os assuntos que lhes dizem respeito, para fazer suas próprias escolhas sobre sua saúde, inclusive saúde sexual e reprodutiva, e seu tratamento, com o apoio apropriado, quando necessário” (UN HRC, 2017, § 43).

Os direitos humanos internacionais à autonomia e à integridade corporal garantem que todas as pessoas possam tomar decisões que afetem sua vida sexual e reprodutiva e tenham os meios para fazê-lo. Isso exige que os Estados forneçam informações abrangentes, adequadas à idade e à cultura, sobre sexualidade e reprodução, bem como bens e serviços de boa qualidade para a efetivação dessas decisões, livres de discriminação, coerção e violência.

Os direitos humanos fornecem a base comum sobre a qual os Estados constroem suas normas jurídicas e políticas nacionais para promover e proteger a autonomia e a integridade corporal no contexto da saúde sexual e reprodutiva. Mas muitos Estados ainda têm um longo caminho a percorrer para garantir que todas as pessoas tenham o poder de tomar suas próprias decisões sobre cuidados de saúde, contracepção e sexo – e sobre muitas outras dimensões da autonomia corporal.



LEIS QUE EMPODERAM, LEIS QUE CONTROLAM

Um olhar sobre como leis e regulamentos afetam a autonomia corporal

Cada país tem leis que protegem ou negam a autonomia corporal.

As leis podem ajudar no apoio à autonomia corporal, por exemplo, garantindo o acesso de todos aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incentivando as escolas a fornecerem educação integral em sexualidade e exigindo consentimento informado na prestação de cuidados de saúde.

Os governos podem usar leis para controlar os corpos das pessoas, por exemplo, limitando o acesso de adolescentes a serviços e informações

de saúde sexual e reprodutiva ou proibindo relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo. Leis que não sejam bem formuladas ou que sejam pouco claras também podem ser prejudiciais à autonomia corporal, mesmo que não se tenha tido a intenção de produzir esse efeito.

As leis em alguns países exigem que as mulheres casadas obedeçam a seus maridos, ainda estão muito aquém de tornar a violência doméstica um crime, tratam o divórcio de maneiras que dão mais direitos aos homens e ainda não criminalizam o estupro no

casamento. Mais de 30 países restringem o direito das mulheres de se locomover fora de casa (Banco Mundial, 2020).

As leis nacionais também podem ser os principais instrumentos usados pelos governos para cumprir suas obrigações de acordo com o direito internacional dos direitos humanos. Contudo, para tornar esses direitos significativos na vida das pessoas, os governos devem ir além da promulgação de leis e agir para efetuar mudanças.

A Organização Mundial da Saúde pediu aos governos que estabeleçam estruturas legislativas e regulatórias de apoio que facilitem o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, e removam as restrições desnecessárias que têm o efeito de impedir as mulheres de desfrutar de seu direito à autonomia corporal (OMS, 2004).

Compreender como o arcabouço legal de um país afeta a autonomia corporal – onde pode ser favorável e onde a reforma nas leis pode ser necessária – é um ponto de partida primordial para agir. Às vezes, a lei muda para refletir a evolução da opinião pública; em outras ocasiões, a mudança legal precede as mudanças na postura da sociedade, caso em que esforços substanciais de mudança de comunicação social e comportamental podem ser necessários para que a lei se torne amplamente aceita e seja facilitada sua implantação. Depois que uma lei é promulgada, seu impacto pretendido pode demorar anos, dependendo da vontade política ou do compromisso de implementá-la ou aplicá-la. Pode ser necessário formular políticas para adicionar detalhes operacionais à lei, pode ser necessário alocar um orçamento ou criar um sistema de prestação de contas.

Mesmo quando uma lei é amplamente favorável, ela pode não beneficiar a todos igualmente. Por exemplo, muitos países têm leis que garantem o acesso à terapia antirretroviral gratuita para tratar o HIV, mas o acesso a ela pode não ser universal. Em Botswana, o tratamento estava disponível apenas para cidadãos, inclusive presidiários, mas excluía prisioneiros originários de outros países. A lei mudou em 2019 e ampliou o acesso a todos os presos, não obstante sua nacionalidade (UNAIDS, 2019).

Leis conflitantes

Nenhuma lei ou política pode ser considerada isoladamente em relação a todo o arcabouço jurídico e político de um país. Muitos países, por exemplo, têm leis de idade de consentimento em relação à atividade sexual que são inconsistentes com as leis de idade mínima para acessar informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva (Figura 7). Significa que os adolescentes podem legalmente fazer sexo antes de terem acesso legal a quaisquer informações ou serviços relacionados a práticas sexuais seguras ou contracepção (Sexual Rights Initiative, 2020; Committee on Adolescence, 2017; Dennis e outros, 2009)

Onde existem leis conflitantes, pode haver confusão sobre qual lei tem precedência. A confusão às vezes pode afetar não apenas indivíduos, mas também as pessoas responsáveis por aplicá-la.

Mesmo na ausência de legislação conflitante, a falta de clareza ainda pode ser um problema. O que os profissionais de saúde são obrigados a fazer nos casos em que não têm certeza de suas obrigações legais ou de potenciais

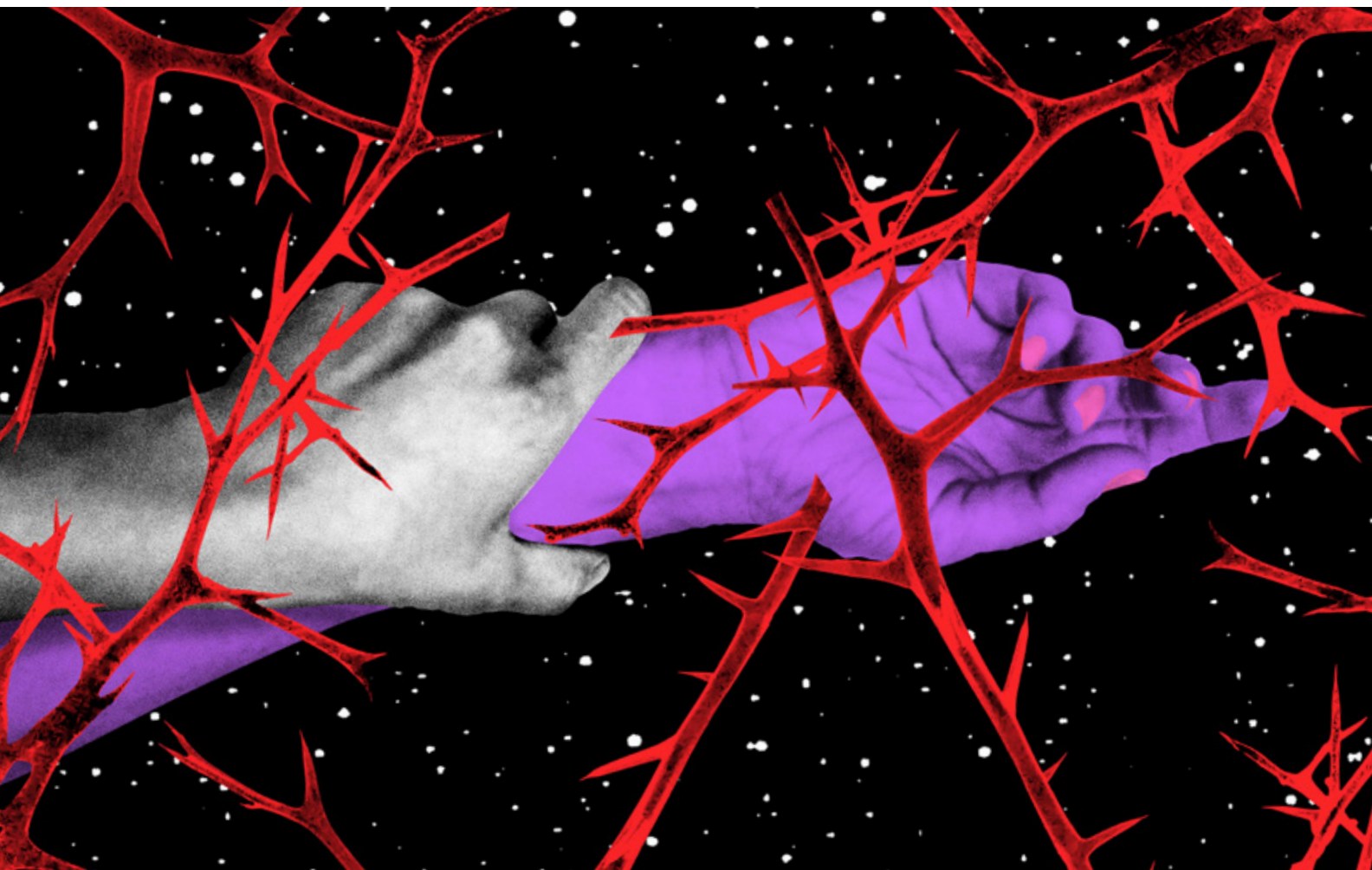
FIGURA 7

Idade de consentimento para sexo e idade em que o consentimento dos pais não é necessário para serviços selecionados em países selecionados

	Belize	Croácia	Itália	Jamaica	Macedônia do Norte	Malásia	Palau	Polônia
Idade legal para casamento	18	18	18	18	18	18	Sem idade mínima para os cidadãos; 18 para outros	18
Idade legal para casamento com consentimento parental, judicial ou outro consentimento	16	16	16	16	16	16	Nenhum necessário para os cidadãos; 16 para outros	16
Idade de consentimento para sexo	16*	15	14	16	14	16*	15	15
Acesso ao aborto sem consentimento dos pais	18	16	18	18	18	18	18	18
Acesso à anticoncepção de emergência sem consentimento dos pais	18	16	14	16	18	18	18	18
Acesso à contracepção oral sem consentimento dos pais	18	18	14	16	18	18	18	18

* Aplica-se apenas a meninas
Fonte: Sexual Rights Initiative, 2020

Arte por Tyler Spangler



Quando sexo é profissão

“Saber que tenho voz e que estou no controle do meu próprio corpo, eu realmente só aprendi essas coisas depois de me tornar uma profissional do sexo”, explicou Liana, por meio de um tradutor, na Indonésia.

A essa altura, Liana está acostumada a quebrar expectativas; por ser formada em uma universidade de classe média e ex-contadora, ela não se encaixa no estereótipo de uma profissional do sexo. “Quando meu bebê tinha quatro meses, meu marido faleceu”, lembra. Sua renda não era suficiente e, ao mesmo tempo, os negócios de sua família estavam passando por dificuldades, e sua irmã enfrentava problemas financeiros.

“Visitei um dos locais estabelecidos para o trabalho

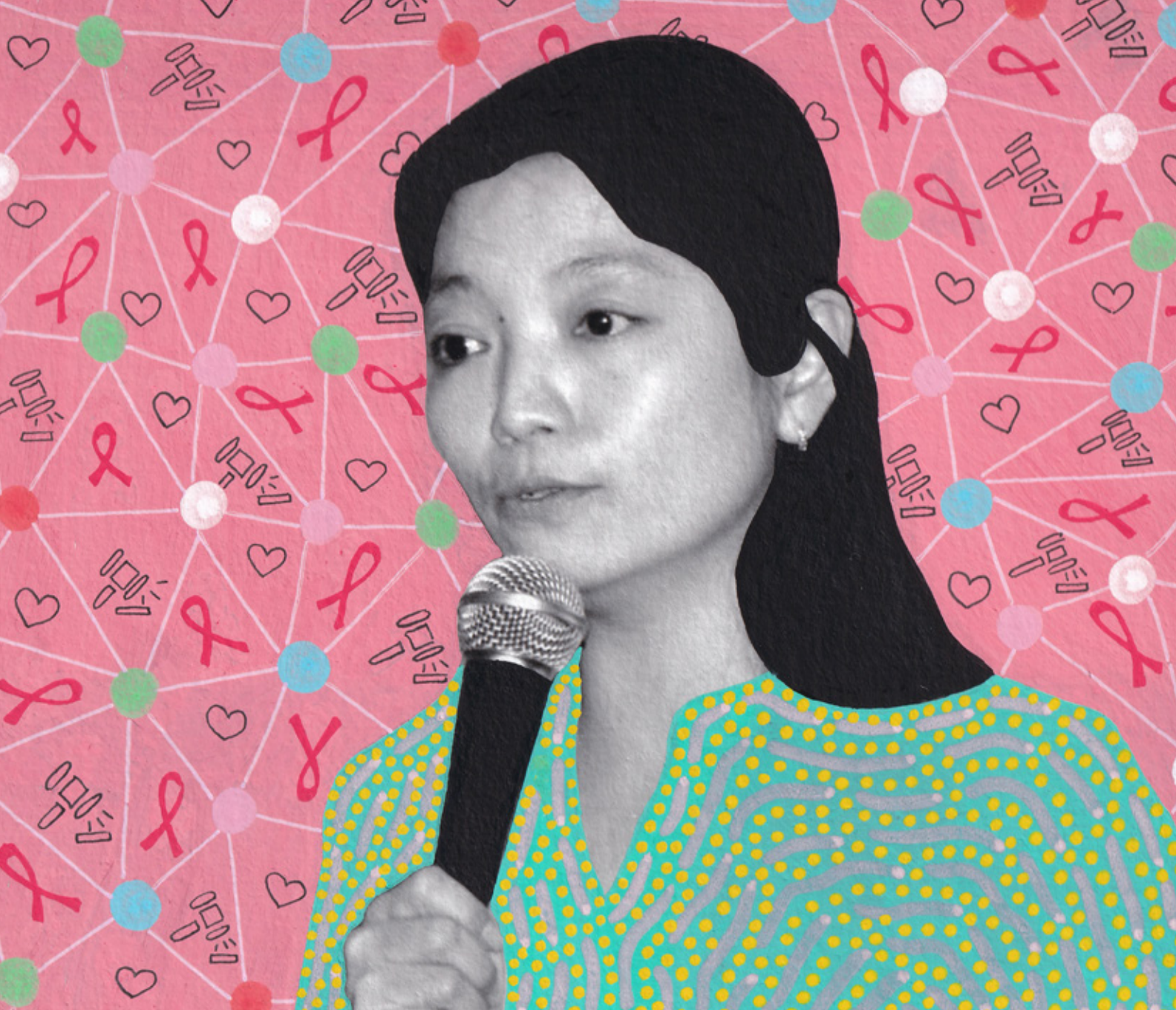
sexual e me candidatei para trabalhar lá”, disse ela, enfatizando que essa foi sua escolha. “Eu fiz isso de forma independente e sem ser forçada.”

Hoje em dia, Liana é a coordenadora nacional da OPSI, uma rede de apoio a profissionais do sexo que presta serviços de saúde, assistência jurídica e *advocacy*. A OPSI é apoiada pelo UNFPA. “Profissionais do sexo são, na verdade, uma categoria bastante diversificada”, explicou ela. “Existem homens profissionais do sexo, transexuais profissionais do sexo e os motivos pelos quais as pessoas optam por se envolver no sexo como profissão variam de pessoa para pessoa. A maioria está em busca de uma fonte de renda.”

Monika, na Macedônia do Norte, tornou-se uma profissional do sexo depois de perder o emprego e se divorciar. Ela também é enfática quando diz que essa foi sua decisão. “Eu tinha 19 ou 20 anos. Eu estava suficientemente consciente e madura para pensar sobre o que eu queria e o que não queria.” Hoje – como coordenadora regional do STAR, o primeiro coletivo de profissionais do sexo nos Bálcãs, também parceiro do UNFPA –, ela diz que observou que essa é a norma: “Na maioria das vezes, estou rodeada de profissionais do sexo que fazem sexo como profissão, voluntariamente”.

Mesmo assim, Liana e Monika reconhecem que o tráfico sexual – exploração sexual por meio da força, coerção, fraude ou engano – é uma preocupação séria dentro do setor. Suas respectivas organizações trabalham em estreita colaboração com vítimas e sobreviventes, ajudando-as a conseguir serviços e a abandonar o sexo profissional, se assim desejarem.

“Aprendi que, na verdade, posso controlar meu próprio corpo. Meu corpo me pertence.”



Liana defende os direitos das profissionais do sexo na Indonésia. Arte original por Naomi Vona; imagem cortesia de Liana.

A prevalência da exploração e do abuso tem conduzido muitas das conversas em torno do *status* legal do sexo como profissão. Tanto os defensores quanto os oponentes da descriminalização citam a necessidade de proteger as pessoas contra abusos.

Porém, para os oponentes da descriminalização, a noção de consentimento dentro da indústria do sexo é, por si só, preocupante. De fato, estudos mostram que muitas pessoas que ingressam no sexo profissional vivenciaram maiores vulnerabilidades,

como uma história de pobreza infantil, abuso e instabilidade familiar, bem como barreiras à economia formal, inclusive a falta de educação (McCarthy e outros, 2014). Essas condições são vistas como algo que prejudica seu consentimento livre e informado. Além disso,

uma proporção significativa de profissionais do sexo – estima-se entre 20% e 40% – relatam ter ingressado no sexo como profissão quando crianças (Parcesepe e outros, 2016), uma clara violação dos direitos humanos.

Os instrumentos de direitos humanos responderam a essas vulnerabilidades. A Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres demanda “todas as medidas apropriadas, inclusive legislação, para suprimir todas as formas de tráfico de mulheres e exploração da prostituição feminina”. E os Protocolos da Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional incluem “dar ou receber pagamentos ou benefícios para obter o consentimento de uma pessoa que tem controle sobre outra pessoa para fins de exploração” dentro da definição de tráfico de pessoas.

No entanto, muitos defensores das profissionais do sexo dizem que o foco na vulnerabilidade na verdade tira sua segurança e autonomia. Tanto Liana quanto Monika dizem que escolheram livremente continuar com o sexo profissional mesmo enquanto ganhavam uma renda decente fora do comércio sexual.

“Por favor, não presuma que todas as profissionais do sexo são vítimas de tráfico. Existem pessoas como eu, que escolhem esse trabalho intencionalmente. Não estamos sendo enganadas”, disse Liana. “Quando perguntamos àquelas que são membros da OPSI se elas gostariam de deixar o sexo profissional se pudessem encontrar outros empregos, na maioria das vezes, a resposta é não.” Outros empregos disponíveis para profissionais do sexo costumam ser de baixa remuneração, e o sexo profissional oferece a flexibilidade que muitas acham desejável, afirma. “Elas conseguem administrar seu próprio tempo, cumprir suas obrigações na sociedade e se sentir mais próximas de seus filhos.”

O sexo profissional, ou aspectos dele (como facilitação), é ilegal na maioria dos países, de acordo com a Rede Global de Projetos de Sexo como Profissão. Liana e Monika dizem que tais leis apenas levam a profissão à clandestinidade, onde as profissionais do sexo têm mais dificuldade em rastrear clientes violentos. A criminalização também deixa as profissionais do sexo vulneráveis à prisão e com medo de denunciar os abusadores, segundo

as duas. Alguns policiais também assediam e abusam das profissionais do sexo, disse Monika, “pois sabem que o sexo profissional não é legalizado e pensam que não podemos denunciá-los, e que não há nada que possamos fazer”.

Elas querem ver a criminalização – e persecução penal – da violência e exploração sexual, em vez do sexo como profissão. “A violência não é um problema apenas entre as profissionais do sexo. É um problema para todas as mulheres e os grupos minoritários”, enfatizou Liana.

O movimento para descriminalizar o sexo profissional ganhou espaço nos últimos anos nas Nações Unidas, com muitas agências e programas, como a Organização Mundial da Saúde e o UNAIDS, adotando-o como um meio eficaz de prevenir a transmissão do HIV e acabar com a discriminação contra populações vulneráveis (OMS, 2014, UNAIDS, 2012).

Ao mesmo tempo, as Nações Unidas estão intensificando os esforços para eliminar a exploração e o abuso sexual. Preocupações com as forças de paz e os trabalhadores humanitários que participam de relações de exploração

com profissionais do sexo e indivíduos vulneráveis e marginalizados levaram a instituição a fortalecer a aplicação de regras que proíbem os funcionários de trocar dinheiro, bens ou serviços por sexo, mesmo em países onde o sexo profissional é lícito. Essas posições – de que a descriminalização ajudará a salvaguardar a saúde e os direitos das profissionais do sexo, e também de que os membros da equipe não devem comprar sexo, mesmo quando for lícito – não são contraditórias, dizem funcionários da ONU.

“O pessoal da ONU não deve participar de nenhuma atividade que possa resultar em exploração sexual. Este não é um julgamento sobre o trabalho sexual voluntário por adultos mediante consentimento informado, mas devemos reconhecer a realidade de que a legalidade por si só não garante que a participação no sexo profissional seja voluntária”, disse Eva Bolkart, que coordena os esforços do UNFPA para prevenir a exploração e o abuso sexual.

Monika e Liana concordam que a legalidade, por si só, não é suficiente. Para elas, a descriminalização deve vir com a desestigmatização. Até que as profissionais do sexo tenham o respeito e a dignidade de cidadãos normais, elas continuarão a ser forçadas a operar nas sombras, onde os abusos podem ser escondidos. “Nós somos pais e mães. Somos filhos(as) de alguém. Temos famílias”, disse Monika. “Não há necessidade de ninguém nos tratar de forma diferente dos outros por causa da escolha da nossa profissão. Sexo profissional é profissão.”

responsabilidades penais decorrentes de um determinado ato? Por exemplo, onde o aborto é legal sob certas circunstâncias, os provedores ainda podem relutar em fornecer esse serviço por medo de serem acusados de infringir a lei, e as diretrizes e políticas dos sistemas de saúde podem estar baseadas em uma interpretação mais conservadora da lei. O atendimento pós-aborto – que, segundo acordo entre 179 governos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) em 1994, deve estar disponível independentemente da situação legal do aborto – ainda é inexistente em muitos lugares e, às vezes, é negado por profissionais de saúde que temem ser processados ou estigmatizados por fornecer serviços a alguém que fez um aborto ilegal.

Obstáculos estruturais

No nível estrutural, orçamentos adequados são essenciais para garantir a eficácia de uma lei. O México, por exemplo, promulgou legislação exigindo que os anticoncepcionais estejam disponíveis para todos, não importando a idade ou o estado civil. No entanto, as taxas de fecundidade permaneceram altas entre os adolescentes, especialmente nas famílias mais pobres. Várias organizações da sociedade civil analisaram orçamentos e gastos com serviços de saúde sexual e reprodutiva em âmbito federal e estadual, e identificaram gargalos e ineficiências na disponibilização de fundos para programas locais. A análise levou a uma melhor destinação dos fundos, de modo que eles alcançaram as comunidades mais pobres, onde a necessidade de informações sobre anticoncepcionais e serviços para adolescentes não havia sido totalmente atendida (Rajan, s.d.).

Garantir que os sistemas de saúde tenham a capacidade de implementar plenamente uma lei

pode exigir medidas que vão desde a criação de diretrizes médicas sobre a prestação de serviços até o treinamento de profissionais de saúde sobre o conteúdo da lei e suas implicações para o seu trabalho, fortalecendo os sistemas de logística e compras para garantir o acesso ininterrupto aos medicamentos e equipamentos apropriados, garantindo que os sistemas de informação possam capturar dados sobre a captação, a qualidade e o impacto dos serviços, ajustando os mecanismos de financiamento da saúde, a fim de promover a acessibilidade dos serviços e monitorar a aceitabilidade e a qualidade dos serviços prestados.

Fatores sociais – inclusive religião e normas de gênero – podem influenciar a medida em que as leis são implantadas ou cumpridas. Por exemplo, em sociedades nas quais o sexo antes do casamento é considerado inaceitável, as leis que permitem o acesso dos adolescentes à contracepção podem não se traduzir no uso da contracepção se o estigma associado ao sexo adolescente for muito grande.

Mesmo onde existem leis de apoio, outras preocupações podem afetar a capacidade das pessoas de proteger sua autonomia corporal ou obter acesso a serviços de saúde apropriados. As pessoas eventualmente acabam enfrentando desafios imediatos, como fome, pobreza ou situações difíceis de vida. Os serviços podem ser inacessíveis, creches podem não estar disponíveis, ou um marido ou parente pode interferir nas decisões sobre cuidados de saúde ou contracepção.

Fatores estruturais que perpetuam ou exacerbam a pobreza, impedem o acesso à educação ou ao emprego e levam à discriminação com base na idade, raça, etnia, orientação sexual ou

identidade de gênero devem ser compreendidos e tratados pelos legisladores, porque podem interferir nos benefícios pretendidos das leis de apoio a certos grupos. Por exemplo, mesmo em países onde os serviços de saúde sexual e reprodutiva estão disponíveis para todos nos termos da lei, os prestadores de cuidados de saúde podem, no entanto, negar o acesso a pessoas que vivem com HIV, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens ou pessoas transgênero (UNAIDS, 2017).

Além disso, os indivíduos podem não estar cientes de uma lei ou, eventualmente, considerá-la uma abstração muito distante de suas vidas diárias.

As leis e políticas podem empoderar as mulheres a tomar suas próprias decisões e podem desempenhar um papel importante ao garantir a responsabilização, inclusive na assistência médica para diversas populações, garantindo o acesso à justiça e aos mecanismos de reparação e compensação para pessoas cujos direitos humanos sejam violados (OMS, 2015)

O Indicador 5.6.2 rastreia leis de apoio e barreiras legais

Para ajudar os governos a rastrear o progresso em direção à Meta 5.6 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – garantir a saúde sexual e reprodutiva universal e os direitos reprodutivos de acordo com o Programa de Ação da CIPD e a Plataforma de Ação de Pequim –, as Nações Unidas desenvolveram o Indicador 5.6.2. Ele é uma avaliação de “até que ponto os países têm leis e regulamentos que garantem o acesso total e igual a mulheres e homens com 15 anos ou mais de idade aos cuidados de saúde

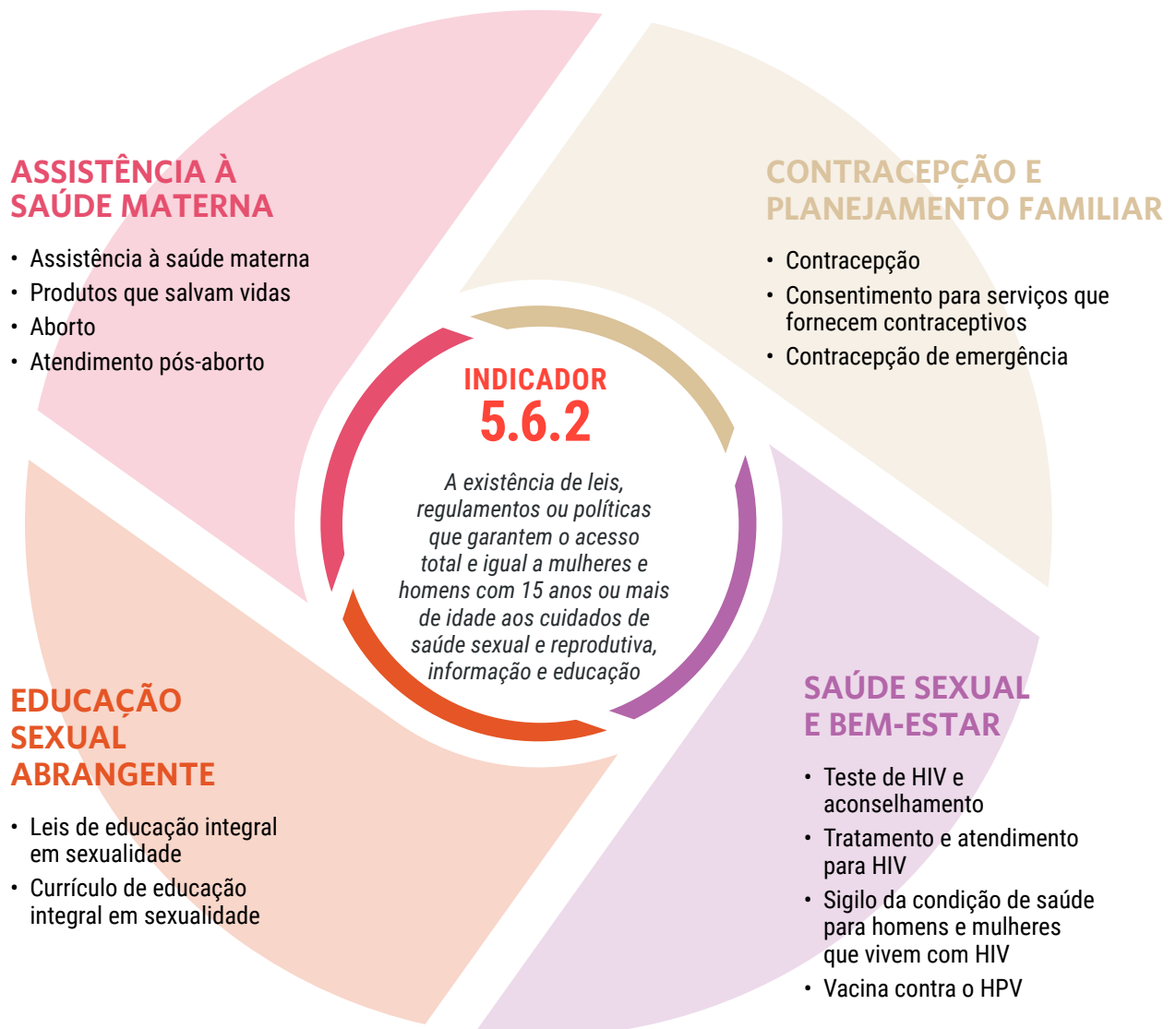
sexual e reprodutiva, informação e educação” (UNFPA, 2020).

Guiado pela legislação internacional de direitos humanos, documentos de consenso internacional e padrões de direitos humanos, esse indicador composto busca avaliar o

ambiente jurídico relacionado à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos. O indicador abrange quatro tópicos gerais: cuidados de maternidade; contracepção e planejamento familiar; educação e informação abrangente sobre sexualidade, e saúde e bem-estar sexual (Figura 8). Cada um dos 13 componentes

FIGURA 8

Os quatro tópicos e os 13 componentes rastreados pelo indicador 5.6.2



dentro desses quatro tópicos aborda áreas que são suscetíveis à regulamentação por lei. Para cada um dos componentes, são coletados dados sobre a existência de facilitadores legais (leis e regulamentos de apoio) e barreiras legais. Essas barreiras compreendem restrições a leis e regulamentos de apoio – por exemplo, requisitos para autorização de terceiros que obrigam os indivíduos a obter o consentimento de um dos pais, cônjuge, juiz ou comitê médico.

Todos os aspectos desse indicador são relevantes para a autonomia corporal.

Dentro de cada um desses componentes, o indicador avalia se existe uma lei de apoio e se há potenciais restrições, tais como limitações em razão da idade ou uma exigência de permissão do cônjuge. Também avalia se existem ordenamentos jurídicos plurais – aqueles que são tradicionais, consuetudinários ou determinados pela religião – que coexistem com o direito nacional e que possam restringir a aplicabilidade do direito nacional a certos grupos da população (UNDESA, 2018).

Assim, o Indicador 5.6.2 captura informações sobre a existência de uma legislação de apoio e também sobre alguns fatores adicionais que possam impedir o impacto positivo dessa legislação. Os dados sobre todos esses aspectos são usados para calcular um valor para cada país para cada um dos 13 componentes, que são então agregados aos quatro tópicos gerais e, em seguida, a um valor geral (Figuras 9 e 10).

O indicador é uma escala percentual de 0 a 100 que mostra a situação de um país e o progresso na existência de leis e regulamentos nacionais para garantir saúde e direitos sexuais e reprodutivos plenos e iguais. O Indicador 5.6.2

mede apenas a existência de leis e regulamentos; não mede sua implantação.

Entre todos os países que relataram dados para esse indicador, os cinco com o valor geral mais alto para o Indicador 5.6.2 são: Suécia (100), Uruguai (99), Camboja (98), Finlândia (98) e Holanda (98). Os cinco países com os valores mais baixos são: Sudão do Sul (16), Trinidad e Tobago (32), Líbia (33), Iraque (39) e Belize (42).

Garantindo saúde e direitos sexuais e reprodutivos

Os dados do Indicador 5.6.2 e de seus componentes individuais são informados por 107 governos nacionais, inclusive autoridades nacionais de estatística e ministérios setoriais. Existem, no entanto, apenas 75 países com dados completos para o indicador geral.

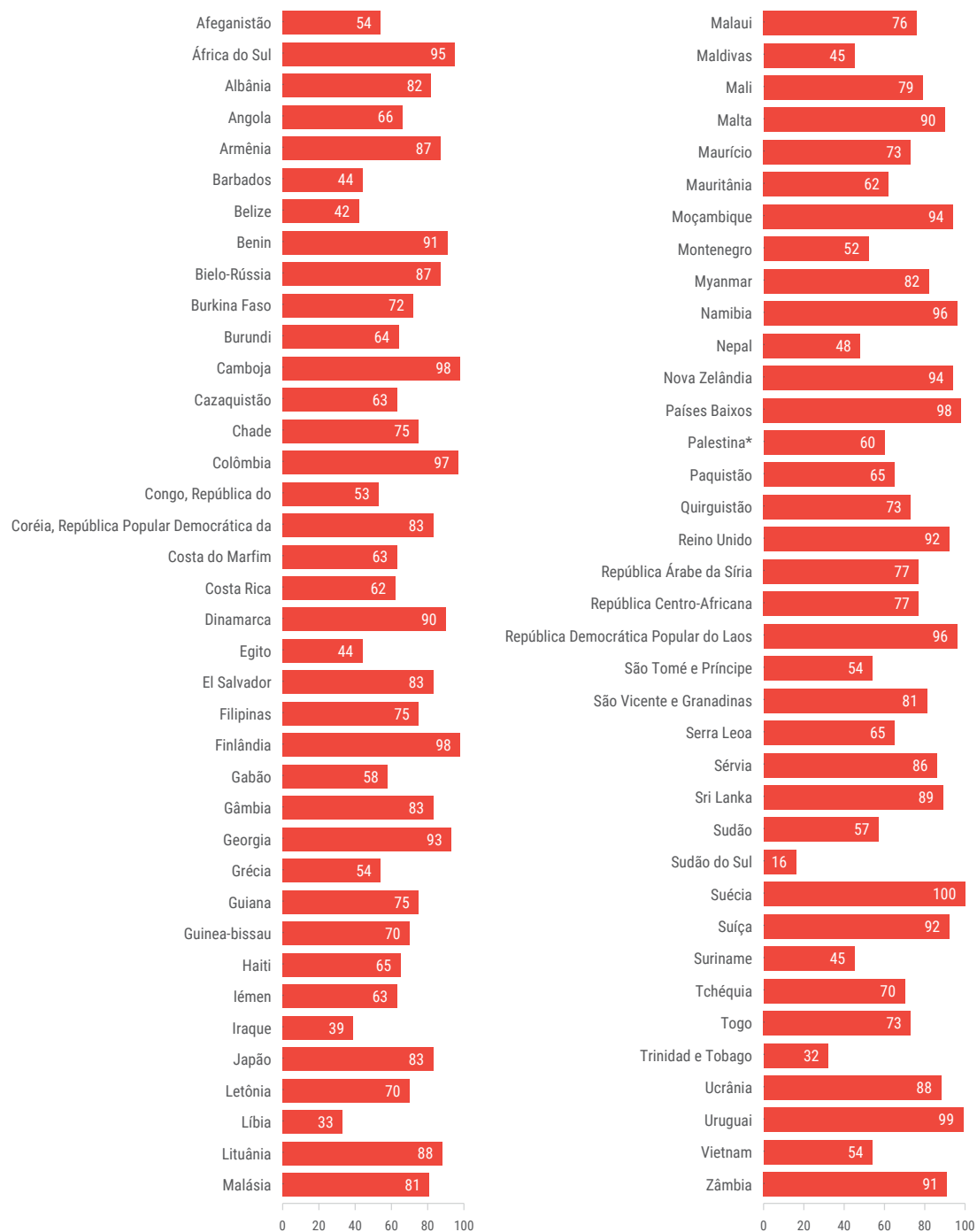
Dentro do indicador geral, cada uma das quatro seções tem um número diferente de países informantes: 79 países para cuidados maternos; 104 países para serviços contraceptivos; 98 países para educação sexual, e 101 países para HIV e papilomavírus humano (HPV).

Nos 75 países que repassaram dados completos, em média, 73% das leis e dos regulamentos necessários para garantir o acesso total e igual à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, segundo esses dados, estavam em vigor. No entanto, 20% dos países que possuem leis que garantem o acesso também têm ordenamentos jurídicos plurais, o que sugere que nem todos nesses países se beneficiam com essas leis de acesso.

Cerca de 80% dos países com dados informam ter leis para proteger ou apoiar a saúde sexual

FIGURA 9

Valor combinado (por cento) do Indicador 5.6.2 para 13 componentes de saúde sexual e reprodutiva, por país



*On 29 November 2012, the United Nations General Assembly passed Resolution 67/19, which accorded Palestine "non-member observer State status in the United Nations..."

FIGURA 10

Até que ponto países, territórios e outras áreas têm leis e regulamentos que garantem o acesso total e igual a mulheres e homens com 15 anos ou mais a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação (valores expressos em percentagens)

	Assistência à saúde materna					Serviços que fornecem métodos contraceptivos				Educação sexual			HIV e HPV					Valor geral para todas as categorias, indicador ODS 5.6.2
	Assistência materna	Produtos que salvam vidas	Aborto	Atendimento pós-aborto	Média	Serviços de contraceção	Consentimento de contraceção	Contraceção de emergência	Média	Leis ref. Currículo de Educação Sexual	Tópicos do Currículo de Educação Sexual	Média	Serviços de ajuda e testes de HIV	Serviços de tratamento e assistência para o HIV	Sigilo sobre o HIV	Vacina contra o HPV	Média	
Afganistão	100	92	0	100	73	60	0	50	37	0	0	0	100	100	100	0	75	54
Albânia	100	77	50	100	82	80	100	75	85	100	100	100	80	100	100	0	70	82
Alemanha	100	46	50	75	68	80	100	75	85	-	-	-	100	100	100	100	100	-
Angola	100	62	0	100	65	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	66
Antigua e Barbuda	-	85	0	100	-	0	100	0	33	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Armênia	75	100	100	100	94	80	100	100	93	100	100	100	80	100	100	0	70	87
Austrália	100	-	0	100	-	80	100	100	93	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Bangladesh	0	85	-	100	-	0	0	0	0	100	88	94	40	40	75	0	39	-
Barbados	100	77	75	0	63	60	0	0	20	0	0	0	80	80	100	0	65	44
Belize	0	100	0	100	50	0	0	0	0	0	100	50	60	80	100	0	60	42
Benin	100	100	50	100	88	80	100	50	77	100	100	100	100	100	100	100	100	91
Bielorrússia	100	85	75	100	90	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	0	69	87
Botswana	100	92	-	0	-	80	100	100	93	100	88	94	40	80	100	100	80	-
Burkina Faso	75	100	0	100	69	80	0	75	52	100	50	75	60	100	100	100	90	72
Burundi	75	92	50	100	79	40	0	75	38	0	100	50	100	100	100	0	75	64
Bélgica	-	-	100	0	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-
Camarões, Rep. Da	100	92	25	100	79	100	100	100	100	0	0	0	-	-	-	0	-	-
Camboja	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
Cazaquistão	75	69	75	100	80	100	100	0	67	0	0	0	100	100	100	0	75	63
Chade	100	100	75	100	94	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	75
China	100	62	-	100	-	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	0	75	-
Colômbia	100	92	75	100	92	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	97
Congo, Rep. De	100	100	-25	0	44	100	100	75	92	0	0	0	60	80	100	0	60	53
Congo, República Democrática do	100	92	-	100	-	80	100	75	85	-	-	-	100	100	100	0	75	-
Coréia, República Popular Democrática da	75	77	100	100	88	100	100	100	100	100	25	63	100	100	100	0	75	83
Costa Rica	100	77	25	0	50	100	100	0	67	0	0	0	100	100	100	100	100	62
Costa do Marfim	100	100	25	0	56	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	63
Dinamarca	100	100	50	100	88	80	100	75	85	100	100	100	80	80	100	100	90	90

	Assistência à saúde materna					Serviços que fornecem métodos contraceptivos				Educação sexual			HIV e HPV					Valor geral para todas as categorias, indicador ODS 5.6.2
	Assistência materna	Produtos que salvam vidas	Aborto	Atendimento pós-aborto	Média	Serviços de contraceção	Consentimento de contraceção	Contraceção de emergência	Média	Leis ref. Curriculo de Educação Sexual	Tópicos do Curriculo de Educação Sexual	Média	Serviços de ajuda e testes de HIV	Serviços de tratamento e assistência para o HIV	Sigilo sobre o HIV	Vacina contra o HPV	Média	
Egito	100	54	-50	100	51	60	0	50	37	0	0	0	80	80	100	0	65	44
El Salvador	100	100	-25	100	69	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	83
Finlândia	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
Gabão	100	100	0	100	75	40	0	25	22	100	100	100	40	100	50	0	48	58
Georgia	100	85	75	100	90	100	100	100	100	100	88	94	80	80	100	100	90	93
Grécia	100	62	75	0	59	100	0	0	33	0	0	0	80	80	100	100	90	54
Guatemala	100	85	-	0	-	80	100	75	85	100	100	100	80	80	100	0	65	-
Guiana	100	92	75	100	92	60	100	50	70	100	100	100	60	60	75	0	49	75
Guineia-bissau	100	100	100	0	75	80	100	75	85	0	100	50	80	80	100	0	65	70
Guiné Equatorial	-	100	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Guiné	100	100	-	100	-	100	100	100	100	-	100	-	100	100	100	0	75	-
Gâmbia	100	100	25	100	81	100	100	100	100	100	100	100	40	20	100	100	65	83
Haiti	100	92	0	100	73	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	65
Honduras	50	-	-25	0	-	80	100	0	60	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Índia	-	85	75	-	-	100	100	100	100	0	0	0	60	100	100	-	-	-
Iraque	75	77	0	0	38	80	0	0	27	0	0	0	80	100	100	0	70	39
Irã, representante islâmico de	100	100	0	-	-	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Japão	100	85	0	0	46	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	83
Letônia	100	31	75	0	51	0	100	0	33	100	100	100	100	100	100	100	100	70
Libéria	100	92	-	100	-	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Lituânia	100	92	75	100	92	80	100	75	85	100	100	100	60	60	100	100	80	88
Líbia	75	77	-25	0	32	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	0	75	33
Malauí	25	100	-50	75	38	80	100	100	93	100	100	100	80	80	100	100	90	76
Maldivas	0	92	25	0	29	0	0	0	0	100	63	81	100	100	100	0	75	45
Mali	100	100	50	100	88	80	100	100	93	0	0	0	100	100	100	100	100	79
Malta	100	100	-25	100	69	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90
Malásia	75	77	-25	75	50	80	100	75	85	100	100	100	100	100	100	100	100	81
Mauritânia	50	85	-25	0	27	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	100	62
Maurício	100	85	50	100	84	60	100	50	70	0	0	0	100	100	100	100	100	73
Moldova, República do	75	100	75	100	88	100	100	0	67	100	-	-	80	80	75	100	84	-
Montenegro	75	100	75	75	81	60	0	50	37	0	0	0	80	80	75	0	59	52
Moçambique	100	92	25	100	79	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94
Myanmar	100	92	-25	100	67	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	82
México	100	-	-	0	-	100	100	100	100	100	88	94	-	-	-	100	-	-
Quirguistão	100	92	50	50	73	60	100	50	70	100	88	94	60	100	100	0	65	73

	Assistência à saúde materna					Serviços que fornecem métodos contraceptivos				Educação sexual			HIV e HPV					Valor geral para todas as categorias, indicador ODS 5.6.2
	Assistência materna	Produtos que salvam vidas	Aborto	Atendimento pós-aborto	Média	Serviços de contraceção	Consentimento de contraceção	Contraceção de emergência	Média	Leis ref. Currículo de Educação Sexual	Tópicos do Currículo de Educação Sexual	Média	Serviços de ajuda e testes de HIV	Serviços de tratamento e assistência para o HIV	Sigilo sobre o HIV	Vacina contra o HPV	Média	
República Centro-Africana	100	100	0	100	75	60	100	50	70	100	88	94	100	100	100	0	75	77
República Democrática Popular do Laos	100	100	50	100	88	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96
República Tcheca	100	15	100	100	79	0	0	0	0	100	100	100	100	100	100	100	100	70
Suécia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Suriname	100	62	0	0	40	60	0	0	20	0	0	0	80	80	100	100	90	45
Suíça	100	100	0	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
Tanzânia, República Unida da	100	100	-	100	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-
República Árabe da Síria	100	85	-50	100	59	80	100	100	93	100	88	94	100	100	100	0	75	77
África do Sul	100	100	75	100	94	80	100	75	85	100	100	100	100	100	100	100	100	95
Somália	0	85	-	100	-	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Sudão do Sul	0	100	0	0	25	20	0	0	7	0	88	44	0	0	0	0	0	16
Sudão	100	85	25	100	77	60	0	75	45	0	0	0	100	100	100	0	75	57
Sri Lanka	100	77	-25	100	63	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	89
Uruguai	100	85	100	100	96	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99
Reino Unido	100	100	0	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
Uzbequistão	100	69	75	-	-	100	100	0	67	-	-	-	-	-	-	0	-	-
Iémen	25	100	0	100	56	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	63
Vietnam	50	77	25	0	38	80	0	75	52	0	100	50	100	100	100	0	75	54
Trinidad e Tobago	25	85	0	25	34	0	0	0	0	100	100	100	40	40	0	0	20	32
Togo	100	100	50	100	88	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	73
Tunísia	100	100	-	100	-	100	-	-	-	0	0	0	0	0	75	0	19	-
Ucrânia	100	69	75	100	86	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	88
Peru	100	100	0	100	75	80	100	75	85	-	-	-	80	100	100	0	70	-
Paquistão	100	92	-50	100	61	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	65
Nigéria	-	100	75	0	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-
Palestina*	100	77	-50	100	57	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	60
Filipinas	100	77	-25	100	63	60	100	0	53	100	100	100	80	80	100	100	90	75
Peru	100	-	-	100	-	80	100	100	93	100	100	100	100	100	100	100	100	-
Nepal	100	77	50	100	82	100	100	0	67	0	0	0	0	0	100	0	25	48
Namíbia	100	100	50	100	88	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96
Países Baixos	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
Níger	100	100	-	100	-	100	100	100	100	100	100	100	80	100	100	100	95	-

	Assistência à saúde materna					Serviços que fornecem métodos contraceptivos				Educação sexual			HIV e HPV				Valor geral para todas as categorias, indicador ODS 5.6.2	
	Assistência materna	Produtos que salvam vidas	Aborto	Atendimento pós-aborto	Média	Serviços de contraceção	Consentimento de contraceção	Contraceção de emergência	Média	Leis ref. Curriculo de Educação Sexual	Tópicos do Curriculo de Educação Sexual	Média	Serviços de ajuda e testes de HIV	Serviços de tratamento e assistência para o HIV	Sigilo sobre o HIV	Vacina contra o HPV		Média
Nova Zelândia	100	100	25	100	81	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94
Senegal	25	92	-	100	-	40	0	25	22	0	0	0	40	80	75	-	-	-
Arábia Saudita	75	-	-	-	-	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	0	75	-
Sérvia	100	92	25	100	79	100	100	100	100	100	0	50	100	100	100	100	100	86
Eslovênia	100	54	-	100	-	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	-
Serra Leoa	100	100	50	0	63	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	65
Federação Russa	100	77	-	100	-	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Romênia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	100	92	-	100	-	60	100	50	70	100	100	100	80	80	75	100	84	-
São Tomé e Príncipe	0	100	0	100	50	0	0	0	0	100	0	50	100	100	100	100	100	54
São Vicente e Granadinas	100	62	25	100	72	80	100	100	93	100	100	100	80	100	100	0	70	81
Zâmbia	100	100	50	100	88	60	100	75	78	100	100	100	100	100	100	100	100	91

Fonte: Base de dados globais do Fundo de População das Nações Unidas, 2020. Baseado em respostas oficiais à 12ª Pesquisa (12th Inquiry) das Nações Unidas entre Governos sobre População e Desenvolvimento.

Os valores negativos refletem a existência de mais restrições legais do que leis de apoio. Isso pode significar, por exemplo, que um país ou território tem restrições ao aborto, como exigir o consentimento do marido para que uma mulher casada tenha acesso ao aborto e que isso criminalize a obtenção do aborto.

"-" significa dados ausentes

* Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/19, que concedeu à Palestina "status de Estado observador não membro nas Nações Unidas ..."

e o bem-estar. Cerca de 75% dizem ter leis e regulamentos necessários para garantir o acesso total e igualitário à contraceção. Cerca de 71% têm leis que garantem o acesso aos "cuidados de saúde materna" em geral, que podem incluir serviços e suprimentos de saúde materna, assistência no aborto ou cuidados pós-aborto, e 56% afirmam ter leis que apoiam a educação sexual abrangente.

A análise dos valores gerais para o Indicador 5.6.2 revela que os países de qualquer nível de renda podem ter um desempenho bom ou ruim. Países de qualquer nível de renda podem criar um ambiente jurídico e regulatório favorável (Figura 11).

Saúde sexual e bem-estar

No contexto do HIV, quase todos os países informaram ter leis e regulamentos que garantem o acesso a serviços voluntários de aconselhamento e teste de HIV, tratamento e cuidados, e proteção de privacidade. Porém, em alguns desses países, ordenamentos jurídicos plurais podem impedir o acesso, sendo que alguns têm restrições de idade ou exigem o consentimento de terceiros.

Um pouco mais de 50% dos países pesquisados têm leis ou regulamentos em vigor para garantir o acesso de meninas adolescentes à vacina contra o HPV. Uma análise recente da experiência de introdução

de vacinas contra o HPV em 45 países de baixa e média rendas mostrou que o sucesso dependia, acima de tudo, de garantir vontade política e financiamento, mas também exigia planejamento sólido, mobilização social e comunicações claras (Howard e outros, 2017).

Contraceção e planejamento familiar

Noventa e um por cento de 104 países informaram ter leis e regulamentos que garantem o acesso a serviços contraceptivos, mas, em vários desses países, o acesso depende de uma

idade mínima, autorização de terceiros e estado civil.

Em 12% de 104 países em que as leis protegem o acesso a serviços que oferecem métodos contraceptivos, os ordenamentos jurídicos plurais contradizem tais leis e regulamentos que permitem o acesso. Embora 87% dos países pesquisados relataram ter leis e regulamentos que garantem o consentimento total, livre e informado dos indivíduos antes de receberem tais serviços – inclusive esterilização –, 9% desses países informaram a existência de ordenamentos jurídicos plurais que contradizem essas leis.

Cuidados de saúde materna

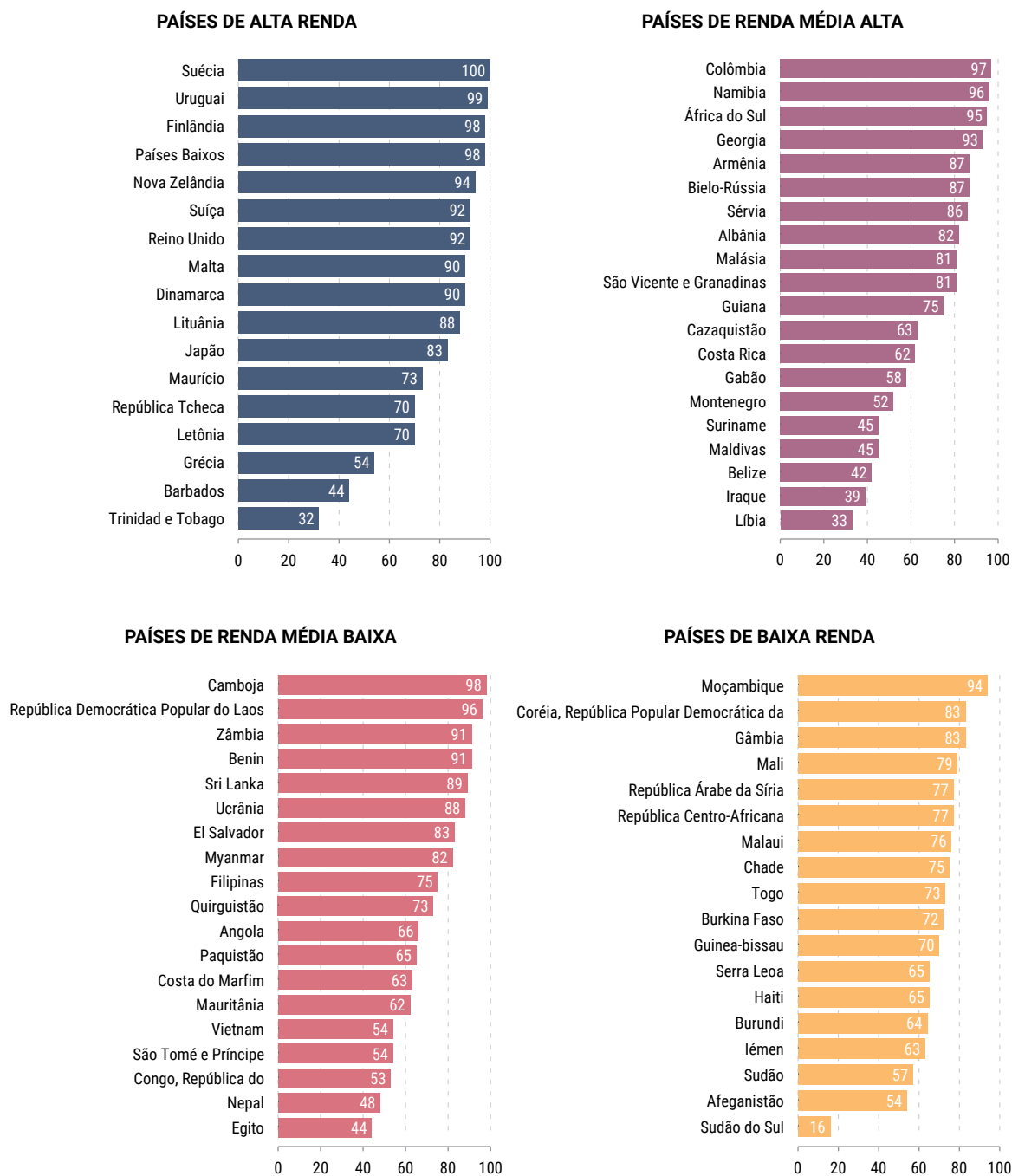
A dimensão da assistência à maternidade do Indicador 5.6.2 compreende quatro componentes: leis que garantem o acesso aos serviços de assistência à gestante, medicamentos e suprimentos que salvam vidas, ou “produtos”, aborto e assistência pós-aborto. Os dados sobre cada um deles são explorados abaixo.

Noventa e cinco por cento de 79 países relataram ter leis e regulamentos para



FIGURA 11

Valores gerais para o Indicador 5.6.2, mostrando que a existência de leis e regulamentos de apoio à saúde sexual e reprodutiva não depende do nível de renda de um país, valor expresso como porcentagem



Leis à parte: a realidade do **acesso desigual ao aborto**

“Uma mulher foi trazida de um vilarejo remoto e estava em estado muito grave... Ela tinha tentado induzir um aborto sozinha”, lembrou Nuriye Ortayli, que trabalhou como obstetra e ginecologista na Turquia nas décadas de 1980 e 1990. “Todos, residentes mais jovens, pessoas mais velhas, tentaram por mais de 12 horas, quase 24 horas. Tentamos tudo o que podíamos. Mas ela morreu.”

No entanto, a história da Dra. Ortayli não é sobre um aborto ilegal e clandestino. Serviços de aborto seguro estavam legalmente disponíveis na Turquia na época. “Se ela pudesse ter vindo ao

hospital... Isso poderia ser feito com anestesia local,” disse ela. Em vez disso, sua história é sobre uma realidade enfrentada por mulheres e profissionais de saúde em todo o mundo: os abortos acontecem, com frequência, mesmo em lugares onde o procedimento é altamente restrito ou ilegal (Bearak e outros, 2020), e às mulheres geralmente é negado o acesso ao aborto seguro, mesmo em locais onde ele é legalmente permitido (Gerds e outros, 2015). Não importa a lei; muitas vezes, são outros fatores – como recursos econômicos, distância dos serviços ou normas sociais – que determinam se uma

mulher terá acesso a um aborto seguro ou não.

A Dra. Ortayli viu esse fenômeno se desenrolar tanto como médica na Turquia quanto como gerente de programa e consultora de saúde reprodutiva para organizações de saúde – inclusive o UNFPA –, na Europa Oriental, no Oriente Médio, na África Ocidental e nas Américas. “Nós vemos isso de novo, e de novo. Não obstante o *status* jurídico do aborto em um país, as mulheres tomam essas decisões e encontram um caminho”, disse ela. “Os ricos, de alguma forma, conseguem ter uma saúde melhor do que os outros, porque têm

“Não obstante o status jurídico do aborto em um país, as mulheres tomam essas decisões e encontram um caminho”



Não importa a situação legal do aborto, as mulheres com meios tendem a encontrar uma maneira de acessar o procedimento, enquanto as mulheres sem recursos enfrentam riscos elevados. Arte original por Naomi Vona; foto by JESHOOOTS em Unsplash.

oportunidades, têm dinheiro, têm redes. Aqueles que estão em desvantagem econômica, social ou cultural sofrem mais.”

Por outro lado, mesmo quando o aborto era estritamente proibido em quase todas as

circunstâncias na Irlanda, um grande número de mulheres que desejavam o procedimento podiam viajar para o exterior para obtê-lo. “Em um grande número de casos, se as mulheres estivessem decididas a fazer um aborto,

elas acabariam conseguindo fazê-lo”, disse Cairtriona Henchion, diretora médica da Associação Irlandesa de Planejamento Familiar.

Para muitas – até mesmo para a maioria – das mulheres,

a lei não impedia o aborto, mas “muitas vezes poderia resultar em uma longa demora para realmente conseguir obtê-lo”, disse Henchion. “Todo o tempo em que elas ficavam esperando era um período de grande estresse e ansiedade... [e] obviamente teria havido um risco maior associado ao procedimento que elas estavam tendo”.

Aquelas que não conseguiam obter um aborto viajando ao exterior eram “um grupo relativamente pequeno”, disse ela, “principalmente mulheres que tinham um inglês ruim ou que não tinham cidadania plena nem os direitos que a acompanham” – como a capacidade de facilmente deixar o país e retornar – “adolescentes que podem ter necessitado do consentimento dos pais, pessoas que não tinham dinheiro para viajar... Ou pessoas que não tinham ninguém para quem contar [a gravidez] ou ninguém que pudesse ajudá-las.”

Embora a Dra. Henchion não pudesse realizar o aborto na época, ela podia e fazia o atendimento pós-aborto, geralmente depois que as mulheres obtinham pílulas ilegalmente para induzir o aborto medicamentoso. “Na maioria dos casos, é seguro e direto, e as pessoas não terão

problemas ou complicações”, então apenas uma fração dos abortos realizados dessa forma chamou a atenção do sistema de saúde, explicou ela. Ainda assim, era “comum o suficiente” receber pacientes com sangramento intenso ou prolongado e “mulheres que provavelmente tomaram pílulas abortivas em casa em uma gestação mais avançada do que pensavam, ou do que deveriam ter se fossem usar esse método.”

Essas circunstâncias eram desafiadoras para os médicos, lembrou a Dra. Henchion. Às vezes, as pacientes literalmente imploravam por informações sobre o aborto ou referências que ela legalmente não podia fornecer. No final, as regras pareciam criar um resultado para as pessoas com dinheiro e recursos e outro resultado para as que não tinham. “É assim que sempre senti”, disse ela. Ela foi uma das principais defensoras da legalização do aborto na Irlanda, uma mudança que ocorreu após um referendo em 2018.

Mas, mesmo hoje, as mais desfavorecidas continuam enfrentando barreiras e riscos maiores. “Existem algumas partes do país que realmente quase não têm acesso em termos de prestadores de assistência médica”, disse

a Dra. Henchion. Algumas mulheres ainda precisam viajar para ter acesso ao aborto seguro, incorrendo em todos os atrasos e custos associados. Imigrantes sem documentos e pessoas que não falam inglês também continuam a enfrentar desafios.

A Dra. Ortayli descreveu uma frustração semelhante. “Tive um consultório particular por sete ou oito anos em Istambul, e tive muitas clientes vindas do Golfo, onde [o aborto] é mais restrito. Claro, essas mulheres eram mulheres que podiam pagar.” Ao mesmo tempo, ela sabia que as mulheres vulneráveis em seu próprio país enfrentavam dificuldades para receber o mesmo nível de atendimento, seja por causa da distância dos serviços ou das regras de permissão do cônjuge. “Tenho visto homens às vezes usarem isso como uma arma contra as mulheres. Por exemplo, se uma mulher deseja o divórcio, mas fica grávida, e ele não a deixa fazer um aborto para amarrá-la.”

Ainda assim, ela estava feliz que a opção de interromper a gravidez estivesse disponível na Turquia, mesmo que o acesso fosse desigual. Ela se lembra de ter ficado arrasada quando sua paciente morreu após o aborto inseguro. Um médico mais experiente

disse a ela que costumava ser pior. “Ele disse que, antes da liberalização da lei [do aborto], na mesma enfermaria, perdíamos mulheres como ela, talvez duas ou três por semana.”

E, paradoxalmente, diz Henchion, a legalização do aborto na Irlanda deu a muitas mulheres mais uma opção: a escolha de mudar de ideia. Antes, quando as mulheres tinham que viajar para o exterior para fazer um aborto, elas podiam se sentir compelidas a se submeter ao procedimento depois de despender tempo e recursos para organizá-lo. “A pressão sobre elas para realmente tomarem a decisão era enorme... Esta é sua única chance de ter ou não.” Entretanto, hoje, diz ela, “você pode realmente dar às pessoas todas as informações e dar-lhes espaço e tempo”.

Ela diz que essas mudanças fazem uma diferença ainda maior agora, durante a pandemia da Covid-19. “Quando você pensa sobre as limitações [relacionadas à pandemia] nas viagens, estaríamos diante de uma situação muito, muito séria se não tivéssemos legalizado quando o fizemos... Houve muitas gestações provocadas pela crise causada pela Covid, pessoas que talvez tenham perdido o emprego ou sua situação tenha mudado totalmente, e elas ainda podem ter acesso a esse atendimento.”

garantir o acesso aos serviços de saúde materna. No entanto, o acesso aos serviços em alguns desses países depende do estado civil, da idade e da autorização de terceiros, como pais ou cônjuge.

Apenas 44% desses países relataram que sua lista nacional de medicamentos essenciais incluía todos os 13 produtos considerados pela Comissão das Nações Unidas sobre Produtos Básicos que Salvam Vidas para Mulheres e Crianças, como “salvadores de vidas” nas áreas reprodutiva, materna, neonatal e saúde infantil. Dos 13 produtos desta lista, três são anticoncepcionais – preservativos femininos, implantes anticoncepcionais e anticoncepcionais de emergência – e sua inclusão nas listas nacionais de medicamentos essenciais foi menor do que qualquer um dos outros 10 produtos.

Noventa e três por cento dos 79 países informaram que o aborto é legal em alguns ou todos os casos, com cerca de 90% permitindo o aborto para salvar a vida de uma mulher, cerca de 80% permitindo-o para a preservação da saúde física da mulher ou em alguns casos de comprometimento fetal, e um pouco mais de 60% permitindo-o em casos de estupro.

A restrição ao aborto citada com mais frequência nesses países é a exigência de autorização por um profissional médico. Essa restrição pode ser interpretada como discriminação contra pessoas que enfrentam barreiras para acessar os serviços de saúde em geral ou cujos profissionais de saúde se recusam a realizar o aborto por causa de

crenças pessoais ou prevalentes na sociedade contra esse procedimento. O aborto medicamentoso é uma opção segura que não requer necessariamente o envolvimento direto de um médico. Com esse tipo de aborto, o atendimento pode ser prestado por um leigo nas farmácias onde os comprimidos são vendidos, por outros profissionais de saúde ou por telemedicina e linhas diretas para o aborto seguro.

Os países em que as mulheres podem ter acesso legal aos serviços de aborto e têm acesso a informações, e a todos os métodos de contracepção, têm as taxas de aborto mais baixas (Grupo de Trabalho das Nações Unidas sobre Discriminação Contra as Mulheres na Lei e na Prática, 2017). Um estudo baseado em dados de 61 países descobriu que naqueles em que o aborto é completamente proibido ou permitido apenas para salvar a vida da mulher ou sua saúde física, apenas 25% dos abortos eram seguros. Em países onde o aborto é legal em bases mais amplas, quase 90% dos abortos eram seguros (Ganatra e outros, 2017). O aborto é considerado seguro quando realizado por método recomendado pela Organização Mundial da Saúde adequado à duração da gravidez e quando a pessoa que realiza o aborto possui as habilidades necessárias. Esses abortos podem ser feitos com comprimidos (abortos médicos) ou por meio de procedimentos ambulatoriais.

Declarações internacionais, como o Programa de Ação da CIPD, dizem que o atendimento pós-aborto deve estar universalmente disponível, independentemente da situação legal do aborto. No entanto, apenas cerca de 80% dos 79 países com dados disponíveis

têm leis ou regulamentos que garantem o acesso ao atendimento pós-aborto, não importando a situação legal do aborto. Essa incompatibilidade entre as estruturas jurídicas internacionais e as leis nacionais em alguns países cria lacunas nos serviços, podendo contribuir para a mortalidade e morbidade materna.

Educação e informação abrangente sobre sexualidade

Apenas 62% dos países pesquisados têm leis, regulamentos ou políticas nacionais que tornam a educação sexual abrangente um componente obrigatório dos currículos escolares nacionais.

Limitações do indicador

Nenhum indicador pode capturar toda a história, no que diz respeito aos ambientes jurídicos e regulatórios. A complexidade dessas estruturas no papel, com várias leis e regulamentações impactando os resultados de saúde e um longo caminho desde a existência de leis até sua implementação total, torna isso impossível. Como resultado, existem poucas associações claras entre o desempenho de um país no Indicador 5.6.2 e resultados relevantes de saúde sexual e reprodutiva naquele país. Os dados do Indicador 5.6.2 fornecem um ponto de entrada para uma investigação mais profunda sobre os pontos fortes e fracos das leis e dos regulamentos, conforme existem no papel e em sua implantação.

Todas as leis e regulamentos avaliados no Indicador 5.6.2 referem-se apenas ao lado da oferta de serviços de saúde, o que pinta um quadro grave, porém incompleto. Também é necessária uma compreensão mais profunda das leis e de muitas outras forças

que apoiam ou diminuem a autonomia e o empoderamento das mulheres em geral e como essas forças afetam mais diretamente o poder de decisão do indivíduo em questões de saúde sexual e reprodutiva.

Além disso, o Indicador 5.6.2 abrange apenas uma seleção das áreas da saúde que estão associadas à autonomia corporal. O indicador não cobre as leis que regem outras questões importantes, como estupro dentro do casamento, autodeterminação da identidade de gênero, cirurgias genitais no caso de bebês intersexuais e atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo.

Outras leis que regem a prestação de serviços de saúde também são importantes para a autonomia corporal, mas não estão incluídas no Indicador 5.6.2. Essas leis incluem disposições para não discriminação, privacidade e acesso à justiça. Por exemplo, onde as identidades das pessoas ou sua profissão podem ser criminalizadas – como no caso de pessoas transgênero ou profissionais do sexo, o estigma e a discriminação nas unidades de saúde são frequentemente considerados elevados, agindo, então, como uma barreira ao acesso a serviços que podem desempenhar um papel na proteção da autonomia corporal (Comissão Global sobre HIV e a Lei, 2012).

Reformas legislativas recentes abrem caminho para a mudança

Países em todo o mundo estão promulgando leis e regulamentos com a intenção de garantir saúde e direitos sexuais e reprodutivos plenos

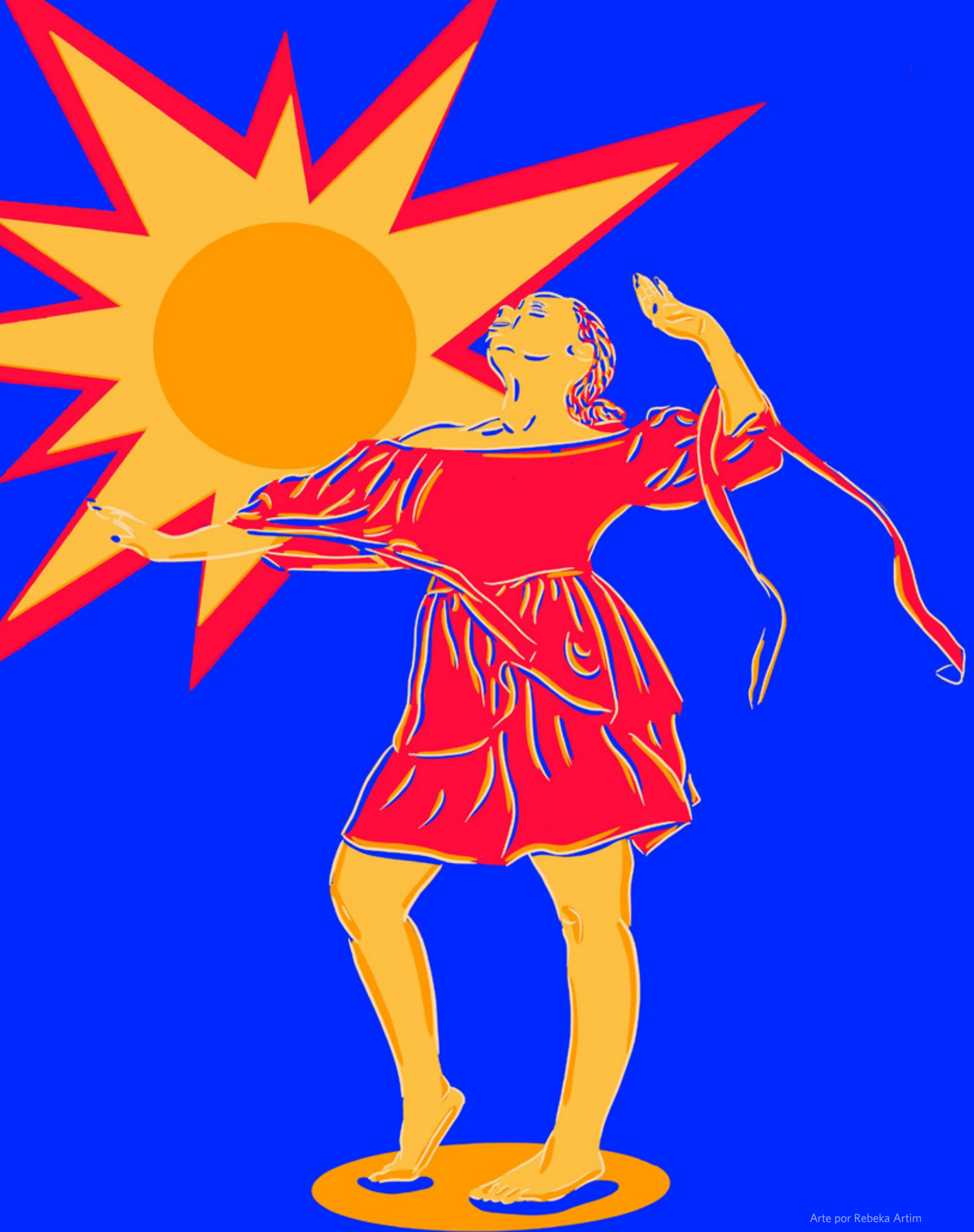
e iguais. Embora o impacto dessas mudanças positivas ainda não tenha sido avaliado, elas são primeiros passos importantes para garantir a autonomia corporal.

Na Tunísia, por exemplo, o estupro marital antes não era considerado crime. No entanto, em 2017, o Parlamento aprovou uma lei abrangente de violência baseada no gênero que incluía a criminalização explícita do estupro marital. A nova lei também eliminou uma brecha pré-existente que permitia que estupradores escapassem da punição caso se casassem com a mulher (ou menina) que estupraram (McCormick-Cavanagh, 2017).

Em Malta, a Lei de Identidade de Gênero, Expressão de Gênero e Características do Sexo de 2015 reconheceu o direito à “integridade corporal e autonomia física” como parte do direito à identidade de gênero. A lei proíbe “qualquer tratamento de atribuição de sexo e/ou intervenção cirúrgica sobre as características sexuais de um menor, cujo tratamento e/ou intervenção possa ser adiado até que a pessoa a ser tratada tenha condições de dar seu consentimento informado” (Cabral, 2015).

Na Irlanda, em 2015, foi aprovada uma lei permitindo que pessoas transgênero com mais de 18 anos declarem seu sexo sem a necessidade de um atestado médico ou de outras intervenções por parte das autoridades estaduais (*Transgender Europe*, 2015). A Irlanda foi o quarto país do mundo, depois da Dinamarca, de Malta e da Argentina, a introduzir tal lei (Heidari, 2015).

E Botswana, em 2019, tornou-se o último país da África a descriminalizar a conduta sexual entre pessoas do mesmo sexo ou atos entre adultos, mediante consentimento mútuo, citando direitos à privacidade, dignidade e não discriminação (Esterhuizen, 2019).



○ PODER DE DIZER SIM, ○ DIREITO DE DIZER NÃO

Alcançar a autonomia corporal depende da igualdade de gênero e da expansão das escolhas e oportunidades para mulheres, meninas e grupos excluídos

Mulheres e movimentos de mulheres sempre souberam, no fundo, que escolha é poder. E que não há escolhas mais fundamentais do que aquelas relacionadas ao próprio corpo.

Reivindicar o direito de fazer escolhas parece ser um conceito moderno, mas foi em 400 a.C. que a ginecologista grega Agnodice se recusou a reconhecer uma lei que proibia mulheres médicas e privava as mulheres do poder de escolha. Levada ao tribunal por tratar pacientes mesmo assim, ela ganhou o caso, e a lei foi revogada. Os séculos, desde então, vêm ecoando as vozes das mulheres que insistem na autonomia e na

escolha, até chegar aos movimentos de mulheres das últimas décadas, que clamaram “nossos corpos, nossa escolha” como um grito de guerra.

A autonomia corporal envolve muitas questões, mas todas convergem para o poder de tomar as próprias decisões. Acompanhar a autonomia corporal de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável enfatiza três dimensões críticas: a capacidade de tomar suas próprias decisões sobre cuidados de saúde; contracepção, e sexo. No entanto, muitas outras questões influenciam essas decisões. Pouco progresso será feito sem demolir uma barreira subjacente à

tomada de decisões: a discriminação de gênero, que está entrelaçada em toda a trama do tecido social de nossas sociedades, economias e arranjos políticos, sustentada por privilégios e poder, ainda em grande parte detidos pelos homens.

O poder de fazer escolhas é assim tão importante porque é o pilar que sustenta muitos outros direitos e porque os benefícios vão em muitas direções. Uma mulher que pode tomar suas próprias decisões sobre sexo, contracepção e saúde reprodutiva também tende a gozar de melhor saúde em geral, possuir bens, ter um emprego remunerado, ter mais tempo para lazer e evitar a violência de gênero. Se ela escolher ter filhos, é mais provável que sejam saudáveis (UNFPA, 2020e)

Não há dúvida de que hoje as mulheres e meninas estão começando a enfrentar menos discriminação de gênero. Os ganhos em igualdade de gênero e as opções disponíveis para mulheres e meninas são evidentes em todos os lugares, mas, mesmo assim,

o objetivo da igualdade e do poder de tomar decisões estão longe de serem realizados. Mulheres e meninas enfrentam violações contínuas e flagrantes de seus direitos, ainda mais se também sofrem discriminação por causa de sua raça, idade, orientação sexual, renda ou condição de deficiência.

Ser capaz de tomar decisões significativas depende tanto de indivíduos empoderados – que têm informações e autonomia para agir – quanto do ambiente – desde as famílias até os sistemas jurídicos, que defendem e respeitam totalmente as escolhas individuais. Essas ideias combinadas estão no cerne do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e da Declaração e Plataforma de Ação de Pequim. Essas ideias estão refletidas também na *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* e na Declaração de Nairóbi de 2019 sobre ICPD25, que demandou proteção e garantia de “todos os direitos dos indivíduos a integridade corporal, autonomia e direitos reprodutivos, bem como acesso a serviços essenciais de apoio desses direitos”.

Esses compromissos agora servem como pedras de toque para uma nova campanha global Geração Igualdade, mobilizada em torno do vigésimo quinto aniversário da Plataforma de Pequim e empenhada em alcançar a igualdade de gênero até 2030. Conectando pessoas de todas as idades e origens, que sejam destemidas e fervorosas ao demandar mudança, a [campanha] Geração Igualdade tem a chance de ver a escolha e a autonomia finalmente, irrevogavelmente, alcançando a todos. O que ainda é necessário para se chegar lá?

A autonomia depende da igualdade de gênero

Alcançar a autonomia corporal para mulheres e meninas depende, acima de tudo, de alcançar

**O PODER DE FAZER
ESCOLHAS É ASSIM TÃO
IMPORTANTE PORQUE É
O PILAR QUE SUSTENTA
MUITOS OUTROS
DIREITOS E PORQUE
OS BENEFÍCIOS VÃO EM
MUITAS DIREÇÕES**

a igualdade de gênero. Embora seja uma meta ousada, a igualdade de gênero também é consenso internacional, uma vez que constitui o quinto Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, e o propósito da Declaração e Plataforma de Ação de Pequim. Todos os países podem fazer mais para alcançar a igualdade de gênero, uma vez que nenhum deles ainda chegou lá.

Os governos têm um papel de liderança a desempenhar na busca pelo atingimento dessa meta. Ao cumprir suas obrigações nos termos dos tratados de direitos humanos, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e a Convenção sobre os Direitos da Criança, os governos podem alterar as estruturas sociais, políticas, institucionais e econômicas que reforçam e fazem prosperar normas desiguais de gênero.

Um avanço fundamental advém do fim das desigualdades em serviços públicos, legislaturas e posições de liderança, de modo que as perspectivas das mulheres informem e orientem as políticas e regulamentações que afetam os direitos e as escolhas das mulheres. Alguns países promoveram avanços ao trazer mais mulheres para cargos eletivos, inclusive por meio do uso de cotas e outras medidas especiais, mas tais mudanças podem ter um impacto maior quando são acompanhadas por sistemas, instituições ou “mecanismos” mais fortes e adequadamente financiados, como são referidos na Plataforma de Ação de Pequim, para a promoção da igualdade de gênero.

Da forma como está agora, muitos mecanismos nacionais para a igualdade de gênero são mal financiados ou são financiados por países doadores, cujas prioridades podem não estar alinhadas com as dos países em desenvolvimento. E enquanto cerca de três quartos dos países

afirmam que a igualdade de gênero é essencial para sua estratégia nacional de implantação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, apenas metade envolve instituições nacionais para a igualdade de gênero na formulação dessas estratégias (UN ECOSOC, 2019).

Um número crescente de governos, a começar pela Suécia em 2014, tem adotado uma “política externa feminista”. Tal política, de acordo com o Centro para Política Externa Feminista [*Centre for Feminist Foreign Policy*], é uma “estrutura de política multidimensional que visa elevar as experiências e a autonomia das mulheres e de grupos marginalizados...”. Embora seja um desenvolvimento encorajador, a política externa feminista só fará diferença se for além da “*fem-washing*” [i.e., estratégia de marketing que utiliza o conceito de empoderamento feminino], quando a retórica não encontra a realidade.

Um ponto de início poderia envolver o desenvolvimento internacional oficial e a ajuda humanitária. Em 2018, apenas cerca de 4% da ajuda total fornecida pelos 30 maiores doadores apoiaram programas que tinham a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres como o objetivo principal.

Olhando mais à frente, uma questão urgente provavelmente girará em torno de níveis recordes de dívida pública. Muitos países estão à beira de uma nova onda de austeridade fiscal, afetando, por uma estimativa pré-pandêmica, quase três quartos das mulheres e meninas em todo o mundo. As decisões sobre tais medidas de austeridade raramente refletem o alinhamento com a igualdade de gênero. Elas tendem a reduzir os serviços públicos, os salários e a qualidade do emprego em geral, atingindo as mulheres pobres com mais força. Mesmo em meio a grandes desafios, os

No UNFPA, realizar a autonomia corporal é tudo o que fazemos

Por mais de 50 anos, o UNFPA tem sido o principal defensor no mundo do direito à autonomia corporal. Como agência de saúde sexual e reprodutiva das Nações Unidas, nossa missão é proporcionar um mundo onde toda gravidez seja desejada, todo parto seja seguro e o potencial de todo jovem seja realizado. Nossos programas operam em mais de 150 países e territórios, com 80% da população mundial, e todos os programas, de uma forma ou de outra, promovem a realização dos direitos e das escolhas que definem a autonomia.

Para mulheres, meninas e jovens em todo o mundo, o UNFPA oferece cuidados de saúde acessíveis e de qualidade, uma variedade de anticoncepcionais modernos, informações precisas e empoderadoras, e proteção contra práticas prejudiciais, como casamento precoce e todas as outras formas de violência de gênero.

Somos o maior fornecedor mundial de contraceptivos doados a países em desenvolvimento. Em 2019, esses anticoncepcionais deram autonomia às mulheres para tomar decisões que ajudaram a evitar cerca de 14 milhões de gestações indesejadas e 3,9 milhões de abortos inseguros.

Nosso apoio às opções de saúde materna para mulheres em todo o mundo é especialmente significativo nos 32 países em cinco regiões com as taxas mais altas de mortalidade e morbidade materna. Em 2019, 29.000 parteiras receberam educação e treinamento, enquanto 2.700 tutores de obstetrícia aperfeiçoaram suas habilidades, expandindo as opções de cuidados de saúde acessíveis e de qualidade para mulheres.

Visto que a gravidez precoce é frequentemente uma consequência de pouco ou nenhum acesso à escola, informação ou cuidados de saúde, o UNFPA ajuda a proteger e efetivar os direitos e as escolhas das adolescentes por meio de educação integral em sexualidade e defendendo que as meninas concluam seus estudos.

A colaboração com o UNICEF sustenta o maior programa global do mundo para acelerar a erradicação da mutilação genital feminina em 17 países onde a prática é mais prevalente. Entre outras realizações, o programa foi pioneiro em estratégias para mudar as normas sociais no sentido de acabar com uma prática que prejudica a integridade corporal já no início da vida.

A colaboração com o UNICEF também sustenta programas para eliminar o casamento infantil até 2030. Todos os anos, cerca de 12 milhões de meninas são submetidas a essa prática, o que pode afetar significativamente seu poder de tomar decisões, não apenas sobre cuidados de saúde, contracepção e sexo, mas também sobre escolaridade, meios de subsistência e participação nos assuntos da comunidade.

Na qualidade de uma das entidades líderes das Nações Unidas comprometida com a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres, o UNFPA atua com o objetivo de proteger as sobreviventes da violência de gênero, fornecendo uma combinação de serviços essenciais, inclusive durante crises humanitárias.

A realização da autonomia corporal é, em certo sentido, a medida do papel do UNFPA no mundo: é o nosso propósito. E somente quando todas as mulheres e meninas a realizarem, sem exceção, nossa missão estará completa.



Arte por Kaisei Nanke

governos podem moldar as políticas monetárias e fiscais de maneira a proteger os serviços que sejam essenciais para a igualdade e autonomia, e promover o pleno emprego e a criação de trabalho decente (UN ECOSOC, 2019), mas isso exigiria, em parte, liberdade de ação no serviço da dívida internacional, algo que poderia ser defendido ao amparo de uma política externa feminista.

Autonomia requer que se vejam as conexões

Este relatório concentra-se nas escolhas e na autonomia corporal relacionadas à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, em linha com algumas das metas de igualdade de gênero definidas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Esse é um importante ponto de partida, uma vez que o poder de decidir nessas áreas pode determinar decisões em muitas outras partes da vida. Contudo, a escolha e a autonomia corporal das mulheres estão comprometidas em muitas frentes, as quais estão altamente interconectadas e reforçam-se mutuamente. Indústrias e setores inteiros da economia, por exemplo, prosperam porque as mulheres fazem trabalhos tediosos e mal pagos, em condições de trabalho marginais que podem prejudicar sua saúde e longevidade. As mulheres em muitas sociedades sofrem as indignidades – ou pior do que isso – do assédio sexual, que pode definir as decisões sobre as escolhas sobre se mudar ou até mesmo ir a espaços públicos.

O ímpeto para considerar os diversos elementos de autonomia e as inúmeras maneiras como eles se cruzam vem da nova Coalizão de Ação das Nações Unidas sobre Autonomia Corporal e Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos. Parte integrante dos preparativos do Fórum Geração Igualdade para marcar o vigésimo quinto aniversário da Declaração de Pequim, a coalizão está encarregada



Arte por Kaisei Nanke

de colocar ações ambiciosas na mesa, a fim de impulsionar as melhorias nos direitos das mulheres nos próximos cinco anos. O UNFPA é a agência das Nações Unidas designada como um dos líderes da coalizão.

Em geral, mulheres e adolescentes precisam de mais opções que apoiem suas escolhas em termos imediatos e práticos – por exemplo, por meio de oportunidades iguais para educação de alta qualidade e o trabalho decente. Todavia,

mesmo medidas bem-intencionadas podem falhar se não conseguirem estabelecer vínculos e contribuir ativamente para a transformação de sistemas que consolidam a discriminação de gênero. Os programas de empreendedorismo feminino, por exemplo, embora populares em muitos setores e com potencial para melhorar o bem-estar econômico das mulheres e a capacidade de fazer escolhas, só podem ir até certo ponto sem eliminar os múltiplos preconceitos no trabalho e em sistemas de proteção social, assistência médica, planos de aposentadoria, acesso a ativos e serviços financeiros, acesso a mercados e proteções trabalhistas (UN ESCAP e UN Women, 2020).

Autonomia requer mudanças de normas e abertura de oportunidades

Houve avanços importantes no entendimento sobre como alterar as normas sociais que mantêm a discriminação de gênero e outras formas de discriminação intactas. Isso inclui campanhas de *advocacy* e comunicação, além do trabalho dentro das comunidades para aumentar a conscientização sobre como todos – mulheres, homens, meninos e meninas – podem se beneficiar de sociedades com igualdade de gênero.

O programa MenCare, apoiado pelo UNFPA na Geórgia, é um modelo que outros países poderiam adaptar às circunstâncias locais. Promove o envolvimento dos homens como pais e cuidadores de forma equitativa, a fim de obter melhor saúde e bem-estar familiar, e encoraja os homens a apoiarem a igualdade de gênero. Também contribui para melhor comunicação, consentimento e tomada de decisão dos casais – o que, por sua vez, pode promover melhor autonomia corporal para mulheres e meninas.

Medidas como essas devem ser combinadas com outras mais amplas e sistêmicas que apoiem e até incentivem novas formas de pensar. O reequilíbrio do fardo injusto do trabalho de assistência não remunerado imposto a mulheres e meninas, por exemplo, requer não apenas que os homens se apresentem e façam a parte que lhes cabe, mas que as famílias tenham acesso, a preços acessíveis, a serviços essenciais que aliviam a carga desse tipo de trabalho, desde atendimento de qualidade a crianças e idosos até abastecimento confiável de água e eletricidade.

A autonomia depende de leis que permitam, não restrinjam

As leis podem não ser uma panaceia para corrigir déficits de escolha e autonomia, mas estabelecem padrões e garantem a responsabilização ao garantir o direito de se buscar justiça para quando esses padrões forem quebrados. Elas podem ter o maior impacto quando se alinham com os princípios e compromissos de direitos humanos globalmente estabelecidos que os países assumiram com relação aos direitos das mulheres, à igualdade de gênero e à saúde sexual e reprodutiva.

Na maioria dos países, ter compromissos constitucionais explícitos com os direitos das mulheres e a igualdade de gênero significa abrir a porta para a correção da discriminação nas leis e na prática jurídica. No entanto, embora 191 constituições agora incluam algumas disposições sobre igualdade e não discriminação, apenas 24 têm dispositivos independentes sobre os direitos das mulheres (UN ECOSOC, 2019).

Os dispositivos constitucionais explícitos para a aplicação de tratados internacionais, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, têm tido

êxito em fazer avançar os direitos das mulheres, fornecendo uma fonte extra de direito para resolver as contradições internamente. Uma análise recente de 62 decisões judiciais em 30 países verificou que as referências mais frequentes à Convenção foram em decisões relacionadas ao direito de família ou à família, seguidas por casos de violência de gênero. Isso demonstra os desafios que os tribunais enfrentam para promover a igualdade das mulheres em relação aos costumes amplamente apoiados e praticados (ONU Mulheres e IDEA, 2017).

Avaliar leis de responsabilidade de gênero e alinhamento com os padrões de direitos humanos pode ser um passo para remover vestígios de discriminação e desigualdade. Em alguns países, uma instituição nacional de direitos humanos pode orientar de forma abrangente sobre a reforma na legislação, examinando a discriminação em todas as suas formas, e em todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais (UNFPA, 2020c). Tal processo poderia encorajar a adoção de leis que garantam o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva sem discriminação de qualquer tipo, se estes ainda não existirem. Pode ajudar a remover contradições, como requisitos para consentimento de terceiros e restrições relacionadas ao estado civil. O desalinhamento entre a idade de consentimento para a atividade sexual e para o acesso a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva deve ser resolvido, de maneira que assim que adolescentes puderem fazer sexo legalmente, eles possam ter acesso a informações e serviços.

Fazer escolhas deve se manter na prática jurídica

Considerando que as normas sociais discriminatórias se infiltram nos sistemas judiciários com a mesma eficiência que em outras

instituições em uma sociedade, elas podem levar a resultados discriminatórios, mesmo que a letra da lei esteja corretamente alinhada com os direitos humanos e a igualdade de gênero. O pano de fundo social pode, de fato, ser tão determinante da justiça quanto a própria lei.

O Nepal, por exemplo, tem uma sociedade altamente patriarcal e disparidades de gênero agudas. Para neutralizar esses padrões e garantir que reformas jurídicas recentes e substanciais que apoiam a igualdade de gênero sejam realmente implementadas, o país estabeleceu de forma proativa mecanismos fortes de fiscalização e responsabilização. Entre eles, há uma Comissão Nacional da Mulher, encarregada pela Constituição a investigar regularmente questões relacionadas com as mulheres e a lei. As medidas para aumentar o número de mulheres policiais envolveram o estabelecimento de unidades de mulheres policiais em todos os 77 distritos do país. Desde então, a notificação de casos de violência doméstica aumentou mais de oito vezes (Akhmetova e outros, 2020).

Existem alguns indícios de um crescente reconhecimento por parte dos tribunais de que as regras e práticas patriarcais (quaisquer que sejam suas fontes) não podem ser sustentadas em conflito com a mudança nas atitudes sociais e com os valores constitucionais. Vários casos de violência de gênero viram os tribunais definir a discriminação com base em motivos religiosos ou culturais como inconstitucional, como foi o caso da mutilação genital feminina em Uganda. No Paquistão, o Tribunal Superior de Lahore não apenas rejeitou um argumento baseado na religião, mas se referiu aos princípios islâmicos para manter a sentença proferida pelo assassinato da filha, do genro e do(da) neto(a) do autor do crime (ONU Mulheres e IDEA, 2017).

Mover-se nessa direção exige que os membros do Judiciário e da polícia não apenas estejam cientes das leis elaboradas para defender os direitos e a autonomia das mulheres, mas também sejam capazes de examinar suas próprias suposições e seus preconceitos, e como eles podem operar ao julgar ou relatar casos. Com esse conhecimento, as autoridades judiciais podem ser incentivadas a aplicar técnicas interpretativas inovadoras, tais como a análise de fatores no contexto social e avaliações rotineiras de gênero para determinar se grupos de mulheres ou meninas seriam afetados negativamente por uma sentença judicial.

Mulheres e meninas também precisam estar cientes dos direitos garantidos pela lei e de onde podem buscar justiça caso tais direitos sejam violados. Uma vez que muitas questões em torno da autonomia corporal operam em campos profundamente pessoais, por trás de barreiras reforçadas por noções de espaços públicos e privados, bem como discriminação de gênero, pode ser importante apoiar as organizações de direitos das mulheres como sendo a linha de frente para ter esse alcance. Frequentemente, com melhor acesso às mulheres nas famílias e comunidades, elas podem ajudar a estabelecer uma ponte entre as mulheres e seus direitos legais. Elas também podem detectar padrões de discriminação entre grupos marginalizados que eventualmente poderiam ser retificados por meio de legislação de interesse público.

Escolhas de saúde centradas na paciente

Mulheres e meninas não podem realizar a autonomia corporal sem ter acesso a assistência médica, inclusive serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva. Vinte e seis anos atrás, a



Arte por Hülya Özdemir

Declaração de Pequim (a declaração política que acompanha a Plataforma de Ação) reconheceu que “o direito de todas as mulheres de controlar todos os aspectos de sua saúde, em particular sua própria fecundidade, é básico para seu empoderamento”. Mais recentemente, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabeleceram a primeira meta global para alcançar a cobertura universal de saúde, definida

como a situação em que todas as pessoas têm acesso aos serviços essenciais de saúde de que precisam, sem serem expostas a dificuldades financeiras (Hogan e outros, 2017).

A cobertura universal de saúde depende da priorização do atendimento ao se fazer o planejamento do desenvolvimento nacional, do desenvolvimento de sistemas de saúde eficazes,

de dotações orçamentárias adequadas e da geração e utilização de dados confiáveis, a fim de adaptar os serviços e a proteção social a diferentes grupos populacionais, bem como às necessidades ao longo do ciclo de vida.

Contudo, dadas as formas como a discriminação de gênero opera, inclusive nos sistemas de saúde, a cobertura universal de saúde que apoia a autonomia corporal deve ir além da noção de que é suficiente fornecer serviços com base apenas em definições limitadas de necessidades médicas, sem atenção às dinâmicas de gênero que influenciam essas necessidades, bem como o comportamento de busca de saúde. Como observou a Plataforma de Ação de Pequim, “a saúde das mulheres também é afetada pelo preconceito de gênero no sistema de saúde e pela prestação de serviços médicos inadequados e inapropriados às mulheres”. Questões semelhantes aplicam-se a pessoas com deficiência e àquelas com orientações sexuais e identidades de gênero diversas, entre outras.

Embora muita atenção tenha sido dada ao fato de os serviços de saúde serem ou não tecnicamente sólidos e acessíveis, muitas vezes há menos ênfase na aceitabilidade, na segurança e no empoderamento a partir da perspectiva das mulheres e meninas na qualidade de usuárias. A tolerância ou aceitação de normas discriminatórias pode rapidamente levar os profissionais de saúde a deixar de lado as noções de consentimento informado e autonomia da paciente – noções essas que exigem que eles apoiem e instruam as pacientes a fazerem escolhas, sem tomar decisões por elas (Bernstein, 2018). Os resultados eventualmente incluem a negação de serviços, como a recusa em fornecer anticoncepcionais ou aborto seguro, ou atendimento pós-aborto para meninas e mulheres solteiras – mesmo quando isso não é contra a lei formal –, bem como violência

obstétrica – definida como sendo o sofrimento de maus-tratos durante a gravidez ou no parto, ou ser forçada a procedimentos contra sua vontade, pelas mãos do pessoal médico.

Uma série de opções pode ajudar a corrigir preconceitos no atendimento médico. As diretrizes médicas podem estipular como os serviços devem ser prestados de acordo com a lei; o treinamento pode conscientizar os profissionais de saúde sobre os dispositivos legais, para que possam trabalhar de acordo com eles. O treinamento específico sobre sensibilidade de gênero para profissionais de saúde poderia incluir o desenvolvimento de habilidades para compreender, sondar e responder às barreiras de escolha enfrentadas por algumas pacientes. O monitoramento regular para o cumprimento dos princípios de não discriminação e qualidade do atendimento deve incluir o monitoramento da paciente, por exemplo, por meio de pesquisas feitas em mensagens de texto simples.

Os serviços que apoiam a escolha e a autonomia oferecem várias opções de contracepção, garantem que, se as mulheres preferirem uma médica, elas serão capazes de encontrar uma, e disponibilizam canais de comunicação com os profissionais de saúde em vários idiomas. Publicar uma declaração de direitos da paciente enfatizando a dignidade, os direitos e as escolhas em hospitais e centros de serviços de saúde, com disposições para comunicar essas informações a mulheres analfabetas ou com deficiência, estabelece um sinal de que os serviços são baseados no que as pacientes querem e decidem. A pertinência do serviço também é fundamental, ressaltando a importância de se priorizar intervenções de cuidados de saúde que atendam à demanda das pacientes, começando com uma forte concentração nos grupos com a maior necessidade não atendida de cuidados de saúde

sexual e reprodutiva ou baixo uso de serviços. Também é necessário haver um ambiente que permita que os profissionais de saúde sexual e reprodutiva (a maioria mulheres) façam seus trabalhos com profissionalismo e compaixão.

O incentivo ao uso dos serviços e ao exercício da escolha também depende de elementos básicos de assistência à saúde de qualidade, tais como proximidade, horários de funcionamento convenientes e acessibilidade econômica. Os serviços devem garantir a privacidade e empregar profissionais de saúde com atitudes positivas e total respeito por suas clientes. A prestação de serviços de planejamento familiar por meio de agentes comunitários de saúde que compartilhem informações corretas e ajudem a educar os homens demonstrou aumentar a utilização de anticoncepcionais (UNFPA, 2019). A defesa, em âmbito comunitário, dos benefícios para a saúde que se pode obter por meio de informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes solteiros pode diminuir o estigma e promover o uso.

O programa “SASA!”, de Uganda, apoiado pelo UNFPA, usa vários fóruns para catalisar mudanças lideradas pela comunidade nas normas e nos comportamentos que perpetuam a desigualdade de gênero, a violência e o aumento da vulnerabilidade ao HIV entre as mulheres. Os profissionais de saúde, as autoridades locais e os ativistas começam com uma análise crítica do poder e das desigualdades e, em seguida, apresentam os conceitos aprendidos em conversas na comunidade, discussões de porta em porta, programas de cinema, grupos de novelas e outros eventos. O programa diminuiu significativamente a aceitação

social da violência praticada pelo parceiro íntimo e aumentou a concordância de que uma mulher pode recusar sexo. As taxas de violência física por parceiro íntimo entre mulheres em comunidades com o programa caíram até 52% (Starmann e outros, 2017; Kyegombe e outros, 2014).

As parteiras oferecem oportunidades potencialmente únicas na qualidade de principais cuidadoras de mulheres grávidas em todo o mundo. Elas também oferecem uma série de outros serviços essenciais para a realização da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, desde orientação sobre planejamento familiar até exames do nível de nutrição e para verificação de câncer cervical. Em suas práticas, as parteiras (quase todas mulheres) podem modelar e modificar as normas em torno do que a escolha e a autonomia corporal podem significar, especialmente se elas próprias forem qualificadas e empoderadas. Visto que elas podem ter uma noção mais clara dos problemas que outras mulheres enfrentam a respeito da autonomia corporal, os sistemas de saúde devem proporcionar canais onde elas possam compartilhar conhecimentos em apoio à prestação de serviços mais responsivos a gênero. A obstetrícia também requer investimento contínuo e ampliado no cultivo, na implantação e retenção de profissionais qualificados.

Todos os sistemas de saúde precisam responder às maneiras pelas quais a discriminação de gênero se cruza com outras formas de exclusão para prejudicar a autonomia e a escolha. Se isso não for reconhecido, poderá resultar em serviços inadequados ou indisponíveis, ou mesmo baseados em flagrantes violações de direitos. Esse perigo foi percebido, por exemplo, por muitas mulheres indígenas e mulheres com deficiência, as quais foram sujeitas a práticas como a esterilização forçada. Para corrigir a impotência e a discriminação, o Grupo de Apoio Interinstitucional das Nações Unidas sobre Questões Indígenas enfatizou várias medidas para garantir

que os povos indígenas realizem plenamente sua saúde e seus direitos sexuais e reprodutivos, inclusive por meio de seu engajamento ativo na formulação de políticas e programas de saúde culturalmente apropriados. Isso aumentou o acesso entre mulheres, meninas e jovens indígenas a serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva, prevenção do HIV e violência de gênero, especialmente em áreas rurais e carentes (UN IASG, 2014).

Autonomia requer informação

Realizar a autonomia corporal depende da habilidade não apenas de fazer escolhas, mas de fazer escolhas conscientes, baseadas em uma ponderação cuidadosa de fatos e opções. Mulheres com maior escolaridade têm mais probabilidade de tomar suas próprias decisões sobre contracepção e cuidados com a saúde e de dizer não ao sexo. Com menos instrução do que seu marido ou parceiro, uma mulher tem maior probabilidade de enfrentar violência sexual. Além disso, existe uma correlação entre mulheres e meninas com mais acesso aos meios de comunicação de massa, uso de anticoncepcionais e busca de cuidados de saúde (UNFPA, 2019).

Entre 75 países com dados sobre leis e regulamentos de apoio à saúde sexual e reprodutiva, menos de dois terços têm leis ou políticas que tornam a educação integral em sexualidade nos currículos escolares nacionais. Essa educação é apropriada para a idade, com base em um currículo claramente definido, alinhado com os direitos humanos e a igualdade de gênero, e culturalmente relevante. O ideal seria ela estar disponível dentro e fora da escola (UNESCO e outros, 2018).

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura enfatiza que a educação integral em sexualidade baseada em evidências desde a primeira infância incentiva mais autonomia e segurança durante o início da idade adulta, sem levar a uma atividade sexual precoce (UNESCO, 2009). Cursos abrangentes podem servir de apoio a relacionamentos mais respeitosos e decisões mais autônomas sobre sexualidade mais tarde na vida (Marí-Ytarte e outros, 2020).

Uma vez que muitas informações sobre sexo e reprodução podem vir de profissionais de saúde, eles precisam estar sintonizados para oferecê-las com respeito e sem julgamento, e levar em consideração as diferentes necessidades com base na idade, capacidade ou posição socioeconômica. Isso é especialmente necessário para adolescentes e outros grupos que têm sido tradicionalmente negligenciados ou marginalizados no acesso à educação sexual. Os profissionais de saúde devem estar preparados para combater os mitos que circulam e prejudicam a capacidade de fazer escolhas conscientes. Uma abordagem inovadora que está sendo buscada pelo UNFPA na Colômbia e nas Filipinas é “*scrape*” [rastrear e extrair dados] das conversas do Twitter para identificar mitos comuns sobre questões desde contracepção até infecções sexualmente transmissíveis. Essas informações podem então ser usadas para moldar programas de educação sexual e saúde.

O reforço das mensagens de empoderamento em torno da escolha poderia operar na educação de forma mais ampla, incentivando as meninas a buscarem diversos campos de estudo, sem limitações impostas por normas de gênero sobre o que “as meninas devem fazer”. Fazer essa escolha é por si só empoderador e pode levar a mais empoderamento e autonomia à medida que as meninas passam a ter empregos potencialmente mais lucrativos e gratificantes. Grande parte da atual disparidade salarial entre homens e mulheres explica-

se pela segregação no mercado de trabalho, que leva as mulheres a ocuparem cargos de baixa remuneração. Apenas 3% dos alunos que ingressam em cursos de tecnologia da informação e comunicação em todo o mundo são mulheres, por exemplo (Nações Unidas, s.d.a).

Autonomia exige defender as defensoras do empoderamento e dos direitos das mulheres

Os movimentos de mulheres há muito defendem o direito de escolha e autonomia corporal, muitas vezes com recursos mínimos. O mesmo é válido para organizações de pessoas LGBTI, povos indígenas, jovens e pessoas com deficiência. Hoje, no entanto, o espaço para atuarem está cada vez mais sob pressão e há evidências de retrocesso nos ganhos conquistados com dificuldade. Uma oposição mais vigorosa e organizada à igualdade de gênero e ao ativismo pelos direitos das mulheres vem surgindo em todo o mundo, inclusive por parte de grupos religiosos e conservadores, populistas e nacionalistas, grupos de direitos dos homens e movimentos de ideologia antigênero (Roggeband e Krizsán, 2020).

Mulheres políticas, jornalistas, ativistas e defensoras dos direitos humanos têm sido cada vez mais vítimas de assédio, violência e *cyberbullying*. Entre 2014 e 2018, o Relator Especial sobre Defensores de Direitos Humanos emitiu 181 comunicações a 60 Estados sobre mulheres defensoras de direitos humanos. Ataques documentados incluem

campanhas de difamação; violência física ou sexual, tortura, assassinatos e desaparecimentos forçados; ameaças e agressões a familiares, ou por familiares, em razão de suas atividades; e ataques contra seus coletivos e movimentos (UN ECOSOC, 2019).

Ações decisivas devem combater e prevenir tais violações. Alguns países aprovaram leis específicas que criminalizam a violência contra as mulheres na política e na vida pública, muitas vezes sob pressão de ativistas femininas, como na Costa Rica, no Equador, México e Peru. Em 2017, a Organização dos Estados Americanos publicou sua Lei Modelo Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher na Vida Política. Uma vez que o medo da violência é um grande impedimento para que as mulheres assumam mais funções públicas em muitos lugares, a adoção e implementação de medidas como essas poderia remodelar as condições sob as quais as mulheres podem participar, liderar e fazer escolhas. Ações

**MULHERES POLÍTICAS,
JORNALISTAS,
ATIVISTAS E
DEFENSORAS DOS
DIREITOS HUMANOS
TÊM SIDO CADA VEZ
MAIS VÍTIMAS DE
ASSÉDIO, VIOLÊNCIA
E CYBERBULLYING**

complementares poderiam incluir campanhas de *advocacy* e trabalho com a mídia e escolas para eliminar estereótipos de gênero. Os partidos políticos devem ser encorajados a reconhecer o valor político e os direitos das mulheres, e ir além do puro e simples tokenismo (O’Neil e Domingo, 2016).

Os grupos e movimentos de mulheres são altamente diversificados, com enormes reservas

de conhecimento sobre os problemas que as mulheres enfrentam para pôr em prática sua autonomia e seus direitos; entretanto, desde prestadores de serviços de base até associações profissionais de mulheres, nem sempre estão bem conectados. Um apoio sustentado e recursos para reuni-los sistematicamente poderiam ajudar na sua organização em torno de problemas comuns (O’Neil e Domingo, 2016) e apresentar uma resposta mais unificada e poderosa às forças regressivas.

Da mesma forma, a autonomia corporal apresenta uma preocupação unificadora para diversos grupos de ativistas, inclusive nos casos de deficiência, direitos LGBTI e direitos das comunidades indígenas. Vincular diferentes questões e as intersecções entre elas poderia formar uma agenda coletiva e influente, bem como um ativismo para a efetivação dos direitos humanos fundamentais em todas as prioridades econômicas, sistemas de justiça, saúde e serviços sociais, e redes de segurança.

Autonomia requer mudanças nas atitudes dos homens

As mulheres podem reivindicar seus direitos. Os Estados podem sustentá-los. Ainda assim, o progresso depende fundamentalmente de os homens, individual e coletivamente, estarem dispostos a se afastar de papéis dominantes que privilegiam seu poder e suas escolhas às custas do poder e das escolhas das mulheres. Isso está acontecendo agora, com uma mudança nas atitudes em relação à igualdade de gênero entre os homens mais jovens em particular, mas ainda há muito por fazer.

Parte do caminho a seguir talvez seja haver mais homens que compreendam o lado negativo da dominação masculina, como os riscos para sua própria saúde e a de suas esposas ou parceiras, e conflitos interpessoais. Uma pesquisa regional da



Europa pela Organização Mundial da Saúde descobriu que a igualdade de gênero beneficia a saúde dos homens, inclusive por meio de taxas de mortalidade mais baixas, metade da chance de ficar deprimido e uma redução de 40% do risco de morte violenta (Escritório Regional da OMS para a Europa, 2018). Os meninos adolescentes, em particular, precisam ser expostos a noções positivas de masculinidade, especialmente em um momento da vida em que as normas de gênero prejudiciais começam a se cristalizar, causando danos a longo prazo a eles próprios e às meninas (UNFPA e Promundo, 2016).

O movimento #MeToo e os dados da pesquisa mostram que uma das áreas em que as mulheres estão mais atrasadas em termos de escolha e autonomia é o poder de dizer não ao sexo. O ideal é que as noções de relacionamentos respeitosos e não violentos sejam modelos para crianças nas famílias desde cedo, mas, mesmo assim, devem ser parte integrante de uma educação sexual abrangente na escola. Eles podem aparecer com mais destaque na mídia e no entretenimento, nas formas como a religião é ensinada e até mesmo nos locais de trabalho, em termos de políticas claras e aplicáveis sobre o assédio sexual. Acabar com a impunidade da violência sexual em todas as suas formas, desde violações isoladas até crimes em massa que ocorrem quando o estupro é usado como arma de guerra, também é essencial. Em 2000, o Conselho de Segurança das Nações Unidas publicou a Resolução nº 1.325, que conclamava as partes em conflito armado a tomar medidas especiais para proteger mulheres e meninas da violência de gênero, particularmente estupro e outras formas de abuso sexual, e todas as outras formas de violência em situações de conflito armado. Desde então, o Conselho de Segurança

IGUALDADE DE GÊNERO BENEFICIA A SAÚDE DOS HOMENS, INCLUSIVE POR MEIO DE TAXAS DE MORTALIDADE MAIS BAIXAS, METADE DA CHANCE DE FICAR DEPRIMIDO E UMA REDUÇÃO DE 40% DO RISCO DE MORTE VIOLENTA

emitiu outras sete resoluções condenando essa forma de violência.

Melhorar as oportunidades das mulheres, para que possam obter sustento e assumir papéis de liderança em sua comunidade e além dela, pode aumentar seu poder de tomar decisões dentro das famílias e sobre seus corpos. No entanto, esse apoio eventualmente precisa incorporar um trabalho explícito com homens e comunidades, a fim de facilitar a transição para normas de gênero mais progressistas e limitar o risco de reação contrária de alguns homens que possam se sentir ameaçados pelos ganhos das mulheres.

Outro elemento importante é engajar os homens na transformação dos padrões existentes de cuidado não remunerado, de forma que não seja realizado principalmente por mulheres, e a dinâmica doméstica em relação a poder e escolha a fim de atingir um maior equilíbrio. As políticas de licença-paternidade e licença

A armadilha da masculinidade

A beleza exuberante do planalto central da Guatemala esconde uma realidade sombria para mulheres e meninas, diz Alexander Armando Morales Tecún, um educador de jovens indígena e defensor da igualdade de gênero na região rural de Quiché. “Em muitos lugares, as mulheres são culpadas se são agredidas, dizem que induziram à tentação ou seduziram seus agressores ou estupradores, por causa da forma como se vestem, por exemplo, ou por causa de sua forma de agir.”

Essas atitudes não são exclusivas da Guatemala, que ocupa o terço inferior dos países e territórios em

medidas de segurança e bem-estar das mulheres, de acordo com o Índice de Mulheres, Paz e Segurança 2019 da Universidade de Georgetown. Na verdade, as vítimas em todo o mundo são rotineiramente acusadas de convidar à violência de gênero por estar no lugar errado, usar a roupa errada, comportar-se da maneira errada ou simplesmente ser fisicamente desenvolvida desde tenra idade. E tais fatores são frequentemente considerados atenuantes ou que eximem de responsabilidade os perpetradores.

Em 1998, por exemplo, a Suprema Corte da Itália

anulou a condenação por estupro de um homem cuja acusadora usava jeans apertados na hora do ataque. Em 2010, quando uma menina de 11 anos foi estuprada por mais de uma dúzia de meninos e homens nos Estados Unidos, a mídia nacional noticiou que ela costumava se vestir inadequadamente para sua idade. No Afeganistão, sobreviventes de estupro podem ser presas por “crimes de moralidade”.

A culpa e a vergonha das vítimas, e não dos perpetradores, remontam a normas que incentivam os homens a assumirem o controle – não apenas do corpo das mulheres, mas também de suas famílias. Tecún se lembra de ter perguntado a um grupo de rapazes por que eles queriam se casar. Um deles respondeu: “Quero governar minha família. Porque eu quero alguém para cozinhar para mim, alguém para lavar minhas roupas, alguém para me dar filhos e alguém para cuidar da minha casa”.

“As mulheres são culpadas se são agredidas, dizem que induziram à tentação ou seduziram seus agressores ou estupradores”



Alexander Armando Morales Tecún educa jovens sobre igualdade de gênero. Arte original por Naomi Vona; foto © UNFPA/J. Serrano.

Jay Silverman, professor da Escola de Medicina de San Diego da Universidade da Califórnia, que estuda a coerção reprodutiva, diz que essas atitudes são universais. “A visão masculina de que o homem tem o direito

de controlar as parceiras femininas frequentemente também se estende aos filhos. A percepção desse direito é mantida por todos os tipos de estruturas e normas diversas em comunidades e nações em todo o mundo.”

Mas o resultado não é uma simples dinâmica entre homens e mulheres, advertiu Tecún. Essas normas de gênero – que ele chama de “um modelo hegemônico de masculinidade” – também podem deixar os homens se sentindo presos.

“Se você não é casado, você não é um homem. Se você não está em um relacionamento, você não é um homem.”

As mulheres também desempenham um papel na perpetuação dessas crenças, acrescentou. “Muitas mulheres também reafirmam que é aceitável bater em uma mulher quando ela não cumpriu seus deveres, porque ela não lavou a roupa do marido, porque deixou queimar a comida do marido... Diz-se que é bom que batam em você porque você não cumpriu a obrigação de satisfazer seu marido.”

Essas ideias são instiladas desde cedo e reforçadas “com música, jogos, imagens, publicidade”, disse Tecún. “Na localidade de onde eu vim, quando nasce um menino, faz-se um bom caldo de galinha. Quando uma menina nasce, é totalmente silencioso, como se o evento fosse um velório.”

Qualquer coisa que comprometa essas normas – inclusive o próprio conceito de autonomia corporal – pode ser considerada uma ameaça, de acordo com Romeo Alejandro Méndez Zúñiga, outro educador e ativista de jovens indígenas

em Quiché. “As poucas pessoas que ouviram falar de autonomia corporal a associam a ideias negativas, porque ela afeta o sistema patriarcal machista”, disse ele.

Zúñiga quer que homens e meninos adotem novas normas que libertem homens e mulheres dos ideais masculinos tradicionais. “O que a nossa sociedade merece... São novas masculinidades, novas formas de ver a masculinidade, formas que fortaleçam e promovam a igualdade de oportunidades de desenvolvimento, que nos permitam viver com dignidade.”

parental podem incentivar os homens a participar da prestação de cuidados, especialmente se a licença não puder ser transferida para o outro progenitor. Essas disposições estão se tornando mais comuns, mas ainda atingem um número limitado de famílias nos países em desenvolvimento, especialmente na força de trabalho informal. As políticas públicas também poderiam fazer mais para estimular os homens a quebrar estereótipos e entrar em profissões de cuidado dominadas por mulheres, como cuidadores de crianças e de idosos (UN ECOSOC, 2019).

Existem outras oportunidades para promover atitudes equitativas de gênero entre homens e meninos adolescentes por meio de serviços de saúde sexual e reprodutiva, em que os profissionais podem compartilhar conhecimentos sobre relações equitativas, parentalidade e comunicações (IPPF

e UNFPA, 2017). Os programas de mobilização da comunidade também podem desafiar as relações de poder desiguais e as normas sociais discriminatórias, desenvolvendo-se sobre uma base sólida em teorias de gênero e poder. Iniciativas envolvendo mulheres, homens, meninas e meninos juntos têm se mostrado mais eficazes do que aquelas para homens e meninos, apenas (UN ECOSOC, 2019).

Autonomia requer investimento

A discriminação de gênero apresenta múltiplas barreiras ao empoderamento e à autonomia das mulheres. Eliminá-las requer investimento substancial e sustentado, de acordo com os

princípios de justiça e equidade, e com atenção especial à intersecção das desigualdades. No entanto, o financiamento normalmente fica muito aquém do que deveria ser, por motivos que começam com economias estruturadas para concentrar recursos em poucas mãos privilegiadas, em sua maioria pertencentes a homens.

Investimentos substanciais e sustentados em serviços integrados de proteção social, saúde e educação poderiam abordar os múltiplos riscos e as vulnerabilidades que mulheres e meninas enfrentam ao longo de suas vidas, e incorporar empoderamento e autonomia ao dar uma ênfase central na saúde e nos direitos sexuais e reprodutivos (UN ECOSOC, 2019). Essas abordagens nunca foram mais importantes do que nos planos de recuperação da Covid-19, com famílias pobres e cada vez mais desesperadas lutando para lidar com a crise econômica, por exemplo, casando suas filhas.

Os planos de ação e as instituições nacionais para a igualdade de gênero precisam de recursos adequados, já que muitos permanecem cronicamente subfinanciados e incapazes de cumprir seus mandatos (UN ECOSOC, 2019). O mesmo acontece com as organizações da sociedade civil de mulheres, que geralmente estão na linha de frente da proteção da autonomia e dos direitos das mulheres. Elas fornecem muitos dos serviços de ajuda a sobreviventes de violência baseada em gênero, por exemplo; no entanto, perderam financiamento de maneira significativa, mesmo antes da pandemia da Covid-19. Embora a necessidade de tais serviços tenha aumentado dramaticamente durante a crise, o financiamento em muitos casos não aumentou. Em consequência, na região da Ásia e do Pacífico, 12% das organizações da sociedade civil que trabalham para eliminar a violência contra as mulheres suspenderam completamente

seus serviços e 71% estão apenas parcialmente operacionais (UN ESCAP e UN Women, 2020). Grupos menores que realizam um trabalho pioneiro e com uma agenda dedicada aos direitos das mulheres tendem a estar entre aqueles que mais frequentemente passam despercebidos pela ajuda internacional e por outros doadores.

O preço para acabar com as mortes maternas evitáveis, cobrir todas as necessidades não atendidas de planejamento familiar e interromper a violência de gênero em todo o mundo até 2030 exigirá do mundo um total de US\$ 264 bilhões, de acordo com um estudo conjunto do UNFPA e da Universidade Johns Hopkins, em colaboração com a Victoria University, University of Washington e Avenir Health. Alcançar esses objetivos contribuiria para a autonomia corporal das mulheres (UNFPA, 2020f).

Autonomia significa medição

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável representam um avanço no apelo para que se faça uma medição do progresso na igualdade de gênero, inclusive para auferir se as mulheres e meninas adolescentes podem fazer escolhas sobre seus corpos. No entanto, as lacunas nos dados discriminados por gênero permanecem grandes. Os dados de gênero podem não ser coletados ou, se o forem, talvez não possam ser usados nem compartilhados. Inconsistências na coleta impedem a análise essencial de como as tendências se movem ao longo do tempo.

Essa falta de informação sobre o que está realmente acontecendo na vida de mulheres e meninas diminui automaticamente a possibilidade de se desenvolver serviços e políticas que apoiem de forma mais eficaz a igualdade e a autonomia de gênero, podendo ser um fator de

discriminação quando questões como violência baseada em gênero e trabalho de assistência não remunerado permanecem invisíveis, não contabilizados e sem respostas.

Apenas cerca de 13% dos países têm um orçamento dedicado à coleta e à análise de estatísticas de gênero. Para os 54 indicadores específicos de gênero nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, dados regulares são produzidos para somente 22% em todo o mundo (ONU Mulheres, 2018). Existem grandes deficiências em dados sobre mulheres em idade reprodutiva; alfabetização digital entre meninas; e gênero e meio ambiente, entre outros (Data2x, 2020).

A tomada de decisão consciente pelas mulheres é mal avaliada, e faltam dados ou estes não são produzidos regularmente sobre o uso dos serviços de saúde pelas mulheres, bem como sobre as leis que garantem o acesso pleno e igual aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Também não estão presentes as necessidades intersetoriais, especialmente para mulheres e meninas adolescentes em crises humanitárias, indivíduos LGBTI e mulheres com deficiência. Os dados de saúde para adolescentes nem sempre são desagregados por sexo, e os dados sobre meninas socialmente excluídas são particularmente escassos (Data2x, 2020a).

Os sistemas de dados precisam ser estrategicamente projetados para capturar as experiências comuns entre mulheres e meninas, ao mesmo tempo em que devem ser diferenciados o suficiente para refletir sua diversidade (Dados 2x, 2020). Esses sistemas precisam ser sistemáticos e abrangentes, devendo aplicar os princípios dos direitos humanos para prevenir a marginalização e

a discriminação, uma direção que deve ser definida por meio da política nacional.

Outra prioridade é evitar a compartimentação de gênero dentro de certas questões ou áreas de trabalho, o que está acontecendo mesmo agora ao amparo dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, quando seis dos 17 Objetivos são apelidados de “cegos ao gênero”, o que significa que eles não fazem nenhuma menção ao gênero, embora atingir a meta exigirá abordar alguns aspectos da desigualdade de gênero (ONU Mulheres, 2018). Mais perguntas que reflitam dimensões mais amplas de escolha e autonomia corporal poderiam ser incluídas em pesquisas nacionais. A medição também falha na captura de ligações entre as metas globais (Data 2x, 2020), um problema refletido também nas divisões “setoriais” de muitos sistemas estatísticos nacionais.

Reforçar o investimento em dados de gênero requer um plano de ação nacional de gênero totalmente financiado, que inclua todas as fontes de dados e estatísticas, e seja guiado por marcos mensuráveis. O trabalho com os institutos nacionais de estatísticas poderia começar demonstrando claramente o valor de coletar dados de gênero e abordar as diferenças entre os sexos em dados administrativos importantes, tais como registro civil, aproveitando o impulso agora evidente sobre a questão (Pryor, 2020).

Um mundo de direitos, escolhas, autonomia

Muitas justificativas, racionalizações e teorias foram apresentadas para legitimar a privação de mulheres e meninas de seus direitos e escolhas, e por fazerem seus corpos ficarem sujeitos aos

caprichos dos outros. Porém, se permitirmos que essas desculpas continuem, praticamente nenhum dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas será alcançado até 2030. E isso significa que o potencial para o progresso humano, social e econômico previsto pela comunidade internacional na *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* poderá não se realizar, em detrimento de todos nós.

A igualdade de gênero é uma variável crítica na equação para o sucesso. O mesmo ocorre com a realização dos direitos das pessoas que se identificam como LGBTI, pessoas com deficiência e qualquer outra pessoa que seja discriminada ou tenha sua autonomia negada por causa de sua raça, etnia ou condição econômica. Todos devem ter o poder de tomar suas próprias decisões sobre cuidados de saúde, contracepção e sexo.

Os governos, todas as instituições sociais e econômicas, comunidades, famílias e homens têm um papel a desempenhar na defesa dos direitos das mulheres e no fim da discriminação de forma mais ampla. Todos devem fazer um trabalho melhor. A nova “Geração Igualdade” está aqui e não vai esperar por mudanças. Nem deveria.

Somente os indivíduos têm o direito de decidir e fazer escolhas sobre seus corpos e suas vidas. Só eles têm o direito de dizer sim ou não. Juntos, podemos fazer isso acontecer.



Saúde Sexual e Reprodutiva

Países, territórios, outras áreas	Taxa de mortalidade materna (MMR) (mortes por cada 100.000 nascidos vivos) ^a	Intervalo de incerteza de MMR (UI 80%), estimativa inferior ^a	Intervalo de incerteza de MMR (UI 80%), estimativa superior ^a	Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, por cento	Número de novas infecções por HIV, todas as idades, por 1.000 em população não infectada	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres de 15 a 49 anos, por cento				Necessidade não atendida de planejamento familiar, mulheres de 15 a 49 anos, por cento		Proporção de demanda atendida com métodos modernos, todas as mulheres de 15 a 49 anos	Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação, por cento	
	2017	2017	2017	2014–2019	2018	QUALQUER MÉTODO		MÉTODO MODERNO		All	Married or in union	2021	2019	
						Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	2021	2021			
Mundo e áreas regionais														
Mundo	211	199	243	81	0.24	49	63	45	57	9	11	77	73	
Regiões mais desenvolvidas	12	11	13	99	–	59	71	53	62	7	9	80	84	
Regiões menos desenvolvidas	232	219	268	79	–	47	62	43	56	9	12	76	69	
Países menos desenvolvidos	415	396	477	61	0.58	32	42	28	37	16	20	59	71	
Regiões do UNFPA														
Estados Árabes	151	121	208	90	–	34	53	29	45	10	16	65	53	
Ásia e Pacífico	120	108	140	85	–	52	67	48	62	7	9	80	72	
Leste Europeu e Ásia Central	20	18	22	99	–	46	64	36	49	8	12	66	82	
América Latina e Caribe	74	70	80	94	–	59	75	56	70	8	10	83	66	
África Oriental e Meridional	391	361	463	64	–	34	43	31	39	16	21	62	75	
África Ocidental e Central	717	606	917	55	–	20	22	17	18	17	22	46	70	
Países, territórios, outras áreas	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2019	
Afganistão	638	427	1010	59	0.02	19	26	17	23	17	24	47	54	
África do Sul	119	96	153	97	4.94	50	58	50	57	11	14	82	95	
Albânia	15	8	26	–	–	31	44	4	5	12	17	10	82	
Alemanha	7	5	9	99	0.03	61	78	60	78	5	5	91	–	
Angola	241	167	346	47	1.01	16	17	15	15	27	36	35	66	
Antígua e Barbuda	42	24	69	100	–	45	64	43	61	10	13	78	–	
Argentina	39	35	43	94	0.15	60	71	57	67	9	11	84	–	
Argélia	112	64	206	–	0.03	35	64	31	57	6	9	76	–	
Armênia	26	21	32	100	0.06	39	59	21	31	8	12	44	87	
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Arábia Saudita	17	10	30	99	–	19	30	15	24	15	25	44	–	
Áustria	5	4	7	98	–	65	70	62	68	6	8	88	–	
Austrália	6	5	8	97	0.04	59	67	57	64	8	11	85	–	
Azerbaijão	26	21	32	99	–	37	57	15	22	9	14	32	–	
Bahamas	70	48	110	99	0.55	45	67	43	65	9	12	80	–	
Bangladesh	173	131	234	53	0.01	55	66	48	57	9	11	75	–	
Barbados	27	17	39	99	0.58	50	63	47	61	12	14	76	44	
Barém	14	10	21	100	–	31	67	21	46	5	10	59	–	
Belize	36	26	48	94	0.81	44	57	42	53	14	18	71	42	
Benin	397	291	570	78	0.34	17	18	14	14	25	31	33	91	
Bielorrússia	2	1	4	100	0.22	61	70	52	58	6	8	78	87	
Bolívia (Estado Plurinacional da)	155	113	213	72	0.13	48	67	35	49	12	16	59	–	
Botsuana	144	124	170	100	4.36	57	69	56	68	8	10	86	–	
Brasil	60	58	61	99	–	65	80	63	77	6	7	89	–	
Brunei Darussalam	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bulgária	10	6	14	100	0.05	65	79	50	57	5	7	71	–	
Burkina Faso	320	220	454	80	0.12	30	34	29	33	20	24	58	72	
Burundi	548	413	728	85	0.16	19	31	17	28	17	28	47	64	
Butão	183	127	292	96	0.11	39	60	38	58	8	13	80	–	
Bélgica	5	4	7	–	–	59	67	58	66	6	8	90	–	
Bósnia e Herzegovina	10	5	16	100	0.01	38	49	19	21	11	14	38	–	
Cabo Verde	58	45	75	92	0.19	49	68	47	65	11	11	79	–	
Camarões, República da	529	376	790	69	1.02	27	23	22	17	16	23	51	–	
Camboja	160	116	221	89	0.05	43	63	32	46	7	11	63	98	

Saúde Sexual e Reprodutiva

Países, territórios, outras áreas	Taxa de mortalidade materna (MMR) (mortes por cada 100.000 nascidos vivos) ^a	Intervalo de incerteza de MMR (UI 80%), estimativa inferior ^a	Intervalo de incerteza de MMR (UI 80%), estimativa superior ^a	Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, porcentagem	Número de novas infecções por HIV, todas as idades, por 1.000 em população não infectada	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres de 15 a 49 anos, porcentagem				Necessidade não atendida de planejamento familiar, mulheres de 15 a 49 anos, porcentagem		Proporção de demanda atendida com métodos modernos, todas as mulheres de 15 a 49 anos	Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação, porcentagem
	2017	2017	2017	2014–2019	2018	QUALQUER MÉTODO		MÉTODO MODERNO		All		2021	2019
						Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	All	Married or in union		
Canadá	10	8	14	98	–	74	82	70	77	3	5	91	–
Catar	9	6	14	100	–	30	48	26	40	10	16	64	–
Cazaquistão	10	8	12	100	0.14	43	53	40	51	11	15	75	63
Chade	1140	847	1590	24	0.44	7	8	6	7	18	24	25	75
Chile	13	11	14	100	0.27	63	77	59	71	6	8	85	–
China	29	22	35	100	–	69	85	67	83	4	3	91	–
China, RAE de Hong Kong	–	–	–	–	–	48	70	45	67	8	9	81	–
China, RAE de Macau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	6	4	10	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cingapura	8	5	13	100	0.04	40	69	36	61	6	10	77	–
Colômbia	83	71	98	99	0.14	64	82	60	77	6	7	87	97
Comores	273	167	435	–	0.00	20	27	16	22	19	29	41	–
Congo, República Democrática do	473	341	693	80	0.21	23	25	12	12	21	26	28	–
Congo, República do	378	271	523	91	1.03	42	43	28	27	15	19	50	53
Coreia, República Popular Democrática da	89	38	203	100	–	58	74	55	71	8	9	84	83
Costa Rica	27	24	31	99	0.21	55	73	53	71	9	11	84	62
Costa do Marfim	617	426	896	74	0.70	26	26	23	22	21	27	49	63
Croácia	8	6	11	100	0.02	51	71	36	47	7	8	63	–
Cuba	36	33	40	100	0.15	70	75	69	74	7	8	89	–
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	4	3	5	95	0.02	65	78	61	74	5	7	88	90
Djibouti	248	116	527	–	0.57	16	29	16	28	15	27	50	–
Dominica	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Egito	37	27	47	92	0.04	44	61	43	59	9	12	81	44
El Salvador	46	36	57	100	0.11	52	73	49	69	8	10	81	83
Emirados Árabes Unidos	3	2	5	100	–	36	51	29	41	12	17	60	–
Equador	59	53	65	96	0.13	60	81	54	73	6	6	82	–
Eritreia	480	327	718	–	0.15	9	14	9	13	18	29	32	–
Eslováquia	5	4	7	98	0.02	56	79	48	66	4	6	79	–
Eslovênia	7	5	9	–	–	54	80	45	67	6	5	76	–
Espanha	4	3	5	–	0.07	60	63	58	62	9	13	84	–
Estados Unidos da América	19	17	21	99	–	64	76	57	67	5	6	83	–
Estônia	9	5	13	99	0.23	57	65	52	58	7	11	81	–
Etiópia	401	298	573	28	0.24	29	42	29	41	15	21	66	–
Federação Russa	17	13	23	100	–	49	68	41	57	6	10	75	–
Fiji	34	27	43	100	–	35	51	30	44	12	16	65	–
Filipinas	121	91	168	84	0.13	36	57	27	43	10	16	58	75
Finlândia	3	2	4	100	0.04	79	82	74	78	3	5	91	98
França	8	6	9	98	0.09	65	78	63	75	4	4	91	–
Gabão	252	165	407	–	1.01	38	37	30	27	18	24	53	58
Gana	308	223	420	78	0.70	27	36	23	31	19	26	51	–
Geórgia	25	21	29	99	0.18	32	47	24	34	13	19	52	93
Grenada	25	15	39	100	–	45	64	42	59	10	13	76	–
Grécia	3	2	4	100	–	54	74	39	50	6	7	64	54
Guadalupe	–	–	–	–	–	46	60	41	53	11	15	73	–
Guam	–	–	–	–	–	42	66	36	56	7	10	75	–
Guatemala	95	86	104	70	0.14	42	64	36	53	9	13	70	–

Saúde Sexual e Reprodutiva

Países, territórios, outras áreas	Taxa de mortalidade materna (MMR) (mortes por cada 100.000 nascidos vivos) ^a	Intervalo de incerteza de MMR (UI 80%), estimativa inferior ^a	Intervalo de incerteza de MMR (UI 80%), estimativa superior ^a	Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, porcentagem	Número de novas infecções por HIV, todas as idades, por 1.000 em população não infectada	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres de 15 a 49 anos, porcentagem				Necessidade não atendida de planejamento familiar, mulheres de 15 a 49 anos, porcentagem		Proporção de demanda atendida com métodos modernos, todas as mulheres de 15 a 49 anos	Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação, porcentagem
	2017	2017	2017	2014–2019	2018	QUALQUER MÉTODO		MÉTODO MODERNO		All		2021	2019
						Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	All	Married or in union		
Guiana Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guiana	169	132	215	96	0.51	34	46	32	44	17	25	63	75
Guiné Equatorial	301	181	504	–	4.21	17	17	15	14	23	31	37	–
Guiné-Bissau	667	457	995	45	1.43	29	20	27	19	16	20	60	70
Guiné	576	437	779	55	0.52	12	10	10	9	20	25	33	–
Gâmbia	597	440	808	–	1.06	11	15	11	15	17	25	39	83
Haiti	480	346	680	42	0.69	28	38	26	35	23	34	50	65
Honduras	65	55	76	74	0.09	52	76	47	67	7	9	78	–
Hungria	12	9	16	100	0.02	49	70	45	63	6	9	81	–
Ilhas Salomão	104	70	157	86	–	24	33	20	27	13	17	54	–
Ilhas Turcas e Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ilhas Virgens dos Estados Unidos	–	–	–	–	–	52	75	49	70	8	8	81	–
Índia	145	117	177	81	–	43	57	39	51	9	12	74	–
Indonésia	177	127	254	95	0.17	44	62	42	59	8	11	81	–
Iraque	79	53	113	96	–	37	56	26	39	9	13	57	39
Irlanda	5	3	7	100	0.08	66	71	63	66	6	9	88	–
Irã (República Islâmica do Irã)	16	13	20	99	0.05	58	81	46	65	4	5	75	–
Islândia	4	2	6	98	0.05	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	3	2	4	–	0.05	39	74	30	56	5	8	68	–
Itália	2	1	2	100	0.05	59	67	48	51	7	9	73	–
Iémen	164	109	235	–	0.04	27	43	20	31	15	24	48	63
Jamaica	80	67	98	100	–	42	68	40	64	9	11	78	–
Japão	5	3	6	100	0.01	48	56	41	44	12	16	68	83
Jordânia	46	31	65	100	0.00	30	54	22	38	8	14	56	–
Kiribati	92	49	158	–	–	20	26	16	21	18	26	44	–
Kuwait	12	8	17	100	0.04	41	60	34	49	9	14	67	–
Lesoto	544	391	788	87	7.80	53	66	52	65	11	15	81	–
Letônia	19	15	26	100	0.19	61	72	54	62	6	9	81	70
Libéria	661	481	943	–	0.39	28	30	27	29	25	28	51	–
Lituânia	8	5	12	100	–	46	66	38	53	8	11	70	88
Luxemburgo	5	3	8	–	0.09	–	–	–	–	–	–	–	–
Líbano	29	22	40	–	0.02	29	62	21	46	6	12	61	–
Líbia	72	30	164	–	0.07	25	39	16	25	17	26	38	33
Macedônia do Norte	7	5	10	100	0.02	40	48	21	21	13	17	40	–
Madagáscar	335	229	484	46	0.24	41	50	36	44	15	16	65	–
Malawi	349	244	507	90	2.28	48	64	48	63	13	15	77	76
Maldivas	53	35	84	100	–	15	22	12	17	22	30	33	45
Mali	562	419	784	67	0.78	18	19	17	19	21	24	45	79
Malta	6	4	11	100	–	64	85	50	66	4	3	74	90
Malásia	29	24	36	100	0.18	35	57	25	41	9	14	57	81
Marrocos	70	54	91	87	0.03	43	71	37	61	7	11	74	–
Martinica	–	–	–	–	–	47	62	43	56	11	14	74	–
Mauritânia	766	528	1140	69	0.03	12	18	11	16	18	29	35	62
Maurícia	61	46	85	100	0.70	43	67	28	43	8	10	56	73
Micronésia (Estados Federados da)	88	40	193	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moldávia, República da	19	15	24	100	0.25	53	64	42	50	9	12	67	–
Mongólia	45	36	56	99	0.01	41	56	37	51	13	15	70	–

Saúde Sexual e Reprodutiva

Países, territórios, outras áreas	Taxa de mortalidade materna (MMR) (mortes por cada 100.000 nascidos vivos) ^a	Intervalo de incerteza de MMR (UI 80%), estimativa inferior ^a	Intervalo de incerteza de MMR (UI 80%), estimativa superior ^a	Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, porcentagem	Número de novas infecções por HIV, todas as idades, por 1.000 em população não infectada	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres de 15 a 49 anos, porcentagem				Necessidade não atendida de planejamento familiar, mulheres de 15 a 49 anos, porcentagem		Proporção de demanda atendida com métodos modernos, todas as mulheres de 15 a 49 anos	Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação, porcentagem
	2017	2017	2017	2014–2019	2018	QUALQUER MÉTODO		MÉTODO MODERNO		All		2021	2019
						Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	All	Married or in union		
Montenegro	6	3	10	99	0.08	26	26	18	15	17	22	43	52
Moçambique	289	206	418	73	5.25	26	28	25	27	19	22	56	94
Myanmar	250	182	351	60	0.20	33	58	33	56	8	14	78	82
México	33	32	35	96	0.08	56	73	53	70	9	10	82	–
Namíbia	195	144	281	–	2.82	52	61	52	60	10	15	83	96
Nepal	186	135	267	58	0.03	43	55	38	48	17	21	63	48
Nicarágua	98	77	127	96	0.07	53	82	51	79	5	6	88	–
Nigéria	917	658	1320	43	0.65	17	20	13	15	15	19	41	–
Noruega	2	2	3	99	0.02	67	86	63	80	4	4	89	–
Nova Caledônia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nova Zelândia	9	7	11	97	0.03	65	80	61	75	5	5	88	94
Níger	509	368	724	39	0.08	16	19	16	18	16	18	49	–
Omã	19	16	22	99	0.07	21	35	14	24	15	26	40	–
Palestina ¹	–	–	–	100	–	41	62	31	47	7	11	65	60
Panamá	52	45	59	93	0.32	48	60	45	56	14	17	73	–
Papua Nova Guiné	145	67	318	56	0.26	28	38	23	32	18	25	51	–
Paquistão	140	85	229	69	0.11	25	37	19	28	12	17	52	65
Paraguai	84	72	96	98	0.16	58	72	54	67	8	9	82	–
Países Baixos	5	4	7	–	0.03	63	73	61	71	6	7	89	98
Peru	88	69	110	92	0.10	55	77	42	57	5	7	70	–
Polinésia Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polónia	2	2	3	100	–	53	73	43	57	6	8	72	–
Porto Rico	21	16	29	–	–	57	82	52	74	6	5	82	–
Portugal	8	6	11	99	0.07	61	75	52	65	7	7	78	–
Quirguistão	60	50	76	100	0.09	29	41	27	39	13	18	66	73
Quênia	342	253	476	62	1.02	46	64	45	62	12	14	77	–
Reino Unido	7	6	8	–	–	73	82	67	74	4	5	87	92
República da Coreia	11	9	13	100	–	56	81	51	73	6	5	82	–
República Árabe da Síria	31	20	50	–	0.00	37	62	28	46	8	13	62	77
República Centro-Africana	829	463	1470	–	1.20	23	26	17	20	18	22	42	77
República Democrática Popular do Laos	185	139	253	64	0.08	39	61	34	54	8	11	74	96
República Dominicana	95	88	102	100	0.26	57	72	55	70	9	10	84	–
República Tcheca	3	2	5	100	0.05	63	85	56	76	3	4	85	70
Reunião	–	–	–	–	–	49	72	48	71	9	9	83	–
Romênia	19	14	25	97	0.04	55	72	45	58	5	8	75	–
Ruanda	248	184	347	91	0.29	34	58	31	53	12	17	69	–
Saara Ocidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	43	20	97	83	–	17	29	16	27	24	41	39	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lúcia	117	71	197	100	–	49	61	46	57	12	15	76	–
Senegal	315	237	434	74	0.08	22	31	21	29	16	22	56	–
Serra Leoa	1120	808	1620	87	0.55	28	25	27	25	20	24	57	65
Seychelles	53	26	109	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somália	829	385	1590	–	0.03	16	27	7	12	16	27	23	–
Sri Lanka	36	31	41	100	0.01	45	67	37	55	5	7	74	89
Suazilândia	437	255	792	–	8.62	54	68	53	66	10	13	83	–
Sudão do Sul	1150	789	1710	–	1.56	6	8	5	7	20	30	21	16

Saúde Sexual e Reprodutiva

Países, territórios, outras áreas	Taxa de mortalidade materna (MMR) (mortes por cada 100.000 nascidos vivos) ^a	Intervalo de incerteza de MMR (UI 80%), estimativa inferior ^a	Intervalo de incerteza de MMR (UI 80%), estimativa superior ^a	Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, percentagem	Número de novas infecções por HIV, todas as idades, por 1.000 em população não infectada	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres de 15 a 49 anos, percentagem				Necessidade não atendida de planeamento familiar, mulheres de 15 a 49 anos, percentagem		Proporção de demanda atendida com métodos modernos, todas as mulheres de 15 a 49 anos	Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação, percentagem
	2017	2017	2017	2014–2019	2018	QUALQUER MÉTODO		MÉTODO MODERNO		All		2021	2019
						Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	All	Married or in union		
Sudão	295	207	408	78	0.13	11	16	10	14	18	28	34	57
Suriname	120	96	144	98	0.49	33	46	33	45	15	23	68	45
Suécia	4	3	6	–	–	62	73	57	66	6	8	84	100
Suíça	5	3	7	–	–	72	73	68	69	4	7	89	92
São Cristóvão e Neves	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Martinho	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé e Príncipe	130	73	217	93	–	36	46	33	43	21	27	59	54
São Vicente e Granadinas	68	44	100	99	–	50	67	48	64	10	12	80	81
Sérvia	12	9	17	98	0.02	49	56	33	30	10	13	56	86
Tailândia	37	32	44	99	0.09	56	80	54	78	4	5	91	–
Tajiquistão	17	10	26	95	0.09	24	32	22	29	16	22	55	–
Tanzânia, República Unida da	524	399	712	64	1.41	36	44	32	39	16	20	61	–
Timor-Leste, República Democrática da	142	102	192	57	–	19	32	17	29	14	24	52	–
Togo	396	270	557	69	0.70	24	26	22	24	22	31	48	73
Tonga	52	24	116	–	–	20	37	17	32	13	25	52	–
Trinidad e Tobago	67	50	90	100	–	40	49	36	45	14	20	66	32
Tunísia	43	33	54	100	0.02	30	58	26	50	7	13	69	–
Turcomenistão	7	5	10	100	–	37	55	34	51	10	14	74	–
Turquia	17	14	20	98	–	48	71	33	49	7	10	61	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrânia	19	14	26	100	0.28	53	68	44	55	6	9	74	88
Uganda	375	278	523	74	1.40	35	45	32	41	19	25	59	–
Uruguai	17	14	21	100	0.26	57	79	55	77	6	7	87	99
Uzbequistão	29	23	37	100	0.16	49	69	46	65	6	9	83	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	36	48	31	41	15	20	61	–
Venezuela (República Bolivariana da)	125	97	170	99	–	56	76	52	71	8	10	82	–
Vietnã	43	32	61	94	0.06	59	80	50	67	4	5	79	54
Zimbábue	458	360	577	86	2.79	49	69	49	68	8	10	85	–
Zâmbia	213	159	289	63	2.97	37	53	35	50	15	18	68	91

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- a A MMR foi arredondada de acordo com o seguinte esquema: <100, arredondada para o 1 mais próximo; 100-999, arredondada para o 1 mais próximo; e ≥1.000, arredondada para o 10 mais próximo.
- 1 Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução nº 67/2019, que concedeu à Palestina "o status de Estado observador não membro nas Nações Unidas...".

DEFINIÇÕES DOS INDICADORES

Taxa de mortalidade materna: Número de mortes maternas durante determinado período de tempo, a cada 100.000 nascidos vivos durante o mesmo período. (Indicador ODS 3.1.1)

Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado: Porcentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (médico, enfermeira ou parteira). (Indicador ODS 3.1.2)

Número de novas infecções por HIV, em todas as idades, por 1.000 habitantes não infectados: Número de novas infecções por HIV por 1.000 pessoas-ano entre a população não infectada. (Indicador ODS 3.3.1)

Taxa de prevalência de contraceptivos: Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos que usam algum método contraceptivo atualmente.

Taxa de prevalência de anticoncepcionais, método moderno: Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos que atualmente usam algum método anticoncepcional moderno.

Necessidade não atendida de planejamento familiar: Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos que desejam interromper ou adiar a gravidez, mas não usam método anticoncepcional.

Proporção da demanda atendida com métodos modernos: Porcentagem da demanda total de planejamento familiar entre mulheres de 15 a 49 anos que é atendida pelo uso de anticoncepcionais modernos. (Indicador ODS 3.7.1)

Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação: Até que ponto os países têm leis e regulamentos nacionais que garantem acesso total e igual a mulheres e homens com 15 anos ou mais de idade a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação.

(Indicador ODS 5.6.2)

FONTES DE DADOS PRINCIPAIS

Taxa de mortalidade materna: Grupo Interinstitucional das Nações Unidas para Estimativa de Mortalidade Materna (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial e Divisão de População das Nações Unidas).

Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado: banco de dados global conjunto sobre atendimento qualificado no parto, 2020, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados do banco de dados global conjunto.

Número de novas infecções por HIV, todas as idades, por 1.000 habitantes não infectados: UNAIDS.

Taxa de prevalência de contraceptivos: Divisão de População das Nações Unidas.

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

Necessidade não atendida de planejamento familiar: Divisão de População das Nações Unidas.

Proporção da demanda atendida com métodos modernos: Divisão de População das Nações Unidas.

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

Gênero, Direitos e Capital Humano

	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos	Casamento infantil até os 18 anos, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos, porcentagem	Violência do parceiro íntimo, últimos 12 meses, porcentagem	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino primário, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino primário	Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior	Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior
Mundo e áreas regionais	2020	2019	2019	2018	2020	2019	2019	2019	2019	2019	2019
Mundo	41	20	–	13	55	–	–	85	1.00	65	0.99
Regiões mais desenvolvidas	12	–	–	–	–	–	–	98	1.00	93	1.01
Regiões menos desenvolvidas	45	27	–	–	54	–	–	83	1.00	62	0.99
Países menos desenvolvidos	91	38	–	22	50	–	–	66	0.97	44	0.89
Regiões do UNFPA											
Estados Árabes	48	20	55	–	–	–	–	81	0.94	60	0.91
Ásia e Pacífico	23	26	–	–	59	–	–	87	1.02	63	1.03
Leste Europeu e Ásia Central	27	12	–	–	75	–	–	96	0.99	85	1.00
América Latina e Caribe	61	25	–	–	74	–	–	93	1.00	79	1.03
África Oriental e Meridional	95	32	24	–	53	–	–	66	0.96	44	0.84
África Ocidental e Central	108	39	23	–	37	–	–	62	0.96	43	0.86
Países, territórios, outras áreas	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Afganistão	62	28	–	46	–	–	–	–	–	44	0.56
África do Sul	41	4	–	11	65	89	1.02	86	1.03	79	1.02
Albânia	16	12	–	–	69	98	1.04	96	1.05	82	1.07
Alemanha	6	–	–	5 ^c	–	99	1.01	95	1.02	86	0.96
Angola	163	30	–	26	62	82	0.78	76	0.76	18	0.71
Antígua e Barbuda	28	–	–	–	–	99	1.01	99	0.99	87	1.02
Argentina	54	–	–	–	–	100	0.99	100	1.00	90	1.10
Argélia	10	3	–	–	–	100	0.99	–	–	–	–
Armênia	21	5	–	4	66	91	1.00	90	1.02	89	1.15
Aruba	26	–	–	–	–	100	1.00	–	–	–	–
Arábia Saudita	9	–	–	–	–	98	0.98	99	0.98	96	0.94
Áustria	7	–	–	4 ^c	–	100	1.00	100	1.00	90	1.01
Austrália	10	–	–	2 ^b	–	100	1.00	98	1.00	92	1.04
Azerbaijão	45	11	–	10	–	92	1.03	100	1.00	100	1.00
Bahamas	29	–	–	–	–	76	1.02	71	1.02	67	1.06
Bangladesh	74	59	–	29	–	95	1.11	74	1.10	62	1.08
Barbados	50	29	–	–	–	99	0.98	95	1.04	95	1.05
Barém	14	–	–	–	–	98	0.99	96	1.07	87	1.14
Belize	64	34	–	–	–	100	1.01	90	0.98	64	1.04
Benin	108	31	2	14	36	94	0.94	66	0.78	44	0.63
Bielorrússia	14	5	–	–	–	99	0.98	99	1.00	99	1.02
Bolívia (Estado Plurinacional da)	71	20	–	27	–	93	1.00	87	0.99	79	1.00
Botsuana	50	–	–	–	–	89	1.01	–	–	–	–
Brasil	53	26	–	–	–	96	0.99	97	1.00	85	1.07
Brunei Darussalam	10	–	–	–	–	99	1.01	97	1.00	82	1.04
Bulgária	38	–	–	9 ^c	–	87	1.00	87	0.99	88	0.95
Burkina Faso	132	52	58	9	20	78	0.99	54	1.08	34	1.04
Burundi	58	19	–	28	44	92	1.04	66	1.08	35	1.15
Butão	28	26	–	7	–	96	1.03	88	1.15	72	1.16
Bélgica	6	–	–	8 ^c	–	99	1.00	99	0.99	99	1.00
Bósnia e Herzegovina	11	4	–	–	–	–	–	–	–	79	1.04
Cabo Verde	80	18	–	8	–	94	0.98	87	1.01	73	1.08
Camarões, República da	119	31	0.4	22	38	92	0.91	63	0.89	46	0.83

Gênero, Direitos e Capital Humano

Countries, territories, other areas	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos	Casamento infantil até os 18 anos, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos, porcentagem	Violência do parceiro íntimo, últimos 12 meses, porcentagem	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino primário, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino primário	Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior	Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Camboja	57	19	–	9	76	91	1.00	87	0.98	–	–
Canadá	8	–	–	–	–	100	1.00	100	1.00	94	0.99
Catar	9	4	–	–	–	98	1.03	95	0.92	91	0.97
Cazaquistão	26	7	–	6 ^c	–	99	1.02	100	–	99	–
Chade	179	67	32	18	27	74	0.79	38	0.68	22	0.51
Chile	26	–	–	–	–	99	0.99	95	0.99	95	1.00
China	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
China, RAE de Hong Kong	2	–	–	–	–	97	1.05	99	1.00	99	1.00
China, RAE de Macau	3	–	–	–	–	99	0.99	98	1.02	87	1.06
Chipre	4	–	–	3 ^c	–	99	1.00	100	1.00	93	0.98
Cingapura	3	–	–	–	–	100	1.00	99	0.99	100	–
Colômbia	61	23	–	18	–	98	1.01	94	1.01	79	1.03
Comores	70	32	–	5	21	82	1.00	81	1.02	50	1.07
Congo, República Democrática do	138	37	–	37	31	–	–	–	–	–	–
Congo, República do	111	27	–	–	27	89	1.09	–	–	–	–
Coreia, República Popular Democrática da	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	50	21	–	–	–	100	1.00	98	1.01	94	1.03
Costa do Marfim	123	27	27	22	25	95	0.93	56	0.87	42	0.74
Croácia	9	–	–	4 ^c	–	98	1.03	99	1.02	86	1.05
Cuba	52	26	–	–	–	99	1.00	90	1.00	82	1.07
Curaçao	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	3	–	–	7 ^c	–	99	1.01	99	0.99	90	1.02
Djibouti	21	5	80	–	–	67	0.96	52	1.00	34	0.95
Dominica	48	–	–	–	–	96	1.01	99	1.02	82	1.03
Egito	52	17	70	14	–	99	1.01	98	1.02	77	0.98
El Salvador	74	26	–	7	–	86	1.01	83	0.99	66	0.97
Emirados Árabes Unidos	5	–	–	–	–	99	0.97	99	0.99	88	0.86
Equador	71	20	–	11	87	99	1.03	95	1.03	80	1.01
Eritreia	76	41	69	–	–	53	0.91	64	0.88	51	0.86
Eslováquia	27	–	–	8 ^c	–	96	1.00	95	1.00	89	1.00
Eslovênia	4	–	–	2 ^c	–	100	1.00	98	1.01	98	1.01
Espanha	7	–	–	2 ^c	–	97	1.00	100	1.00	98	1.01
Estados Unidos da América	19	–	–	–	–	99	1.00	100	1.02	96	1.00
Estônia	11	–	–	4 ^c	–	98	1.00	99	1.02	99	0.99
Etiópia	80	40	47	20	45	86	0.93	53	0.92	26	0.91
Federação Russa	22	–	–	–	–	100	1.00	100	1.01	97	1.00
Fiji	23	–	–	30 ^c	–	99	0.97	96	–	74	1.09
Filipinas	39	17	–	6	81	96	0.99	89	1.07	79	1.09
Finlândia	5	–	–	8 ^c	–	99	1.00	100	1.00	96	0.98
França	9	–	–	7 ^c	–	100	1.00	99	1.00	95	1.01
Gabão	91	22	–	32	48	–	–	–	–	–	–
Gana	75	21	2	19	52	99	1.01	89	1.05	72	1.00
Georgia	32	14	–	1 ^d	–	99	1.01	100	1.00	94	1.04
Grenada	36	–	–	–	–	99	1.02	97	–	97	1.00
Grécia	9	–	–	8 ^c	–	99	1.00	96	0.99	95	0.98

Gênero, Direitos e Capital Humano

	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos	Casamento infantil até os 18 anos, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos, porcentagem	Violência do parceiro íntimo, últimos 12 meses, porcentagem	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino primário, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino primário	Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior	Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior
Countries, territories, other areas	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Guadalupe	16	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	79	30	–	9	65	89	1.01	67	0.93	41	0.90
Guiana Francesa	76	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guiana	74	30	–	–	71	98	0.96	93	1.02	70	1.11
Guiné Equatorial	176	30	–	44	–	45	1.02	–	–	–	–
Guiné-Bissau	106	24	42	–	–	73	0.95	–	–	–	–
Guiné	120	47	92	–	29	78	0.83	49	0.70	33	0.59
Gâmbia	86	26	75	7	40	85	1.12	69	1.03	–	–
Haiti	55	15	–	14	59	–	–	–	–	–	–
Honduras	89	34	–	11	70	87	0.97	62	1.23	44	1.11
Hungria	23	–	–	8 ^c	–	96	1.00	97	1.00	88	1.01
Ilhas Salomão	78	21	–	42	–	96	1.01	–	–	–	–
Ilhas Turcas e Caicos	15	–	–	–	–	99	1.03	80	1.06	68	0.90
Ilhas Virgens dos Estados Unidos	25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Índia	11	27	–	22	–	98	1.02	85	1.07	52	0.98
Indonésia	36	16	–	5 ^d	–	94	0.95	84	1.07	77	1.01
Iraque	82	28	4	–	–	–	–	–	–	–	–
Irlanda	7	–	–	4 ^c	–	100	1.00	99	–	99	1.01
Irã (República Islâmica do Irã)	33	17	–	–	–	100	1.00	95	0.97	74	0.97
Islândia	6	–	–	–	–	100	1.00	100	1.00	87	1.04
Israel	10	–	–	–	–	100	1.01	100	–	98	–
Itália	4	–	–	7 ^c	–	97	1.00	98	1.00	95	1.01
Iémen	67	32	16	–	–	84	0.88	72	0.85	44	0.59
Jamaica	52	8	–	9	–	83	1.00	82	1.02	76	1.04
Japão	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordânia	27	10	–	14	61	81	0.98	70	1.00	54	1.09
Kiribati	49	20	–	43	–	96	1.08	–	–	–	–
Kuwait	6	–	–	–	–	83	1.22	94	1.05	82	1.03
Lesoto	94	16	–	–	61	98	1.01	83	1.11	66	1.15
Letônia	16	–	–	7 ^c	–	99	1.01	99	1.01	96	1.01
Libéria	150	36	26 ^a	35	67	79	1.01	79	0.90	74	0.86
Lituânia	13	–	–	6 ^c	–	100	1.00	100	1.00	97	1.02
Luxemburgo	4	–	–	3 ^c	–	99	0.98	96	0.98	81	1.06
Líbano	13	6	–	35	–	–	–	–	–	–	–
Líbia	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Macedônia do Norte	15	7	–	–	–	99	1.00	–	–	–	–
Madagáscar	152	40	–	–	74	98	1.05	70	1.03	36	0.97
Malauí	138	42	–	24	47	98	1.04	81	1.01	31	0.64
Maldivas	9	2	1	6	58	98	1.03	91	–	–	–
Mali	164	54	86	21	8	59	0.90	47	0.86	25	0.74
Malta	13	–	–	5 ^c	–	100	1.01	99	1.01	90	1.05
Malásia	9	–	–	–	–	100	1.01	87	1.03	63	1.16
Marrocos	19	14	–	–	–	100	1.01	91	0.96	72	0.94
Martinica	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritânia	84	37	63	–	–	77	1.05	72	1.08	39	1.12

Gênero, Direitos e Capital Humano

Countries, territories, other areas	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos	Casamento infantil até os 18 anos, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos, porcentagem	Violência do parceiro íntimo, últimos 12 meses, porcentagem	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino primário, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino primário	Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior	Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Maurícia	24	–	–	–	–	99	1.03	95	1.02	79	1.10
Micronésia (Estados Federados da)	44	–	–	26	–	90	0.98	87	1.06	–	–
Moldávia, República da	21	12	–	15	–	90	0.98	84	0.98	65	1.02
Mongólia	33	12	–	15	63	99	0.99	–	–	–	–
Montenegro	10	6	–	–	–	100	1.00	92	1.01	89	1.02
Moçambique	180	53	–	16	49	98	0.97	57	0.87	31	0.76
Myanmar	28	16	–	11	67	98	0.96	79	1.03	57	1.16
México	71	26	–	10	–	99	1.01	92	1.02	74	1.05
Namíbia	64	7	–	20	71	98	1.03	–	–	–	–
Nepal	88	40	–	11	48	96	0.93	97	1.03	81	1.18
Nicarágua	92	35	–	8	–	96	1.03	88	1.03	64	1.08
Nigéria	106	43	14	14	46	66	0.84	–	–	–	–
Noruega	3	–	–	–	–	100	1.00	99	0.99	92	1.01
Nova Caledônia	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nova Zelândia	14	–	–	–	–	100	1.01	99	1.00	98	1.03
Níger	154	76	1	–	7	59	0.88	35	0.79	14	0.67
Omã	12	4	–	–	–	97	1.06	98	1.02	90	0.90
Palestina ¹	48	15	–	–	–	97	1.00	97	1.04	75	1.21
Panamá	76	26	–	10	79	87	0.99	88	1.01	56	1.08
Papua Nova Guiné	68	27	–	48	–	93	0.94	86	0.89	54	0.82
Paquistão	46	18	–	15	40	–	–	–	–	–	–
Paraguai	72	22	–	8 ^a	–	89	1.00	90	0.90	68	1.05
Países Baixos	3	–	–	7 ^c	–	100	1.01	97	1.01	100	1.00
Peru	44	17	–	11	–	98	0.96	98	1.00	92	0.94
Polinésia Francesa	42	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polónia	11	–	–	3 ^c	–	98	1.01	98	0.98	96	1.00
Porto Rico	22	–	–	–	–	78	1.03	80	1.10	83	1.07
Portugal	8	–	–	6 ^f	–	100	0.99	100	1.00	99	0.99
Quirguistão	34	13	–	17	77	100	0.99	98	0.99	72	1.05
Quênia	96	23	11	26	56	81	1.04	–	–	–	–
Reino Unido	12	–	–	6 ^c	–	99	1.00	100	1.00	96	1.01
República da Coreia	1	–	–	–	–	99	1.00	97	1.00	96	0.99
República Árabe da Síria	54	13	–	–	–	72	0.98	62	0.97	34	1.00
República Centro-Africana	229	68	18	26	–	67	0.80	44	0.61	16	0.48
República Democrática Popular do Laos	83	33	–	6	–	92	0.98	72	1.00	56	0.92
República Dominicana	51	36	–	16	77	96	1.01	94	1.00	78	1.02
República Tcheca	12	–	–	6 ^c	–	100	1.01	99	1.00	97	1.00
Reunião	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Romênia	38	–	–	7 ^c	–	87	1.00	91	1.00	80	1.03
Ruanda	41	7	–	21	70	94	1.00	96	1.04	50	1.02
Saara Ocidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	39	11	–	22	–	99	1.02	100	–	90	1.11
San Marino	1	–	–	–	–	95	1.10	99	–	46	0.89
Santa Lúcia	36	24	–	–	–	98	1.03	90	0.98	79	0.99
Senegal	78	29	21	8	7	74	1.14	–	–	–	–
Serra Leoa	101	30	64	29	40	99	1.03	51	0.99	35	0.93

Gênero, Direitos e Capital Humano

Countries, territories, other areas	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos	Casamento infantil até os 18 anos, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos, porcentagem	Violência do parceiro íntimo, últimos 12 meses, porcentagem	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino primário, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino primário	Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior	Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Seychelles	68	–	–	–	–	98	1.05	99	–	82	1.16
Somália	123	45	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	21	10	–	6 ^a	–	99	0.99	100	1.00	84	1.06
Suazilândia	87	5	–	–	49	84	0.98	97	1.00	84	0.96
Sudão do Sul	158	52	–	–	–	38	0.77	44	0.72	36	0.65
Sudão	87	34	82	–	–	62	0.98	45	0.88	43	0.96
Suriname	57	36	–	–	–	88	1.04	85	1.09	62	1.15
Suécia	5	–	–	6 ^c	–	100	1.00	100	1.01	99	0.99
Suíça	2	–	–	–	–	100	1.00	99	0.99	82	0.96
São Cristóvão e Neves	46	–	–	–	–	99	0.98	87	0.95	96	0.99
São Martinho	–	–	–	–	–	97	1.07	–	–	–	–
São Tomé e Príncipe	92	35	–	26	46	94	1.00	90	1.06	83	1.03
São Vicente e Granadinas	52	–	–	–	–	97	1.06	98	0.99	85	1.02
Sérvia	15	3	–	–	–	98	1.00	98	1.00	88	1.03
Tailândia	38	23	–	–	–	–	–	–	–	79	1.00
Taijiquistão	54	9	–	19	33	99	0.99	94	0.94	61	0.74
Tanzânia, República Unida da	139	31	5	30	47	87	1.04	–	–	14	0.76
Timor-Leste, República Democrática da	42	15	–	35	40	95	1.04	90	1.04	76	1.07
Togo	89	25	1	13	30	97	0.98	79	0.85	43	0.64
Tonga	30	6	–	19	–	99	1.02	95	1.02	62	1.17
Trinidad e Tobago	38	11	–	7	–	99	0.99	–	–	–	–
Tunísia	4	2	–	–	–	99	1.02	–	–	–	–
Turcomenistão	28	6	–	–	–	–	–	92	0.98	83	0.99
Turquia	21	15	–	11	–	95	0.99	94	0.99	83	0.99
Tuvalu	27	10	–	25	–	85	0.96	71	0.92	50	1.57
Ucrânia	19	9	–	10	81	92	1.02	96	1.01	94	1.03
Uganda	132	34	0.1	30	62	96	1.03	–	–	–	–
Uruguai	36	25	–	3	–	100	1.00	100	1.01	88	1.08
Uzbequistão	19	7	–	–	–	99	0.99	99	0.98	86	0.99
Vanuatu	51	21	–	44	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana da)	95	–	–	–	–	90	1.00	86	1.02	77	1.12
Vietnã	30	11	–	10	–	99	1.03	–	–	–	–
Zimbábue	78	34	–	20	60	100	1.01	98	0.95	52	0.90
Zâmbia	135	29	–	25	47	85	1.05	–	–	–	–

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- a Porcentagem de meninas de 15 a 19 anos que fazem parte da Sande Society. Ser membro da sociedade Sande é um proxy para a mutilação genital feminina.
- b Para mulheres com mais de 18 anos que já tiveram um parceiro.
- c Para mulheres entre 18 e 49 anos que já tiveram um parceiro.
- d Para mulheres entre 15 e 64 anos que já tiveram um parceiro.
- e Para mulheres entre 15 e 44 anos que já tiveram um parceiro.
- f Para mulheres entre 18 e 50 anos que já tiveram um parceiro.
- g Para mulheres com mais de 15 anos que já tiveram um parceiro.
- 1 Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução nº 67/2019, que concedeu à Palestina "status de Estado observador não membro nas Nações Unidas..."

DEFINIÇÕES DOS INDICADORES

Taxa de natalidade entre adolescentes: Número de nascimentos por 1.000 meninas adolescentes de 15 a 19 anos.

(Indicador ODS 3.7.2)

Casamento infantil até os 18 anos: Proporção de mulheres com idade entre 20 e 24 anos que estavam casadas ou em uma união antes dos 18 anos. (Indicador ODS 5.3.1)

Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos: Proporção de meninas de 15 a 19 anos que sofreram mutilação genital feminina. (Indicador ODS 5.3.2)

Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses: Porcentagem de mulheres e meninas que já tiveram parceiro e de 15 a 49 anos que sofreram violência física e/ou sexual nos últimos 12 meses. (Indicador ODS 5.2.1)

Tomada de decisões sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos: Porcentagem de mulheres com idade entre 15 e 49 anos que estão casadas (ou em uma união), que tomam suas próprias decisões em três áreas – cuidados de saúde, uso de anticoncepcionais e relações sexuais com seus parceiros. (Indicador ODS 5.6.1) Quando este relatório foi para a impressão, dados atualizados para este indicador ODS tornaram-se disponíveis. Os números atualizados estão disponíveis em <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

Taxa líquida total de matrículas, ensino primário: Número total de alunos da faixa etária oficial para o ensino primário que estão matriculados em qualquer nível de ensino, expresso em porcentagem da população correspondente.

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

Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior: número total de alunos da faixa etária oficial para o ensino secundário inferior que estão matriculados em qualquer nível de ensino, expresso em porcentagem da população correspondente.

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

Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior: número total de alunos da faixa etária oficial para o ensino secundário superior que estão matriculados em qualquer nível de ensino, expresso em porcentagem da população correspondente.

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

FONTES DE DADOS PRINCIPAIS

Taxa de natalidade de adolescentes: Divisão de População das Nações Unidas.

Casamento infantil até os 18 anos: UNICEF. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados do UNICEF.

Mutilação genital feminina: prevalência entre meninas de 15 a 19 anos: UNFPA.

Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses: UNFPA. Estimativas regionais geradas pelo Grupo Interinstitucional de Violência contra as Mulheres sobre Estimativas e Dados (OMS, ONU Mulheres, UNICEF, UNSD, UNODC e UNFPA).

Tomada de decisões sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos: UNFPA. Quando este relatório foi para a impressão, dados atualizados para este indicador ODS tornaram-se disponíveis. Os números atualizados estão disponíveis em <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

Taxa líquida total de matrículas, ensino primário: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS).

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino primário: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS).

Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS).

Índice de paridade de gênero, taxa de matrícula líquida total, ensino secundário inferior:

Instituto de Estatística da UNESCO (UIS).

Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior: Instituto da UNESCO para Estatísticas (UIS).

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior:

Instituto de Estatística da UNESCO (UIS).

Indicadores Demográficos

	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO					FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA	
	População total, em milhões	Taxa média anual de mudança populacional, porcentagem	População de 0 a 14 anos, porcentagem	População de 10 a 19 anos, porcentagem	População de 10 a 24 anos, porcentagem	População de 15 a 64 anos, porcentagem	População de 65 anos ou mais, porcentagem	Taxa total de fecundidade, por mulher	Expectativa de vida ao nascer, anos, 2021	
	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	masculino	feminino
Mundo e áreas regionais	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021		
Mundo	7,875	1.1	25.3	16.0	23.6	65.1	9.6	2.4	71	75
Regiões mais desenvolvidas	1,276	0.3	16.3	11.0	16.6	64.0	19.7	1.6	77	83
Regiões menos desenvolvidas	6,599	1.3	27.0	17.0	25.0	65.4	7.6	2.5	69	74
Países menos desenvolvidos	1,082	2.3	38.5	22.3	31.7	57.8	3.6	3.8	64	68
Regiões do UNFPA										
Estados Árabes	385	1.9	33.8	19.2	27.6	61.0	5.1	3.2	70	74
Ásia e Pacífico	4,116	0.9	23.4	15.6	23.3	67.9	8.6	2.1	71	75
Leste Europeu e Ásia Central	251	0.9	23.4	14.4	21.2	66.2	10.5	2.1	71	78
América Latina e Caribe	656	1.0	23.7	16.0	24.2	67.2	9.2	2.0	73	79
África Oriental e Meridional	633	2.6	40.9	23.0	32.3	55.9	3.2	4.2	62	67
África Ocidental e Central	471	2.7	42.9	23.3	32.3	54.3	2.8	4.9	57	60
Países, territórios, outras áreas										
	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	masculino	feminino
Afganistão	39.8	2.5	41.2	25.0	35.2	56.1	2.7	4.0	64	67
África do Sul	60.0	1.4	28.6	17.7	25.8	65.8	5.6	2.3	61	68
Albânia	2.9	-0.1	17.1	12.2	19.8	67.7	15.2	1.6	77	80
Alemanha	83.9	0.5	14.0	9.4	14.8	64.0	22.0	1.6	79	84
Angola	33.9	3.3	46.2	24.1	32.9	51.6	2.2	5.3	59	65
Antígua e Barbuda	0.1	0.9	21.7	14.0	21.6	68.6	9.7	2.0	76	78
Argentina	45.6	1.0	24.3	15.7	23.3	64.2	11.5	2.2	74	80
Argélia	44.6	2.0	30.9	15.8	22.3	62.2	6.9	2.9	76	79
Armênia	3.0	0.3	20.8	12.7	18.4	66.9	12.3	1.8	72	79
Aruba ¹	0.1	0.5	17.3	12.8	19.8	67.5	15.1	1.9	74	79
Arábia Saudita	35.3	1.9	24.5	14.2	20.8	71.8	3.6	2.2	74	77
Áustria	9.0	0.7	14.5	9.6	15.1	66.1	19.5	1.6	80	84
Austrália ²	25.8	1.3	19.3	12.4	18.5	64.2	16.5	1.8	82	86
Azerbaijão ³	10.2	1.0	23.4	13.4	20.2	69.5	7.1	2.0	71	76
Bahamas	0.4	1.0	21.3	15.9	24.3	70.7	8.0	1.7	72	76
Bangladesh	166.3	1.1	26.3	18.3	27.5	68.4	5.3	2.0	71	75
Barbados	0.3	0.1	16.6	12.5	19.0	66.3	17.2	1.6	78	81
Barém	1.7	4.3	18.0	11.1	17.0	79.1	2.9	1.9	77	79
Belize	0.4	1.9	28.8	19.2	29.0	66.1	5.2	2.2	72	78
Benin	12.5	2.7	41.7	22.9	32.1	55.0	3.3	4.6	61	64
Bielorrússia	9.4	0.0	17.3	10.2	14.5	66.6	16.1	1.7	70	80
Bolívia (Estado Plurinacional da)	11.8	1.4	29.8	19.5	28.6	62.6	7.6	2.6	69	75
Botsuana	2.4	2.1	33.0	20.1	28.7	62.3	4.7	2.8	67	73
Brasil	214.0	0.8	20.5	14.4	22.3	69.6	9.9	1.7	73	80
Brunei Darussalam	0.4	1.1	21.9	14.7	22.7	72.1	6.0	1.8	75	77
Bulgária	6.9	-0.7	14.7	10.1	14.3	63.6	21.7	1.6	72	79
Burkina Faso	21.5	2.9	44.1	24.1	33.3	53.5	2.4	5.0	62	63
Burundi	12.3	3.1	45.1	23.1	31.8	52.5	2.5	5.2	60	64
Butão	0.8	1.2	24.6	17.2	26.6	69.1	6.3	1.9	72	73
Bélgica	11.6	0.5	17.0	11.4	17.0	63.5	19.6	1.7	80	84
Bósnia e Herzegovina	3.3	-0.9	14.3	10.5	17.0	67.2	18.5	1.2	75	80
Cabo Verde	0.6	1.2	27.7	17.7	25.8	67.4	4.9	2.2	70	77
Camarões, República da	27.2	2.6	41.8	23.3	32.4	55.5	2.7	4.4	59	61
Camboja	16.9	1.5	30.7	18.5	27.4	64.3	5.0	2.4	68	72
Canadá	38.1	0.9	15.8	10.5	16.6	65.7	18.6	1.5	81	85
Catar	2.9	2.3	13.7	8.4	16.5	84.5	1.9	1.8	79	82
Cazaquistão	19.0	1.3	29.2	15.2	20.8	62.7	8.2	2.7	70	78

Countries, territories, other areas	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO					FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DEVIDA	
	População total, em milhões	Taxa média anual de mudança populacional, porcentagem	População de 0 a 14 anos, porcentagem	População de 10 a 19 anos, porcentagem	População de 10 a 24 anos, porcentagem	População de 15 a 64 anos, porcentagem	População de 65 anos ou mais, porcentagem	Taxa total de fecundidade, por mulher	Expectativa de vida ao nascer, anos, 2021	masculino
Chade	16.9	3.0	46.2	24.6	33.9	51.3	2.5	5.5	53	56
Chile	19.2	1.2	19.0	13.0	20.1	68.3	12.7	1.6	78	83
China ⁴	1,444.2	0.5	17.6	7.4	17.5	70.0	12.4	1.7	75	80
China, RAE de Hong Kong ⁵	7.6	0.8	13.0	11.6	12.1	68.1	18.9	1.4	82	88
China, RAE de Macau ⁶	0.7	1.5	14.6	7.4	12.5	72.6	12.7	1.3	82	87
Chipre ⁷	1.2	0.8	16.5	11.7	19.1	68.8	14.7	1.3	79	83
Cingapura	5.9	0.9	12.4	8.4	14.8	73.3	14.3	1.2	82	86
Colômbia	51.3	1.4	21.9	15.6	24.1	68.7	9.4	1.8	75	80
Comores	0.9	2.2	38.7	22.0	31.1	58.1	3.2	4.0	63	67
Congo, República Democrática do	92.4	3.2	45.6	23.6	32.2	51.4	3.0	5.6	60	63
Congo, República do	5.7	2.6	41.0	23.0	31.7	56.2	2.8	4.3	63	67
Coréia, República Popular Democrática da	25.9	0.5	19.8	13.6	21.0	70.6	9.6	1.9	69	76
Costa Rica	5.1	1.0	20.6	13.9	21.6	68.8	10.6	1.7	78	83
Costa do Marfim	27.1	2.5	41.4	23.0	32.6	55.7	2.9	4.5	57	60
Croácia	4.1	-0.6	14.5	10.0	15.6	63.9	21.7	1.4	76	82
Cuba	11.3	0.0	15.7	10.9	17.0	68.1	16.2	1.6	77	81
Curaçao ¹	0.2	0.5	17.8	13.0	19.0	64.0	18.2	1.7	76	82
Dinamarca ⁸	5.8	0.4	16.3	11.6	17.9	63.4	20.3	1.8	79	83
Djibouti	1.0	1.6	28.6	18.0	27.0	66.6	4.8	2.6	66	70
Dominica	0.1	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-
Egito	104.3	2.0	33.8	18.2	26.3	60.7	5.4	3.2	70	75
El Salvador	6.5	0.5	26.3	17.6	27.1	64.9	8.8	2.0	69	78
Emirados Árabes Unidos	10.0	1.3	14.9	9.1	16.5	83.7	1.4	1.4	78	80
Equador	17.9	1.7	27.2	17.4	26.2	65.0	7.8	2.4	75	80
Eritreia	3.6	1.2	40.7	24.5	32.6	54.8	4.5	3.9	65	69
Eslováquia	5.5	0.1	15.6	10.1	15.2	67.2	17.2	1.5	74	81
Eslovênia	2.1	0.1	15.1	9.6	14.2	63.6	21.3	1.6	79	84
Espanha ⁹	46.7	0.0	14.2	10.2	15.0	65.5	20.3	1.4	81	86
Estados Unidos da América ¹⁰	332.9	0.6	18.2	12.7	19.4	64.7	17.0	1.8	76	82
Estônia	1.3	0.2	16.5	10.7	14.9	62.8	20.8	1.6	75	83
Etiópia	117.9	2.6	39.6	23.1	33.3	56.9	3.6	4.0	65	69
Federação Russa	145.9	0.1	18.5	10.8	15.3	65.5	16.0	1.8	67	78
Fiji	0.9	0.6	28.9	17.7	25.6	65.1	6.0	2.7	66	70
Filipinas	111.0	1.4	29.5	19.4	28.6	64.7	5.7	2.5	68	76
Finlândia ¹¹	5.5	0.2	15.6	11.0	16.6	61.4	23.0	1.4	80	85
França ¹²	65.4	0.3	17.5	12.1	17.8	61.4	21.1	1.8	80	86
Gabão	2.3	2.7	37.4	19.2	27.1	59.1	3.5	3.8	65	69
Gana	31.7	2.2	36.9	21.3	30.4	59.9	3.2	3.7	63	66
Geórgia ¹³	4.0	-0.2	20.3	12.1	17.8	64.2	15.6	2.0	70	78
Grenada	0.1	0.5	23.8	14.4	21.8	66.2	10.0	2.0	70	75
Grécia	10.4	-0.4	13.4	10.2	15.3	63.9	22.6	1.3	80	85
Guadalupe ¹⁴	0.4	0.0	18.2	14.2	21.5	61.9	19.9	2.1	79	86
Guam ¹⁵	0.2	0.8	23.6	15.8	24.0	65.5	10.9	2.3	77	84
Guatemala	18.2	1.9	32.9	21.2	31.3	62.0	5.1	2.7	72	78
Guiana Francesa ¹⁴	0.3	2.7	31.7	19.0	27.6	62.5	5.8	3.2	77	83
Guiana	0.8	0.5	27.5	18.1	27.8	65.2	7.3	2.4	67	73
Guiné Equatorial	1.4	3.7	36.8	19.4	29.2	60.8	2.4	4.3	58	61
Guiné-Bissau	2.0	2.5	41.7	22.9	32.1	55.4	2.9	4.3	57	61
Guiné	13.5	2.8	42.7	24.2	34.1	54.3	3.0	4.5	61	63
Gâmbia	2.5	2.9	43.8	23.1	32.4	53.7	2.5	5.0	61	64

Indicadores Demográficos

Countries, territories, other areas	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO					FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA	
	População total, em milhões	Taxa média anual de mudança populacional, porcentagem	População de 0 a 14 anos, porcentagem	População de 10 a 19 anos, porcentagem	População de 10 a 24 anos, porcentagem	População de 15 a 64 anos, porcentagem	População de 65 anos ou mais, porcentagem	Taxa total de fecundidade, por mulher	Expectativa de vida ao nascer, anos, 2021	
	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	masculino	feminino
Haiti	11.5	1.3	32.1	20.4	29.7	62.6	5.3	2.8	62	67
Honduras	10.1	1.7	30.1	20.4	30.6	64.8	5.1	2.4	73	78
Hungria	9.6	-0.2	14.5	10.0	15.2	65.0	20.6	1.5	74	81
Ilhas Salomão	0.7	2.6	39.9	21.7	30.6	56.4	3.7	4.3	72	75
Ilhas Turcas e Caicos	0.0	1.5	–	–	–	–	–	–	–	–
Ilhas Virgens dos Estados Unidos ¹⁵	0.1	-0.1	18.9	13.4	19.6	59.9	21.1	2.0	78	83
Índia	1,393.4	1.0	25.8	18.0	26.9	67.4	6.8	2.2	69	71
Indonésia	276.4	1.1	25.6	16.8	25.1	67.9	6.5	2.2	70	74
Iraque	41.2	2.5	37.3	21.6	31.1	59.2	3.5	3.5	69	73
Irlanda	5.0	1.2	20.5	13.8	19.7	64.6	14.9	1.8	81	84
Irã (República Islâmica do Irã)	85.0	1.4	24.8	14.1	20.5	68.4	6.8	2.1	76	78
Islândia	0.3	0.7	19.2	13.2	19.5	64.8	16.1	1.7	82	85
Israel	8.8	1.6	27.7	16.3	23.6	59.7	12.6	3.0	82	85
Itália	60.4	0.0	12.8	9.5	14.4	63.6	23.6	1.3	82	86
Iêmen	30.5	2.4	38.4	22.6	32.2	58.6	3.0	3.5	65	68
Jamaica	3.0	0.5	23.1	15.5	24.1	67.6	9.3	1.9	73	76
Japão	126.1	-0.2	12.3	8.9	13.6	59.0	28.7	1.4	82	88
Jordânia	10.3	1.9	32.1	21.3	30.5	63.9	4.0	2.6	73	77
Kiribati	0.1	1.5	35.8	20.0	28.8	59.8	4.3	3.5	65	73
Kuwait	4.3	2.1	21.1	13.1	18.5	75.5	3.4	2.1	75	77
Lesoto	2.2	0.8	32.1	19.7	29.1	62.8	5.0	3.0	52	59
Letônia	1.9	-1.1	16.8	10.2	13.7	62.2	21.0	1.7	71	80
Libéria	5.2	2.5	40.0	23.2	32.4	56.6	3.4	4.1	63	66
Lituânia	2.7	-1.5	15.6	9.0	13.7	63.3	21.1	1.7	71	82
Luxemburgo	0.6	2.0	15.6	10.5	16.8	69.8	14.6	1.4	81	85
Líbano	6.8	0.9	24.5	16.3	24.8	67.6	7.9	2.0	77	81
Líbia	7.0	1.4	27.4	17.4	25.2	68.0	4.6	2.1	70	76
Macedônia do Norte	2.1	0.0	16.2	11.1	17.2	68.9	14.9	1.5	74	78
Madagáscar	28.4	2.7	39.8	22.7	32.4	57.0	3.2	3.9	66	69
Malawi	19.6	2.7	42.5	24.7	34.4	54.8	2.7	4.0	62	68
Maldivas	0.5	3.4	19.8	11.3	19.3	76.4	3.8	1.8	78	81
Mali	20.9	3.0	46.7	24.8	33.7	50.8	2.5	5.6	59	61
Malta	0.4	0.4	14.4	9.3	14.7	63.8	21.8	1.5	81	85
Malásia ¹⁶	32.8	1.3	23.3	15.5	24.1	69.3	7.4	1.9	75	79
Marrocos	37.3	1.3	26.5	16.5	24.2	65.6	7.9	2.3	76	78
Martinica ¹⁴	0.4	-0.2	15.5	12.2	18.8	62.2	22.3	1.8	80	86
Mauritânia	4.8	2.8	39.5	21.7	30.6	57.3	3.2	4.4	64	67
Maurícia ¹⁷	1.3	0.2	16.4	13.4	20.7	70.6	13.0	1.4	72	79
Micronésia (Estados Federados da)	0.1	1.1	31.0	19.9	29.8	64.4	4.6	2.9	66	70
Moldávia, República da ¹⁸	4.0	-0.2	15.8	10.5	16.2	71.2	13.0	1.3	68	76
Mongólia	3.3	1.8	31.2	15.8	22.4	64.3	4.5	2.8	66	75
Montenegro	0.6	0.0	18.0	12.4	18.9	65.9	16.2	1.7	75	80
Moçambique	32.2	2.9	43.8	24.2	33.6	53.3	2.9	4.6	59	65
Myanmar	54.8	0.6	25.1	17.9	26.7	68.4	6.5	2.1	64	71
México	130.3	1.1	25.5	17.2	25.6	66.7	7.8	2.1	72	78
Namíbia	2.6	1.9	36.7	20.8	30.2	59.7	3.6	3.2	61	67
Nepal	29.7	1.5	28.1	20.3	31.2	66.0	5.9	1.8	70	73
Nicarágua	6.7	1.3	29.1	18.6	27.3	65.0	5.9	2.3	71	78
Nigéria	211.4	2.6	43.3	23.2	32.0	53.9	2.8	5.2	54	56
Noruega ¹⁹	5.5	0.8	17.1	11.9	18.3	65.1	17.8	1.7	81	85
Nova Caledônia ¹⁴	0.3	1.0	21.7	15.0	23.2	68.3	10.0	1.9	75	81

Countries, territories, other areas	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO					FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DEVIDA	
	População total, em milhões	Taxa média anual de mudança populacional, porcentagem	População de 0 a 14 anos, porcentagem	População de 10 a 19 anos, porcentagem	População de 10 a 24 anos, porcentagem	População de 15 a 64 anos, porcentagem	População de 65 anos ou mais, porcentagem	Taxa total de fecundidade, por mulher	Expectativa de vida ao nascer, anos, 2021	masculino
Nova Zelândia ²⁰	4.9	0.9	19.3	13.0	19.5	64.0	16.7	1.9	81	84
Níger	25.1	3.8	49.5	24.4	33.1	47.9	2.6	6.6	62	64
Omã	5.2	3.6	22.9	11.1	17.1	74.5	2.6	2.7	77	81
Palestina ²¹	5.2	2.4	38.0	21.8	31.4	58.8	3.3	3.4	73	76
Panamá	4.4	1.7	26.2	16.7	24.8	65.0	8.8	2.4	76	82
Papua Nova Guiné	9.1	2.0	34.8	21.3	30.7	61.5	3.7	3.4	64	66
Paquistão	225.2	2.0	34.6	20.4	29.7	61.0	4.4	3.3	67	69
Paraguai	7.2	1.3	28.6	18.5	27.8	64.4	7.0	2.4	72	77
Países Baixos ²²	17.2	0.2	15.5	11.3	17.2	64.0	20.5	1.7	81	84
Peru	33.4	1.6	24.7	15.5	23.1	66.4	9.0	2.2	75	80
Polinésia Francesa ¹⁴	0.3	0.6	22.0	15.5	23.1	68.6	9.4	1.9	76	80
Polônia	37.8	-0.1	15.2	9.9	14.9	65.4	19.4	1.5	75	83
Porto Rico ¹⁵	2.8	-3.3	14.9	14.1	19.4	63.9	21.3	1.2	77	84
Portugal	10.2	-0.3	12.9	9.9	15.2	64.0	23.1	1.3	79	85
Quirguistão	6.6	1.8	32.6	17.3	24.9	62.5	4.9	2.9	68	76
Quênia	55.0	2.3	38.0	23.6	33.4	59.4	2.6	3.3	65	70
Reino Unido ²³	68.2	0.6	17.6	11.4	17.3	63.5	18.8	1.7	80	83
República da Coreia	51.3	0.2	12.3	9.1	15.1	71.2	16.6	1.1	80	86
República Árabe da Síria	18.3	-0.6	30.7	18.3	27.1	64.4	4.9	2.7	71	79
República Centro-Africana	4.9	1.4	43.0	26.1	36.3	54.1	2.8	4.5	52	56
República Democrática Popular do Laos	7.4	1.5	31.6	20.0	29.3	64.0	4.4	2.5	67	70
República Dominicana	11.0	1.1	27.2	17.7	26.2	65.1	7.8	2.3	71	78
República Tcheca	10.7	0.2	15.8	10.1	14.4	63.8	20.4	1.7	77	82
Reunião ¹⁴	0.9	0.7	22.0	15.3	22.6	64.8	13.2	2.2	78	84
Romênia	19.1	-0.7	15.5	10.8	16.1	64.9	19.7	1.6	73	80
Ruanda	13.3	2.6	39.2	22.3	31.5	57.5	3.2	3.9	67	72
Saara Ocidental	0.6	2.5	26.9	16.5	24.8	69.5	3.6	2.3	69	73
Samoa	0.2	0.5	37.1	21.2	29.5	57.7	5.2	3.7	72	76
San Marino	0.0	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	0.2	0.5	17.7	12.8	21.2	71.7	10.6	1.4	75	78
Senegal	17.2	2.8	42.3	23.2	32.3	54.6	3.1	4.4	66	70
Serra Leoa	8.1	2.1	40.0	23.4	32.8	57.1	2.9	4.0	55	56
Seychelles	0.1	0.7	23.7	14.3	20.6	67.9	8.4	2.4	70	78
Somália	16.4	2.8	46.0	24.6	34.3	51.1	2.9	5.8	56	60
Sri Lanka	21.5	0.5	23.4	15.8	22.7	64.9	11.6	2.2	74	81
Suazilândia	1.2	1.0	37.0	23.7	33.4	59.0	4.0	2.9	57	66
Sudão do Sul	11.4	0.9	41.1	23.0	32.5	55.6	3.4	4.5	57	60
Sudão	44.9	2.4	39.5	23.0	32.5	56.8	3.7	4.2	64	68
Suriname	0.6	1.0	26.4	17.3	25.6	66.3	7.3	2.3	69	75
Suécia	10.2	0.7	17.7	11.3	16.5	61.9	20.5	1.8	81	85
Suíça	8.7	0.8	15.0	9.7	15.1	65.6	19.4	1.6	82	86
São Cristóvão e Neves	0.1	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-
São Martinho ¹	0.0	1.4	-	-	-	-	-	-	-	-
São Tomé e Príncipe	0.2	1.9	41.3	24.7	33.5	55.6	3.1	4.2	68	73
São Vicente e Granadinas	0.1	0.3	21.6	15.4	23.8	68.3	10.2	1.8	71	75
Sérvia ²⁴	8.7	-0.3	15.2	11.3	17.3	65.4	19.4	1.4	74	79
Tailândia	70.0	0.3	16.3	12.0	18.7	70.2	13.5	1.5	74	81
Taijuistão	9.7	2.4	37.4	19.0	27.4	59.3	3.3	3.5	69	74
Tanzânia, República Unida da ²⁵	61.5	3.0	43.3	23.6	32.5	54.0	2.7	4.7	64	68
Timor-Leste, República Democrática da	1.3	1.9	36.6	22.8	32.7	59.1	4.3	3.8	68	72

Indicadores Demográficos

Countries, territories, other areas	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO					FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA	
	População total, em milhões	Taxa média anual de mudança populacional, porcentagem	População de 0 a 14 anos, porcentagem	População de 10 a 19 anos, porcentagem	População de 10 a 24 anos, porcentagem	População de 15 a 64 anos, porcentagem	População de 65 anos ou mais, porcentagem	Taxa total de fecundidade, por mulher	Expectativa de vida ao nascer, anos, 2021	
	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	masculino	feminino
Togo	8.5	2.5	40.3	23.1	32.2	56.8	2.9	4.1	61	63
Tonga	0.1	1.0	34.4	22.1	31.5	59.7	6.0	3.4	69	73
Trinidad e Tobago	1.4	0.4	19.8	13.4	19.4	68.3	11.9	1.7	71	76
Tunísia	11.9	1.1	24.2	14.0	20.8	66.6	9.2	2.1	75	79
Turcomenistão	6.1	1.6	30.6	17.0	24.5	64.4	5.0	2.7	65	72
Turquia	85.0	1.4	23.6	15.9	23.9	67.1	9.3	2.0	75	81
Tuvalu	0.0	1.2	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrânia ²⁶	43.5	-0.5	15.9	10.3	15.1	66.8	17.3	1.4	67	77
Uganda	47.1	3.6	45.5	25.0	34.6	52.4	2.0	4.6	62	66
Uruguai	3.5	0.4	20.2	13.6	20.9	64.5	15.3	1.9	74	82
Uzbequistão	33.9	1.6	28.7	16.4	24.4	66.2	5.0	2.4	70	74
Vanuatu	0.3	2.5	38.2	21.9	30.3	58.2	3.6	3.7	69	72
Venezuela (República Bolivariana da)	28.7	-1.1	26.5	18.2	25.9	65.3	8.2	2.2	68	76
Vietnã	98.2	1.0	23.2	14.0	20.7	68.6	8.2	2.0	72	80
Zimbábue	15.1	1.5	41.3	24.2	33.6	55.6	3.1	3.4	60	63
Zâmbia	18.9	2.9	43.6	24.7	34.3	54.3	2.2	4.4	61	68

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- 1 Para fins estatísticos, os dados referentes aos Países Baixos não incluem esta 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 (RAE) da China ou de Taiwan, Província 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 esta área.
- 6 Em 20 de dezembro de 1999, Macau tornou-se uma Região Administrativa Especial (RAE) da China. Para fins estatísticos, os dados da China não incluem esta área.
- 7 Refere-se a todo o país.
- 8 Para fins estatísticos, os dados da Dinamarca não incluem as Ilhas Faroé ou a Groenlândia.
- 9 Incluindo Ilhas Canárias, Ceuta e Melilla.
- 10 Para fins estatísticos, os dados dos Estados Unidos da América não incluem Samoa Americana, Guam, Ilhas Marianas do Norte, Porto Rico nem Ilhas Virgens dos Estados Unidos.
- 11 Incluindo as Ilhas Åland.
- 12 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) ou Ilhas Wallis e Futuna.
- 13 Incluindo Abkhazia e Ossétia do Sul.
- 14 Para fins estatísticos, os dados da França não incluem esta área.
- 15 Para fins estatísticos, os dados dos Estados Unidos da América não incluem esta área.
- 16 Incluindo Sabah e Sarawak.
- 17 Incluindo Agalega, Rodrigues e Saint Brandon.
- 18 Incluindo a Transnístria.
- 19 Incluindo as Ilhas Svalbard e Jan Mayen.
- 20 Para fins estatísticos, os dados da Nova Zelândia não incluem as Ilhas Cook, Niue nem Tokelau.
- 21 Incluindo Jerusalém Oriental.
- 22 Para fins estatísticos, os dados dos Países Baixos não incluem Aruba, Bonaire, Saint Eustatius e Saba, Curaçao ou São Martinho (parte holandesa).
- 23 Refere-se ao Reino Unido da Grã-Bretanha e à Irlanda do Norte. Para fins estatísticos, os dados do Reino Unido não incluem Anguila, Bermudas, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Ilhas do Canal, Ilhas Falkland (Malvinas), Gibraltar, Ilha de Man, Montserrat, Santa Helena ou Ilhas Turcas e Caicos.
- 24 Incluindo Kosovo.
- 25 Incluindo Zanzibar.
- 26 Refere-se ao território do país na época do censo de 2001.

DEFINIÇÕES DOS INDICADORES

População total: Tamanho estimado das populações nacionais em meados do ano.

Taxa média anual de mudança populacional: Taxa exponencial média de crescimento da população em um determinado período, com base em uma projeção de variante média.

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

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

População de 10 a 24 anos, porcentagem: Proporção da população entre 10 e 24 anos.

População de 15 a 64 anos, porcentagem: Proporção da população entre 15 e 64 anos.

População com 65 anos ou mais, porcentagem: Proporção da população com 65 anos de idade ou mais.

Taxa total de fecundidade: Número de filhos que nasceriam por mulher se ela vivesse até o fim de seus anos férteis e gerasse filhos em todas as idades, de acordo com as taxas de fecundidade predominantes para cada idade.

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

FONTES DE DADOS PRINCIPAIS

População total: Divisão de População das Nações Unidas.

Taxa média anual de mudança populacional: Divisão de População das Nações Unidas.

População com idade entre 0 e 14 anos, porcentagem: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas.

População com idade entre 10 e 19 anos, porcentagem: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas.

População com idade entre 10 e 24 anos, porcentagem: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas.

População com idade entre 15 e 64 anos, porcentagem: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas.

População com 65 anos de idade ou mais, porcentagem: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas.

Taxa de fecundidade total: Divisão de População das Nações Unidas.

Expectativa de vida ao nascer: Divisão de População das Nações Unidas.

As tabelas estatísticas constantes no relatório da *Situação da População Mundial* de 2021 incluem indicadores que acompanham o progresso em direção às metas do Marco de Ações para o Acompanhamento do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nas áreas de saúde materna, acesso a educação, e saúde reprodutiva e sexual. Além disso, essas tabelas incluem uma variedade de indicadores demográficos. As tabelas estatísticas sustentam a ênfase do UNFPA no progresso e nos resultados em direção a um mundo onde toda gravidez é desejada, todo parto é seguro e o potencial de cada jovem é realizado.

Diferentes autoridades nacionais e organizações internacionais empregam diferentes metodologias na coleta, extrapolação ou análise de dados. Para facilitar a comparabilidade internacional dos dados, o UNFPA conta com as metodologias padrão empregadas pelas principais fontes de dados. Em alguns casos, portanto, os dados nessas tabelas diferem dos gerados pelas autoridades nacionais. Os dados apresentados nas tabelas não são comparáveis aos dados em relatórios anteriores da *Situação 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 (DHS) e Pesquisas por Grupos de Indicadores Múltiplos (MICS), estimativas de organizações das Nações Unidas e estimativas interagências. Elas também incluem as últimas estimativas e projeções populacionais do World Population Prospects: The 2019 Revision and Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020 (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População). Os dados são acompanhados por definições, fontes e notas. As tabelas estatísticas constantes no relatório *Situação da População Mundial* 2021 geralmente refletem as informações disponíveis a partir de janeiro de 2021.

Acompanhamento do progresso em direção às metas da ICPD

Saúde Sexual e Reprodutiva

Taxa de mortalidade materna (MMR), (mortes por 100.000 nascidos vivos) e intervalo de incerteza MMR (UI 80%), estimativas inferior e superior (2017).

Fonte: Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativa da Mortalidade Materna (MMEIG). Este indicador apresenta o número de mortes maternas durante determinado período de tempo, por 100.000 nascidos vivos durante o mesmo período (indicador ODS 3.1.1). As estimativas são produzidas pelo MMEIG usando dados de sistemas de registro civil, pesquisas domiciliares e censos populacionais. UNFPA, OMS, Banco Mundial, UNICEF e a Divisão de População das Nações Unidas são membros do MMEIG. As estimativas e metodologias são revisadas regularmente pelo MMEIG e por outras agências e instituições acadêmicas, e são ajustadas quando necessário, como parte do processo contínuo de melhoria dos dados de mortalidade materna. As estimativas não devem ser comparadas com estimativas interinstitucionais anteriores.

Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, porcentagem (2014-2019).

Fonte: Banco de dados global conjunto sobre atendimento qualificado ao parto, 2020, UNICEF e OMS. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados do banco de dados global conjunto. A porcentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (médicos, enfermeiras ou parteiras) é a porcentagem de partos assistidos por pessoal de saúde formado na prestação de cuidados obstétricos que salvam vidas, inclusive a supervisão, assistência e orientações necessárias às mulheres durante a gravidez, o parto e o período pós-parto; realização de partos por conta própria; e cuidados com os recém-nascidos (indicador ODS 3.1.2). As parteiras tradicionais, mesmo que recebam um curso de treinamento de curta duração, não estão incluídas.

Número de novas infecções por HIV por 1.000 habitantes não infectados (2018).

Fonte: UNAIDS. Número de novas infecções por HIV por 1.000 pessoas-ano entre a população não infectada (indicador ODS 3.3.1).

Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método (2021).

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos que usam atualmente algum método contraceptivo. As estimativas baseadas em modelos são baseadas em dados derivados de relatórios de pesquisa por amostra. Os dados da pesquisa estimam a proporção de todas as mulheres em idade reprodutiva e mulheres casadas (incluindo mulheres em união consensual), atualmente usando qualquer método de contracepção.

Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos (2021).

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos que usam atualmente algum método anticoncepcional moderno. As estimativas baseadas em modelos têm base em dados derivados de relatórios de pesquisa de amostra. Os dados da pesquisa estimam a proporção de todas as mulheres em idade reprodutiva e mulheres casadas (inclusive mulheres em união consensual), que atualmente usam quaisquer métodos modernos de contracepção. Os métodos modernos ou clínicos e de fornecimento incluem esterilização masculina e feminina, DIU, pílula, injetáveis, implantes hormonais, preservativos e métodos de barreira feminina.

Necessidade não atendida de planejamento familiar, mulheres de 15 a 49 anos (2021).

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que desejam interromper ou adiar a gravidez, mas não usam método contraceptivo algum. As estimativas baseadas em modelos têm base em dados derivados de relatórios de pesquisa por amostra. Mulheres que usam algum método contraceptivo tradicional não são consideradas como mulheres que têm uma necessidade não atendida de planejamento familiar. Todas as mulheres ou todas as mulheres casadas e aquelas que vivem em união estável são consideradas sexualmente ativas e com risco de gravidez. A suposição de exposição universal entre

todas as mulheres ou todas as mulheres casadas ou que vivem em união estável pode levar a estimativas inferiores em comparação com os riscos reais entre as expostas. Pode ser possível, em particular em níveis baixos de prevalência de anticoncepcionais, que quando a prevalência de anticoncepcionais aumenta, a necessidade não atendida de planejamento familiar também aumenta. Ambos os indicadores, portanto, precisam ser interpretados em conjunto.

Proporção da demanda de planejamento familiar atendida por qualquer método moderno, mulheres de 15 a 49 anos (2021).

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Percentual da demanda total de planejamento familiar entre mulheres de 15 a 49 anos que é atendida pelo uso de anticoncepcionais modernos (indicador ODS 3.7.1). Prevalência de anticoncepcionais modernos dividida pela demanda total de planejamento familiar. A demanda total de planejamento familiar é a soma da prevalência de anticoncepcionais e a necessidade não atendida de planejamento familiar.

Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação (2019).

Fonte: UNFPA. Até que ponto os países têm leis e regulamentos nacionais que garantem o acesso total e igual para mulheres e homens com 15 anos ou mais de idade a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação (indicador ODS 5.6.2).

Gênero, Direitos e Capital Humano

Taxa de natalidade entre adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos de idade (2003-2018).

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Número de nascimentos por 1.000 meninas adolescentes de 15 a 19 anos (Indicador ODS 3.7.2). A taxa de natalidade entre adolescentes representa o risco de engravidar entre mulheres adolescentes de 15 a 19 anos de idade. Para o registro civil, as taxas estão sujeitas a limitações que dependem da integridade do registro de nascimento, do tratamento de bebês nascidos vivos, mas que morrem antes do registro ou nas primeiras 24 horas de vida, da qualidade dos dados informados com relação à idade da mãe e à inclusão de nascimentos de períodos anteriores. As estimativas populacionais podem sofrer limitações relacionadas a declarações incorretas de idade e abrangência. Para dados de pesquisa e censo, tanto o numerador quanto o denominador vêm da mesma população. As principais limitações dizem respeito a declarações incorretas de idade, omissões de nascimento, declaração incorreta da data de nascimento da criança e variabilidade da amostra no caso de pesquisas.

Casamento infantil até os 18 anos, porcentagem (2005-2019).

Fonte: UNICEF. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados do UNICEF. Proporção de mulheres com idade entre 20 e 24 anos que estavam casadas ou em união estável antes dos 18 anos (Indicador ODS 5.3.1).

Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos, porcentagem (2004-2018).

Fonte: UNFPA. Proporção de meninas de 15 a 19 anos que sofreram mutilação genital feminina (indicador ODS 5.3.2).

Violência por parceiro íntimo, nos últimos 12 meses, porcentagem (2000-2019).

Fonte: UNFPA. Estimativas regionais e globais geradas pelo Grupo Interinstitucional de Violência contra Mulheres sobre Estimativas e Dados

(OMS, ONU Mulheres, UNICEF, UNSD, UNODC e UNFPA). Percentual de meninas e mulheres entre 15 e 49 anos que já tiveram um parceiro e que sofreram violência física e/ou sexual nos últimos 12 meses (Indicador ODS 5.2.1).

Tomada de decisões sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem (2007-2018).

Fonte: UNFPA. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que são casadas (ou vivem em união estável), que tomam suas próprias decisões em três áreas – cuidados de saúde, uso de anticoncepcionais e relações sexuais com seus parceiros (Indicador ODS 5.6.1). Quando este relatório foi enviado para impressão, dados atualizados para este indicador ODS tornaram-se disponíveis. Os números atualizados estão disponíveis em <https://unstats.un.org/ODSs/indicators/database/>.

Taxa líquida total de matrículas, ensino primário, porcentagem (2010-2020).

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Número total de alunos da faixa etária oficial do ensino primário matriculados em qualquer nível de ensino, expresso em porcentagem da população correspondente.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino primário (2010-2020).

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Razão entre os valores femininos e masculinos da taxa líquida total de matrículas no ensino primário.

Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior, porcentagem (2010-2019).

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Número total de alunos da faixa etária oficial do ensino secundário inferior matriculados em qualquer nível de ensino, expresso em porcentagem da população correspondente.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino secundário inferior (2010-2019).

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Razão entre os valores femininos e masculinos da taxa líquida total de matrículas para o ensino secundário inferior.

Taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior, porcentagem (2009-2019).

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Número total de alunos da faixa etária oficial do ensino secundário superior matriculados em qualquer nível de ensino, expresso em porcentagem da população correspondente.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino secundário superior (2009-2019).

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Razão entre os valores femininos e masculinos da taxa líquida total de matrículas para o ensino secundário superior.

Indicadores Demográficos

População

População total em milhões (2021).

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Tamanho estimado das populações nacionais em meados do ano.

Mudança populacional

Taxa média anual de mudança populacional, porcentagem (2015-2020).

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Taxa exponencial média de crescimento da população em um determinado período, com base em uma projeção de variante média.

Composição da população

População de 0 a 14 anos de idade, porcentagem (2021).

Fonte: Cálculo do UNFPA baseado em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Proporção da população entre 0 e 14 anos de idade.

População com idade entre 10 e 19 anos, porcentagem (2021).

Fonte: Cálculo do UNFPA baseado em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Proporção da população entre 10 e 19 anos de idade.

População com idade entre 10 e 24 anos, porcentagem (2021).

Fonte: Cálculo do UNFPA baseado em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Proporção da população entre 10 e 24 anos de idade.

População com idade de 15 a 64 anos, porcentagem (2021).

Fonte: Cálculo do UNFPA baseado em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Proporção da população entre 15 e 64 anos de idade.

Classificações regionais

Os agregados do UNFPA apresentados no final das tabelas estatísticas são calculados usando dados de países e áreas como classificados abaixo.

Região dos Estados Árabes

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

Ásia e Região do Pacífico

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

Europa Oriental e Região da Ásia Central

Albânia; Armênia; Azerbaijão; Bielorrússia; Bósnia e Herzegovina; Geórgia; Cazaquistão; Quirguistão; República da Moldávia; Macedônia do Norte; Sérvia; Tajiquistão; Peru; Turcomenistão; Ucrânia; Uzbequistão

Região da África Oriental e Austral

Angola; Botswana; Burundi; Comores; República Democrática do Congo; Eritreia; Eswatini; Etiópia; Quênia; Lesoto; Madagascar; Malauí; Maurício; Moçambique; Namíbia; Ruanda; África do Sul; Sudão do Sul; República Unida da Tanzânia; Uganda; Zâmbia; Zimbábue

Região da América Latina e Caribe

Anguila; Antígua e Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bermudas; Bolívia (Estado Plurinacional da); Brasil; Ilhas Virgens Britânicas; Ilhas Cayman; Chile; Colômbia; Costa Rica; Cuba; Curaçao; Dominica; República Dominicana; Equador; El Salvador; Grenada; Guatemala; Guiana; Haiti; Honduras; Jamaica; México; Montserrat; Nicarágua; Panamá; Paraguai; Peru; São Cristóvão e Neves; Santa Lúcia; São Vicente e Granadinas; São Martinho; Suriname; Trinidad e Tobago; Ilhas Turcas e Caicos; Uruguai; Venezuela (República Bolivariana da)

População com 65 anos de idade ou mais, porcentagem (2021).

Fonte: Cálculo do UNFPA baseado em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Proporção da população com 65 anos de idade ou mais.

Fecundidade

Taxa de fecundidade total, por mulher (2021).

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Número de filhos que nasceriam por mulher se ela vivesse até o fim da idade reprodutiva e tivesse filhos em cada idade, de acordo com as taxas de fecundidade prevalentes para cada idade.

Expectativa de vida

Expectativa de vida ao nascer, em anos (2021).

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Número de anos que os recém-nascidos viveriam se estivessem sujeitos aos riscos de mortalidade prevalentes para a seção transversal da população no momento de seu nascimento.

Região da África Ocidental e Central

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

As regiões mais desenvolvidas estão incluídas para 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 estão incluídas para fins estatísticos e não expressam um julgamento sobre o estágio alcançado por determinado país ou área no processo de desenvolvimento, compreendendo todas as regiões do PNUD da África, Ásia (exceto Japão), América Latina e do Caribe mais Melanésia, Micronésia e Polinésia.

Os países menos desenvolvidos, como definido pela Assembleia Geral das Nações Unidas em suas resoluções (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 e 68/18) incluíam 47 países (em dezembro de 2018): 33 na África, 9 na Ásia, 4 na Oceania e 1 na América Latina e Caribe – Afeganistão; Angola; Bangladesh; Benin; Butão; Burkina Faso; Burundi; Camboja; República Centro-Africana; Chade; Comores; República Democrática do Congo; Djibouti; Eritreia; Etiópia; Gâmbia; Guiné; Guiné-Bissau; Haiti; Kiribati; República Democrática Popular do Laos; Lesoto; Libéria; Madagascar; Malauí; Mali; Mauritânia; Moçambique; Mianmar; Nepal; Níger; Ruanda; São Tomé e Príncipe; Senegal; Serra Leoa; Ilhas Salomão; Somália; Sudão do Sul; Sudão; República Unida da Tanzânia; República Democrática do Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Iêmen; Zâmbia. Esses países também estão incluídos nas regiões menos desenvolvidas. Mais informações estão disponíveis em <http://unohrls.org/about-ldcs/>.

Referências

- African Union, 2003. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*. Website: au.int/sites/default/files/treaties/37077-treaty-charter_on_rights_of_women_in_africa.pdf, accessed 18 November 2020.
- African Union, 1990. *African Charter on the Rights and Welfare of the Child*. Website: un.org/en/africa/osaa/pdf/au/afr_charter_rights_welfare_child_africa_1990.pdf, accessed 18 November 2020.
- African Union, 1981. *African Charter on Human and Peoples' Rights (Banjul Charter)*. Website: achpr.org/legalinstruments/detail?id=49, accessed 18 November 2020.
- Agot, Kawango E. and others, 2010. "Widow Inheritance and HIV Prevalence in Bondo District, Kenya." *PLOS One* 5(11): e14028.
- Akhmetova, Anna and others, 2020. "Understanding Successful Legal Reform for Women's Economic Empowerment: A Case Study Analysis." The Bush School of Government and Public Service, Texas A&M University. Website: bush.tamu.edu/wp-content/uploads/2020/07/WPS2020CapstoneFullReport.pdf, accessed 29 December 2020.
- Arthur, Megan and others, 2018. "Child Marriage Laws Around the World: Minimum Marriage Age, Legal Exceptions, and Gender Disparities." *Journal of Women, Politics & Policy* 39(1): 51-74.
- ASEAN (Association of Southeast Asian Nations), 2012. *ASEAN Human Rights Declaration*. Website: asean.org/storage/images/ASEAN_RTK_2014/6_AHRD_Booklet.pdf, accessed 18 November 2020.
- Assaf, Shireen and Lwendo Moonzwe Davis, 2018. "Does Men's Involvement Improve the Health Outcomes of Their Partners and Children?" DHS Analytical Studies No. 64. Rockville, Maryland, USA: ICF.
- 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.
- Berg, Rigmor C. and Eva Denison, 2013. "A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review." *Health Care for Women International* 34(10): 837-859.
- Bernstein, Carolyn A., 2018. "Take Control of Your Health Care (Exert Your Patient Autonomy)." Harvard Health Blog. Website: health.harvard.edu/blog/take-control-of-your-health-care-exert-your-patient-autonomy-2018050713784, accessed 29 December 2020.
- Cabral, Mauro, 2015. "Statement from GATE - Global Action for Trans* Equality." *Reproductive Health Matters* 23(46): 196.
- Clapham, Andrew, 2015. *Human Rights: A Very Short Introduction*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Committee on Adolescence, 2017. "The Adolescent's Right to Confidential Care When Considering Abortion." *Pediatrics* 139(2): e20163861.
- Council of Europe, 1950. *European Convention on Human Rights*. Website: echr.coe.int/documents/convention_eng.pdf, accessed 18 November 2020.
- Coyne, Imelda and Maria Harder, 2011. "Children's Participation in Decision-Making: Balancing Protection with Shared Decision-Making Using a Situational Perspective." *Journal of Child Health Care* 15(4): 312-319.
- Data2x, 2020. "Mapping Gender Data Gaps: An SDG Era Update." Website: data2x.org/resource-center/mappinggenderdatagaps/, accessed 29 December 2020.
- Data2x, 2020a. "Why the Action Coalition on Bodily Autonomy and Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) Must Call for Investment in Gender Data." Website: data2x.org/wp-content/uploads/2020/09/AC-Brief_BodilyAutonomyandSRHR.pdf, accessed 29 December 2020.
- Dennis, Amanda and others, 2009. *The Impact of Laws Requiring Parental Involvement for Abortion: A Literature Review*. New York, USA: Guttmacher Institute.
- Dhillon, Amrit, 2018. "Death by Dowry Claim by Bereaved Family in India." London, UK: *The Guardian*, 18 July 2018. Website: theguardian.com/global-development/2018/jul/18/death-by-dowry-claim-by-bereaved-family-in-india, accessed 15 January 2021.
- Disabled World, 2012. "People with Disabilities and Sexual Assault." Website: disabled-world.com/disability/sexuality/assaults.php#ixzz2SXMEQWra, accessed 13 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 2010. *Ternovszky v. Hungary* (application no. 67545/09). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-102254"\]](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 18 November 2020.

- ECtHR (European Court of Human Rights), 2007. *Evans v. The United Kingdom* (application no. 6339/05). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-80046"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 19 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 2002. *Pretty v The United Kingdom* (application no. 2346/02). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-60448"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 18 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 1997. *Laskey and Others v. The United Kingdom* (application no. 21627/93; 21628/93; 21974/93). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-58021"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 18 November 2020.
- Equality Now, 2020. "Repealing 'Marry Your Rapist' Laws." Website: equalitynow.org/repealing_marry_your_rapist_laws, accessed 18 November 2020.
- Equality Now, 2017. *The World's Shame: The Global Rape Epidemic*. New York, Nairobi, London: Equality Now.
- Esterhuizen, Tashwill, 2019. "Decriminalisation of Consensual Same-Sex Sexual Acts and the Botswana Constitution: Letsweletse Motshidiemang v The Attorney-General (LEGABIBO as Amicus Curiae)." *African Human Rights Law Journal* 19(2): 843-861.
- European Union, 2012. *Charter of Fundamental Rights of the European Union*. Website: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT, accessed 18 November 2020.
- Fahmida, Rokeya and Philippe Doneys, 2013. "Sexual Coercion Within Marriage in Bangladesh." *Women's Studies International Forum* 38: 117-124.
- Gamal, Eldin and others, 2018. "FGM/C Decision-Making Process and the Role of Gender Power Relations in Sudan." In *Evidence to End FGM/C: Research to Help Girls and Women Thrive*. New York, USA: Population Council.
- Ganatra, Bela and others, 2017. "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *Lancet* 390(10110): 2372-2381.
- Gerdtz, Caitlin and others, 2015. "Denial of Abortion in Legal Settings." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 41: 161-163.
- Gibbs, Andrew and others, 2019. "Factors Associated with 'Honour' Killings in Afghanistan and the Occupied Palestinian Territories: Two Cross-Sectional Studies." *PLoS One* 14(8): e0219125.
- Global Commission on HIV and the Law, 2012. *HIV and the Law: Risks, Rights and Health*. New York, USA: United Nations Development Programme. Website: undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/hiv-and-the-law--risks--rights---health.html, accessed 18 November 2020.
- Grace, Karen Trister and Christina Fleming, 2016. "A Systematic Review of Reproductive Coercion in International Settings." *World Medical & Health Policy* 8(4): 382-408.
- Gruskin, Sofia and Daniel Tarantola, 2002. Health and Human Rights. In *Oxford Textbook of Public Health, 4th edn*, Roger Detels and others, eds. Oxford, UK: Oxford University Press; pp 311, 322.
- Habibov, Nazim and others, 2017. "Understanding Women's Empowerment and its Determinants in Post-Communist Countries: Results of Azerbaijan National Survey." *Women's Studies International Forum* 62: 125-135.
- Hague, Gill and others, 2011. "Bride Price and Its Links to Domestic Violence and Poverty in Uganda: A Participatory Action Research Study." *Women's Studies International Forum* 34(6): 550-561.
- Harrell, Erika, 2017. *Crimes Against Persons with Disabilities, 2009-2015 - Statistical Tables*. Washington, DC, USA: Bureau of Justice Statistics, Department of Justice.
- Hasday, Jill E., 2000. "Contest and Consent: A Legal History of Marital Rape." *California Law Review* 88: 1373.
- Hattori, Megan Klein and Laurie DeRose, 2008. "Young Women's Perceived Ability to Refuse Sex in Urban Cameroon." *Studies in Family Planning* 39(4): 309-320.
- Heidari, Shirin, 2015. "Sexual Rights and Bodily Integrity as Human Rights." *Reproductive Health Matters* 23(46): 1-6.
- Hogan, Daniel R. and others, 2017. "Monitoring Universal Health Coverage Within the Sustainable Development Goals: Development and Baseline Data for an Index of Essential Health Services." *The Lancet Global Health* 6(2): E152-168.
- Howard, Natasha and others, 2017. "What Works for Human Papillomavirus Vaccine Introduction in Low and Middle-Income Countries?" *Papillomavirus Research* 4: 22-25.
- IACTHR (Inter-American Court of Human Rights), 2014. *Espinoza Gonzales v. Peru*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_289_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- IACTHR (Inter-American Court of Human Rights), 2013. *J. v. Peru*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_275_ing.pdf, accessed 18 November 2020.

- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2010. *Fernández Ortega et al v. Mexico*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_215_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2006. *Miguel Castro Castro Prison v Peru*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_160_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- ICRC (International Committee of the Red Cross), 2020. "Addressing Internal Displacement in Times of Armed Conflict and Other Violence." Website: icrc.org/en/publication/0867-internally-displaced-humanitarian-response-internally-displaced-people-armed, accessed 25 February 2021.
- ILGA World (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association), 2020. *State-Sponsored Homophobia: Global Legislation Overview Update*. Geneva, Switzerland: ILGA.
- IPPF and UNFPA (International Planned Parenthood Federation and United Nations Population Fund), 2017. "Global Sexual and Reproductive Health Service Package for Men and Adolescent Boys." London, UK: IPPF. Website: ippf.org/resource/global-sexual-and-reproductive-health-package-men-and-adolescent-boys, accessed 13 January 2021.
- Jewkes, Rachel and others, 2011. "The Relationship Between Intimate Partner Violence, Rape and HIV Amongst South African Men: A Cross-Sectional Study." *PLoS One* 6(9): e24256.
- Khosla, Rajat and others, 2017. "Gender Equality and Human Rights Approaches to Female Genital Mutilation: A Review of International Human Rights Norms and Standards." *Reproductive Health* 14(1): 59.
- Kriel, Yolande and others, 2019. "Male Partner Influence on Family Planning and Contraceptive Use: Perspectives from Community Members and Healthcare Providers in KwaZulu-Natal, South Africa." *Reproductive Health* 16(1): 89.
- Kyegombe, Nambusi and others, 2014. "'SASA! is the Medicine that Treats Violence'. Qualitative Findings on how a Community Mobilisation Intervention to Prevent Violence Against Women Created Change in Kampala, Uganda." *Global Health Action* 7: 25082.
- Mabumba, E. D. and others, 2007. "Widow Inheritance and HIV in Rural Uganda." *Tropical Doctor* 37: 229–231.
- Maharjan, Binita and others, 2019. "Factors Influencing the Use of Reproductive Health Care Services among Married Adolescent Girls in Dang District, Nepal: A Qualitative Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 19: 152.
- Marí-Ytarte, Rosa and others, 2020. "Sex and Relationship Education for the Autonomy and Emotional Well-Being of Young People." *Frontiers in Psychology* 11: 1280.
- McCarthy, Bill and others, 2014. "Sex Work: A Comparative Study." *Archives of Sexual Behavior* 43(7): 1379–1390.
- McCarthy, Joe, 2017. "9 Reasons Why Dowries Are Horrible for Women: An Ugly and Corrosive System." *Global Citizen*, 6 June 2017. Website: globalcitizen.org/en/content/8-reasons-dowries-are-bad-for-women, accessed 13 November 2020.
- McCormick-Cavanagh, Conor, 2017. "New Tunisian Law Takes Long Stride Toward Gender Equality." *Al-Monitor*, 28 July 2017. Website: al-monitor.com/pulse/originals/2017/07/tunisia-new-law-women-protection-violence-rape-2018.html, accessed 28 December 2020.
- MIGS (Mediterranean Institute of Gender Studies), 2015. "Position Paper: Repositioning FGM as a Gender and Development Issue." Website: medinstgenderstudies.org/wp-content/uploads/endFGM-PositionPaper-EN-online.pdf, accessed 15 January 2020.
- Miller, Alice M. and Mindy Jane Roseman, eds, 2019. *Beyond Virtue and Vice: Rethinking Human Rights and Criminal Law*. Philadelphia, USA: University of Pennsylvania Press.
- Moore, Ann M. and others, 2007. "Coerced First Sex Among Adolescent Girls in Sub-Saharan Africa: Prevalence and Context." *African Journal of Reproductive Health* 11(3): 62–82.
- Nadimpally, Sarojini and others, 2016. "Commercial Surrogacy: A Contested Terrain in the Realm of Rights and Justice." Kuala Lumpur: Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). Website: arrow.org.my/wp-content/uploads/2018/10/accessible%20pdf-9944/index.pdf, accessed 15 January 2021.
- November, Lucy and Jane Sandall, 2018. "'Just Because She's Young, It Doesn't Mean She Has To Die': Exploring the Contributing Factors to High Maternal Mortality in Adolescents in Eastern Freetown; A Qualitative Study." *Reproductive Health* 15: 31.
- Nussbaum, Martha, 2000. *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- OAS (Organization of American States), 1994. *Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence against Women ("Convention of Belem do Para")*. Website: oas.org/en/mesecvi/docs/belemdopara-english.pdf, accessed 18 November 2020.

- OAS (Organization of American States), 1969. *American Convention on Human Rights, "Pact of San Jose", Costa Rica*. Website: oas.org/dil/access_to_information_American_Convention_on_Human_Rights.pdf, accessed 18 November 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2020. "Child, Early and Forced Marriage, Including in Humanitarian Settings." Website: ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/ChildMarriage.aspx, accessed 13 November 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2017. "Ending Violence and Discrimination against LGBTI Persons - LGBTI Core Group Ministerial Event." Website: ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22110&LangID=E, accessed 18 November 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2015. "Report of the High Commissioner for Human Rights on Discrimination and Violence against Individuals Based on Their Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/29/23. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/088/42/pdf/G1508842.pdf?OpenElement, accessed 28 December 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2005. "Background Conference Document." Website: www2.ohchr.org/SPdocs/CRPD/DGD21102009/OHCHR_BP_Legal_Capacity.doc, accessed 18 November 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. "What are Human Rights?" Website: ohchr.org/en/issues/pages/whatarehumanrights.aspx, accessed 23 December 2020.
- Olson, Rose McKeon and Claudia García-Moreno, 2017. "Virginity Testing: A Systematic Review." *Reproductive Health* 14(1): 61.
- O'Neil, Tam and Pilar Domingo, 2016. *Women and Power: Overcoming Barriers to Leadership and Influence*. London, UK: ODI.
- O'Neil, Tam and others, 2014. *Progress on Women's Empowerment: From Technical Fixes to Political Action*. London, UK: ODI.
- Pantuliano, Sara, 2020. "The Nairobi Summit, One Year On: The March for Women's Rights Continues." ODI, 12 November 2020. Website: odi.org/blogs/17541-nairobi-summit-one-year-march-women-s-rights-continues, accessed 22 December 2020.
- Parcesepe, Angela M. and others, 2016. "Early Sex Work Initiation and Violence Against Female Sex Workers in Mombasa, Kenya." *Journal of Urban Health* 93(6): 1010-1026.
- Park, Jeanna and others, 2016. "Reproductive Coercion: Uncloaking an Imbalance of Social Power." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 214(1): 71-78.
- Patterson, Charlotte J. and Anthony R. D'Augelli, 2012. *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Pew Research Center, 2016. *Marriage Laws around the World*. Washington, DC, USA: Pew Research Center. Website: assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2016/09/FT_Marriage_Age_Appendix_2016_09_08.pdf, accessed 18 November 2020.
- Powell, Richard Antony and Mohamed Yussuf, 2021. "Medical Narrative and Religious Norm Driving Cut Type and Medicalization Changes in Female Genital Mutilation/Cutting in Somaliland." *Health Care for Women International* 4: 1-25.
- Pryor, Emily Courey, 2020. "Why We're Optimistic About Gender Data after the 2020 Virtual UN World Data Forum." Data2x. Website: data2x.org/why-were-optimistic-about-gender-data-after-the-2020-virtual-un-world-data-forum/, accessed 29 December 2020.
- PWN (Positive Women's Network), n.d. "Bodily Autonomy: A Framework to Guide Our Future." Website: pwn-usa.org/bodily-autonomy-framework/, accessed 22 December 2020.
- RAINN (Rape, Abuse and Incest National Network), 2020. "Sexual Abuse of People with Disabilities." Website: rainn.org/articles/sexual-abuse-people-disabilities, accessed 13 November 2020.
- Rajan, Dheepa, n.d. "Improving Budget Accountability in Health Through Government-Civil Society Collaboration: Insights from Mexico." Geneva, Switzerland: World Health Organization. Website: who.int/docs/default-source/health-financing/who-symposium-on-health-financing-for-uhc/session-3-1--rajan.pdf?sfvrsn=324849e7_2,- accessed 18 November 2020.
- Reis, Elizabeth, 2019. "Did Bioethics Matter? A History of Autonomy, Consent, and Intersex Genital Surgery." *Medical Law Review* 27(4): 658-674.
- Richardson, Siane, 2020. "Marriage: A Get Out of Jail Free Card?" *International Journal of Law, Policy and the Family* 34(2): 168-190.
- Roggeband, Conny and Andrea Krizsán, 2020. *Democratic Backsliding and the Backlash Against Women's Rights: Understanding the Current Challenges for Feminist Politics*. UN Women. Website: unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/06/discussion-paper-democratic-backsliding-and-the-backlash-against-womens-rights, accessed 29 December 2020.

- Roseman, Mindy Jane, 2020. "The Fruits of Someone Else's Labor: Gestational Surrogacy and the Promise of Human Rights in the 21st Century." In *The Cambridge Handbook on New Human Rights. Recognition, Novelty, Rhetoric*, Andreas von Arnald and others, eds. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Salome, Nyambura and others, 2013. "Gender and Disability: Voices of Female Students with Disabilities on Gender-based Violence in Higher Education, Kenya." *International Journal of Education and Research* 1(4). Website: ijern.com/images/April-2013/36.pdf, accessed 12 January 2021.
- Santhya, K. G. and others, 2010. "Associations between Early Marriage and Young Women's Marital and Reproductive Health Outcomes: Evidence from India." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36(3): 132-139.
- Save the Children, 2020. Impact of COVID-19 on Protection and Education Among Children in Dadaab Refugee Camp, Kenya. Retrieved from <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/impact-covid-19-protection-and-education-among-children-dadaab-refugee-camp-kenya-september>.
- Schneider, Madeline and Jennifer S. Hirsch, 2020. "Comprehensive Sexuality Education as a Primary Prevention Strategy for Sexual Violence Perpetration." *Trauma, Violence, & Abuse* 21(3): 439-455.
- Selby, Daniele, 2016. "Everything You Should Know About Honor Killings." *Global Citizen*, 21 July 2016. Website: globalcitizen.org/en/content/honor-based-violence-killings-women-girls-pakistan, accessed 23 December 2020.
- Sexual Rights Initiative, 2020. National Sexual Rights Law and Policy Database. Website: sexualrightsdatabase.org/page/welcome, accessed 18 November 2020.
- Shetty, Priya, 2007. "Nahid Toubia." *The Lancet* 369(9564): 819.
- Starmann, Elizabeth and others, 2017. "Exploring Couples' Processes of Change in the Context of SASA!, a Violence Against Women and HIV Prevention Intervention in Uganda." *Prevention Science* 18(2): 233-244.
- Swaine, Aisling and others, 2019. "Exploring the Intersection of Violence Against Women and Girls with Post-Conflict Statebuilding and Peacebuilding Processes: A New Analytical Framework." *Journal of Peacebuilding and Development* 14(1): 3-21.
- Thiara, Ravi K., 2011. "Bride-Price and Its Links to Domestic Violence and Poverty in Uganda: A Participatory Action Research Study." *Women's Studies International Forum* 34(6): 550-561.
- Toubia, Nahid and Eiman Hussein Sharief, 2003. "Female Genital Mutilation: Have We Made Progress?" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 82: 251-261.
- Transgender Europe, 2015. "Ireland Adopts Progressive Gender Recognition Law." Website: tgeu.org/ireland-adopts-progressive-gender-recognition-law/, accessed 18 November 2020.
- Turner, Atuki, 2009. "Harmful Tradition." *Development and Cooperation*, 23 October 2009. Website: dandc.eu/en/article/womens-rights-uganda-view-bride-price-burden, accessed 13 November 2020.
- UCLS (University of Chicago Law School - Global Human Rights Clinic), 2019. "Human Rights Implications of Global Surrogacy." Global Human Rights Clinic. 10. Website: chicagounbound.uchicago.edu/ihrcl/10, accessed 15 January 2021.
- United Nations, 2016. *Living Free and Equal: What States Are Doing to Tackle Violence and Discrimination Against Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex People*. New York, USA and Geneva, Switzerland: United Nations.
- United Nations, 1995. *Beijing Declaration and Platform for Action*. Fourth World Conference on Women, 27 October 1995. Website: un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/, accessed 18 November 2020.
- United Nations, n.d. International Day for the Abolition of Slavery. Website: un.org/en/observances/slavery-abolition-day, accessed 21 January 2021.
- United Nations, n.d.a. "International Day of Women and Girls in Science." Website: un.org/en/observances/women-and-girls-in-science-day/, accessed 29 December 2020.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2019. "Botswana Extends Free HIV Treatment to Non-Citizens." Geneva, Switzerland: UNAIDS. Website: unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/september/20190924_Botswana_treatment_non-nationals, accessed 18 November 2020.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2017. *Confronting Discrimination: Overcoming HIV-Related Stigma and Discrimination in Health-Care Settings and Beyond*. Geneva, Switzerland: UNAIDS.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2012. "Guidance Note on HIV and Sex Work." Geneva, Switzerland: UNAIDS. Website: unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en_0.pdf, accessed 23 December 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2019. "General Comment No. 36 (2018) on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the Right to Life." CCPR/C/GC/36. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2017. "Whelan v. Ireland." CCPR/C/119/D/2425/2014. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/Whelan_v_Ireland.pdf, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2016. "Concluding Observations on the Sixth Periodic Report of Costa Rica." CCPR/C/CRI/CO/6. Website: undocs.org/CCPR/C/CRI/CO/6, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2011. "LMR v Argentina." CCPR/C/101/D/1608/2007. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/DER/G11/425/28/pdf/G1142528.pdf?OpenElement, accessed 19 January 2021.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2005. "LH. v. Peru." CCPR/C/85/D/1153/2003. Website: juris.ohchr.org/Search/Details/1215, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 1994. "Toonen v. Australia." CCPR/C/50/D/488/1992. Website: juris.ohchr.org/Search/Details/702, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2015. "Concluding Observations on the Combined Eighth and Ninth Periodic Reports of Portugal." CEDAW/C/PRT/CO/8-9. Website: undocs.org/en/CEDAW/C/PRT/CO/8-9, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2015a. "General Recommendation on Women's Access to Justice." CEDAW/C/GC/33. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CEDAW_C_GC_33_7767_E.pdf, accessed 28 December 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 1999. "CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)." Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CEDAW/GEC/4738&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW and UN CRC (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women and United Nations Committee on the Rights of the Child), 2014. "Joint General Recommendation/General Comment No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women and No. 18 of the Committee on the Rights of the Child on Harmful Practices." CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?SymbolNo=CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2019. "SC & G.P. v. Italy (No. 22/2017)." E/C.12/65/D/22/2017. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F65%2FD%2F22%2F2017&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2016. "General Comment No. 22: (2016) on the Right to Sexual and Reproductive Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/GC/22. Website: digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2009. "General Comment No. 20: Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/GC/20. Website: digitallibrary.un.org/record/659980?ln=en, accessed 19 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/2000/4. Website: digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2016. "General Comment No. 20 (2016) on the Implementation of the Rights of the Child During Adolescence." CRC/C/GC/20. Website: digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2013. "General Comment No. 15 (2013) on the Right of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health (Art. 24)." CRC/C/GC/15. Website: digitallibrary.un.org/record/778524?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2018. "General Comment No. 6 (2018) on Equality and Non-discrimination." CRPD/C/GC/6. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/6&Lang=en, accessed 12 February 2021.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2016. "General Comment No. 3 (2016) on Women and Girls with Disabilities." CRPD/C/GC/3. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/3&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2014. "General Comment No. 1 (2014) Article 12: Equal Recognition Before the Law." CRPD/C/GC/1. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/pdf/G1403120.pdf?OpenElement, accessed 12 February 2021.

UNDESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), 2018. *UN 12th Inquiry Among Governments on Population and Development - Module II: Fertility, Family Planning and Reproductive Health*. New York, USA: UNDESA.

UNDP (United Nations Development Programme), 2012. "Report of the Global Commission on HIV/AIDS and the Law—Rights, Risk and Health." Website: hivlawcommission.org/report/, accessed 28 December 2020.

UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), 2019. "Review and Appraisal of the Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action and the Outcomes of the Twenty-third Special Session of the General Assembly. Report of the Secretary-General." E/CN.6/2020/3. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/417/93/PDF/N1941793.pdf, accessed 22 December 2020.

UN ESCAP (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific) and UN Women, 2020. "The Long Road to Equality: Taking Stock of the Situation of Women and Girls in Asia and the Pacific for Beijing+25: A Synthesis Report." Bangkok, Thailand: UN ESCAP and UN Women.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. "Review of the Evidence on Sexuality Education. Report to Inform the Update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education." Paris, France: UNESCO.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2009. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators*. Paris, France: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf, accessed 29 December 2020.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*. Paris, France: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf, accessed 18 November 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. "Against My Will: Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality." *State of World Population 2020*. New York, USA: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020a. "GBV/FGM Rapid Assessment Report: In the Context of COVID-19 Pandemic in Somalia." Website: somalia.unfpa.org/en/publications/gbvfgm-rapid-assessment-report-context-covid-19-pandemic-somalia, accessed 21 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020b. "Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage." Website: unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital, accessed 21 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020c. "Conducting Public Inquiries to Eliminate Female Genital Mutilation." Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_-_Primer_-_Conducting_Public_Inquiries_to_Eliminate_Female_Genital_Mutilation.pdf, accessed 29 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020d. *Sustainable Development Goals Indicator 5.6.2: Legal Commitments for Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights for All*. New York, USA: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020e. "Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6." New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sdg-5-6, accessed 19 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020f. "Costing the Three Transformative Results." New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Transformative_results_journal_23-online.pdf, accessed 19 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Research on Factors That Determine Women's Ability to Make Decisions about Sexual and Reproductive Health and Rights. Volume I*. New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_HERA_5-6-1_CLEAN_Q2_March1.pdf, accessed 22 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. A/CONF.171/13/Rev.1. Website: unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf, accessed 18 November 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund) and Promundo, 2016. *Adolescent Boys and Young Men*. New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/adolescent-boys-and-young-men, accessed 23 December 2020.

UNFPA and UNICEF (United Nations Population Fund and United Nations Children's Fund), 2020. "Resilience In Action: Lessons Learned From The Joint Programme During The Covid-19 Crisis." Website: unfpa.org/resources/resilience-action-lessons-learned-joint-programme-during-covid-19-crisis, accessed 25 February 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2018. *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-based Violence and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/young-persons-disabilities, accessed 23 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund) in the Kyrgyz Republic, 2016. *Gender in Society Perception Study: National Survey Results*. Bishkek, Kyrgyzstan: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic.

UN General Assembly, 2010. "Trafficking in Persons, Especially Women and Children." A/65/288. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/483/11/pdf/N1048311.pdf?OpenElement, accessed 12 January 2021.

UN General Assembly, 2007. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. A/RES/61/106. Website: un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 2007a. *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. A/RES/61/295. Website: un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1989. *Convention on the Rights of the Child*. A/RES/44/25. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1984. *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. A/RES/39/46. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cat.aspx, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1979. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. A/RES/34/180. Website: ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1966. *International Covenant on Civil and Political Rights*. Website: treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%20999/volume-999-i-14668-english.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1948. *Universal Declaration of Human Rights*. Website: un.org/en/universal-declaration-human-rights/, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2020. "Practices of So-Called 'Conversion Therapy'. Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/44/53. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/108/68/PDF/G2010868.pdf?OpenElement, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2019. "Child, Early and Forced Marriage in Humanitarian Settings: Report of the United Nations Commissioner for Human Rights." A/HRC/41/19, 26 April 2019.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2019a. "Report of the Special Rapporteur on the Sale and Sexual Exploitation of Children, Including Child Prostitution, Child Pornography and Other Child Sexual Abuse Material." A/74/162. Website: undocs.org/A/74/162, accessed 28 December 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018. "Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/38/43. Website: undocs.org/A/HRC/38/43, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018a. "Report of the Special Rapporteur on the Sale and Sexual Exploitation of Children, Including Child Prostitution, Child Pornography and Other Child Sexual Abuse Material." A/HRC/37/60. Website: undocs.org/en/A/HRC/37/60, accessed 28 December 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2017. "Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health." A/HRC/35/21. Website: ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences on Her Mission to South Africa." A/HRC/32/42/Add.2. Website: refworld.org/docid/57d90a4b4.html, accessed 12 January 2021.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016a. "Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment." A/HRC/31/57. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/000/97/PDF/G1600097.pdf?OpenElement, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016b. "Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity: Resolution/Adopted by the Human Rights Council on 30 June 2016." A/HRC/RES/32/2. Website: digitallibrary.un.org/record/845552?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2014. "Report of the Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and in Practice." A/HRC/26/39. Website: undocs.org/en/A/HRC/26/39, accessed 22 December 2020.

UN IASG (United Nations Inter-Agency Support Group on Indigenous Issues), 2014. "Sexual and Reproductive Health and Rights of Indigenous Peoples." Thematic paper. Website: un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/pdf/IASG%20Thematic%20Paper_Reproductive%20Health%20-%20rev1.pdf, accessed 20 January 2021.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020. "Child Marriage Around the World." Website: unicef.org/stories/child-marriage-around-world, accessed 13 November 2020.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020a. "Female Genital Mutilation." Website: unicef.org/protection/female-genital-mutilation, accessed 30 September 2020.

United Nations Secretary-General, 2020. "Secretary-General's Remarks to the High-Level Meeting on the 25th Anniversary of the Fourth World Conference on Women." Website: un.org/sg/en/content/sg/statement/2020-10-01/secretary-generals-remarks-the-high-level-meeting-the-25th-anniversary-of-the-fourth-world-conference-women-bilingual-delivered-scroll-down-for-english, accessed 22 December 2020.

UN Women, 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York, USA: UN Women. Website: unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/2/gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018, accessed 29 December 2020.

UN Women, 2013. *The Costs of Violence: Understanding the Costs of Violence Against Women and Girls and its Responses – Selected Findings and Lessons Learned from Asia and the Pacific*. Bangkok, Thailand: UN Women. Website: unwomen.org/en/digital-library/publications/2014/1/the-costs-of-violence, accessed 22 December 2020.

UN Women and IDEA, 2017. *Gender Equality and Women's Empowerment: Constitutional Jurisprudence*. New York, USA: UN Women.

UN Working Group on Discrimination Against Women in Law and Practice, 2017. "Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends." Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf, accessed 18 November 2020.

Van Eerdewijk, Anouka and others, 2017. "White Paper: a Conceptual Model on Women and Girls' Empowerment." Amsterdam, The Netherlands: Royal Tropical Institute (KIT). Website: kit.nl/wp-content/uploads/2018/10/BMGF_KIT_WhitePaper_web-1.pdf, accessed 11 January 2021.

Viens, A. M., 2020. "The Right to Bodily Integrity." In *The Cambridge Handbook of New Human Rights*, Andreas von Arnould and others, eds. Cambridge, UK: Cambridge University Press, p 373.

Warren, Samuel and Louis Brandeis, 1890. "The Right to Privacy." *Harvard Law Review*, vol. IV December 15, 1890 No. 5. Website: groups.csail.mit.edu/mac/classes/6.805/articles/privacy/Privacy_brand_warr2.html, accessed 18 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2020. "Adolescent Pregnancy." Website: who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy, accessed 13 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2020a. "Female Genital Mutilation: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation, accessed 11 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2015. *Sexual Health, Human Rights and the Law*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/, accessed 18 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2014. *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128048/9789241507431_eng.pdf?sequence=1, accessed 23 December 2020.

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, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization), 2004. "Reproductive Health Strategy: To Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets." Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization) and others, 2018. "Eliminating Virginity Testing: An Interagency Statement." World Health Organization, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, UN Women. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275451/WHO-RHR-18.15-eng.pdf?ua=1, accessed 12 January 2021.

WHO Regional Office for Europe, 2018. "Men's Health and Well-being in the WHO European Region." Website: euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/381403/who-mhr-fs-eng.pdf, accessed 29 December 2020.

Wodon, Quentin and others, 2017. "Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report." Washington, DC, USA: The World Bank.

Woog, Vanessa and Anna Kågesten, 2017. "The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10-14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show?" New York, USA: Guttmacher Institute, 2017. Website: www.guttmacher.org/report/srh-needs-very-young-adolescents-in-developing-countries, accessed 23 February 2021.

World Bank, 2020. "Marriage." Women, Business and the Law database. Website: wbl.worldbank.org/en/data/exploretopics/wbl_gm, accessed 29 December 2020.

World Population Review, 2020. "Countries Where Gay Marriage is Legal 2020." Website: worldpopulationreview.com/country-rankings/countries-where-gay-marriage-is-legal, accessed 14 December 2020.

World Professional Association for Transgender Health, 2011. "Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People." Website: wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English.pdf, accessed 18 November 2020.

Yllö, Kersti and M. Gabriela Torres, 2016. *Marital Rape: Consent, Marriage and Social Change in Global Context*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Zillén, Kavot and others, 2017. "The Rights of Children in Biomedicine: Challenges Posted by Scientific Advances and Uncertainties." Report to the Council of Europe Committee on Bioethics. Website: diva-portal.org/smash/get/diva2:1065442/FULLTEXT01.pdf, accessed 18 November 2020.

Zegers-Hochschild, Fernando and others, 2009. "The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology." *Human Reproduction* 24(11): 2683-2687.

[The following text is a reproduction of a page from an old document, which is mostly illegible due to extreme blurring and low resolution. The text appears to be a list or index of items, possibly related to a medical or scientific study, but the individual words and phrases are not discernible.]



Fundo de População
das Nações Unidas

Assegurando direitos e opções para todos e todas desde 1969

Fundo de População das Nações Unidas no Brasil
Casa da ONU
Setor de Embaixadas Norte - SEN
Quadra 802 Conjunto C Lote 17
Brasília - DF
unfpa.org.br

    @unfpabrazil

ISBN 978-65-87917-03-0

